

RITA FIGUEIRA RAFAEL

***BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E
RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE
RELAÇÃO DE AJUDA***



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

RITA FIGUEIRA RAFAEL

***BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E
RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE
RELAÇÃO DE AJUDA***

Mestrado em Psicologia da Educação
Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Helena Martins



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

**- *BURNOUT*, QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM
PROFISSIONAIS DE RELAÇÃO DE AJUDA -**

Declaração de autoria de trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

(Rita Figueira Rafael)

Copyright © 2023 por Rita Figueira Rafael. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Partindo da premissa que realizar uma dissertação de Mestrado, significa realizar análises e reflexões sobre um tema em específico, desde já assinalo, de que por um longo período, me foquei em fatores que prorrogavam o desenvolver, não só desta investigação, mas também do meu futuro (que sempre foi) idealizado.

Embora este período tenha sido caracterizado por momentos de barreiras e incertezas, quero começar por agradecer à minha Resiliência por me ter permitido continuar, e superar as adversidades. E, como possuir Resiliência sem as pessoas certas à nossa volta, é o mesmo que possuir uma fogueira sem lenha, quero agradecer a todas as pessoas que me circundaram ao longo deste caminho e que permitiram que esta etapa tão importante na minha vida se realizasse.

Quero começar por expressar um profundo agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Martins, por nunca ter desistido de mim e por me ter incentivado a continuar este caminho.

Um especial e grande agradecimento aos meus pais por terem acreditado sempre em mim, e por me terem lembrado tantas vezes, que apesar das adversidades enfrentadas, a força interior era e é a minha maior arma, sendo que em grande parte da minha vida, foram eles que me deram as melhores munições para enfrentar a vida com “garra”.

Ao Francisco, por me permitir sonhar todos os dias com o futuro ideal, rodeado de paciência, amor e carinho.

À minha irmã e ao meu cunhado por terem sempre uma palavra de conforto e ao meu sobrinho, que ainda assim mesmo sem ter conhecimento disso, me levou a ter ainda mais ambição.

Aos meus avós, que onde quer que estejam, sei que estão a torcer por mim, pelas minhas conquistas e pelos meus sonhos.

Por fim, a todos os profissionais e não profissionais que tornaram possível este trabalho, pela disponibilidade em participar e divulgar este estudo, bem como a todas as pessoas que passaram na minha vida durante este percurso, que de uma forma ou de outra, me deram o balanço necessário para o culminar desta etapa.

Os meus mais sinceros agradecimentos!

Resumo

Nas Profissões de Relação de Ajuda, existe um profissional qualificado (ajudante) que auxilia um cliente (ajudado) a ultrapassar as adversidades. Qualidade de Vida refere-se a uma série de indicadores, mas essencialmente é moldada conforme a percepção que cada indivíduo tem sobre a sua própria vida. O *Burnout*, caracteriza-se por um estado de exaustão física e mental causado pelo trabalho e que afeta as profissões de relação de ajuda. Como tal, torna-se necessário recorrer à Resiliência, que auxilia estes profissionais na adaptação e superação de adversidades. O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida, e a Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda, numa amostra de profissionais incluindo psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Participaram neste estudo 157 profissionais de relação de ajuda ($N = 157$), com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos ($M = 42.23$ anos; $DP = 10.11$). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, *Maslach Burnout Inventory*, *Flanagan's Quality of Life Scale*, e *Measuring State Resilience*. Os resultados evidenciam que os profissionais de relação de ajuda desta investigação, apresentam, níveis moderados de *Burnout*, níveis satisfatórios de Qualidade de Vida e níveis elevados de Resiliência. Os níveis satisfatórios de Qualidade de Vida, bem como a elevada Resiliência demonstrada constituem-se como fatores protetores, indicando que estes profissionais apresentam uma boa capacidade para enfrentar e ultrapassar os desafios inerentes às suas profissões. Face aos resultados, aponta-se que este estudo possui implicações substanciais para apoiar os profissionais de relação de ajuda, tal como os seus gestores. A consciencialização da importância da Qualidade de Vida, da Resiliência e da prevenção do *Burnout* pode orientar as práticas de autogestão, bem como as estratégias de apoio organizacional.

Palavras-chave: Profissões de Relação de Ajuda; Qualidade de Vida; *Burnout*; Resiliência.

Abstract

In Helping Relationship Professions, there is a qualified professional (helper) who helps a client (helped) to overcome adversities. Quality of Life refers to a series of indicators, but is essentially shaped according to the perception that each individual has about their own life. Burnout is characterized by a state of physical and mental exhaustion caused by work and which affects helping professions. As such, it is necessary to resort to Resilience, which helps these professionals adapt and overcome adversities. The present study aims to analyze the relationship between Burnout, Quality of Life, and Resilience in Helping Relationship Professionals, in a sample of professionals including psychologists, doctors, nurses and social workers. A total of 157 helping professionals ($N = 157$), aged between 24 and 64 years ($M = 42.23$ years; $SD = 10.11$), participated in this study. These are the following instruments used: Sociodemographic Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Flanagan's Quality of Life Scale, and Measuring State Resilience. The results show that the helping relationship professionals in this investigation have moderately high levels of Quality of Life, moderate levels of Burnout and high levels of Resilience. The satisfactory levels of Quality of Life, as well as the high Resilience demonstrated, constitute protective factors, indicating that these professionals have a good capacity to face and overcome the challenges inherent to their professions. In view of the results, it is pointed out that this study has substantial implications for supporting helping relationship professionals, as well as their managers. Awareness of the importance of Quality of Life, Resilience and Burnout prevention can guide self-management practices, as well as organizational support strategies.

Keywords: Helping Relationship Professions; Quality of life; Burnout; Resilience.

ÍNDICE

Agradecimentos	
Resumo	
<i>Abstract</i>	
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
Capítulo 1- Profissionais de Relação de Ajuda	6
1.1. Relação de Ajuda.....	6
1.2. Profissionais de Ajuda	9
Capítulo 2 – <i>Burnout</i> , Qualidade de Vida e Resiliência	12
2.1. Definição de Conceitos.....	12
2.1.1. <i>Burnout</i>	12
2.1.2. Qualidade de Vida.....	16
2.1.3. Resiliência	20
2.2. O <i>Burnout</i> , a Qualidade de Vida e a Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda.....	25
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	35
Capítulo 3. Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos	36
3.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação	36
3.2. Objetivo Geral, Objetivos Específicos e Hipótese de Estudo	36
Capítulo 4. Metodologia e Procedimentos	38
4.1. Tipo de Estudo e variáveis de investigação	38
4.2. Seleção e caracterização da amostra	38
4.3. Instrumentos	40
4.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	40

4.3.2. Escala de <i>Burnout</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI).....	40
4.3.3. Escala de Qualidade de Vida - Flanagan's Quality of Life Scale (FQoLS)	41
4.3.4. Escala de Resiliência - <i>Measuring State Resilience</i> (MSR).....	42
4.4. Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	43
Capítulo 5 - Apresentação dos Resultados.....	45
5.1. Validade Fatorial – Análise Fatorial Confirmatória Escala de Qualidade de Vida	45
5.2. Fiabilidade Fatorial.....	46
5.3. Análise Descritiva.....	48
5.4. Análise de Variância.....	51
5.5. Análise Correlacional	64
5.6. Regressão Linear	67
5.7. Análise de Efeito de Moderação.....	68
Capítulo 6 - Discussão dos resultados.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
Referências Bibliográficas	80
APÊNDICES.....	94
ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 4. 1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO, FAIXA ETÁRIA, NACIONALIDADE E ESTADO CIVIL.....	39
TABELA 4. 2 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO PROFISSIONAL E PROFISSÃO	39
TABELA 5. 3 MODELO MEDIANTE A CORRELAÇÃO ENTRE RESÍDUOS DOS ITENS DA EQV	46
TABELA 5. 4 ALFA DE CRONBACH DO MBI.....	46
TABELA 5. 5 ALFA DE CRONBACH DA EQV	47
TABELA 5. 6 ALFA DE CRONBACH DA MSR.....	47
TABELA 5. 7 ESTATISTICA DESCRITIVA	48
TABELA 5. 8 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DO GÉNERO	52
TABELA 5. 9 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA.....	52
TABELA 5. 10 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL....	53
TABELA 5. 11 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS.....	53
TABELA 5. 12 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	54
TABELA 5. 13 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DO MBI EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO	55
TABELA 5. 14 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DO GÉNERO	56
TABELA 5. 15 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA ...	57
TABELA 5. 16 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL ...	58
TABELA 5. 17 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS.....	59
TABELA 5. 18 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL.....	60
TABELA 5. 19 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA EQV EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO	61
TABELA 5. 20 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DO GÉNERO	61
TABELA 5. 21 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DA FAIXA ETÁRIA...	62
TABELA 5. 22 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL ...	62

TABELA 5. 23 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	63
TABELA 5. 24 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	63
TABELA 5. 25 ANÁLISE DE VARIÂNCIA DOS NIVEIS DA MSR EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO	64
TABELA 5. 26 CORRELAÇÃO ENTRE ESCALAS DE AVALIAÇÃO	66
TABELA 5. 27 REGRESSÃO DA RESILIÊNCIA NO BURNOUT	67
TABELA 5. 28 REGRESSÃO DA RESILIÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA	67
TABELA 5. 29 ANÁLISE DE EFEITO MODERAÇÃO NA RESILIÊNCIA SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA	68

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 3. 1 MODELO CONCEPTUAL.....	37
------------------------------------	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1. Consentimento Informado.....	95
Apêndice 2. Questionário Sociodemográfico.....	96

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD-UAlg).....	98
Anexo 2. Parecer da Comissão de Ética da UAlg.....	99
Anexo 3. <i>Maslach Burnout Inventory</i> (Exemplos de Itens).....	100
Anexo 4. <i>Flanagan's Quality of Life Scale</i> (Exemplos de Itens).....	101
Anexo 5. <i>Measuring State Resilience</i> (Exemplos de Itens).....	102

ABREVIATURAS

EQV: Escala de Qualidade de Vida

FQoLS: *Flanagan's Quality of Life Scale*

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

MSR: *Measuring State Resilience*

OMS: Organização Mundial de Saúde

QV: Qualidade de Vida

SNS: Serviço Nacional de Saúde

WHO: *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

As profissões de relação de ajuda são profissões onde existe uma forte interação humana e através da qual se realiza um trabalho com o outro e em prol do outro, pelo que estes profissionais são uma parte importante do mundo em geral (Hugman, 2005). Segundo Dubet (2002), existem duas características que particularizam estas profissões, nomeadamente a relação entre o conhecimento profissional e o desenvolvimento humano e o carácter complexo da atividade profissional multidimensional e de interação humana.

Efetivamente, no contexto atual, advindo das profundas alterações sociais, tecnológicas e científicas, na sociedade em geral, os profissionais que exercem estas profissões de ajuda, como por exemplo os psicólogos, os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, encontram desafios particulares, aos quais devem dar resposta, no sentido de melhor auxiliar o outro. No desempenho das suas funções, estes profissionais exercem a sua atividade num ambiente de trabalho bastante ativo, o que acaba por envolver fatores que podem favorecer o aumento dos níveis de stresse na sua atividade profissional.

De acordo com os seus estudos Castro et al. (2018) referem que, embora o stresse se possa manifestar nas mais variadas áreas, algumas especialidades profissionais, como os médicos, enfermeiros, bombeiros e polícias apresentam uma maior vulnerabilidade ao stresse. Acrescentam, contudo, que, também os psicólogos se encontram em situação de grande vulnerabilidade ao stresse, embora assinalem a carência de estudos neste grupo profissional. Para Rabin et al. (1999) os psicólogos que prestam assistência a outras pessoas apresentam-se particularmente vulneráveis ao stresse e aos seus efeitos. No mesmo sentido, é ainda referenciado por Simpson e Starkey (2006) e Shoji et al. (2015), que, embora alguns profissionais sejam capazes de tolerar a exposição a fatores de stresse sem manifestações negativas, outros são menos tolerantes a essa exposição e podem manifestar sintomas de *burnout*. Também Queirós (2005), refere que os assistentes sociais em Portugal, apresentam uma enorme prevalência de *burnout*. Relativamente aos enfermeiros e médicos, referenciados por Silva et al. (2016), este afirma que o prolongamento de turnos de trabalho, a redução de recursos humanos, o cumprimento de objetivos institucionais, as relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, a exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros, podem levar a que os níveis de *burnout* sejam mais elevados.

Burnout é um conceito muito atual e utilizado em vários contextos profissionais para designar o stresse, a tensão, o esgotamento, o “não conseguir mais”. Segundo Queirós (2005), Rodrigues (2012) e Silva et al. (2016), o *burnout* é conceptualizado como um problema, sendo que parece estar cada vez mais presente nos profissionais de serviços de saúde. Para Maslach (2006, cit. in Oliveira 2008), o stresse ocupacional é um fenómeno que afeta uma grande percentagem de trabalhadores podendo mesmo dar origem ao *burnout*. Para a Organização Mundial de Saúde (2023), o *burnout*, é considerada uma síndrome que advém da exposição constante ao stresse ocupacional e surge quando a gestão do stresse não é feita de forma adequada.

Segundo Fleck e colaboradores (1999), a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das Ciências Humanas e Biológicas no sentido de valorizar mais além do que os parâmetros do controlo de sintomas, da diminuição da mortalidade ou do aumento da esperança de vida. Bullinger e os seus colaboradores (1993, cit. in Fleck et al., 1999) consideraram que o conceito Qualidade de Vida é mais geral e inclui uma maior variedade de condições que podem afetar a perceção do indivíduo, tal como os seus sentimentos e os seus comportamentos que estão relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), a Qualidade de Vida é conceptualizada pela “percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1998, p. 11). Perante a literatura, apesar de ainda não existir um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, existem, porém, três aspetos fundamentais referentes ao construto da qualidade de vida, sendo que citando Fleck et al. (p. 20, 1999) “foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas, nomeadamente: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade e (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).”

A Resiliência é compreendida de acordo com Michael Ungar (2008), como um processo vivido pelo indivíduo perante a exposição a adversidades de teor psicológico ou ambiental ou de ambos. Este processo é delineado e percorrido inteiramente pela pessoa, sendo que ao longo desse percurso são encontradas as ferramentas corretas para manter a saúde e o bem-estar pessoal. Como tal, a Resiliência pode ser definida como uma competência possível de ser aprendida e de se desenvolver ao longo da vida através dos processos interativos do sujeito com outros seres humanos, com o meio envolvental e também de processos intrapsíquicos (Silva,

et al., 2016). Segundo Rodrigues e colaboradores (2013) a Resiliência resulta também das crenças do indivíduo, podendo conduzi-lo à adaptação saudável diante das adversidades e é uma experiência que implica amadurecimento e desenvolvimento, ou seja, todos os indivíduos nascem com a predisposição para ser resilientes. Assim, esta capacidade pode ser desenvolvida a partir das vivências durante toda a vida.

Conhecer as relações entre estas três variáveis, pode auxiliar no desenvolvimento de eventuais intervenções, tal como referido por Marôco et al. (2016, p. 29), que defendem que os resultados dos seus estudos “apontam para a necessidade de intervenções ocupacionais que reduzam a incidência do *burnout* em profissionais de saúde, melhorando o seu bem-estar físico e psicológico e potenciando a qualidade do serviço de saúde que estes prestam”.

Desta forma, e considerando o exposto anteriormente, parece importante e relevante analisar o *Burnout*, a Qualidade de vida e a Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda, sendo que se apresenta como problemática para a presente investigação: Será que os profissionais de ajuda, nomeadamente os psicólogos, os médicos, os enfermeiros e os assistentes sociais apresentam sintomas de *Burnout* face às exigências da sua atividade profissional nesta conjuntura atual, e ainda decorrente da situação da Pandemia do Covid 19 que vivenciámos, ou pelo contrário apresentam Qualidade de Vida e Resiliência que lhes permite ou permitiu uma maior capacidade para superarem as adversidades com que se deparam no exercício das suas funções profissionais? Será que a Resiliência pode contribuir para a diminuição dos níveis de *Burnout* e para a promoção de uma melhor Qualidade de Vida?

Assim, como objetivo geral para o presente estudo pretende-se analisar as relações entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda, nomeadamente: psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. De forma a responder ao objetivo que nos propomos, o presente estudo encontra-se organizado em duas partes distintas, a primeira o enquadramento teórico e a segunda o estudo empírico. O enquadramento teórico é constituído por dois capítulos, relativos às profissões de relação de ajuda, às variáveis *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência nas respetivas profissões. Por sua vez, o estudo empírico, é constituído por quatro capítulos. No terceiro capítulo, é apresentada a definição da problemática, as questões e objetivos de investigação, assim como a hipótese de estudo. No quarto capítulo é descrita a metodologia, que abrange o tipo de estudo e variáveis de investigação, a seleção e caracterização da amostra, os instrumentos aplicados e os procedimentos de recolha e tratamento de dados. No quinto capítulo, são apresentados os

resultados, com recurso à análise descritiva, análise de variância, análise correlacional, regressão linear e análise de efeito moderação, sendo discutidos no sexto capítulo. Por último, são mencionadas as considerações finais do estudo e são apresentadas limitações e sugestões para investigações futuras.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1- Profissionais de Relação de Ajuda

1.1. Relação de Ajuda

O conceito de relação de ajuda relembra na maioria das pessoas, como refere Nunes (1999, p. 59), “um sentimento de cooperação e de solidariedade humana”. Esta concepção, esteve inicialmente muito ligado à Psicologia, pois tinha forte relação com as abordagens humanísticas criadas em 1985 por Carl Rogers (Sequeira, 2016). No entanto, posteriormente, outros profissionais também começaram a trabalhar este conceito, adaptando-o especificamente à realidade de cada profissão, largamente baseado na teoria das relações interpessoais desenvolvida em 1952 por Peplau (Sequeira, 2016).

Compreende-se por relação de ajuda aquela em que, pelo menos uma das partes procura promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade para encarar a vida (Rogers, 1985). Para Chalifour (2008, cit. in Sequeira, 2016), a relação de ajuda é uma interação entre duas pessoas, sendo que existe o interveniente e o ajudado, onde cada um destes colabora de forma pessoal para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda. Como tal, segundo Sequeira (2016) cada um dos interventores adota uma maneira de estar e realizar, exprimindo-se de forma verbal e/ou não verbal em concordância com as metas que se deve alcançar, sendo que estas metas estão plenamente ligadas ao pedido da pessoa a ser ajudada e à compreensão que o profissional demonstra face a essa dificuldade.

Perante o artigo de Simões et al. (2006), a relação de ajuda pode ser de definida através de duas formas: a formal e a informal. No quotidiano e na maior parte das vezes, a relação de ajuda acaba por ser uma forma informal de relação, uma vez que se concretiza de forma imprevista, espontânea e sujeita à imprevisibilidade dos contextos. A ajuda é assim voluntária, não planeada e imediata. Este aspeto decorre das exigências irracionais de situações em que é necessária a intervenção imediata dos ajudadores. Contrariamente, existe uma relação mais formal estabelecida através de encontros pré-agendados, como no caso de consultas de saúde. Comparativamente à relação de ajuda informal, a formal trata-se de uma ajuda que, por norma é planeada, previamente estruturada, seletiva e com um aspeto muito mais explícito (Simões et al., 2006). Para Sequeira (2016), esta tem inteiramente um carácter profissional, atendendo que

existem recursos que estão apenas ao dispor de indivíduos com formação no domínio da relação de ajuda, como é o caso dos profissionais de ajuda de intervenção física e/ou de intervenção psicossocial. Como tal, a principal diferença entre uma relação de ajuda formal e informal, passa pelas competências técnico-científicas (profissionais) que norteiam a relação formal.

Numa relação de ajuda formal, enquanto modelo de intervenção, são necessários três fatores chave, nomeadamente: (1) alguém que precise dessa ajuda (acompanhado), (2) uma pessoa pronta para ajudar direta ou indiretamente (acompanhante) e (3) um ambiente propício a tal relação (ambiente destinado não apenas ao próprio espaço físico, mas também ao tempo dedicado a isso). Para que o acompanhante e o acompanhado trabalhem juntos nesse processo interpessoal, são necessárias algumas habilidades, nomeadamente: experiência, compreensão de objetivos e atuação num programa que será necessário para atingir esses objetivos, que são eles: explorar, entender e atuar (Junior et al., 2021).

De uma forma geral, para a psicoterapeuta Victoria Molina (2016), a relação de ajuda, refere-se a uma relação onde um dos indivíduos possui o papel de “ajudante” e outro tem o papel de “ajudado”. Nesta relação, existe uma pessoa que pede auxílio a um profissional qualificado e esse profissional ajuda a pessoa a encontrar os seus próprios recursos e pontos fortes para conseguir ultrapassar as adversidades. Jesús Soriano (2014) também classifica este conceito como um encontro pessoal entre uma pessoa que pede ajuda e outra que quer ajudar, num contexto interpessoal adequado.

Na relação de ajuda, parte-se do pressuposto de que a melhor forma de ajudar é criar as condições ideais para essa transformação. Essas condições são empatia, veracidade, integridade e respeito positivo incondicional. Esta relação e estas condições são necessárias no sentido de que se deve criar um clima em que o indivíduo que precisa de ajuda encontre a coragem, se torne independente e que desenvolva um melhor bem-estar físico e/ou mental (Simões et al., 2006). Segundo Tavares (1996, cit. in Simões et al., 2006), trata-se de uma relação mútua, assimétrica e dialética entre indivíduos capazes de se superar e de se colocar no lugar do outro, compreendendo-se de forma profunda e abrangente (Simões et al. 2006). Para existir uma boa relação de ajuda, é também igualmente importante que o indivíduo acompanhado esteja de facto disposto a partilhar o processo com o profissional de ajuda (Junior et al., 2021).

Como afirma Perdigão (2003, p. 486) é “no próprio ato de cuidar que poderá residir a cura”, então, a pessoa só será ajudada se o profissional acreditar nela e a respeitar. É por isso, que, segundo Chalifour (2007), é fundamental ouvi-la, compreendê-la, não julgá-la, sentir as

suas emoções e, para além de ver as suas necessidades, é também necessário olhar aos recursos e potencialidades da pessoa que está a ser ajudada.

A relação de ajuda desenvolve-se em três fases, segundo Egan (1992, cit in. Simões et al., 2006): 1) exploração e clarificação do problema, 2) desenvolvimento de novas perspetivas e, por fim, 3) definição dos objetivos a atingir e as ações conducentes para esses mesmos objetivos.

1) Exploração e clarificação do problema - como se trata de um processo gradativo, identifica-se primeiramente o aspeto diagnóstico, ou seja, a análise e clarificação do problema, em que o indivíduo que é ajudado através do auxílio do ajudador, esclarece as suas perceções em relação ao problema, explorando variáveis de significado que lhe permitem, então, construir significados mais próximos face à realidade dos problemas (Simões et al., 2006).

2) Desenvolvimento de novas perspetivas - na segunda fase, que se refere à interação com a pessoa que ajuda, o ajudado cria novas visões, novas posturas e constrói múltiplos cenários que lhe permitem começar a traçar o caminho para a solução dos seus problemas (Simões et al., 2006).

3) Definição dos objetivos a atingir e as ações conducentes para esses mesmos objetivos - na terceira e última fase, já existe uma visão mais clara e realista do problema, e ambos os intervenientes fazem a elaboração de um plano de intervenção, que é construído principalmente pelo paciente, sob o olhar atento do profissional (Simões et al., 2006).

Sendo que a relação de ajuda é uma interação colaborativa e dinâmica, baseada na confiança, pretende então como objetivo ajudar as pessoas a: i) obter habilidades específicas para fazer face ao que estão a viver; ii) compreender e analisar os contextos em que atua; iii) aumentar a capacidade crítica e reflexiva que lhe permitirá apreciar e saborear a vida e enfrentar os problemas que o afligem durante o seu percurso pessoal; e iv) atingir o seu potencial. A relação de ajuda direciona assim, um caminho para a autonomia, para a autorregulação e, finalmente, para um modo de autocontrolo (Simões et al., 2006).

1.2. Profissionais de Ajuda

Na abordagem centrada na pessoa, o papel do profissional de relação de ajuda não é o de gerar soluções ou estratégias definidas para resolver o problema, mas sim agir de forma a que o outro entenda melhor a sua situação e também se compreenda a si mesmo. Assim, o profissional de ajuda deve criar condições necessárias que permitam a quem pede ou vai pedir ajuda encontrar a melhor solução para ultrapassar as suas dificuldades ou problemas (Nunes, 1999).

Para um profissional de ajuda ser um profissional competente, é necessário que existam algumas habilidades específicas, pois a existência dessas habilidades são os requisitos necessários, para que exista inteiramente uma relação de ajuda eficiente. Assim, segundo Carkhuff (2000), tem de existir no profissional: a) a capacidade de envolver o cliente no processo de ajuda; b) a capacidade de responder ao cliente com a intenção de facilitar a exploração de toda a problemática; e c) a capacidade de iniciativa para estimular a contínua ação dos clientes no processo.

O profissional de ajuda deve sempre ter em consideração os referenciais teóricos que suportam o seu trabalho. Quando existe falta de congruência entre aquilo que defende e as condutas que adota pode gerar-se alguma ansiedade, tanto para o profissional, que não sabe utilizar as metodologias adequadas, como para o indivíduo ajudado, pois este pode não se sentir seguro e protegido, num acompanhamento sem metas claras e definidas (Veiga & Ferreira, 2018). Essa indefinição pode colocar em risco a essência do conceito de relação de ajuda, que é sinónima de uma relação de confiança. Contudo, quando existe um modelo teórico definido, para além de criar um suporte mais substancial, permite ao profissional de ajuda refletir, avaliar e redefinir ou manter as suas práticas, conforme o objetivo pretendido (Chalifour, 2007). De assinalar, porém, que o conhecimento técnico-científico não é suficiente para um profissional de relação de ajuda intervir. Ao trabalhar com pessoas, a sua conduta deve ir além da eficiência e do saber-fazer, tem de abranger a sua forma de ser, as suas particularidades, as suas ações e a sua pessoa (Veiga & Ferreira, 2018).

Importante referir que no processo da relação profissional de ajuda, ambos os intervenientes, são influenciados ao longo da vida por diversos fatores e experiências de vida (Chalifour, 1989, cit. in Sequeira, 2016), pelo que o profissional, à semelhança do cliente, é

considerado como um sistema aberto, ou seja, alguém que, segundo Chalifour (2008), apresenta como refere Sequeira (2016):

- Características relacionadas com a sua herança e desenvolvimento biológico;
- Conhecimento de si, do seu papel nos conceitos teóricos necessários às suas intervenções e ao funcionamento dos processos que decorrem num relacionamento de ajuda;
- Capacidade de contactar, reconhecer e interpretar mensagens conceptuais e afetivas, comunicação verbal e não-verbal e o acompanhamento de determinados processos, como os processos relacionais e terapêuticos;
- Atitudes de compreensão empática, respeito, autenticidade, compaixão e esperança;
- Comportamentos determinados e intencionais.

Neste contexto, na relação profissional de ajuda, o profissional deve prestar especial atenção às atitudes e comportamentos intencionais do cliente. Nomeadamente, segundo a ótica de Phaneuf (2005) é importante existir: a) aceitação da pessoa, b) respeito caloroso e c) empatia.

Assim, no que se refere à aceitação da pessoa, esta constitui-se como a primeira etapa da relação de ajuda. Citando Carl Rogers (1985, p. 34) “*Acceptance does not mean much until it involves understanding. It is only as I understand the feelings and thoughts which seem so horrible to you (...) it is only as I see them as you see them*”, ou seja, a aceitação, só faz sentido, quando o profissional compreende os sentimentos e pensamentos que o cliente julgou tão horríveis quanto este os percebe, quando os aceita e quando se sente livre para explorá-los com o cliente. Deste modo, para Phaneuf (2005) é crucial no processo de uma relação de ajuda profissional, que não exista avaliação e formulação de juízos de valor. Como tal, e como Bermejo (1998, cit. in Sequeira) argumenta, os profissionais têm o seu próprio conjunto de valores, que não devem ser utilizados para moralizar o cliente, contudo, podem e devem servir para realizar propostas não diretivas de critérios saudáveis que podem ser vivenciados pela pessoa ajudada.

Relativamente ao respeito caloroso, este é um requisito absoluto do processo de relação profissional de ajuda. É uma qualidade que leva a pessoa a ajudar o outro, permite reconhecer a dignidade e o valor do indivíduo cuidado, e como tal, segundo Phaneuf (2005) o respeito apresenta duas características principais, nomeadamente deve englobar considerações positivas entre os intervenientes; e a pessoa ajudada deve ser capaz de mostrar coragem, suportar as dificuldades, progredir e alterar o seu estilo de vida e, quando necessário, assumir a

responsabilidade por si própria, alterando o seu comportamento e sendo responsável pela tomada das suas próprias decisões. Perante tal, Sequeira (2016) salienta que a justificação do uso do adjetivo "caloroso" deve-se ao facto desta atitude ser baseada num esforço dinâmico que leva o indivíduo ajudado a revalorizar-se e a agir.

Para Bermejo (1998, cit. in Sequeira, 2016), no que se refere ao conceito de empatia, esta é uma atitude do indivíduo que se manifesta principalmente em duas habilidades específicas, nomeadamente, a escuta ativa e a resposta complacente. Não obstante, segundo Margot Phaneuf (2005), este conceito encontra-se no centro da relação de ajuda profissional e, em alguns casos, é considerada para a autora quase como um sinónimo da relação de ajuda. Consiste em sentimentos de compreensão do outro e em que os esforços do profissional se concentram essencialmente em auxiliar a situação. A autora também refere que nas relações de ajuda o profissional deve tentar criar uma relação de compreensão empática, baseada na confiança e na cumplicidade terapêutica em prol do bem-estar do cliente.

A formação e o perfil do profissional de ajuda são neste contexto elementos decisivos na orientação e aprofundamento das relações de ajuda. Estes profissionais, como pessoas, estabelecem uma relação com os clientes, levando consigo as suas personalidades, os seus pensamentos, os seus temperamentos, os seus afetos e tantas outras coisas que lhe são inerentes (Timóteo, 2010).

Perante a perspectiva de Gerard Egan (2014) é importante que se distinga bons técnicos de bons *helpers*, isto porque, para o autor, um *helper* com habilidade é mais do que um técnico que desempenha vulgarmente as suas funções, pois engloba que este profissional ajude os outros sem considerar que seja por obrigação referente ao seu emprego ou à sua carreira. Ou seja, segundo a afirmação supramencionada, considera-se que alguns profissionais podem de facto ser funcionais em relação ao desempenho da sua profissão, porém, podem não ter desenvolvido as habilidades necessárias para uma boa relação de ajuda que dê credibilidade ao processo de ajuda em si. Pode acontecer, que estes técnicos, também não compreendam o conceito e a conceção geral de relação ajuda que é baseada numa perspectiva humanista e que tem como objetivo ajudar o outro a enfrentar situações de crise (Egan, 2014). Para Timóteo (2010), as competências necessárias de um profissional de ajuda para o Processo de Ajuda são então as competências que também são necessárias para a vida.

Capítulo 2 – *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência

2.1. Definição de Conceitos

De modo a compreender melhor o enquadramento deste estudo, torna-se importante que os conceitos de *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência sejam explicitados de forma detalhada. Para além de definirmos os conceitos fazendo referência a diversos autores, é também incluído ao longo deste capítulo um breve enquadramento em termos históricos, alguns dos modelos presentes, bem como fatores de risco e de proteção de cada uma das variáveis. Ao longo deste enquadramento, também serão abordados alguns estudos realizados com diversos profissionais de relação de ajuda.

2.1.1. *Burnout*

O conceito de *burnout* foi mencionado pela primeira vez por Freudenberger em 1974 (cit. in Murcho & Pacheco, 2020), sendo que este professor e psicanalista americano descreveu este termo como um estado de falha, cansaço ou frustração, que surge pela extrema dedicação de um indivíduo a uma causa, a uma situação ou a uma relação que excede a sua energia, força e recursos, tornando-se assim inoperante nos diversos sentidos (Freudenberger, 1974).

De referir que em 2019 o *burnout* foi incluído na Classificação Internacional de Doenças-11 (CID-11) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estando incluído não como uma doença, mas sim como um fenómeno ocupacional relacionado com o emprego e desemprego (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Tal como é citado na CID-11, é considerado uma síndrome que abrange três dimensões, nomeadamente: “1) sentimentos de esgotamento ou exaustão energética; 2) aumento da distância mental do trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização” (World Health Organization, 2023, p. 1741).

O *burnout* advém da exposição constante ao stresse ocupacional e surge quando a gestão do stresse não é feita de forma adequada (World Health Organization, 2023). De acordo com a literatura da área, o stresse ocupacional surge por inúmeras razões, nomeadamente quando um profissional sente que não consegue controlar as condições do seu trabalho, quando não possui

estratégias adequadas para lidar com a situação ou, quando existe falta de apoio social para enfrentar as dificuldades inerentes à sua profissão (Gomes, 2006). Tal como refere Ayala Pines (1993), este tipo de stresse é frequentemente vivenciado por aqueles que iniciam as suas carreiras com grandes expectativas e também elevada motivação e investimento pessoal, no entanto, posteriormente, sentem-se desapontados porque não conseguem atingir os objetivos iniciais. Ramos (1999, cit. in Santos, 2011) referencia uma categorização das fontes de stresse ocupacional em três grupos principais:

1. Nível organizacional: este está ligado a fatores internos relacionados com o trabalho, como o ambiente de trabalho, a cultura da empresa, a estrutura organizacional, e as responsabilidades próprias do cargo.

2. Nível grupal: refere-se a fatores externos ou que não estão diretamente ligados à tarefa em si. Inclui relações interpessoais negativas, falta de colaboração, rivalidades e a ausência de trabalho em equipa.

3. Nível individual: compreende as características pessoais do indivíduo, como ambiguidade ou conflito de papéis, progressão na carreira, tarefas limitadas ou monótonas, tarefas temporárias repetitivas, bem como situações como a reforma e o desemprego. Além disso, o medo de cometer erros, a necessidade de lidar com colegas difíceis ou não cooperativos e a perceção de inadequação profissional também podem ser considerados neste grupo.

Decorrente do prolongamento do stresse ocupacional, surge o *burnout* como consequência de um processo de longa duração desse mesmo stresse, e em que o profissional experimenta sentimentos de exaustão para enfrentar as exigências que lhe são impostas (Maslach & Schaufelli, 1993). Acerca do *burnout*, Maslach et al. (1996), descrevem-no como uma síndrome que é causada por três fatores principais, que são o esgotamento emocional, a despersonalização e os baixos níveis de realização profissional. Para Rupert et al. (2009) o esgotamento emocional, tem sido descrito, como o fator que melhor caracteriza o *burnout* e refere-se à forma como a pessoa responde ao stresse e faz referência a sentimentos de exaustão ou esvaziamento emocional. A despersonalização diz respeito à existência de comportamentos e atitudes negativas face às atividades desenvolvidas em contexto de trabalho, e por fim, os baixos níveis de realização profissional compreendem uma análise feita pelo trabalhador face ao seu próprio desempenho no trabalho que, por norma engloba uma visão negativa não só de si próprio, como também dos objetivos alcançados em contexto laboral (Rupert et al., 2009). Já os autores Ferreira e Lucca (2015) ainda acrescentam que esta síndrome resulta de um processo

ininterrupto de sentimentos de inadequação relacionados com o trabalho e escassez de recursos para efetivar esse trabalho.

Apesar do modelo de Maslach (2001, cit. in Herédia & Laneiro, 2015) ser considerado o mais consensual, outros investigadores sugeriram outros modelos face ao *burnout*, como por exemplo Lee e Ashforth (1996), que consideram que esta síndrome provém inicialmente da exaustão emocional e que, posteriormente, é que pode levar à despersonalização, ou à falta de realização pessoal. Segundo Schaufeli e colaboradores (2011), o *burnout* provém das exigências dos pacientes/clientes e das relações interpessoais no emprego, sendo que estes autores mencionam que essas mesmas relações são as principais geradoras desta síndrome. Perante o modelo defendido por Roelofs e colaboradores (2005), afirma-se que a principal dimensão do *burnout* é a exaustão emocional, a qual está relacionada com outras alterações psicológicas, nomeadamente a ansiedade e a depressão. Para Felton (1988) o *burnout* provém do facto dos indivíduos não se conseguirem recuperar e/ou recompor física e emocionalmente, após concederem demasiado do seu tempo ao emprego.

Cherniss (1989, cit. in Richardsen & Burke, 1995), propôs no seu modelo teórico que o *burnout* está em constante mutação psicológica devido aos fatores de stresse, sendo que as características do trabalho de cada pessoa interferem veemente com as expetativas dos profissionais. Em contrapartida, Richardsen e Burke (1995), afirmam que o modelo de Cherniss (1989, cit. in Richardsen & Burke, 1995) é limitado, uma vez que este modelo se baseia inteiramente em entrevistas e observações com uma população insuficiente. Os autores (Richardsen & Burke, 1995), ainda alegam que o *burnout* é influenciado por diversos fatores e não apenas pelas características do ambiente de trabalho.

Relativamente ao modelo teórico de Leiter (1991), este afirma que a exaustão emocional tem uma função predominante face à evolução do *burnout*, sendo que surge em primeira instância como uma resposta aos causadores do stresse laboral. Assim, os profissionais, ao tentarem lidar com esta exaustão e ao contactarem de forma permanente com outras pessoas no decorrer da sua actividade, desenvolvem a despersonalização nesta relação com os clientes/utentes e/ou colegas de serviço. Por consequência, a despersonalização, leva a que as relações profissionais percam a componente pessoal, conduzindo então a uma diminuída realização pessoal (Leiter & Maslach, 1988). O modelo proposto por Leiter (1991), também defende que trabalhadores com fortes redes de apoio sociais e com oportunidades para melhorar a sua eficácia, são menos propensos a experimentar outros aspectos do *burnout*.

Perane a visão de Shanafelt et al., (2012) e Wall et al. (2014), citados por Maroco et al. (2016) se não ocorrer uma intervenção correta em casos de *burnout*, podem advir diversas consequências negativas, tal como desgaste físico e emocional, associados a sintomas físicos como distúrbios do sono, cefaleias, tonturas e sintomas psicológicos como ansiedade, irritabilidade, instabilidade emocional e dificuldades em estabelecer e/ou manter relacionamentos sociais. Estes conflitos, o baixo desempenho profissional, a redução da satisfação com o emprego e com a vida pessoal, pode levar a um contínuo de sofrimento que em situações mais severas, pode guiar até ao suicídio.

De assinalar que de acordo com o referenciado pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (s.d., p.1) as manifestações do *burnout* podem ser do tipo, nomeadamente:

- físicas, englobando sintomatologia física tal como “sensação de cansaço na maioria do tempo, fragilidade do sistema imunitário, frequentes dores de cabeça, lombares e musculares, alterações do apetite e alterações no sono”;

- emocionais, tal como “sentimento de fracasso, derrota e desamparo, sentimento de solidão, falta de motivação, negativismo e diminuição da satisfação e do sentimento de realização profissional e pessoal”;

- comportamentais, que se refere a comportamentos recorrentes tais como “isolamento, lentificação na realização das tarefas habituais, dificuldade em assumir as responsabilidades habituais, consumo excessivo de comida, álcool ou drogas, absentismo, chegar atrasado ou sair mais cedo, modificação dos padrões de comportamento habituais”;

- sintomatologia psicopatológica, que engloba sinais e sintomas como “insónia, irritabilidade, inquietação, tremores, sintomas depressivos e baixa motivação” (Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, s.d., p. 1).

Também Silva e colaboradores (2021) mencionam de igual forma, que o *burnout* pode ter consequências graves tanto para os pacientes como para os profissionais.

Como já foi exposto anteriormente, esta síndrome não só causa danos à saúde física e mental, como pode levar à fraca qualidade do atendimento dos profissionais para com os utentes e/ou clientes e, conseqüentemente, a cuidados mais inseguros, o que pode trazer inúmeros prejuízos para a sociedade em geral.

2.1.2. Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade, provém da palavra de origem do latim “*qualis*”, que se refere à maneira de ser de algo ou alguém, que é característica de alguma coisa, podendo, deste modo, exercer características positivas e/ou negativas. Contudo, sempre que se designa o termo qualidade de vida, existe uma ideia pré-estabelecida de que nos estamos a referir a algo positivo e vantajoso (Santin, 2002).

Desde há muito tempo que a qualidade de vida tem criado uma inquietação constante nos indivíduos, sendo que atualmente continua a existir a procura por uma vida saudável e por um bem-estar perseverante através de diversos fatores, tais como: saúde, habitação, educação, lazer, transporte, emancipação, emprego, autoestima, entre outros (Santos, et al., 2002).

O conceito de qualidade de vida tem recebido diversas definições ao longo do tempo, contudo, este conceito baseia-se em três dimensões principais, nomeadamente a habilidade funcional, o nível sócio-económico e a satisfação (González, 1993, cit. in Santos et al., 2002). Porém, esta variável, também engloba os seguintes componentes: competências físicas, estado emocional, relações sociais, funcionamento intelectual, situação económica e estado de saúde percebido pela própria pessoa (Hornquist, 1990).

De acordo com Engel (1977), o modelo biomédico é o que mais prevalece relativo à qualidade de vida. Contudo, perante a perspetiva de Pereira et al. (2020), este modelo apresenta limitações, uma vez que se baseia nas determinantes da doença, com o objetivo de levar a tratamentos específicos e a cuidados de saúde ajustados; no entanto, também se devia ter em consideração o utente e/ou cliente e o contexto social em que este se insere (Pereira, et al., 2020).

Perante as investigações de Jonh Flanagan (1982), este menciona que a qualidade de vida pode ser avaliada em cinco dimensões distintas, nomeadamente: 1) bem-estar físico e material, que se refere à capacidade física, ao conforto e à serenidade e tranquilidade; 2) relações com outras pessoas, que engloba o vínculo afetivo, que é condicionado por várias atitudes; 3) atividades sociais, comunitárias e cívicas, refere-se a mecanismos de ação-resposta face a situações, que decorrem conforme as aptidões funcionais do indivíduo; 4) desenvolvimento e enriquecimento pessoal, que compreende a auto-aceitação, tal como as relações positivas, a autonomia, o auto-dominio e a procura por objetivos pessoais e 5) recreação, abrange atividades de lazer com objetivos sociais e individuais.

Assinale-se que em 1992, Lin Zhan, definiu a qualidade de vida como um conceito que depende do nível em que as experiências de vida de uma pessoa são satisfatórias, ou seja, qualidade de vida é considerada um conceito multidimensional e que está relacionado com o contexto em que o indivíduo se insere, pois, as experiências humanas, são dinâmicas e complexas. De acordo com esta autora, existem diversos fatores que influenciam as percepções das pessoas perante o significado absoluto de qualidade de vida, são eles: a formação pessoal, o contexto cultural, o meio ambiente e a idade. Como tal, para haver uma conceção plena deste conceito, é necessário que se compreenda o processo de interação entre a pessoa e o ambiente em que esta se insere. Para Zhan (1992), este conceito pode-se tornar operável e avaliativo através de quatro aspetos: 1) satisfação com a vida; 2) autoconceito, 3) saúde e funcionamento; e 4) fatores socioeconómicos.

Segundo a perspetiva de Gill e Feisntein (1994), que investigaram a "validade aparente" do que médicos e utentes designam de qualidade de vida, este conceito chave (qualidade de vida), engloba aspetos relacionados com a saúde, tais como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental. No entanto, também engloba outros fatores importantes para a vida dos indivíduos, tais como o trabalho, a família, os amigos, entre outros. De notar ainda, que estes autores também mencionam a importância da percepção pessoal, uma vez que destacam que esta percepção influencia os níveis de qualidade de vida de cada pessoa (Gill & Feisntein, 1994).

Para Day e Jankey (1996) a qualidade de vida pode ser apresentada conforme quatro abordagens gerais: a económica, a psicológica, a biomédica e a geral/holística. Estes investigadores mencionam que os indicadores sociais são o principal elemento da abordagem socioeconómica, sendo que as informações de carácter social que eram recolhidas na época, focalizavam-se principalmente em fatores externos, como os salários e a habitação. Quanto à abordagem psicológica, esta, refere-se aos mecanismos de ação de cada pessoa perante as suas vivências e experiências de vida, uma vez que depende da experiência direta do indivíduo. Assim, ao avaliar a qualidade de vida de alguém, consegue-se perceber através deste indicador como se processa em parte a sua vida, e quais os seus mecanismos de felicidade e de satisfação. De acordo com as abordagens médicas refere-se que estas têm o objetivo de oferecer melhores condições de vida às pessoas que estão doentes. Quanto à abordagem geral ou holística, esta afirma que o conceito de qualidade de vida é multidimensional, pois mostra uma disposição profunda e mutável perante as diversas componentes, tais como os valores, a inteligência, os interesses, entre outros. Segundo Pereira et al. (2012) esta abordagem é a que mais se aproxima

das hipóteses atuais, uma vez que, a qualidade de vida, é diferente de indivíduo para indivíduo e, conforme o contexto em que este está inserido.

Com base em abordagens anteriores, tais como as de Day e Jankey (1996), os autores Renwick e Brown (1996), citados por Alison Alborz (2017), propuseram um modelo de qualidade de vida que identifica dimensões físicas, psicológicas e espirituais nos indivíduos, tal como uma necessidade inata de pertencer a comunidades de maneira física e social. Renwick e Brown (1996, cit. in Alborz, 2017), também denotaram que as pessoas têm a necessidade de procurar os seus próprios objetivos, e que estas, concebem as suas próprias decisões e escolhas, pois cada ser humano é único. É de salientar, que a concepção deste modelo por estes autores, trouxe uma compreensão mais holística relativa ao conceito de qualidade de vida, uma vez, que foi concebido, de forma a ser aplicado a pessoas com ou sem diversidade funcional, sendo considerado um modelo multidimensional e dinâmico, tendo em consideração a interação contínua do indivíduo com o meio ambiente. Este modelo, também destaca a perspectiva do indivíduo como um dos fatores mais importantes para a compreensão da sua qualidade de vida, uma vez que tudo depende da importância que cada pessoa dá a cada um dos fatores envolventes, afetando assim o seu impacto e, conseqüentemente, os níveis de qualidade de vida (Renwick & Brown, 1996; cit. in Alborz, 2017).

Como subentendido no parágrafo anterior, atualmente, os conceitos mais consensuais de qualidade de vida, procuram focar-se nas dimensões presentes das abordagens gerais ou holísticas, como é o caso da Organização Mundial de Saúde (Pereira et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), a qualidade de vida, é um conceito abrangente que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações do indivíduo com as características do ambiente em que este se insere. Este conceito, também se refere à percepção que cada indivíduo tem sobre a sua própria vida, sendo que esta percepção está inteiramente relacionada com a cultura, os valores, os objetivos, as expectativas, as regras e, ainda as preocupações de cada um (World Health Organization, 1998).

Perante a concepção de Minayo et al. (2000), a qualidade de vida não é considerada uma simples ausência de doença, sendo que este corrobora a “visão medicalizada” do conceito. Para estes investigadores, qualidade de vida refere-se a uma concepção social concebida perante características subjetivas, tais como o bem-estar, a felicidade, o amor, prazer e a realização pessoal e também por características objetivas, que se referem à satisfação das necessidades

básicas e das necessidades económicas e sociais de diferentes sociedades e/ou comunidades. Este conceito, contém diversos significados, que “...refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural” (p. 8). Como tal, segundo este estudo, para existir um conceito de qualidade de vida universal, é necessário existir a capacidade de realizar uma associação cultural de todas as pessoas e elementos complementares, considerando todos os padrões de conforto e de bem-estar.

De acordo com Soares e colaboradores (2019), a qualidade de vida é compreendida como uma conjugação pessoal e dinâmica, que engloba causas emocionais, sociais e físicas. Estas causas podem possuir uma importância variável para o bem-estar e longevidade da pessoa e dependem da capacidade que cada indivíduo possui para enfrentar as situações que ocorrem na sua vida. Esta capacidade é variável conforme o nível de satisfação face ao momento atual da vida do indivíduo, tal como a satisfação das expectativas futuras que a pessoa possui. Estes autores também mencionam que a qualidade de vida pode estar ou não relacionada com o estado de doença, pois tudo depende da forma que encaram toda esta conjuntura. Assim, a qualidade de vida é definida a partir de três domínios principais: i) psicológico, que engloba o stress emocional e a depressão; ii) sócio-económico-cultural, que se refere ao trabalho e salário, aos relacionamentos sociais, ao lazer e à espiritualidade e, por fim o domínio iii) físico, que abrange a alimentação, o nível de sedentarismo, sobrepeso e/ou obesidade, uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Apesar da criação deste modelo multifatorial tendo em consideração as necessidades da vida diária do ser humano, Soares e colaboradores (2019) acrescentam que, uma vez que a qualidade de vida possui determinantes relativos, esta pode, ou não, ter variações conforme a cultura, as crenças, representações e simbologias e, como tal, pode ser necessário, conforme os fatores mencionados, adaptar para dimensões ainda mais abrangentes.

Subsistem na literatura distintas características que definem a qualidade de vida, tal como inúmeros fatores que contribuem para aumentar a perceção de qualidade de vida. Para o Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (2011, p. 7), o facto de alguém “estar bem consigo próprio, ser feliz, não ter dor, ser valorizado pelos outros, ter disponibilidade para admirar a beleza, poder rezar perante o seu Deus, estar e sentir-se em paz, possuir determinados bens”, entre tantos outros fatores, contribuem também para aumentar os níveis da QV. Como

tal, pode-se afirmar que é importante existir uma aceitação constante da diversidade que caracteriza a qualidade de vida (Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011).

De forma a otimizar os níveis de saúde e de qualidade de vida, existem cinco ações que podem ser implementadas, segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2013): 1) Adotar hábitos saudáveis; 2) Regras de trabalho; 3) Praticar Desporto e Lazer; 4) Ter Cuidados com o sol e 5) Praticar uma Boa Alimentação.

Como já foi referido, apesar de ser necessário observar os níveis de qualidade de vida através de um modelo médico, é preciso olhar para a qualidade de vida através de um paradigma mais abrangente. Para Markus Nahas (2017), quando se fala em qualidade de vida, é necessário enfatizar: os aspetos materiais (e.g. salário, sucesso na carreira, bens adquiridos); sentimentos de satisfação e realização pessoal; a qualidade dos relacionamentos; atividades de lazer; acesso a eventos culturais e percepção de bem-estar geral. Para este autor, em qualquer caso, considera-se fundamental, o atendimento das necessidades básicas do ser humano, tais como: a alimentação, habitação, educação emprego, atendendo que a sobrevivência terá sempre um papel prioritário face ao bem-estar. Nahas (2017), ainda destaca que a qualidade de vida engloba o bem-estar, a felicidade, os sonhos, a dignidade, o trabalho e a cidadania.

Como foi possível constatar ao longo deste subcapítulo, são múltiplos os construtos que apresentam uma relação com a qualidade de vida, de forma que para se compreender melhor as inúmeras situações da vida diária de cada pessoa, a qualidade de vida deve ser incrementada em todos os domínios onde se desenvolvam atividades no âmbito humanístico, para assim poder existir uma consciência plena do estado de saúde da população e delinear programas de intervenção de forma eficaz e competente (Soares, et al., 2019).

2.1.3. Resiliência

Existem diversas definições para o conceito de resiliência, no entanto, uma vez que esta variável é considerada um conceito amplo, não existe ainda um consenso geral face à sua definição. Porém, segundo a literatura, pode-se constatar que grande parte das definições de resiliência inclui pelo menos dois pontos chave que permanecem em concordância, nomeadamente a existência de certa adversidade ou desafio e, posteriormente, uma adaptação positiva relativa a esse mesmo desafio (Winwood et al., 2013).

Para a Psicologia, o conceito resiliência surgiu pela primeira vez em 1966. Este surgiu no sentido de descrever a força biológica e psicológica do ser humano, sendo que essa força visa promover a superação perante as adversidades da vida (e.g. trauma, stresse, entre outros riscos) (Benetti & Crepaldi, 2012). Contextualizado historicamente este conceito nas Ciências Sociais e Humanas, é necessário referirmo-nos a duas grandes investigadoras, consideradas as “mães da resiliência”, Emmy Werner e Ruth Smith. Estas investigadoras, foram as autoras de um dos maiores estudos longitudinais relativos à resiliência, desenvolvido numa ilha Havaiana, Kauai, onde acompanharam longitudinalmente o desenvolvimento de 698 crianças. Esta investigação, deu origem à obra conceituada “*Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and wouth*” (1982), que teve como objetivo explorar o impacto de diversos fatores de risco biológicos e psicossociais, tais como os eventos da vida stressantes e fatores de proteção desses 698 indivíduos (Werner, 2005). Para as autoras, os fatores protetores têm mais impacto na vida das crianças que crescem sob condições adversas, do que propriamente os fatores de risco ou fatores de vida stressantes, independentemente da etnia, classe social ou até da localização geográfica (Werner & Smith, 1992, cit. in Benard, 2004). Foi concluído neste estudo, que um terço destas crianças, apesar das situações de alto-risco e independentemente de serem consideradas vulneráveis, eram também consideradas resilientes, acabando por ter sucesso escolar e tardiamente na vida adulta (Werner & Smith, 1982, cit. in Martins, 2014).

Outro dos grandes investigadores da resiliência foi Michael Rutter (1987), sendo que para este, a resiliência é percebida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que se pode revelar em diversas situações e que também pode ser promovida. A resiliência não é considerada como algo totalmente inato, embora possa ser considerada um traço de personalidade, mas fundamentalmente é um processo que depende de variações individuais, que permitem ou não, que essa competência seja adquirida e/ou expandida ao longo do desenvolvimento do sujeito (Rutter, 1987). Dessa forma, para o autor, a resiliência é proporcional ao desenvolvimento do indivíduo, e é variável perante os contextos, o nível e a conjuntura dos fatores de adversidade, o risco e stresse. Como tal, um indivíduo pode ser mais resiliente considerando uma determinada situação e, no entanto, ser menos resiliente perante outras (Rutter, 1987). Este investigador também menciona que a resiliência pode ser definida como um fenómeno interativo, de vulnerabilidade reduzida relativamente às experiências de risco ambiental. Neste processo, existe a superação de adversidades ou de situações de stresse, ou até um resultado positivo, independentemente das experiências de risco (Rutter, 2006). O

autor (Rutter, 2013), ainda menciona que a pessoa com resiliência considera regularmente os mecanismos de mediação de risco e os fatores de proteção face às adversidades vividas, sendo que estes dois fenômenos são bastante importantes para alguém ser considerado resiliente.

Consubstanciando as diversas definições de resiliência supramencionadas e de acordo com o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, 2014, cit. in World Health Organization, 2015) a resiliência é conceituada como uma competência que permite superar uma situação perigosa através dum sistema socioecológico, uma vez que este mesmo sistema, tem o objetivo de preservar as suas funções primárias, tal como a sua organização e individualidade, mantendo simultaneamente uma adaptação, aprendizagem e transmutação face à situação decorrente, sendo que este processo ocorre mediante uma resposta e reorganização constante. A Organização Mundial de Saúde (2015), refere que, de uma forma geral, a resiliência refere-se à “capacidade e agilidade holística de um sistema mudar e flexionar de acordo com as circunstâncias - e continuar a funcionar sob stresse, enquanto está passando por mudanças” (World Health Organization, 2015, p. 7).

Relativamente ao ponto de vista social, segundo Fontes e Azzi (2012), a resiliência fundamenta-se em três aspetos principais: 1) persistir às adversidades com o próprio esforço e voltar aos padrões de normalidade, após o indivíduo atuar como um agente principal nestas condições adversas; 2) Regular o seu próprio comportamento, apoiando-se essencialmente nos seus resultados e fazendo comparação a padrões de referência; e 3) acreditar nas suas próprias competências para alcançar o pretendido.

Para Melillo e Ojeda (2005, cit. in Silva et al., 2016) a resiliência é entendida como uma forte aptidão dos indivíduos para encarar, superar e sair mais fortalecido ou transformado, perante diversas situações de adversidade. Também Wagnild e Young (1993, cit. in Silva, et al. 2016) defendem que as pessoas com resiliência, perante um problema, têm a capacidade de posteriormente retomar o equilíbrio mental e emocional e aprender com a experiência, reintegrando-se de forma mais resistente e estruturada. Ou seja, no processo da resiliência, segundo Oliveira et al. (2023), a pessoa enfrenta diversos acontecimentos e algumas circunstâncias que causam sofrimento, contudo, têm a capacidade de enfrentar todos esses aspetos de maneira positiva. Para Pesce e colaboradores (2005, p. 435), a resiliência é um “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo que este vivencie experiências desfavoráveis”.

Michael Ungar (2008), contesta algumas das definições de resiliência acima mencionadas, defendendo que o conceito de resiliência, tem enfoque numa abordagem ecológica, sendo um processo vivido pelo indivíduo perante a exposição a adversidades de teor psicológico ou ambiental, ou de ambos. Este processo, envolve o facto de a pessoa percorrer e delinear o seu próprio caminho, e nesse mesmo caminho encontrar formas de manter a sua saúde e o seu bem-estar. Por outro lado, para Ungar (2008), a resiliência também depende do ambiente, da família, da comunidade e da cultura em que o indivíduo se insere, sendo que estes fatores, visam oferecer os recursos necessários para promover níveis de saúde adequados. Ou seja, para este autor, a resiliência não se limita a uma característica individual do indivíduo, porque depende do apoio, das oportunidades disponíveis ao longo da vida da pessoa, das interrelações, bem como do contexto cultural em que está inserido. Neste caso, é o ambiente da pessoa que carece de resiliência, e não a pessoa em si (Ungar, 2008).

Conforme mencionado no parágrafo anterior, os níveis de resiliência podem variar perante diversas situações ou contextos, contudo, Andrade e Resende (2014), defendem que elevados níveis de resiliência, por norma, estão associados a diversos fatores, tais como uma elevada autoestima, maior autocontrolo, competências superiores, maior satisfação com a vida, controlo do stresse e práticas de hábitos saudáveis. Já Sordi e colaboradores (2011), acrescentam que indivíduos mais resilientes apresentam um maior sentimento de segurança e uma maior capacidade para superar desafios. Maia e Neto (2021), referem a compaixão e a perseverança como fatores interligados à elevada resiliência.

No eixo oposto, que se refere a pessoas com baixos níveis de resiliência, Carvalho e colaboradores (2016), mencionam que estes indivíduos estão em risco de puderem apresentar mais sintomas depressivos e de ansiedade, mais stresse, raiva, impulsividade e também menor autoestima.

Conforme a investigação desenvolvida por Oliveira et al. (2008), é mencionado que a resiliência está dependente do equilíbrio entre os fatores de risco e de proteção, que podem ser de cariz pessoal ou interpessoal. Para Jonh Coie et al. (1993), alguns exemplos de fatores de risco presentes na resiliência podem ser as situações familiares complicadas, problemas emocionais, dificuldades no âmbito escolar, contexto social complexo, adversidades interpessoais, abandono, doenças, entre outros.

Segundo Garmezy (1991, 1993, cit. in Simões, 2012), os fatores de proteção podem ser divididos em três tipos:

1. Aspectos pessoais, que podem incluir a autoestima, a autonomia, a autoeficácia, as capacidades cognitivas e de reflexão, a capacidade para resolver problemas, a flexibilidade, a estabilidade emocional, a fé e crenças, a confiança e ainda o temperamento;
2. Condições familiares, que englobam a coesão familiar, qualidade das relações familiares, as boas práticas parentais, a segurança familiar e o suporte emocional. Este fator está inteiramente ligado aos laços familiares e afetivos;
3. Apoio comunitário ou social, que abrange as relações sociais e de confiança, o acesso à saúde e educação, apoio emocional fora do seio familiar, empenho escolar estável e por fim as organizações religiosas. Todos estes fatores permitem auxiliar o indivíduo na superação de adversidades.

O Guia do *Chartered Institute of Personnel and Development*, ou também designado de CIPD (2011), defende três abordagens com o objetivo de desenvolver a resiliência nos indivíduos, sendo que estas podem ser agrupadas em três associações distintas, conforme citado pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (2016):

1. Personalidade/Caraterísticas Individuais: a resiliência é interna ao indivíduo e é vista como uma competência inata, que faz parte da sua personalidade. Esta competência pode incluir o *locus* interno de controlo (controlo sobre a sua própria vida), perseverança, gestão emocional e consciência, otimismo, perspetiva, sentido de humor, autoeficácia (confiar nas próprias capacidades) e competência para resolver problemas;
2. Ambiente: a resiliência é completamente dependente das experiências de uma determinada pessoa com o seu ambiente, de tal forma que fatores externos ao indivíduo (como, por exemplo, o apoio social que recebeu), determinarão o grau de resiliência de uma pessoa;
3. Pessoa-ambiente: a resiliência é um produto da personalidade de uma pessoa em combinação com as influências ambientais, como a família, os pares e o ambiente social. (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016, pp. 35-36)

Como já referido neste subcapítulo, a presença de resiliência ocorre durante ou a seguir a um acontecimento gerador de stresse (Costa & Gonçalves, 2022). No entanto, Jatobá e Carvalho (2022), reconhecem a necessidade de uma abordagem mais abrangente para compreender a resiliência como parte dos sistemas de saúde. Para Patricia Greco (2018), a resiliência pode apresentar características que, de alguma forma podem combater as necessidades do

trabalhador, e gerar, de certa forma, respostas mais positivas perante as adversidades e, assim por consequência, minimizar o risco de doença. Também Melillo e Ojeda (2005, cit. in Silva et al., 2016), apontam que esta variável, para além de auxiliar no combate às adversidades, é deveras pertinente, pois auxilia na redução do stresse e reduz sinais emocionais negativos, tais como por exemplo a ansiedade, depressão ou raiva.

2.2. O *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda

Para Gabassi et al. (2002), o *burnout*, pode ser definido como uma reação a longo prazo ao stresse ocupacional que envolve, particularmente, as profissões de ajuda. Este facto, é justificado por Maslach e Jackson (1982), que afirmam que os profissionais que trabalham em instituições de categoria humanística, têm uma interação constante com outras pessoas, sendo que, essa interação, concentra-se frequentemente nos problemas do cliente/utente. Estes problemas, podem ser de cariz psicológico, social e/ou físico e podem acarretar sentimentos de raiva, de constrangimento, medo ou até de desespero. Como tal, os profissionais de ajuda, que lidam diariamente com indivíduos que enfrentam este tipo de problemas, podem enfrentar em consequência níveis constantes de stresse, tornando-se emocionalmente desgastante, e sendo que esse desgaste pode levar ao desenvolvimento da síndrome *burnout*.

Em 1982, Maslach e Jackson, realizaram uma investigação com médicos e enfermeiros, através da aplicação da escala MBI (*Maslach Burnout Inventory*), com o objetivo de comparar a amostra com grupos normativos, relativamente a cada um dos três domínios da escala. Neste estudo, foi revelado que os níveis de *burnout* dos profissionais de saúde podem diferir perante diversos fatores, nomeadamente: a) a configuração do ambiente de trabalho, que pode levar a que o profissional teça comentários autodepreciativos, questionando o nível de adequação perante as linhas de trabalho exigidas, e pode, também, conduzir a níveis baixos de autoconfiança, bem como a perspectivas desequilibradas da realidade; b) a quantidade e grau de contacto com os clientes, ou seja, quanto mais horas o profissional trabalhar com o paciente e quanto mais tempo lidar com pessoas diferentes e com particularidades distintas, maiores são os níveis de exaustão emocional; c) os sucessos e fracassos, que engloba as expetativas dos profissionais de saúde perante o que eles realizam e sentem ao longo do seu trabalho; d) o

controle e a falta de controle, uma vez que em diversos ambientes de saúde é vulgar que muitos aspetos estejam além do controle do profissional; e) ambiguidade e incertezas sobre o desempenho das suas funções, induzindo sentimentos de tensão e ansiedade, sentimentos esses que são preditores do *burnout*; f) a forma de perceber uma situação de stresse conforme o estado de espírito atual. Neste caso, o profissional, pode atribuir um preconceito negativo relativamente ao cliente ou, pelo contrário, subentender que as falhas estão nele próprio, sendo que, de uma forma ou de outra (atribuir culpa ao cliente ou a ele próprio), induz sentimentos negativos no profissional.

Numa investigação portuguesa, realizada por Rui Gomes e José Cruz (2004), com o objetivo de analisar os níveis de stresse laboral e *burnout* presentes numa amostra de 439 psicólogos, foram avaliados diversos fatores, nomeadamente as fontes de stresse decorrentes da prática laboral dos profissionais de Psicologia, os níveis de satisfação dos profissionais para com a sua profissão, as dificuldades inerentes à prática profissional e os possíveis problemas de saúde física. Neste estudo, foi verificada uma diferença entre os géneros, apurando-se que as mulheres apresentavam níveis superiores de *burnout*, maior insatisfação profissional, bem como níveis inferiores de saúde física, relativamente aos homens. Além de verificarem uma diferença entre os géneros, também foi possível perceber que as maiores fontes de stresse estão associados a quatro fatores, designadamente: erros cometidos e as consequências e/ou implicações desses erros; relações profissionais, que se refere aos níveis de “incompetência ou inflexibilidade dos superiores hierárquicos, bem como a supervisão inadequada” (p. 208) e que constitui um fator preponderante de mal-estar, principalmente para os homens; excesso e sobrecarga de trabalho, que é justificado pelo acumular de tarefas e obrigações, bem como o tempo reduzido que os profissionais possuem para dar resposta às várias solicitações; por último, a carreira profissional, sendo que os autores referem que este fator está associado à falta de progressão na carreira, tal como a baixos salários e à necessidade de mais condições materiais para poderem efetivar as suas funções de maneira adequada. Os resultados obtidos nesta investigação permitem verificar, que os profissionais de Psicologia, experienciam elevados níveis de *burnout* explicados pelos inúmeros fatores de insatisfação e stresse profissional, bem como pelos problemas de saúde física.

Patricia Rupert (2009), também realizou um estudo com uma amostra de 497 psicólogos, com o objetivo de investigar o papel do conflito trabalho-família e/ou família-trabalho na contribuição para os níveis de *burnout*. Nesta investigação foi possível aprofundar que o apoio

familiar é um fator crucial para os níveis de bem-estar no trabalho, sendo que os conflitos, entre o domínio profissional e familiar, estão associados ao *burnout*. Atendendo que, o conceito de conflito entre trabalho e família refere-se a casos em que as exigências do trabalho são de certa forma incompatíveis com as exigências da família, ou pelo contrário, são as exigências da família incompatíveis com o trabalho, é possível confirmar através dos resultados deste estudo, que os níveis de *burnout* também diferem, perante o controlo laboral, o número de horas de trabalho e o apoio familiar. Face aos resultados obtidos a investigadora refere a necessidade de desenvolvimento de estratégias que reduzam esta síndrome nos psicólogos, sejam estas realizadas no ambiente familiar ou profissional.

Para Ferreira e Lucca (2015), os profissionais de saúde são especialmente passíveis de desenvolver *burnout*, uma vez que o trabalho destes profissionais exige um cuidado vigoroso e prolongado, com utentes que apresentam um quadro de carências e dependência praticamente constante. Segundo esta investigação, o facto de os enfermeiros estarem em constante contacto com pacientes em situação vulnerável (e.g. doenças graves, deprimidos e hostis), e o facto de existir receio de cometer falhas durante o cuidado ao paciente, são fatores que contribuem para aumentar os níveis de *burnout*. Os autores, ainda destacam, que este estudo pode ser considerado não só um alerta para os enfermeiros, mas também para os restantes profissionais de saúde.

No estudo de João Marôco et al. (2016), foram avaliados os níveis de *burnout* em médicos e enfermeiros em diferentes contextos profissionais e em todos os distritos e regiões autónomas de Portugal. Esta investigação revelou que o preditor dominante da síndrome de *burnout* nestes profissionais, é a perceção de más condições de trabalho, seguido do tempo de serviço no cargo, sendo que, os médicos e enfermeiros mais jovens, apresentam níveis superiores de *burnout*, quando comparados com colegas a exercer à mais tempo a profissão. Os autores concluíram, que existe a necessidade de serem realizados mais estudos relativos à reperiurssão das particularidades laborais/organizacionais, no domínio da saúde, principalmente no que se refere ao bem-estar físico e psicológico dos profissionais que trabalham nesta área. Fazem ainda alusão à necessidade de intervenções ocupacionais, de modo a que o impacto do *burnout* seja diminuído nos profissionais de saúde e, consequentemente, fortaleça a qualidade prestada nos serviços de saúde.

Através de uma investigação realizada em profissionais de saúde, Perniciotti et al. (2020) destacam como fatores de risco associados ao *Burnout*: “1) fatores ambientais do contexto

hospitalar; 2) fatores ambientais das unidades de terapia Intensiva; 3) fatores sociais do contexto hospitalar e 4) fatores individuais do sujeito, destacando o papel da autoestima” (p. 41).

No que se refere aos assistentes sociais, também estes pertencentes ao grupo de profissionais de relação de ajuda, estes, desempenham uma função fundamental para a manutenção da saúde e do bem-estar da população nas várias faixas etárias. Esta categoria de profissionais, apresentam um papel imprescindível para a melhoria da vida de pessoas vulneráveis, com carências sociais, físicas e mentais (Hussein, 2018). Como tal, a profissão de assistente social e o *burnout*, ultimamente, têm ‘andado de mãos dadas’, no sentido que, a síndrome *Burnout*, tem vindo a tornar-se um conceito bastante presente ao abordar o stresse e a sobrecarga associada ao trabalho (Mendes et al., 2021). Várias investigações, como as desenvolvidas por Carlotto (2009), Carrera (2011), Carvalho e Neto (2018), Ferreira (2022), Hussein (2018), García et al. (2019), Mendes et al. (2021), Piedade (2022), entre tantas outras investigações, têm exposto, que elevados riscos de *burnout*, estão associados aos contextos profissionais dos assistentes sociais, uma vez que estes trabalhadores, vivenciam constantemente situações de stresse, pois presenciam e intercedem sistematicamente com fatores sociais, familiares e comunitários, que são vulneráveis e de elevado risco.

No estudo de Teles et al. (2019), realizado com assistentes sociais, os resultados apontam que, o descontentamento face ao salário, se encontra interligado com níveis superiores de *burnout*. Estes trabalhadores, percecionam constantemente, falta de reconhecimento e de valorização profissional, que consequentemente aumenta os níveis de stresse, ao passo que, gradualmente, tendem a diminuir o nível de desempenho e envolvimento quanto à sua atividade laboral.

Para García et al. (2019), que realizaram igualmente um estudo com profissionais do serviço social, verificam que estes apresentam elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização. Mencionam ainda que os níveis de *burnout* diferem perante alguns fatores, nomeadamente: 1) perante o afastamento do trabalho, ou seja, quando os profissionais estão afastados do trabalho por razões de saúde tendem a experimentar maior exaustão emocional e despersonalização, bem como menor realização pessoal; 2) na presença de doenças crónicas, uma vez que, quando estes profissionais apresentam este tipo de doenças, estas associam-se a níveis superiores de exaustão emocional; 3) considerando a situação laboral, uma vez que os trabalhadores que desempenham funções a tempo inteiro apresentam níveis superiores de despersonalização, quando comparados a trabalhadores a tempo parcial; 4) perante o tipo de

emprego, considerando que os profissionais que desempenham funções em organizações privadas, apresentam uma maior realização profissional, quando comparados a trabalhadores de organizações públicas; e, por fim, 5) a presença de crianças em casa, este fator apresenta-se com um papel de proteção, uma vez que o mesmo, está associado a um menor risco de exaustão emocional.

De assinalar que, segundo o estudo de Ferreira (2022), devido à pandemia COVID-19, foram também verificadas alterações nas dinâmicas de trabalho dos serviços de saúde, tendo estas apresentado impactos bastante negativos, nomeadamente: conflitos internos; dificuldade de articulação com respostas sociais da comunidade; afastamento e distanciamento social entre os profissionais e utentes/familiares; serviços fechados; entre outros. Desta forma, os níveis de stresse aumentaram, principalmente nos profissionais de saúde, que enfrentaram riscos constantes, tanto para a sua saúde física, como para a saúde psicológica. Independentemente das causas de stresse terem sido manifestadas antes ou após a pandemia, é de frisar que, este surto pandémico, foi um fator predominante para aumentar os níveis de *burnout* já existentes nos profissionais de relação de ajuda.

Naz et al. (2016), realizaram um estudo com uma amostra de enfermeiros, em vários departamentos de um hospital, com o objetivo, de compreender a relação entre o *burnout* e a qualidade de vida. Através dos resultados, estes investigadores apuraram que os níveis de *burnout* foram elevados, e que estes, afetavam significativamente os níveis de qualidade de vida dos enfermeiros. Assim, concluíram que existe um menor nível de QV, quando existe um elevado nível de *Burnout*, o que acaba por comprometer os cuidados que estes prestam aos pacientes. Estes autores, reconhecem a necessidade de um equilíbrio saudável entre a vida familiar e profissional, bem como a necessidade de acesso a mais serviços médicos e serviços de saúde mental.

Refira-se ainda o estudo desenvolvido por Ribeiro et al. (2021), também com enfermeiros, em que igualmente constataram que o *burnout* interfere na qualidade de vida desses profissionais, com consequências nos domínios vitais, sociais, mentais e ainda no domínio da dor.

Também Araújo et al. (2018), num estudo com profissionais de enfermagem, e Moraes et al. (2019), através de um estudo com médicos e professores, evidenciaram similarmente, que existe uma relação inversa entre as variáveis *burnout* e qualidade de vida, uma vez que a qualidade de vida diminui, quando o *burnout* aumenta.

Focalizando a qualidade de vida, Lentz et al. (2000), realizaram um estudo numa amostra de profissionais de enfermagem e auxiliares de saúde, e utilizando a escala de Flanagan, para avaliar a qualidade de vida, verificaram que existia uma avaliação positiva da qualidade de vida em geral, e que o domínio mais valorizado em todos os grupos foi as “Relações com Outras Pessoas”. Contrariamente, os domínios que estes profissionais menos valorizaram referem-se ao domínio das “Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas”. Outro dos objetivos deste estudo, consistiu em conhecer as perceções dos inquiridos sobre a qualidade de vida, tendo concluído que, para estes profissionais, qualidade de vida refere-se aos seguintes aspetos: “ter bom emprego incluindo salário satisfatório; ter lazer; ter saúde; ter alimentação/ moradia/ vestuário/ transporte; ter educação e segurança” (p. 10).

Mais recentemente, Oliveira et al. (2018), também realizaram um estudo com profissionais de ajuda, com o intuito de verificar os níveis e os indicadores de qualidade de vida destes trabalhadores. De acordo com os resultados obtidos a qualidade de vida destes profissionais é considerada por eles como satisfatória. No entanto, apesar de apresentarem níveis satisfatórios quanto aos relacionamentos interpessoais e à saúde, e muito satisfatórios no referente ao conforto material, em oposição encontram-se os níveis de satisfação com o trabalho. Segundo esta investigação, quanto maior o nível de experiência, ou seja, quanto mais anos aquele profissional estiver naquele cargo, maior o decréscimo dos níveis de qualidade de vida. Esta insatisfação também pode ser explicada pelos baixos salários e excesso de trabalho, que gera desgaste físico e psicológico, e que, conseqüentemente, diminui a perceção de qualidade de vida. Citando Oliveira et al. (2018, p. 2016), o “ambiente hospitalar é considerado stressante e sobrecarregado, onde os profissionais estão expostos a diversos fatores que comprometem a saúde devendo lidar com as situações impostas de modo que não gerem impacto negativo na sua vida pessoal”, ou seja, torna-se necessário que estes profissionais desenvolvam estratégias e fatores de proteção, de modo a não comprometer outros domínios da sua qualidade de vida.

Através de um estudo com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros) a exercer funções na área de saúde mental em Portugal, Paula (2013), constatou que a classe profissional com níveis mais elevados de qualidade de vida, foram os psicólogos e quem apresentou níveis mais baixos foram os enfermeiros. Este estudo permitiu ainda concluir que a qualidade de vida, relativamente a este leque de profissionais, se encontra com níveis gerais reduzidos; os profissionais do género

masculino apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida; os trabalhadores com filhos apresentam níveis mais elevados de QV; os profissionais com maior grau de habilitações literárias apresentam níveis superiores de QV; quando são realizados horários de trabalho por turnos os níveis de qualidade de vida são mais baixos; quando a carga horária laboral é inferior a 35 horas semanais, os níveis de qualidade de vida aumentam; e que, maiores níveis de satisfação profissional, predizem níveis superiores de qualidade de vida. Face a estes resultados, Paula (2013) defende que para aumentar os níveis de qualidade de vida, torna-se necessário que os profissionais de saúde tenham em consideração alguns fatores, nomeadamente: respeitar os próprios ritmos que lhes são adequados; realizar uma boa alimentação; ter as horas de sono necessárias; desenvolver sentimentos de segurança e estabilidade face ao emprego e ao local de trabalho; e também que lhes sejam proporcionadas formações relativas à gestão de stresse, gestão de conflitos, estratégias de *coping* e de assertividade.

Face às necessidades sentidas por estes profissionais é referido ainda que estes vivem com excesso de pressão e são expostos a cargas emocionais que podem afetar o seu equilíbrio biopsicológico, pelo que é crucial habilitá-los com competências no âmbito das relações profissionais e pessoais, promovendo assim o aumento da qualidade de vida (Araújo et al., 2018; Paula, 2013).

Constata-se também, que a pandemia COVID-19, que vivenciámos afetou os níveis de qualidade de vida da população em geral. Segundo o estudo de Ridell e Orvelius (2023), onde participaram médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde, verificou-se valores mais baixos relativos aos domínios do funcionamento físico, da energia, e do funcionamento social e emocional. Para Pereira et al. (2022), a dinâmica de um contexto de pandemia, onde existe um elevado risco de contrair a doença, promove consequências negativas nos fatores da qualidade de vida dos profissionais.

É importante ressaltar que os resultados obtidos no estudo de Sousa e Araujo (2015), sobre stresse ocupacional e resiliência em várias categorias de profissionais de relação de ajuda, destacam que são os enfermeiros que apresentam níveis superiores de stresse ocupacional, no entanto, são os profissionais que ocupam cargos de chefia, que possuem uma resiliência superior. Apesar dos níveis gerais de resiliência entre profissionais deste estudo estarem similarmente equiparados, os autores destacam como fatores de risco para o stresse laboral e a resiliência: a sobrecarga de trabalho, ter mais do que um emprego em simultâneo, horários rotativos e noturnos e privação de sono.

Silva et al. (2016), que também desenvolveram uma investigação no âmbito do *burnout* e resiliência em profissionais de enfermagem, mostram que a elevada resiliência apresenta um papel protetor face à presença de níveis moderados de desgaste emocional. Com resultados opostos, encontra-se a investigação de Chtibi et al. (2018), que ao estudarem uma amostra de médicos e enfermeiros, afirmam que os os níveis de resiliência destes profissionais, são criticamente reduzidos. Neste estudo são apontados como fatores de risco: o horário de trabalho, o tempo de serviço, os fatores socioeconómicos e os antecedentes de saúde.

Não obstante, torna-se necessário destacar, que a grande maioria dos estudos atuais, relativos à resiliência em profissionais de relação de ajuda, abordam a resiliência no contexto de Pandemia COVID-19. Como é o caso do estudo de Nourollahi-Darabad et al. (2021), Bahar et al. (2020), Barros et al. (2023), Baskin e Bartlett (2021), Brown et al. (2021), Bozdog e Ergun (2020), Maia et al. (2021), Maroto (2022), Ratzon et al. (2022), Rivas et al. (2021), Jose et al. (2020), Swavely et al. (2022), Vieira et al. (2022), entre tantos outros.

Jose et al. (2020), realizaram uma investigação com profissionais de enfermagem, onde foi possível averiguar, que estes profissionais, apesar de demonstrarem níveis moderados de *burnout*, apresentam elevados níveis no domínio da realização pessoal, bem como elevados níveis de resiliência. Estes investigadores, justificam que os níveis de resiliência, auxiliam no processo de equilíbrio e atenuação dos sintomas do *burnout*, uma vez que níveis elevados de resiliência, estão associados a níveis superiores de autonomia, de crescimento pessoal, de otimismo e de propósito de vida.

De referir ainda o estudo desenvolvido por Brown et al. (2021), que realizaram um estudo com vários profissionais de relação da ajuda, que trabalham em meio hospitalar, com o objetivo de identificar as fontes de resiliência destes profissionais. Os resultados obtidos permitiram apurar, que as fontes de resiliência destes profissionais, são organizadas conforme três tipos de resiliência: 1) resiliência pessoal, onde é englobado o autocuidado, o próprio comportamento, a mentalidade e o propósito de vida; 2) resiliência relacional, relacionada com os níveis de altruísmo, trabalho de equipa, suporte familiar e dos amigos; e por fim, 3) resiliência organizacional, que diz respeito a fontes de liderança, à comunicação eficaz e, à criação e implementação de políticas e procedimentos organizacionais adequados. Estes autores ainda sugerem e destacam a importância de desenvolver estratégias para aumentar os níveis desta variável, sendo distintas, conforme os tipos e fontes de resiliência mencionados anteriormente, através de três níveis nomeadamente:

- 1) a nível individual, onde sugerem que é necessário ajudar os profissionais a desenvolver uma mentalidade positiva, oferecer oportunidades para refletir sobre o valor e o significado do trabalho, bem como apoiar escolhas de vida saudáveis;
- 2) a nível relacional, que engloba reconhecer os apoios sociais externos dos profissionais, através de condições adequadas para as famílias (e.g. apoio para cuidar de crianças, licença do cuidador, programas de assistência psicológica) e de reconhecimento das redes sociais dos profissionais;
- 3) a nível organizacional, sugerem o desenvolvimento de políticas e procedimentos eficazes, o melhoramento da liderança, bem como o investimento em plataformas de comunicação.

Para Bahar et al. (2020), para desenvolver a resiliência em profissionais de ajuda, é necessário que estes profissionais: adotem métodos de reestruturação cognitiva e de autoconhecimento; estabeleçam um equilíbrio entre a vida profissional e a vida social, mantendo relacionamentos interpessoais positivos; tenham objetivos pessoais definidos; experienciem vivências que permitam servir de guia para outras experiências futuras; tenham pensamento crítico, criativo e flexível; estabeleçam limites morais, pessoais e profissionais; tenham autoeficácia, altruísmo e sentido de humor; e ainda, que desenvolvam a capacidade para resolver problemas. Relativamente aos procedimentos que a organização deve proporcionar para desenvolver níveis superiores de resiliência. Apontam ainda a necessidade de intervenções que permitam facilitar a comunicação, diminuição dos horários por turnos, criação de áreas de descanso, e também o acesso a equipamentos de proteção, bem como as regras detalhadas sobre o uso destes equipamentos. Como tal, é necessário promover o desenvolvimento de resiliência entre os profissionais de saúde, pois, tal como refere Silva et. al (2016), o facto de se fortalecer o comportamento resiliente, resulta na competência de estes conseguirem com maior sucesso enfrentar as adversidades decorrentes no ambiente de trabalho.

Consubstanciando o que atrás foi explanado e, não obstante as investigações apresentadas, algumas realizadas no nosso país, afigura-se como importante e relevante continuar a investigar o *burnout*, a qualidade de vida e a resiliência dos profissionais de relação de ajuda, pelas consequências que apresentam, não apenas para a vida destes profissionais, mas também para os seus utentes/clientes. Estas investigações, podem ajudar a promover uma maior consciência quanto ao papel da resiliência para a qualidade de vida destes profissionais, contribuindo para a definição de políticas públicas, possibilitando às organizações e aos órgãos

de gestão, a criação de condições viáveis, de modo a colmatar as necessidades dos trabalhadores e melhorando os níveis de qualidade de vida (Alozani et al., 2023).

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3. Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos

3.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação

Tendo como referencial o enquadramento teórico explanado anteriormente, constata-se que os profissionais de relação de ajuda se encontram numa situação de maior vulnerabilidade ao *burnout*, com fortes implicações quer na sua qualidade de vida, quer a nível das suas atividades profissionais e, conseqüentemente dos seus clientes e utentes. Assim, face ao que se referiu diversas questões podem ser colocadas, nomeadamente:

- Será que os profissionais de relação de ajuda apresentam níveis elevados de *burnout*?
- Será que os profissionais de relação de ajuda apresentam níveis baixos de qualidade de vida?
- Será que níveis elevados de *burnout* têm implicações na qualidade de vida destes profissionais?
- Qual o papel da resiliência em situações de *burnout* vivenciadas pelos profissionais de ajuda?
- Será que níveis de resiliência mais elevados atenuam os efeitos negativos do *burnout* na qualidade de vida dos indivíduos?

Com base nos fundamentos teóricos explicitados e a partir das perguntas orientadoras da investigação, apresentam-se seguidamente os objetivos do presente estudo.

3.2. Objetivo Geral, Objetivos Específicos e Hipótese de Estudo

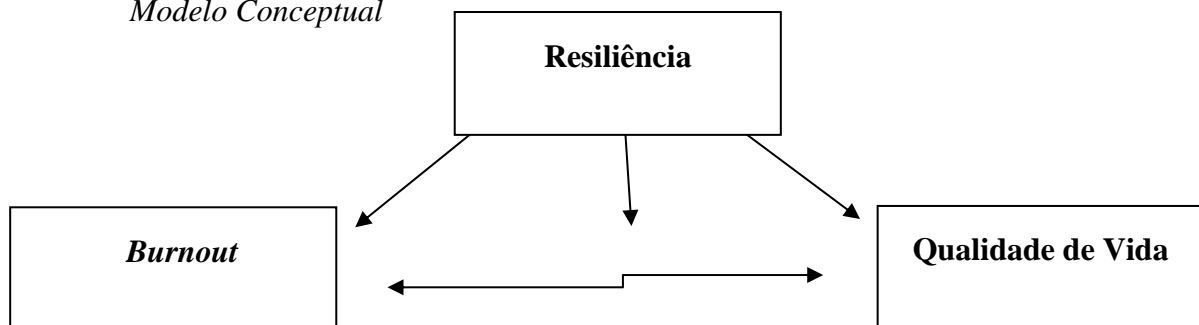
A presente investigação pretende como objetivo geral analisar as relações entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em Profissionais de relação de ajuda, nomeadamente, psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, conforme modelo conceptual definido na Figura 3.1.

Como objetivos específicos pretende-se:

- i) Analisar os níveis de *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência nos Profissionais de relação de ajuda;
- ii) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no *Burnout*, na Qualidade de Vida e na Resiliência dos Profissionais de relação de ajuda em função das variáveis sociodemográficas;
- iii) Investigar as relações entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência dos Profissionais de relação de ajuda;
- iv) Avaliar o impacto da variável Resiliência sobre o *Burnout* e a Qualidade de Vida nos Profissionais de relação de ajuda;
- v) Verificar se a variável Resiliência exerce um papel moderador na influência do *Burnout* sobre a Qualidade de vida.

Figura 3.1

Modelo Conceptual



Desta forma, foi formulada uma hipótese, sintetizada da seguinte maneira, que procuraremos testar nesta investigação:

H1: A Resiliência exerce um papel protetor na influência negativa do *Burnout* na Qualidade de Vida dos Profissionais de Relação de Ajuda.

Capítulo 4. Metodologia e Procedimentos

4.1. Tipo de Estudo e variáveis de investigação

A presente investigação estrutura-se numa abordagem quantitativa, comparativa, com um desenho transversal, de carácter exploratório e de tipo descritivo, correlacional e preditivo (Fortin, 2009). No que refere às variáveis de investigação, pretende-se estudar o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência. Neste sentido, e de acordo com os objetivos da presente investigação, foram utilizadas escalas de avaliação adequadas às variáveis propostas.

4.2. Seleção e caracterização da amostra

A amostra do presente estudo abrange quatro grupos amostrais de profissionais de relação de ajuda, nomeadamente: psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Consiste numa amostra não probabilística e intencional, uma vez que os participantes foram selecionados por facilidade e disponibilidade de acesso (Fortin, 1999).

Na investigação participaram 157 profissionais de relação de ajuda ($N=157$), com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos ($M = 42.23$ anos; $DP = 10.110$), dos quais 126 (80.25%) são do género feminino e 31 (19.75%) do género masculino. A faixa etária mais predominante é a dos 35 a 45 anos ($n=55$; 35.03%) sendo a menos representada a faixa etária dos 57-64 anos ($n=16$, 10.19%). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa ($n=152$; 96.82%), havendo ainda participantes de outras nacionalidades ($n=5$; 3.18%). Quanto ao estado civil, predominam mais os indivíduos casados ($n=68$; 43.59%) sendo menos representado o grupo dos divorciados ($n=15$; 9.62%) (Tabela 4.1).

Tabela 4.1*Distribuição da amostra por Género, Faixa Etária, Nacionalidade e Estado Civil*

Variáveis	Categorias	N	%
Género	Masculino	31	19.75
	Feminino	126	80.25
Faixa Etária	24 a 34 anos de idade	42	26.75
	35 a 45 anos de idade	55	35.03
	46 a 56 anos de idade	44	28.03
	57 a 64 anos de idade	16	10.19
Nacionalidade	Portuguesa	152	96.82
	Outra	5	3.18
Estado Civil	Solteiro(a)	43	27.56
	Casado(a)	68	43.59
	União de Facto	30	19.23
	Divorciado(a)	15	9.62

O nível de escolaridade mais frequente é a licenciatura ($n=83$; 52.87%) e o menos frequente o doutoramento ($n=5$; 3.18%). Quanto à profissão, 44 sujeitos (28.03%) são enfermeiros, 40 (25.48%) são médicos, 39 (24.84%) são psicólogos e 34 (21.66%) são assistentes sociais. Destes, 147 (93.63%) desempenham a sua profissão a tempo inteiro, 8 (5.10%) encontram-se a trabalhar a tempo parcial e 2 (1.27%) estão desempregados (Tabela 4.2).

Tabela 4.2*Distribuição da amostra por Escolaridade, Situação Profissional e Profissão*

Variáveis	Categorias	N	%
Escolaridade	Licenciatura.	83	52,87
	Pós-Graduação.	14	8,92
	Mestrado.	55	35,03
	Doutoramento.	5	3,18
Situação Profissional	Empregado(a) a tempo inteiro.	147	93,63
	Empregado(a) a tempo parcial.	8	5,10
	Desempregado(a).	2	1,27
Profissão	Assistente Social.	34	21,66
	Enfermeiro(a).	44	28,03
	Médico(a).	40	25,48
	Psicólogo(a).	39	24,84

4.3. Instrumentos

Para a realização da presente investigação, tendo como referencial os objetivos que se pretende alcançar, optou-se por diferentes instrumentos designadamente: i) Questionário Sociodemográfico, construído para o presente estudo, com o propósito de caracterizar a amostra; ii) *Measuring State Resilience*, para o estudo da resiliência; iii) *Maslach Burnout Inventory*, para estudar o *burnout*; e iv) *Flanagan's quality of life scale*, para avaliar os níveis de qualidade de vida.

4.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário de Dados Sociodemográficos a ser utilizado na presente investigação foi desenvolvido pela investigadora a partir de instrumentos similares. Este questionário tem como principal objetivo avaliar variáveis demográficas como o género, idade e estado civil. Procura ainda recolher dados relativos à formação académica e também às características e condições atuais de trabalho dos sujeitos (Apêndice 2).

4.3.2. Escala de *Burnout* - *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Este inventário foi desenvolvido por Maslach e Jackson em 1986, e adaptado para a população portuguesa por Cruz e Melo (1996) e, posteriormente, por Gomes (1998), tal como citado por Melo et al. (1999). O MBI é um instrumento de auto-registo com 22 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões. A dimensão 1) Exaustão Emocional, tem o principal objetivo de analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho (9 itens); 2) Realização Pessoal, avalia sentimentos de incompetência e falta de realização (8 itens); e 3) Despersonalização, mede resposta frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas para aqueles a quem se prestam serviços (5 itens). A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, variando entre o mínimo de 0 (Nunca) e o máximo de 6 (Todos os dias) (Melo et al., 1999).

De acordo com Melo, Gomes e Cruz (1999), o critério para um elevado nível de *burnout* inclui valores acima de 2.6 na dimensão da exaustão emocional e de 1.8 na despersonalização. O mesmo acontece com valores inferiores a 3.5 na dimensão da realização pessoal, sendo que

nesta dimensão, valores mais elevados são indicadores de menor *burnout*. É importante salientar, que estes investigadores, fazem apenas menção à forma que nos leva a verificar se existem, ou não, níveis elevados de *burnout*. Como tal, seguiu-se a distribuição percentual dos níveis de *burnout*, considerando as estimativas mencionadas por Maroco et al. (2016). Para estes investigadores, o *burnout* é definido como um constructo de segunda ordem que se manifesta nas dimensões de primeira ordem, através de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. O *burnout* reduzido é atribuído a valores médios inferiores a 2, o *burnout* moderado refere-se a valores médios entre 2 a 3 e o *burnout* elevado para valores médios superiores ou iguais a 3.

O MBI revela características psicométricas satisfatórias, com um *alpha* de Cronbach variando entre .70 e .80, com um total de .75 (Melo et al., 1999).

Também neste estudo foram verificados valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha = .78$).

4.3.3. Escala de Qualidade de Vida - Flanagan's Quality of Life Scale (FQoLS)

A escala de Flanagan (1982) serve para avaliar a qualidade de vida e é uma escala psicométrica de natureza ordinal. Esta escala é composta por 15 itens agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e realização pessoal e recreação. Esta escala é considerada multidimensional e apresenta evidências de validade de construto com base em resultados de análise fatorial realizados, sendo confiável para avaliar a qualidade de vida em diferentes contextos (Lentz et al., 2000).

Burckhardt et al. (1989), citados por Lentz et al., (2000), modificaram a graduação original das respostas de cinco para sete valores, permitindo uma visão mais ampla das respostas.

Para o presente estudo, foi utilizada a escala Flanagan com os valores adotados por Burckhardt et al. (1989, cit. in Lentz et al., 2000), pelo que as respostas variam de "muito satisfeito" com valor de 7, a "muito insatisfeito" com valor de 1.

A escala de qualidade de vida Flanagan foi traduzida para português e utilizada por Hashimoto et al. (1996), no entanto, esses autores não referem a sua fidedignidade. Assim, Gonçalves e Nassar (1998) calcularam o coeficiente de fidedignidade aplicando esta escala a

três amostras distintas, numa amostra de 183 sujeitos. Com base nessa amostra heterogénea, foi demonstrado por testes estatísticos que a escala de qualidade de vida de Flanagan traduzida para a população brasileira possui alta fidedignidade (Burckhardt et al., 1989, cit. in Lentz et al., 2000).

Em Portugal, a escala está em finalização de adaptação por Martins e Rafael (s.d.). Na adaptação para a população portuguesa os valores obtidos foram de *alpha* total de Cronbach de .91. Para as subescalas, nomeadamente subescala 1. Bem-Estar Físico e Material, foi obtido um *alfa* de .47, subescala 2. Relações com Outras Pessoas com *alpha* de .64, subescala 3. Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas com *alfa* de .70, subescala 4. Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal com *alpha* de .83 e subescala 5. Recreação com *alpha* de .84.

Relativamente à análise de médias finais, optou-se por evidenciar esta avaliação, segundo o valor de cada uma das respostas, ou seja, valores entre 1 e 1.4 referem-se a “Muito Insatisfeito”, valores de 1.5 a 2.4 “Insatisfeito”, de 2.5 a 3.4. “Pouco Insatisfeito”, 3.5 a 4.4. “Indiferente”, 4.5 a 5.4. “Pouco Satisfeito”, 5.5 a 6.4 “Satisfeito” e 6.5 a 7 significa “Muito Satisfeito”.

4.3.4. Escala de Resiliência - *Measuring State Resilience* (MSR)

Este instrumento foi desenvolvido originalmente por Chok C. Hiew em 1998 e foi adaptado à população portuguesa por Martins (2005), tendo como objetivo avaliar a resiliência. A versão portuguesa da *Measuring State Resilience* (Martins, 2011), é a versão utilizada neste estudo e é considerada um instrumento eficaz para prever, não só as estratégias utilizadas pelas pessoas face aos desafios do dia a dia, mas também para analisar os fatores que contribuem para a resiliência, ajudando a reduzir o impacto e controlar o stresse. Esta escala é composta por 14 itens que descrevem as características atuais da resiliência. Constituída por duas dimensões: Dimensão 1- *I Am/I Can*, engloba os recursos internos ou forças pessoais do indivíduo e as suas competências e habilidades pessoais e sociais (Itens: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14) e Dimensão 2- *I Have*, remete para os recursos externos e papéis que o sujeito desempenha na sociedade (Itens: 1, 2, 3, e 4). Está organizada numa escala *Likert* de 5 pontos, num *continuum* entre Discordo totalmente (1), Discordo (2), Neutro (3), Concordo (4) e Concordo totalmente (5).

Na validação da *Escala Measuring State Resilience* o resultado global obtido para o alfa de *Cronbach* foi de .74 (Martins, 2011).

Um valor similar foi encontrado no presente estudo ($\alpha = .78$).

4.4. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Após a escolha do tema da investigação estar definido, primeiramente iniciou-se uma pesquisa na literatura científica sobre as variáveis e os conceitos em estudo. De seguida, foram também pesquisados e selecionados os instrumentos de avaliação a aplicar, tendo sido solicitadas as autorizações aos respetivos autores para se utilizarem os instrumentos seleccionados. Posteriormente, foi apresentado ao Encarregado de Proteção de Dados e à Comissão de Ética da Universidade do Algarve, sendo que ambos concederam o parecer positivo ao desenvolvimento da investigação (Anexo 1 e Anexo 2).

De assinalar que a divulgação do estudo foi feita através do contacto com diversos profissionais de ajuda, tal como através de divulgação *online* para convidar um maior número de profissionais a participar no estudo, nomeadamente através de *e-mail* e redes sociais. Foi ainda utilizada a estratégia de bola-de-neve para recolher um maior número de sujeitos.

Após o pedido de colaboração dos sujeitos da amostra, explicando os objetivos da investigação, foi apresentado o Consentimento Informado (Apêndice 1), e garantida a confidencialidade e anonimato das respostas.

O preenchimento dos instrumentos foi *online*, através da plataforma *Google Forms*, iniciando-se pelo Questionário Sociodemográfico com o objetivo de avaliar as variáveis sociodemográficas como o género, idade e estado civil e ainda recolher dados relativos à formação académica e também às condições de trabalho atuais. De seguida, foram aplicados os restantes instrumentos, nomeadamente a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, a Escala de *Burnout* e, por fim a Escala de Resiliência. A recolha teve início no dia 21 de fevereiro de 2022 e terminou no dia 09 de fevereiro de 2023.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Versão 29)*.

Após a caracterização da amostra em estudo realizou-se a análise da validade e da fiabilidade fatorial da escala de avaliação de Qualidade de Vida utilizada no presente estudo. Deste modo, para a análise da validade fatorial foi realizada uma análise fatorial confirmatória

e para a análise da fiabilidade fatorial recorreu-se ao cálculo do valor de *alfa de cronbach* de modo a avaliar a consistência interna dos itens desta escala. Para a análise fatorial confirmatória tivemos em consideração os diversos índices de ajustamento para validar a estrutura fatorial de cada escala analisada. Neste sentido, foram considerados válidos os índices de ajustamento que seguissem as seguintes condições, de acordo com Maroco (2021) e Hair *et al* (2018), nomeadamente: $\chi^2/df \leq 5$; RMSEA ≤ 0.08 e GFI, CFI e NFI ≥ 0.90 .

Para o teste da fiabilidade fatorial recorreu-se à análise da consistência interna mediante o cálculo do valor de *alfa de cronbach*, que para ser considerado válido deve ser superior ou igual a 0.60 de acordo com indicações de Pestana e Gageiro (2014) e Maroco e Garcia-Marques (2006).

Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva dos resultados de cada uma das escalas de avaliação utilizadas no estudo, quer de forma geral, quer de forma mais específica, considerando as variáveis sociodemográficas.

Para a análise das diferenças significativas pelas variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes não-paramétricos de *Mann-Whitney* e de *Kruskal Wallis* uma vez que a distribuição dos resultados não se apresentava normal em todos os grupos das variáveis sociodemográficas analisadas.

Para estudar a relação entre as várias escalas de avaliação utilizadas recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação de *Spearman*, uma vez que a distribuição dos resultados não se apresentava com distribuição normal nas várias escalas analisadas.

Também foram realizadas análises de regressão linear simples para verificar relações causa e efeito, assim como análises de moderação de modo a verificar o efeito moderador da variável Resiliência sobre a relação existente entre o *Burnout* e a Qualidade de Vida.

O nível de significância utilizado foi de 5%, sendo considerados significativos os resultados cujo valor de *p* se apresentava igual ou inferior a .05.

Capítulo 5 - Apresentação dos Resultados

Após a abordagem dos capítulos anteriores, referentes à definição dos objetivos gerais e específicos e do capítulo respeitante à metodologia do estudo, nomeadamente quanto, a descrição da amostra e a natureza dos instrumentos utilizados, este capítulo apresenta os resultados obtidos.

5.1. Validade Fatorial – Análise Fatorial Confirmatória Escala de Qualidade de Vida

Quanto à Análise Fatorial Confirmatória realizada para a escala de Qualidade de Vida não foi possível obter, inicialmente, índices de ajustamento adequados ($X^2/gl=2.70$; $RMSEA=.10$; $CFI=.88$; $GFI=.85$) pelo que se resolveu modificar o modelo através da correlação entre resíduos dos itens. A nova análise fatorial já permitiu obter índices de ajustamento aceitáveis ($X^2/gl=1.86$; $RMSEA=.07$; $CFI=.94$; $GFI=.90$) o que permitiu confirmar a validade da estrutura fatorial em questão.

Conforme se pode analisar na tabela 5.3, a maioria dos itens apresenta *loadings* adequados. Apenas o item 1 da escala de Bem-Estar Físico e Material, e os itens 4 e 5 da escala de Relação com Outras Pessoas apresentam índices inferiores a .50. Contudo, uma vez que a fiabilidade das escalas (ver na tabela 5.3) se apresenta adequada e que não se pretendia alterar a estrutura fatorial resolveu-se manter os itens em questão.

Tabela 5.3*Modelo mediante a correlação entre resíduos dos itens da EQV*

Itens	<i>Loadings</i>				
	Bem Estar Físico e Mental	Relação com outras pessoas	Atividades Sociais e Comunitárias	Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	Recreação
EQVF 1	0.48				
EQVF 2	0.70				
EQVF 3		0.59			
EQVF 4		0.36			
EQVF 5		0.32			
EQVF 6		0.79			
EQVF 7			0.69		
EQVF 8			0.81		
EQVF 9				0.78	
EQVF 10				0.78	
EQVF 11				0.63	
EQVF 12				0.81	
EQVF 13					0.79
EQVF 14					0.76
EQVF 15					0.85

5.2. Fiabilidade Fatorial

Quanto aos resultados da escala MBI, estes apresentam-se todos adequados no que refere à fiabilidade fatorial, uma vez que todos os valores de *alfa de Cronbach* se mostram superiores a .60 (Tabela 5.4).

Tabela 5.4*Alfa de Cronbach do MBI*

Escala	<i>Alfa de Cronbach</i>
Exaustão Emocional	0.86
Realização Pessoal	0.72
Despersonalização	0.62
MBI Total	0.78

Relativamente à Escala de Qualidade de Vida (EQVF) os resultados revelam que a subescala Bem-Estar Físico e Material não apresentou uma fiabilidade fatorial muito adequada dado o baixo valor de *alfa* obtido. Porém a mesma foi mantida em análise dada a sua importância conceptual. As restantes subescalas e a escala total apresentam valores de *alfa* adequados ($\geq .60$), apresentando uma fiabilidade fatorial adequada (Tabela 5.5).

Tabela 5.5

Alfa de Cronbach da EQV

Escala	<i>Alfa de Cronbach</i>
Bem Estar Físico e Material	0.49
Relação com outras pessoas	0.64
Atividades Sociais e Comunitárias	0.70
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	0.84
Recreação	0.85
EQVF Total	0.91

Quanto à Escala MSR e de acordo com o valor de *alfa de cronbach* obtido na mesma, podemos verificar que a fiabilidade da escala *I Have* também apresentou um valor ligeiramente baixo (< 0.60). Porém, resolveu-se manter a mesma em análise, dada a sua importância conceptual. A outra escala e a escala total apresenta valores de *alfa* adequados, é como dizer-se que esta apresenta uma boa fiabilidade fatorial (Tabela 5.6).

Tabela 5.6

Alfa de Cronbach da MSR

Escala	<i>Alfa de Cronbach</i>
I Have	0.55
I Am I Can	0.73
MSR Total	0.78

5.3. Análise Descritiva

De forma a caracterizar a amostra total do estudo, bem como nas suas subamostras (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), foram calculados médias e desvios padrão no que concerne aos níveis de *Burnout*, de Qualidade de Vida e de Resiliência. Os mesmos podem ser consultados na Tabela 5.7.

Tabela 5.7

Estatística Descritiva

Escala	Amostra Total		Médicos		Enfermeiros		Psicólogos		Assistentes Sociais	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Burnout – MBI Total</i>	2.87	0.61	3.13	.59	3.01	.68	2.56	.41	2.75	.59
Exaustão Emocional	2.81	1.29	3.42	1.25	3.13	1.30	2.16	1.02	2.44	1.19
Realização Pessoal	4.79	0.78	4.70	.69	4.72	.84	5.00	.63	4.76	.95
Despersonalização	1.01	1.02	1.29	.86	1.18	1.19	.52	.71	1.05	1.09
Qualidade de Vida – <i>QoLS Total</i>	5.49	0.87	5.06	.92	5.39	.91	5.81	.58	5.77	.81
Bem Estar Físico e Material	5.65	0.83	5.50	.87	5.59	.89	5.74	.62	5.82	.90
Relações com Outras Pessoas	5.79	0.96	5.51	1.07	5.83	.97	5.88	.82	5.95	.95
Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas	5.28	1.21	4.76	1.23	5.05	1.26	5.78	.90	5.60	1.16
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	5.41	1.09	4.90	1.19	5.20	1.30	5.93	.52	5.72	.79
Recreação	5.32	1.23	4.66	1.41	5.27	1.28	5.70	.83	5.74	.98
Resiliência – <i>MSR Total</i>	4.35	0.36	4.25	.33	4.34	.37	4.44	.34	4.36	.39
<i>I Am/I Can</i>	4.09	0.42	3.96	.38	4.11	.42	4.22	.36	4.07	.50
<i>I Have</i>	4.60	0.41	4.55	.40	4.58	.42	4.66	.40	4.64	.41

Tal como explicitado anteriormente o *Burnout* foi avaliado com recurso ao *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, adaptado e validado para a população portuguesa por Cruz e Melo (1996) e, posteriormente, por Gomes (1998). No entanto, devido à ausência de pontos de corte mais precisos mencionados por os autores, decidiu-se seguir a distribuição percentual dos níveis de *burnout*, considerando as estimativas mencionadas por Maroco et al. (2016). A análise da amostra (Tabela 5.7) revela que o valor médio da pontuação total obtida no *MBI* é moderado ($M=2.87$; $DP=.61$). Refira-se que o grupo de profissionais que cota mais alto na pontuação total da escala *MBI*, são os médicos com níveis elevados ($M=3.13$; $DP=.59$). Com níveis semelhantes e também elevados encontram-se os enfermeiros ($M=3.01$; $DP=.68$), seguidamente os assistentes sociais que apresentam níveis moderados ($M=2.75$; $DP=.59$) e com níveis mais baixos, porém moderados, encontra-se o grupo profissional dos psicólogos ($M=2.56$; $DP=.41$). Quanto às dimensões que integram o inventário, verifica-se que a pontuação média mais elevada é a Realização Pessoal ($M=4.79$; $DP=.49$), sendo que, de acordo com os resultados, são os psicólogos que apresentam níveis superiores de Realização Pessoal, demonstrando resultados elevados ($M=5.00$; $DP=.63$), seguidamente os assistentes sociais, que também cotam valores elevados ($M=4.76$; $DP=.95$) e os enfermeiros ($M=4.72$; $DP=.84$). Com níveis inferiores, porém, também elevados encontram-se os médicos ($M=4.70$; $DP=.69$). De seguida, com níveis moderados, encontra-se a dimensão Exaustão Emocional ($M=2.81$; $DP=1.29$), que apresenta níveis elevados nos médicos ($M=3.42$; $DP=1.25$), níveis elevados nos enfermeiros ($M=3.13$; $DP=1.30$), níveis moderados nos assistentes sociais ($M=2.44$; $DP=1.19$) e com níveis mais baixos, porém moderados, nos psicólogos ($M=2.16$; $DP=1.02$). A dimensão do *MBI* com o valor médio mais baixo é a Despersonalização, que se apresenta com valores reduzidos ($M=1.01$; $DP=1.02$). De acordo com a mesma, os inquiridos com níveis mais altos de Despersonalização são os médicos, estes que apresentam níveis reduzidos de Despersonalização ($M=1.29$; $DP=.56$), seguidos dos enfermeiros que também apresentam níveis reduzidos ($M=1.18$; $DP=1.19$), em seguida os assistentes sociais ($M=1.05$; $DP=1.09$) e com níveis mais baixos e os psicólogos ($M=.52$; $DP=.71$).

A Qualidade de Vida foi avaliada por *Flanagan's Quality of Life Scale (QoLS)*, adaptada para a população portuguesa por Martins e Rafael (*s.d.*). A análise da amostra (Tabela 5.7) revela que o valor médio da pontuação total obtida no *QoLS* demonstra satisfação geral quanto à qualidade de vida ($M=5.49$; $DP=.87$), sendo os psicólogos os inquiridos que apresentam níveis mais elevados de satisfação ($M=5.81$; $DP=.58$), em seguida os assistentes sociais que também

apresentam níveis de satisfação ($M=5.77$; $DP=.81$), posteriormente os enfermeiros com níveis de pouca satisfação ($M=5.39$; $DP=.91$), por fim, os médicos são os inquiridos com níveis gerais mais baixos de qualidade de vida, apresentando níveis de pouca satisfação ($M=5.06$; $DP=.92$). Relativamente às dimensões que integram a escala, verifica-se que a pontuação média mais elevada é a Relações com Outras Pessoas, sendo a dimensão que apresenta maiores níveis de satisfação ($M=5.79$; $DP=.96$), relativamente à categoria profissional que apresenta níveis mais elevados nesta dimensão é o grupo dos assistentes sociais ($M=5.95$; $DP=.95$), de seguida o grupo de psicólogos ($M=5.88$; $DP=.82$), a seguir os enfermeiros ($M=5.83$; $DP=.97$) e, com níveis mais baixos, os profissionais médicos ($M=5.51$; $DP=1.07$). De assinalar que apesar de alguma dispersão de resultados, todos os grupos de profissionais apresentam níveis de satisfação relativos às Relações com Outras Pessoas. Na posição seguinte, encontra-se a dimensão Bem Estar Físico e Material, que de forma geral demonstra níveis de satisfação ($M=5.65$; $DP=.83$) e, que pontua de forma mais elevada, no grupo dos assistentes sociais ($M=5.82$; $DP=.90$), seguidamente o grupo de psicólogos ($M=5.74$; $DP=.62$), depois os enfermeiros ($M=5.59$; $DP=.89$), e por fim, os médicos, sendo o grupo que apresenta níveis mais baixos relativos a esta dimensão ($M=5.50$; $DP=.87$), contudo, todos os grupos apresentam níveis de satisfação face à dimensão Bem Estar Físico e Material.

Posteriormente à dimensão mencionada anteriormente, verificam-se os níveis do Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal, que no geral apresentam níveis de pouca satisfação ($M=5.41$; $DP=1.09$), esta dimensão permite verificar níveis de satisfação no grupo de psicólogos ($M=5.93$; $DP=.52$) e nos assistentes sociais ($M=5.72$; $DP=.79$), no entanto, os enfermeiros ($M=5.20$; $DP=1.30$) e os médicos ($M=4.90$; $DP=1.19$), apresentam pouca satisfação. Em seguida, a dimensão Recreação, com níveis gerais de pouca satisfação ($M=5.32$; $DP=1.23$), apresenta-se com níveis de satisfação no grupo de assistentes sociais ($M=5.74$; $DP=.98$) e no grupo de psicólogos ($M=5.70$; $DP=.83$), com níveis de pouca satisfação podemos constatar os enfermeiros ($M=5.27$; $DP=1.28$) e, com níveis ainda mais baixos, os médicos ($M=4.66$; $DP=1.41$). A dimensão com o valor médio mais baixo é Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas, esta, que no geral apresenta níveis de pouca satisfação ($M=5.28$; $DP=1.21$), perante a mesma, constata-se que são os psicólogos ($M=5.78$; $DP=.90$) e os assistentes sociais ($M=5.60$; $DP=1.16$) que apresentam níveis satisfatórios e superiores face aos enfermeiros ($M=5.05$; $DP=1.26$) e aos médicos ($M=4.76$; $DP=1.23$), estes últimos que

apresentam resultados mais baixos, demonstrando níveis de pouca satisfação relativamente a esta dimensão.

A Resiliência foi avaliada através da escala *Measuring State Resilience* sendo que na análise da amostra global (Tabela 5.7), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida na MSR é elevado ($M=4.35$; $DP= .36$). De acordo com esta análise, são os psicólogos ($M=4.44$; $DP=.34$) os inquiridos mais resilientes, seguidos dos assistentes sociais ($M=4.36$; $DP= .39$) e dos enfermeiros ($M=4.34$; $DP= .37$), por fim, os médicos ($M=4.25$; $DP=.33$) são o grupo profissional menos resiliente.

Quanto às duas dimensões que compõem a escala, verifica-se que a pontuação mais elevada de resiliência foi no fator *I Have* ($M=4.60$; $DP= .41$), que se apresenta com valores superiores no grupo de psicólogos ($M=4.66$; $DP=.40$), seguidos dos assistentes sociais ($M=4.64$; $DP= .41$). Ainda que não exista muita discrepância nos resultados entre os vários profissionais perante esta dimensão, com valores mais baixos encontram-se os enfermeiros ($M=4.58$; $DP=.42$) e os médicos ($M=4.55$; $DP=.40$). A dimensão com valor médio mais baixo foi o *I Am/I Can* ($M=4.09$; $DP= .42$), que se encontra com níveis superiores nos psicólogos ($M=4.22$; $DP=.36$), seguidos dos enfermeiros ($M=4.11$; $DP= .42$), dos assistentes sociais ($M=4.07$; $DP=.50$) e com níveis mais baixos nos médicos ($M=3.96$; $DP=.38$). Contudo, ambos os resultados gerais das duas dimensões, são próximos do valor máximo (5).

Em termos gerais, os dados evidenciam que os profissionais de relação de ajuda da presente amostra apresentam uma elevada resiliência, sendo esta ligeiramente superior no que concerne à dimensão *I Have* (Eu tenho), ou seja, estes profissionais parecem valorizar mais os seus recursos externos no que respeita às suas capacidades para ultrapassar as adversidades.

5.4. Análise de Variância

De modo a analisar as diferenças nas várias escalas de avaliação em função das variáveis sociodemográficas recorreu-se a testes não paramétricos como o *Teste de Mann-Whitney* e de *Kruskall-Wallis*, uma vez que a distribuição dos resultados não é normal em todos os grupos de análise. Passamos então de seguida a apresentar os resultados das escalas e respetivas subescalas, pelas variáveis sociodemográficas.

Relativamente à Escala *MBI* e conforme a tabela 5.8 assim o indica, verifica-se que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível do *Burnout* total (*MBI* Total) ($U=1871.50$; $p=0.719$), e respetivas dimensões Exaustão Emocional ($U=1862.50$; $p=0.690$), Realização Pessoal ($U=1739.00$; $p=0.344$) e Despersonalização ($U=1547.00$; $p=0.071$).

Tabela 5.8

Análise de Variância dos níveis do MBI em função do Género

Escala de <i>Burnout</i>	Masculino ($n=31$)	Feminino ($n=126$)	U (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Exaustão Emocional	81.92	78.28	1862.50 (0.690)
Realização Pessoal	72.10	80.70	1739.00 (0.344)
Despersonalização	92.10	75.78	1547.00 (0.071)
MBI Total	81.63	78.35	1871.50 (0.719)

Conforme os resultados expostos na tabela 5.9, verifica-se que as dimensões Realização Pessoal ($H=1.19$; $p=0.765$), Despersonalização ($H=3.39$; $p=0.336$) e *Burnout* Total (*MBI* Total) ($H=4.64$; $p=0.200$) não variam de modo significativo em função da Faixa Etária. Verificam-se apenas diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão Exaustão Emocional ($H=7.76$; $p=0.051$) que, de acordo com o teste de LSD, se apresenta mais elevada na faixa etária entre os 57-64 anos comparativamente à faixa etária dos 35-45 anos ($p=0.029$).

Tabela 5.9

Análise de Variância dos níveis do MBI em função da Faixa Etária

Escala de <i>burnout</i>	24-34 anos ($n=42$)	35-45 anos ($n=55$)	46-56 anos ($n=44$)	57-64 anos ($n=16$)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Exaustão Emocional	89.37	68.06	76.57	96.06	7.76 (0.051) *
Realização Pessoal	74.81	80.11	83.76	73.09	1.19 (0.765)
Despersonalização	89.80	76.35	73.52	74.84	3.39 (0.336)
MBI Total	89.57	70.66	76.69	86.25	4.64 (0.200)

*Teste LSD – 57-64anos >35-45 anos ($p=0.029$)

No que respeita ao Estado Civil, os resultados da tabela 5.10, indicam que não existem diferenças significativas ao nível do *Burnout* Total (MBI Total) ($H=1.14$; $p=0.766$), Exaustão Emocional ($H=0.69$; $p=0.877$), Realização Pessoal ($H=3.97$; $p=0.265$) e Despersonalização ($H=4.50$; $p=0.212$).

Tabela 5.10

Análise de Variância dos níveis do MBI em função do Estado Civil

Escala de <i>Burnout</i>	Solteiro ($n=43$)	Casado ($n=68$)	União de Facto ($n=30$)	Divorciado ($n=15$)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Exaustão Emocional	77.08	80.82	79.20	70.63	0.69 (0.877)
Realização Pessoal	80.40	77.87	68.32	96.30	3.97 (0.265)
Despersonalização	80.83	78.70	85.70	56.53	4.50 (0.212)
MBI Total	78.38	80.58	79.72	66.97	1.14 (0.766)

No que refere às Habilitações Académicas os resultados da tabela 5.11 revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre habilitações relativamente à dimensão Exaustão Emocional ($H=1.58$; $p=0.663$), Realização Pessoal ($H=1.21$; $p=0.750$), Despersonalização ($H=0.88$; $p=0.831$) e *Burnout* Total (MBI Total) ($H=1.86$; $p=0.603$).

Tabela 5.11

Análise de Variância dos níveis do MBI em função das Habilitações Académicas

Escala de <i>Burnout</i>	Licenciatura ($n=83$)	Pós-Graduação ($n=14$)	Mestrado ($n=55$)	Doutoramento ($n=5$)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Exaustão Emocional	78.14	75.14	79.05	103.50	1.58 (0.663)
Realização Pessoal	75.29	81.68	83.30	85.80	1.21 (0.750)
Despersonalização	78.19	88.07	77.12	87.70	0.88 (0.831)
MBI Total	75.59	81.46	81.51	101.10	1.86 (0.603)

Quanto à Situação Profissional, verifica-se, de acordo com a tabela 5.12, que os resultados obtidos na Exaustão Emocional ($H=1.75$; $p=0.418$), Realização Pessoal ($H=1.73$; $p=0.422$), Despersonalização ($H=3.51$; $p=0.173$) e *Burnout* Total ($H=2.22$; $p=0.329$) não variam de modo significativo em função da Situação Profissional

Tabela 5.12

Análise de Variância dos níveis do MBI em função da Situação Profissional

Escalas de <i>Burnout</i>	Empregado a Tempo	Emprego a Tempo	Desempregado	$H (p)$
	Inteiro ($n=147$)	Parcial ($n=8$)	($n=2$)	
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
Exaustão Emocional	79.69	60.94	100.50	1.75 (0.418)
Realização Pessoal	77.89	99.50	78.75	1.73 (0.422)
Despersonalização	78.98	66.00	132.75	3.51 (0.173)
MBI Total	78.88	70.13	123.50	2.22 (0.329)

Conforme os resultados da tabela 5.13, verifica-se que a Realização Pessoal não varia significativamente em função da Profissão ($H=4.05$; $p=0.256$). Já a Exaustão Emocional varia de modo significativo em função da Profissão ($H=24.59$; $p<0.001$), sendo que se apresenta mais elevada nos Médicos comparativamente aos Assistentes Sociais ($p<0.001$) e Psicólogos ($p<0.001$). A Despersonalização também varia de modo significativo entre Profissões ($H=20.11$; $p<0.001$) sendo mais elevada nos Médicos comparativamente aos Assistentes sociais ($p=0.049$) e Psicólogos ($p<0.001$). O *Burnout* em geral varia entre Profissões ($H=22.71$; $p<0.001$) sendo mais elevado nos médicos comparativamente aos Assistentes sociais ($p=0.002$) e Psicólogos ($p<0.001$).

Tabela 5.13*Análise de Variância dos níveis do MBI em função da Profissão*

Escalas de <i>burnout</i>	Assistente Social (n=34)	Enfermeiro (n=44)	Médico (n=40)	Psicólogo (n=39)	H (p)
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
Exaustão Emocional	65.62	89.80	100.84	56.09	24.59 (<0.001) *
Realização Pessoal	79.25	75.65	71.09	90.68	4.05 (0.256)
Despersonalização	78.12	85.11	97.76	53.63	20.11 (<0.001) **
MBI Total	70.28	87.10	100.85	55.05	22.71 (<0.001) ***

*Teste LSD– Médico>Assistente Social ($p<0.001$) e >Psicólogo ($p<0.001$).**Teste LSD – Médico>Assistente Social ($p=0.049$) e >Psicólogo ($p<0.001$).***teste LSD - Médico>Assistente Social ($p=0.002$) e >Psicólogo ($p<0.001$).

Relativamente à Escala de Qualidade de Vida (EQV) e conforme a tabela 5.14 assim o indica, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da Qualidade de Vida Total ($U=1729.50$; $p=0.324$), tal como no Bem-Estar Físico e Material ($U=1942.50$; $p=0.961$), na dimensão Relação com Outras Pessoas ($U=1688.50$; $p=0.236$), no Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($U=1942.50$; $p=0.963$) e na Recreação ($U=1906.00$; $p=0.834$), não variam de acordo com o género.

Tabela 5.14*Análise de Variância dos níveis da EQV em função do Género*

Escala de Qualidade de Vida	Masculino	Feminino	<i>U (p)</i>
	(<i>n</i> =31)	(<i>n</i> =126)	
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
Bem-Estar Físico e Material	78.66	79.08	1942.50 (0.961)
Relação com outras pessoas	70.05	81.20	1675.50 (0.219)
Atividades Sociais e Comunitárias	70.47	81.10	1688.50 (0.236)
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	79.34	78.92	1942.50 (0.963)
Recreação	77.48	79.37	1906.00 (0.834)
Qualidade de Vida Total	71.79	80.77	1729.50 (0.324)

Conforme a tabela 5.15, verifica-se que o Bem-Estar Físico e Material ($H=3.98$; $p=0.264$) assim como a Recreação ($H=4.39$; $p=0.222$) não variam de modo significativo conforme as diversas faixas etárias. Por outro lado, verifica-se que existem diferenças significativas ao nível da dimensão Relação com Outras Pessoas ($H=8.07$; $p=0.045$) que é mais elevado na faixa etária dos 46-56 anos e menos elevado na faixa etária dos 24-34 anos ($p=0.008$). Nas Atividades Sociais e Comunitárias ($H=8.64$; $p=0.034$) que os níveis se apresentam mais elevados na faixa etária dos 35-45 anos relativamente aos 24-34 anos ($p=0.010$) e 57-64 anos ($p=0.045$). Na dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($H=10.04$; $p=0.018$) que se apresenta com níveis mais elevados na faixa etária dos 45-56 anos comparativamente aos 24-34 anos ($p=0.021$) e 57-64 anos ($p=0.025$). No que concerne à Qualidade de Vida Total ($H=9.56$; $p=0.023$), também apresenta diferenças estatisticamente significativas que se apresenta com níveis mais elevados na faixa etária dos 35-45 anos, comparativamente à faixa etária dos 24 e 34 anos ($p=0.010$).

Tabela 5.15*Análise de Variância dos níveis da EQV em função da Faixa Etária*

Escalas de Qualidade de Vida	24-34	35-45	46-56	57-64	<i>H (p)</i>
	anos (<i>n</i> =42)	anos (<i>n</i> =55)	anos (<i>n</i> =44)	anos (<i>n</i> =16)	
	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	
	<i>Rank</i>	<i>Rank</i>	<i>Rank</i>	<i>Rank</i>	
	(<i>MR</i>)	(<i>MR</i>)	(<i>MR</i>)	(<i>MR</i>)	
Bem-Estar Físico e Material	1.48	82.36	86.19	67.41	3.98 (0.264)
Relação com outras pessoas	63.50	84.22	89.11	73.94	8.07 (0.045) *
Atividades Sociais e Comunitárias	66.21	89.79	82.98	64.53	8.64 (0.034) **
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	66.21	86.96	88.40	59.34	10.04 (0.018) ***
Recreação	70.64	86.01	82.86	66.22	4.39 (0.222)
Qualidade de Vida Total	63.93	87.83	87.27	65.47	9.56 (0.023) ****

*Teste Lsd – 46-56 anos >24-34 anos ($p=0.008$)
**Teste Lsd – 35-45 anos >24-34 anos ($p=0.010$) e 57-64 anos ($p=0.045$)
***Teste lsd – 46-56 anos >24-34 anos ($p=0.021$) e 57-64 anos ($p=0.025$)
****Teste lsd – 35-45 anos >24-34 anos ($p=0.010$)

Relativamente ao Estado Civil, os resultados da tabela 5.16, revelam que as dimensões Bem-Estar Físico e Material ($H=3.43$; $p=0.331$), Atividades Sociais e Comunitárias ($H=0.40$; $p=0.939$), Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($H=0.69$; $p=0.875$), Recreação ($H=3.14$; $p=0.370$) e Qualidade de Vida Total ($H=2.02$; $p=0.568$) não variam de modo significativo em função do mesmo. Por outro lado, os resultados da Relação com Outras Pessoas variam de modo significativo ($H=21.24$; $p<0.001$) sendo mais elevados no Estado Civil Casado comparativamente ao Solteiro ($p<0.001$).

Tabela 5.16*Análise de Variância dos níveis da EQV em função do Estado Civil*

Escala de Qualidade de Vida	Solteiro (n=43)	Casado (n=68)	União de Facto (n=30)	Divorciado (n=15)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Bem-Estar Físico e Material	81.22	82.51	65.78	77.40	3.43 (0.331)
Relação com outras pessoas	53.97	94.29	77.37	79.53	21.24 (<0.001) *
Atividades Sociais e Comunitárias	79.06	80.36	74.43	76.60	0.40 (0.939)
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	77.44	78.45	75.80	87.17	0.69 (0.875)
Recreação	85.90	76.96	68.22	84.83	3.14 (0.370)
Qualidade de Vida Total	74.01	83.36	71.75	82.83	2.02 (0.568)

**Teste LSD – casado>Solteiro (p<0.001)*

Quanto às Habilitações Académicas, observa-se através da tabela 5.17 que a Qualidade de Vida Total ($H=4.35$; $p=0.226$), assim como as suas dimensões Bem-Estar Físico e Material ($H=2.68$; $p=0.444$), Relação com Outras Pessoas ($H=6.27$; $p=0.099$), Atividades Sociais e Comunitárias ($H=3.41$; $p=0.332$), Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($H=2.38$; $p=0.498$) e Recreação ($H=2.28$; $p=0.517$), não variam de modo significativo em função das Habilitações Académicas.

Tabela 5.17*Análise de Variância dos níveis da EQV em função das Habilitações Acadêmicas*

Escalas de Qualidade de Vida	Licenciatura (n=83)	Pós- Graduação (n=14)	Mestrado (n=55)	Doutoramento (n=5)	<i>H</i> (<i>p</i>)
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
Bem-Estar Físico e Material	83.22	83.46	72.91	63.50	2.68 (0.444)
Relação com outras pessoas	82.69	95.75	67.89	93.00	6.27 (0.099)
Atividades Sociais e Comunitárias	82.92	88.43	70.25	83.70	3.41 (0.332)
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	78.40	91.21	75.05	98.30	2.38 (0.498)
Recreação	82.75	83.86	71.64	84.10	2.28 (0.517)
Qualidade de Vida Total	82.45	92.89	69.51	87.20	4.35 (0.226)

Face à situação profissional os resultados da tabela 5.18 indicam que não existem diferenças significativas nas dimensões Bem-Estar Físico e Material ($H=1.35$; $p=0.510$), Relação com Outras Pessoas ($H=1.99$; $p=0.370$), Atividades Sociais e Comunitárias ($H=0.15$; $p=0.927$), Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($H=0.07$; $p=0.968$), Recreação ($H=0.13$; $p=0.939$) e Qualidade de Vida Total ($H=0.52$; $p=0.771$).

Tabela 5.18*Análise de Variância dos níveis da EQV em função da Situação Profissional*

Escala de Qualidade de Vida	Empregado a Tempo Inteiro (n=147)	Emprego a Tempo Parcial (n=8)	Desempregado (n=2)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Bem-Estar Físico e Material	80.01	62.13	72.50	1.35 (0.510)
Relação com outras pessoas	80.29	62.63	50.00	1.99 (0.370)
Atividades Sociais e Comunitárias	79.16	79.13	66.75	0.15 (0.927)
Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	78.80	82.94	78.00	0.07 (0.968)
Recreação	79.23	73.75	82.75	0.13 (0.939)
Qualidade de Vida Total	79.68	69.38	67.50	0.52 (0.771)

No que concerne à Profissão os resultados obtidos na tabela 5.19, permitem verificar que o Bem-Estar Físico e Material ($H=5.79$; $p=0.122$) e a Relação com Outras Pessoas ($H=4.50$; $p=0.212$) não variam de modo significativo. Por outro lado, verifica-se que as Atividades Sociais e Comunitárias variam de modo significativo em função da Profissão ($H=23.37$; $p<0.001$), apresentando níveis mais elevados nos Psicólogos comparativamente aos Enfermeiros ($p<0.001$) e Médicos ($p<0.001$).

O Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal variam de modo significativo de acordo com a Profissão ($H=19.45$; $p<0.001$) apresentando níveis mais elevados nos Psicólogos do que nos Enfermeiros ($p=0.007$) e Médicos ($p<0.001$). A dimensão Recreação varia de modo significativo de acordo com a profissão ($H=19.18$; $p<0.001$) mostrando níveis mais elevados nos Assistentes sociais do que nos Médicos ($p<0.001$). Já a Qualidade de Vida Total, também varia de modo significativo de acordo com a profissão ($H=19.38$; $p<0.001$), demonstrando níveis superiores nos Assistentes sociais comparativamente aos Enfermeiros ($p=0.036$) e Médicos ($p<0.001$).

Tabela 5.19*Análise de Variância dos níveis da EQV em função da Profissão*

Escala de Qualidade de Vida	Assistente Social (n=34)	Enfermeiro (n=44)	Médico (n=40)	Psicólogo (n=39)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
Bem-Estar Físico e Mental	92.78	75.35	69.46	80.88	5.79 (0.122)
Relação com outras pessoas	88.28	80.64	66.84	81.54	4.50 (0.212)
Atividades Sociais e Comunitárias	93.63	68.40	57.95	99.79	23.37 (<0.001) *
Desenvolvimento Pessoal	89.12	73.63	56.65	99.17	19.45 (<0.001) **
Recreação	95.00	77.23	54.75	91.92	19.18 (<0.001) ***
Qualidade de Vida Total	95.03	74.27	55.85	94.10	19.38 (<0.001) ****

*Teste LSD – psicólogo >Enfermeiro ($p<0.001$) e Médico ($p<0.001$)
**Teste LSD – psicólogo>enfermeiro ($p=0.007$) e Médico ($p<0.001$)
***Teste lsd – Assistente social >Médico ($p<0.001$)
****Teste lsd – assistente social >Enfermeiro ($p=0.036$) e Médico ($p<0.001$)

Relativamente à Escala MSR e conforme a tabela 5.20 assim o indica, verifica-se que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível da Resiliência total ($U=1885.00$; $p=0.764$) e ao nível das suas dimensões *I Am/I Can* ($U=1725.00$; $p=0.300$) e *I Have* ($U=1885.00$; $p=0.764$).

Tabela 5.20*Análise de Variância dos níveis da MSR em função do Género*

Escala de Resiliência	Masculino (n=31)	Feminino (n=126)	U(p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
<i>I Am I Can</i>	81.44	78.40	1877.50 (0.738)
<i>I Have</i>	71.65	80.81	1725.00 (0.300)
MSR Total	76.81	79.54	1885.0 (0.764)

Relativamente à faixa etária, verifica-se, de acordo com a tabela 5.21, que os resultados das escalas de Resiliência gerais variam entre as diferentes faixas etárias ($H=13.00$; $p=0.005$) sendo, de acordo com o teste de comparações múltiplas, mais elevados no grupo dos que têm

entre 35-45 anos comparativamente aos que têm entre 57-64 anos ($p < 0.001$). Também os resultados da escala *I Am/I Can* variam de modo significativo ($H=11.63$; $p=0.009$) sendo mais elevados na faixa etária entre 35-45 anos e os 57-64 anos ($p=0.001$). Existem igualmente diferenças significativas ao nível da dimensão *I Have* ($H=10.43$; $p=0.015$) que se apresenta mais elevada no grupo entre 35-45 anos e o grupo entre os 57-64 anos ($p=0.001$).

Tabela 5.21

Análise de Variância dos níveis da MSR em função da Faixa Etária

Escala de Resiliência	24-34 anos	35-45 anos	46-56 anos	57-64 anos	H (p)
	(n=42)	(n=55)	(n=44)	(n=16)	
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
<i>I Am/I Can</i>	72.38	89.08	83.99	48.00	11.63 (0.009) *
<i>I Have</i>	80.08	89.34	75.75	49.56	10.43 (0.015) **
MSR Total	75.95	90.19	80.60	44.13	13.00 (0.005) ***

*Teste LSD – 35-45 anos >57-64 anos ($p=0.001$)
 **Teste LSD - 35-45 anos >57-64 anos ($p=0.001$)
 ***Teste LSD - 35-45 anos >57-64 anos ($p < 0.001$)

Relativamente à variação da Resiliência conforme o estado civil, os resultados da tabela 5.22 revelam que não existem diferenças entre os diferentes estados civis na dimensão *I Am/I Can* ($H=1.61$; $p=0.657$), *I Have* ($H=2.26$; $p=0.521$) e Resiliência (MSR Total) ($H=2.20$; $p=0.532$).

Tabela 5.22

Análise de Variância dos níveis da MSR em função do Estado Civil

Escala de Resiliência	Solteiro	Casado	União de Facto	Divorciado	H (p)
	(n=43)	(n=68)	(n=30)	(n=15)	
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
<i>I Am/I Can</i>	74.24	83.62	73.78	76.93	1.61 (0.657)
<i>I Have</i>	74.36	84.00	76.88	68.67	2.26 (0.521)
MSR Total	73.92	84.54	74.70	71.83	2.20 (0.532)

De acordo com a tabela 5.23 pode-se verificar que não existem diferenças significativas por habilitações académicas ao nível da dimensão *I Am/I Can* ($H=0.56$; $p=0.906$), *I Have* ($H=3.34$; $p=0.342$) e MSR Total ($H=1.76$; $p=0.624$)

Tabela 5.23*Análise de Variância dos níveis da MSR em função das Habilitações Acadêmicas*

Escalas de Resiliência	Licenciatura (n=83)	Pós-Graduação (n=14)	Mestrado (n=55)	Doutoramento (n=5)	<i>H</i> (<i>p</i>)
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
<i>I Am/I Can</i>	76.87	77.36	82.01	85.80	0.56 (0.906)
<i>I Have</i>	76.45	69.96	86.73	61.60	3.34 (0.342)
MSR Total	76.05	73.61	85.44	72.30	1.76 (0.624)

Conforme a tabela 5.24 não existem diferenças significativas relativas às diferentes situações profissionais na Resiliência total (MSR Total) ($H=3.25$; $p=0.197$), nem nas suas dimensões *I Am/I Can* ($H=1.78$; $p=0.411$) e *I Have* ($H=3.11$; $p=0.211$).

Tabela 5.24*Análise de Variância dos níveis da MSR em função da Situação Profissional*

Escalas de Resiliência	Empregado a Tempo Inteiro (n=147)	Emprego a Tempo Parcial (n=8)	Desempregado (n=2)	<i>H</i> (<i>p</i>)
	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	<i>Mean Rank (MR)</i>	
<i>I am/ I Can</i>	79.06	68.50	116.25	1.78 (0.411)
<i>I Have</i>	78.86	68.81	130.00	3.11 (0.211)
MSR Total	78.91	67.31	132.00	3.25 (0.197)

No que respeita à profissão verifica-se, conforme a tabela 5.25, que os resultados da Resiliência total (MSR Total) ($H=6.64$; $p=0.084$) e da sua dimensão *I Have* ($H=2.24$; $p=0.524$) não variam de modo significativo.

Verificam-se apenas diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de profissão na dimensão *I Am/I Can* ($H=9.95$; $p=0.019$), sendo que, de acordo com o teste de LSD, os resultados obtidos apresentam-se mais elevados nos Psicólogos quando comparados com os Médicos ($p=0.002$).

Tabela 5.25*Análise de Variância dos níveis da MSR em função da Profissão*

Escala de Resiliência	Assistente Social (n=34)	Enfermeiro (n=44)	Médico (n=40)	Psicólogo (n=39)	H (p)
	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	Mean Rank (MR)	
<i>I am/ I Can</i>	76.32	80.73	63.45	95.33	9.95 (0.019)*
<i>I Have</i>	84.03	76.05	72.31	84.81	2.24 (0.524)
MSR Total	79.65	78.88	65.79	92.13	6.64 (0.084)

*Teste LSD – Psicólogo > Médico (p=0.002)

5.5. Análise Correlacional

De forma a verificar a potencial existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis principais em estudo – *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência -, foram calculados coeficientes de correlação de *Spearman*. Os resultados obtidos podem ser consultados na tabela 5.26.

Assim, no que se refere às associações entre as dimensões psicológicas em estudo, observa-se, de acordo com a tabela 5.26, que a variável relativa ao indicador total da escala de *Burnout* associa-se negativa e significativamente com o indicador total da escala de Qualidade de Vida ($r = -.454$; $p = <.001$), com a dimensão Bem Estar Físico e Material ($r = -.335$; $p = <.001$), com a dimensão Relações com Outras Pessoas ($r = -.238$; $p = .003$), com a dimensão Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas ($r = -.392$; $p = <.001$), com a dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($r = -.449$; $p = <.001$) e a dimensão Recreação ($r = -.407$; $p = <.001$) e com o indicador total da escala de Resiliência ($r = -.206$; $p = .010$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = -.247$; $p = .002$). A dimensão Exaustão Emocional associa-se negativa e significativamente com o indicador total da escala de Qualidade de Vida ($r = -.587$; $p = <.001$), com a dimensão Bem Estar Físico e Material ($r = -.438$; $p = <.001$), com a dimensão Relações com Outras Pessoas ($r = -.356$; $p = <.001$), com a dimensão Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas ($r = -.461$; $p = <.001$), com a dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($r = -.608$; $p = <.001$), com a dimensão Recreação ($r = -.543$; $p = <.001$), com o indicador total da escala de Resiliência ($r = -.367$; $p = <.001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = -.396$; $p = <.001$) e com a dimensão *I Have* ($r = -.219$; $p = .006$). Já a dimensão Realização Pessoal associa-

se positiva e significativamente com o indicador total da escala de Qualidade de Vida ($r = .446$; $p < .001$), com a dimensão Bem Estar Físico e Material ($r = .304$; $p < .001$), com a dimensão Relações com Outras Pessoas ($r = .339$; $p < .001$), com a dimensão Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas ($r = .339$; $p < .001$), com a dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($r = .511$; $p < .001$), com a dimensão Recreação ($r = .435$; $p < .001$), com o indicador total da escala de Resiliência ($r = .392$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .466$; $p < .001$), e *I Have* ($r = .185$; $p = .020$). A dimensão Despersonalização apresenta associações negativas e significativas com o indicador total da escala de Qualidade de Vida ($r = -.434$; $p < .001$), com a dimensão Bem Estar Físico e Material ($r = -.273$; $p = .001$), com a dimensão Relações com Outras Pessoas ($r = -.222$; $p = .005$), com a dimensão Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas ($r = -.429$; $p < .001$), com a dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal ($r = -.440$; $p < .001$) e a dimensão Recreação ($r = -.387$; $p < .001$), com o indicador total da escala de Resiliência ($r = -.233$; $p = .003$) e com a dimensão *I Am/I Can* ($r = -.304$; $p < .001$). Verificam-se associações positivas e significativas entre o indicador total da escala de Qualidade de Vida e o indicador total de Resiliência ($r = .542$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .570$; $p < .001$) e com a dimensão *I Have* ($r = .358$; $p < .001$). Verificam-se igualmente associações positivas e significativas entre a dimensão Bem Estar Físico e Material e o indicador total de Resiliência ($r = .439$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .422$; $p < .001$) e com a dimensão *I Have* ($r = .335$; $p < .001$). Também na dimensão Relações com Outras Pessoas foram verificadas associações significativas e positivas, relativamente ao indicador total de Resiliência ($r = .482$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .449$; $p < .001$), e com a dimensão *I Have* ($r = .389$; $p < .001$). Relativamente à dimensão Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas houveram associações com o indicador total de Resiliência ($r = .367$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .430$; $p < .001$), e com a dimensão *I Have* ($r = .200$; $p = .012$), sendo todas elas positivas e significativas. A dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal demonstrou significância relativamente às associações com o indicador total de Resiliência ($r = .527$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .594$; $p < .001$), e com a dimensão *I Have* ($r = .301$; $p < .001$), sendo que todas as associações mencionadas são do tipo positivas. A última dimensão pertencente à escala de Qualidade de Vida, a Recreação, demonstrou associações positivas com o indicador total de Resiliência ($r = .448$; $p < .001$), com a dimensão *I Am/I Can* ($r = .486$; $p < .001$), e com a dimensão *I Have* ($r = .287$; $p < .001$).

Tabela 5.26*Correlação entre Escalas de Avaliação*

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. <i>Burnout Total</i>	1												
2. Exaustão Emocional	.833**	1											
3. Realização Pessoal	.034	-.285**	1										
4. Despersonalização	.714**	.468**	-.289**	1									
5. Qualidade de Vida Total	-.454**	-.587**	.446**	-.434**	1								
6. Bem Estar Físico e Material	-.335**	-.438**	.304**	-.273**	.716**	1							
7. Relações com Outras Pessoas	-.238**	-.356**	.339**	-.222**	.752**	.501**	1						
8. Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas	-.392**	-.461**	.339**	-.429**	.835**	.480**	.489**	1					
9. Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal	-.449**	-.608**	.511**	-.440**	.872**	.559**	.584**	.673**	1				
10. Recreação	-.407**	-.543**	.435**	-.387**	.849**	.548**	.509**	.695**	.748**	1			
11. Resiliência Total	-.206**	-.367**	.392**	-.233**	.542**	.439**	.482**	.367**	.527**	.448**	1		
12. <i>I Am/ I Can</i>	-.247**	-.396**	.466**	-.304**	.570**	.422**	.449**	.430**	.594**	.486**	.882**	1	
13. <i>I Have</i>	-.111	-.219**	.185*	-.095	.358**	.335**	.389**	.200*	.301**	.287**	.851**	.517**	1

5.6. Regressão Linear

De forma a verificar se os níveis de *Burnout* predizem os níveis de Resiliência foi realizada uma regressão linear. De acordo com a tabela 5.27 existe uma influência negativa e significativa da Resiliência Total (MSR Total) no *Burnout* Total (MBI total). Assim podemos dizer que a resiliência explica em 5.6% ($r^2=.056$) o *Burnout*. Mais especificamente é previsível que o *Burnout* diminua em .41 pontos por aumento de uma unidade da Resiliência ($B=-.41$; $t=-3.05$; $p=.003$).

Tabela 5.27

Regressão da Resiliência (MSR Total) no Burnout (MBI Total)

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	4.64	.58	-	7.98	<.001			
MSR TOTAL	-.41	.13	-.24	-3.05	.003	9.28	<.001	.056

De igual modo também foi verificado se os níveis de Qualidade de Vida predizem os níveis de Resiliência através de uma regressão linear. Neste seguimento e, conforme a tabela 5.28, existe uma influência positiva e significativa da Resiliência Total (MSR Total) na Qualidade de Vida Total (EQVF total). Assim podemos dizer que a Resiliência explica em 30.5% ($r^2=.305$) a Qualidade de Vida. Mais especificamente, é previsível que a Qualidade de Vida aumente em 1.32 pontos por aumento de uma unidade da Resiliência ($B=1.32$; $t=8.24$; $p=.000$).

Tabela 5.28

Regressão da Resiliência (MSR Total) na Qualidade de Vida (EQVF Total)

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	-.27	.70	-	.39	.,696			
MSR TOTAL	1.32	.16	.55	8.24	.,000	67.91	<.001	.305

5.7. Análise de Efeito de Moderação

De maneira a verificar o efeito moderador da variável Resiliência sobre a relação existente entre o *Burnout* e a Qualidade de Vida, decidiu-se realizar uma análise de moderação. Conforme é possível observar (Tabela 5.29) não existe efeito moderador da Resiliência na relação entre o *Burnout* e a Qualidade de Vida, uma vez que a interação entre a Resiliência e o *Burnout* (MSR*MBI) não se apresenta estatisticamente significativa ($B = .08$; $t = .33$; $p = .740$).

Tabela 5.29

Análise de Efeito de Moderação da Resiliência sobre a relação entre o Burnout e Qualidade de Vida

Variáveis	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	2.99	3.18	-	.94	.348			
MSR TOTAL	.89	.73	.37	1.23	.222			
MBI Total	-.82	1.03	-.59	-.80	.424	36.39	<.001	.416
MSR Total*MBI Total	.08	.24	.24	.33	.740			

Capítulo 6 - Discussão dos resultados

Considerando os objetivos preconcebidos no início da investigação, neste capítulo, pretende-se analisar, discutir e fundamentar os resultados apresentados anteriormente.

O objetivo geral da presente investigação assentou na análise das relações entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em Profissionais de relação de ajuda. Retomando o primeiro objetivo específico proposto: *Analisar os níveis de Burnout, de Qualidade de Vida e da Resiliência nos profissionais de relação de ajuda*, podemos constatar que no que se refere ao *Burnout*, os profissionais de relação de ajuda deste estudo apresentam níveis moderados. Neste estudo, também foram evidenciados níveis elevados na dimensão Realização Pessoal, seguidos de níveis moderados na dimensão Exaustão Emocional, e de níveis reduzidos de Despersonalização. A identificação de níveis moderados e a ênfase na dimensão da realização pessoal estão em linha com a investigação conduzida por Maslach e Leiter (2008), que exploraram o fenómeno do *Burnout* em várias profissões. Estes estudos também apontam para a ideia de que os profissionais das relações de ajuda, embora possam experimentar Exaustão Emocional, ainda encontram gratificação no seu trabalho, o que pode atenuar os efeitos do *Burnout*. Os níveis elevados na dimensão de Realização Pessoal e baixos valores de Despersonalização, também são corroborados pelos estudos de Gomes et al. (2009), que defendem que uma maior realização pessoal está associada a uma menor despersonalização. Também o facto dos médicos e dos enfermeiros, apresentarem *scores* elevados nos níveis de *burnout*, encontra-se em consonância com o estudo de Maroco et al. (2016), que, para além de verificar níveis elevados de *burnout* nestes dois grupos, defende que a perceção de más condições de trabalho é um fator que prediz a alta incidência desta síndrome, tanto em médicos quanto em enfermeiros.

A Qualidade de vida destes profissionais, encontra-se de forma geral com níveis satisfatórios, o que corrobora os estudos de Ribeiro e Castro (2009), Oliveira et al. (2018). No entanto, é de salientar que estes profissionais apresentaram diferenças entre si quanto aos níveis de Qualidade de vida, apresentando níveis superiores no grupo profissional de psicólogos, seguidos dos assistentes sociais, dos enfermeiros e em último lugar, com níveis mais baixos, os médicos. Na ausência de estudos que comparem estes quatro grupos profissionais, achamos ser necessário expôr o nosso ponto de vista justificativo perante este resultado. É de referir, que, na nossa opinião, o facto dos psicólogos e assistentes sociais terem horários mais regulares,

quando comparados aos enfermeiros e aos médicos, pode ser um dos fatores que corrobora estes resultados, tal como se refere no estudo de Bastos et al. (2008) que mencionam os turnos como um fator condicionante da vida pessoal e familiar dos trabalhadores. É de salientar que, ainda perante o nosso ponto de vista, o facto de subsistirem resultados superiores de Qualidade de vida nos psicólogos e assistentes sociais, pode ainda estar relacionado com o estabelecimento de relações mais profundas, destes profissionais, com os seus clientes, que permitem um maior envolvimento e, possivelmente, uma satisfação superior. Ao contrário, os médicos e enfermeiros, de forma geral, têm um tempo limitado de interação com os seus pacientes, sendo, por norma, estabelecida uma relação de curto prazo. Relativamente à análise das dimensões, verificam-se níveis superiores de Qualidade de vida na dimensão Relações com Outras Pessoas, facto que é apoiado pelos estudos de Lentz et al. (2000). De facto, podemos justificar este resultado atendendo que 43.59% desta amostra é constituída por indivíduos casados, e como tal, parte-se do pressuposto que são indivíduos que têm uma maior vontade em criar família e/ou ter e criar filhos. Refira-se que este facto também é corroborado por Schmidt (2004), que no seu estudo também se deparou com percentuais mais elevados relativos a este domínio, defendendo na sua ótica, que a maioria dos participantes apresentam valores superiores nesta escala justificados pela enorme prevalência do estado civil de casado e, também, por grande parte dos indivíduos já ter filhos. Oliveira et al. (2018), mencionam igualmente níveis satisfatórios neste domínio, contrastando a importância dos fatores inerentes ao domínio Relações com Outras Pessoas (e.g. família, amigos, colegas de trabalho), uma vez que estes permitem auxiliar na diminuição de certas contingências, nomeadamente no que se refere às doenças psicológicas. Com níveis mais baixos surgiu a dimensão Atividades Sociais, Comunitárias, e Cívicas, que pode, possivelmente, ser justificada por o tempo reduzido que estes profissionais de relação de ajuda possuem, para realizar estas atividades. Segundo os resultados relatados, pode-se constatar que estes dão uma maior prioridade ao estabelecimento de relações, bem como ao bem-estar físico e material, e como tal, todos os outros domínios acabam por ficar em segundo plano, o que conduz a estes resultados destacados.

As evidências do presente estudo, destacam os Profissionais de relação de ajuda como apresentando elevados níveis de Resiliência, sendo que estes resultados corroboram achados consistentes em pesquisas semelhantes (Smith et al., 2015; Siraj et al., 2023). De facto, estes resultados reforçam o entendimento de que estes profissionais, quando deparados com adversidades no âmbito profissional e no seu dia-a-dia, provavelmente acabam por desenvolver

resiliência e apresentam habilidades notáveis para lidar com os desafios intrínsecos ao seu trabalho, o que já foi também documentado em estudos anteriores sobre resiliência em ambientes de ajuda (Avasthi & Yadav, 2022). A observação de que os resultados obtidos na dimensão "*I Have*" (Eu tenho) da resiliência é muito elevada na presente amostra, permite refletir que estes profissionais valorizam mais os recursos externos que têm ao seu dispor e os papéis que desempenham na sua atividade profissional e que, provavelmente, lhes dão força e suporte para que estes profissionais de relação de ajuda estejam a conseguir ultrapassar as suas adversidades. Não obstante, assinala-se também que os resultados obtidos na dimensão "I am/I can", também são bastante elevados, valorizando os fatores internos individuais. Estes resultados, estão em consonância com a teoria de Bandura (1997), que destaca a importância das crenças pessoais e dos fatores emocionais internos para a promoção da resiliência. Estas conexões são também congruentes com os resultados de pesquisas anteriores que têm destacado a relevância quer dos recursos internos, quer dos recursos externos na construção da resiliência entre os profissionais (Brown et al., 2021; Guo et al., 2017).

Relativamente ao segundo objetivo específico, que visa verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no *Burnout*, na Qualidade de Vida e na Resiliência dos profissionais de relação de ajuda em função das variáveis sociodemográficas, foi possível verificar através de diversas análises de variância, que os resultados do presente estudo estão em consonância com as conclusões de estudos anteriores que também examinaram os níveis de *Burnout* e Resiliência em profissionais das relações de ajuda. Por exemplo, estudos como os de Guo et al. (2017) e Avasthi e Yadav (2022) também encontraram associações entre variáveis sociodemográficas, como a idade e a profissão, e os níveis de *Burnout* e Resiliência. A análise dos níveis de *Burnout* em relação às variáveis sociodemográficas encontra apoio na investigação existente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativas ao género, estado civil, habilitações académicas e situação profissional, referentes ao *burnout*. O que vai ao encontro ao estudo de Silva et al. (2016), que também não encontrou evidências que permitissem demonstrar diferenças entre o *Burnout* e estas variáveis sociodemográficas.

No entanto, a constatação de que os profissionais mais velhos apresentam maiores níveis de Exaustão emocional corrobora os estudos de Maslach e Leiter (2008), que destacam como a idade avançada pode aumentar a exposição aos stressores do trabalho. Também França e Ferrari (2012), referem que o *Burnout* apresenta-se como superior em função da idade, sendo observada uma maior predominância desta síndrome entre os profissionais mais velhos,

nomeadamente no que se refere à faixa etária dos 41 aos 60 anos. Da mesma forma, a observação de que os médicos apresentam níveis mais elevados de *Burnout* geral, Exaustão Emocional e Despersonalização em comparação com assistentes sociais e psicólogos está de acordo com a literatura, incluindo os estudos desenvolvidos por Pines e Aronson (1989), que discute como as profissões que envolvem lidar diretamente com o sofrimento humano podem resultar em níveis mais elevados de *Burnout*.

Os resultados do presente estudo corroboram e alinham-se com os resultados de investigações anteriores no domínio do *Burnout*, da Qualidade de vida e da Resiliência. A ausência de diferenças significativas na Qualidade de vida total em função do género e das habilitações literárias é congruente com os resultados de estudos como os de Diener et al. (2009) que enfatizam a complexidade multifacetada da qualidade de vida, sendo influenciada por diversos fatores individuais, sociais e culturais. A identificação de diferenças significativas nas dimensões da qualidade de vida em relação à faixa etária ecoa investigações como a da *Ageing Well Network*, realizada por Susan Parker (2015), que sugere que as mudanças nas relações sociais, nas oportunidades de desenvolvimento pessoal e nos recursos financeiros podem variar de acordo com a idade, contribuindo para diferenças nas perceções de Qualidade de vida. Na nossa ótica e, uma vez que existe um número limitado de estudos que utilizam esta escala para estudar a Qualidade de vida, atendendo que as diferenças significativas relativas à idade surgem na dimensão Relações com Outras Pessoas e na Qualidade de Vida Total, sendo mais elevada na faixa etária de profissionais mais velhos e menos elevada na faixa etária dos 24-34 anos, pode-se justificar esta circunstância, pelo facto da emancipação dos jovens adultos estar a tornar-se cada vez mais tardia. Este atraso na emancipação, deve-se à falta de recursos financeiros, que lhes permitam, não só sair de casa dos progenitores e ter a própria independência, mas também, ter e criar família com o seu conjugue. O facto de haverem fatores económicos que limitem esta “saída” do ambiente familiar, muito possivelmente, gera níveis de ansiedade que, conseqüentemente, promovem um maior conflito entre o profissional e a família com quem este reside. Como tal, e atendendo que a dimensão Relações com Outras Pessoas diz respeito aos relacionamentos com a família, esposo e/ou parceiro e com os amigos, e a dimensão Total da Qualidade de Vida engloba inúmeros outros fatores, nomeadamente questões económicas e materiais, sendo que na nossa ótica, estes determinantes podem ser um ponto fulcral, que suprime os níveis de satisfação, dos indivíduos mais novos (24-34 anos), face à sua percepção de Qualidade de vida. Estes resultados corroboram os estudos de Paula (2013)

e Silva et al. (2010), que percebem diferenças relativas à qualidade de vida, sendo esta com níveis superiores nos indivíduos mais velhos. Também no presente estudo foi possível perceber diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao domínio das Atividades Sociais e Comunitárias, bem como do Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal, apresentando, mais uma vez, níveis superiores nas faixas etárias dos profissionais com mais idade, quando comparados à faixa etária dos profissionais mais novos (24-34 anos). O facto de os indivíduos mais velhos demonstrarem níveis superiores de satisfação no domínio do Desenvolvimento Pessoal e das Atividades Sociais e Comunitárias, em comparação com os profissionais mais jovens pode ser atribuída a algumas razões, nomeadamente, no nosso ponto de vista, pode ser justificado pela experiência de vida que aglomera diversas experiências ao longo do tempo. Estas, permitem ao profissional mais velho, uma melhor percepção das suas próprias capacidades, bem como das suas próprias limitações, valores e objetivos. Como tal, atendendo que existe uma maior clarificação sobre o que é “realmente” importante para eles, existe uma maior procura pelo crescimento pessoal, que, por consequência, pode incluir a luta e envolvimento em causas no âmbito comunitário, que estes indivíduos mais velhos, percebem como significativas.

Relativamente ao estado civil pode-se perceber diferenças estatisticamente significativas no que se refere à dimensão Relações com Outras Pessoas, sendo que os indivíduos casados apresentam níveis de satisfação mais elevados, quando comparados aos indivíduos solteiros, valores semelhantes, foram encontrados no estudo de Schmidt (2004), que, como já foi referido anteriormente, pode ser justificado pela enorme prevalência do estado civil de casado e, também, por grande parte dos indivíduos planearem ter a própria família, englobando a vontade de ter e criar filhos com o seu conjugue.

Através desta análise de variância relativa à Qualidade de vida e aos seus domínios, também se constataram variações na Qualidade de vida relacionadas com a profissão. Provou-se que os psicólogos desta amostra, apresentam níveis superiores na dimensão Atividades Sociais e Comunitárias e na dimensão Desenvolvimento e Enriquecimento Pessoal, comparativamente aos médicos e enfermeiros, que apresentam níveis inferiores. Também os assistentes sociais, demonstram níveis superiores no domínio da Recreação e no resultado global de Qualidade de Vida, quando comparados com os médicos e enfermeiros, que, mais uma vez, pontuam *scores* menores relativos à vida com qualidade. Estas diferenças significativas perante os diferentes profissionais, vão ao encontro das conclusões de estudos

como o de Maslach et al. (2001), que destacam a importância do ambiente de trabalho e das exigências específicas da profissão na determinação do nível de satisfação e bem-estar dos indivíduos.

Atente-se que neste estudo, o género, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional, não apresentam influência relativamente à Resiliência. A ausência de diferenças significativas de género em relação a esta variável é consistente com resultados anteriores. Siraj et al. (2023) e Smith et al. (2015) identificaram resultados semelhantes, sugerindo que as diferenças de género não parecem ser um fator determinante nos níveis de Resiliência entre os profissionais nas relações de ajuda. No entanto, na nossa investigação, verifica-se que a Resiliência varia entre as diferentes faixas etárias, sendo que se constata níveis mais elevados nos profissionais de 35-45 anos, comparativamente aos profissionais de 57-64 anos. Estes resultados, estão em consonância com a pesquisa de Van der Colff e Rothmann (2009), que também observaram que profissionais mais jovens tendem a apresentar níveis mais elevados de Resiliência. Este facto pode ser atribuído à motivação e energia associadas ao grupo etário mais jovem, que podem ajudar a lidar com os desafios inerentes ao trabalho nas relações de ajuda. Níveis superiores nos psicólogos e níveis inferiores nos médicos em relação à resiliência, é algo que também pode ser observado nesta análise. Estes resultados seguem uma tendência observada em estudos como o de Fletcher e Sarkar (2013), que discutem como profissionais com formação para lidar com as emoções, como os psicólogos, podem apresentar maiores níveis de Resiliência devido à sua capacidade de autocontrolo e adaptação.

Relativamente à investigação das relações entre *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência nestes profissionais de relação de ajuda, que se compreende como o nosso terceiro objetivo específico, pode-se constatar através de uma análise correlacional, que existem associações negativas entre a variável *Burnout* e a Resiliência, tal como entre *Burnout* e a Qualidade de vida. Estes resultados são consistentemente apoiados por investigações como as de Maslach et al. (2001) e Tugade e Fredrickson (2004). Estes estudos salientam o facto de níveis elevados de *Burnout* poderem prejudicar a capacidade de adaptação e Resiliência de um indivíduo, enquanto uma maior Resiliência está associada a uma melhor Qualidade de vida. A associação mais forte entre a dimensão de Exaustão Emocional, do *Burnout* e a Resiliência e Qualidade de vida é congruente com os resultados de outros estudos, como o de Schaufeli e Enzmann (2020), que salientam a natureza emocionalmente desgastante do trabalho em relações de ajuda e como isso pode afetar negativamente a Resiliência e a Qualidade de vida. A associação positiva entre a

dimensão de Realização pessoal, do *Burnout* e a Resiliência e Qualidade de vida é também observada em estudos como o de *Demerouti et al. (2001)*, que sugerem que um maior sentido de Realização no trabalho pode contribuir para a Resiliência e, conseqüentemente, para uma melhor Qualidade de vida. Os resultados deste estudo estão em consonância com as conclusões da investigação existente sobre a relação entre Resiliência, *Burnout* e Qualidade de vida. Os resultados apresentados, que evidenciam a relação positiva entre níveis mais elevados de Resiliência e melhor Qualidade de vida, corroboram estudos anteriores realizados por *Bozdağ e Ergün (2020)*, *Alonazi et al., (2023)* e *Shahrbabaki et al. (2023)*. Estes estudos também observaram que os indivíduos com maior Resiliência tendem a ter uma Qualidade de vida mais positiva. A associação entre as diferentes dimensões da Resiliência e os vários domínios da Qualidade de vida é também consistentemente observada na literatura académica. A dimensão da resiliência "*I am/ I can*" (Eu sou/eu posso), centrada na autoeficácia e na crença na própria capacidade para superar desafios, está frequentemente associada a uma melhoria em todos os aspetos da Qualidade de vida, como demonstram estudos como o de *Pinar et al. (2018)*.

Os resultados da análise correlacional, que indicam uma relação negativa entre o *Burnout* e a Resiliência, tal como entre o *Burnout* e a Qualidade de vida, estão de acordo com estudos anteriores, como o trabalho de *Ghahramani et al. (2021)* junto de profissionais de saúde a trabalhar em plena pandemia de Covid-19. Estes investigadores identificaram que elevados níveis de *Burnout* estão associados a uma reduzida perceção de Qualidade de vida, o que vai ao encontro da ideia de que o *Burnout* pode comprometer vários aspetos do bem-estar.

No que concerne ao quarto objetivo específico desta investigação, pretendeu-se avaliar o impacto da variável Resiliência sobre o *Burnout* e a Qualidade de vida dos profissionais de relação de ajuda. Os resultados obtidos através das análises de regressão linear corroboram as conclusões de estudos anteriores que investigaram a relação entre Resiliência, *Burnout* e Qualidade de vida. A associação positiva entre níveis mais elevados de resiliência e uma melhor qualidade de vida foi apoiada por estudos como os de *Pardeller et al. (2020)* e *Smith et al. (2015)* que também identificaram a Resiliência como um fator significativo na previsão da Qualidade de vida global. A observação de que um aumento na Resiliência está associado a um aumento correspondente na Qualidade de vida, expresso por um aumento de 1.32 pontos na Qualidade de vida por cada unidade de aumento na resiliência, reforça a importância desta característica adaptativa na promoção do bem-estar. Para além disso, a constatação de que a Resiliência desempenha um papel relevante na atenuação do *Burnout* é corroborada por estudos

anteriores, como o de Ferreira e Gomes (2021), que identificaram uma relação inversa entre os níveis de Resiliência e o *Burnout*, tal como Jose et al. (2020) e Silva et al. (2016) que observaram que a Resiliência explica negativamente a Exaustão emocional e positivamente a Realização pessoal. Como tal, constata-se que a redução de 0.41 pontos no *Burnout* por cada unidade de aumento na resiliência, evidenciada nos resultados deste estudo, é consistente com os achados de estudos anteriores sobre a capacidade da Resiliência para atenuar os efeitos adversos do *Burnout* profissional.

Por fim, o quinto objetivo específico, onde se pretendeu verificar se a variável Resiliência exercia um papel moderador na influência do *Burnout* sobre a Qualidade de vida, verificou-se falta de evidência de moderação da relação entre o *burnout* e a qualidade de vida pela resiliência, observada na análise do efeito de moderação. Este resultado está em consonância com pesquisas anteriores que abordaram a complexidade do fenómeno do *burnout*. Estudos como o de Claponea e Iorga (2023) também não encontraram suporte para essa moderação, indicando que a relação entre *burnout* e qualidade de vida é influenciada por múltiplos fatores, incluindo aspetos individuais, profissionais e sociais. Através dos resultados evidenciados nesta análise de moderação, também se pode evidenciar que não se confirma a hipótese formulada para este estudo. A resiliência não exerce um papel protetor significativo na relação entre o *Burnout* e a Qualidade de Vida dos inquiridos profissionais de relação de ajuda. Como tal, sugere-se para estudos futuros uma análise mediadora relativa ao papel da Resiliência sobre o *Burnout* e a Qualidade de Vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo a análise das relações entre o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em profissionais de relação de ajuda, nos grupos profissionais de psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Pretendeu-se ainda estudar os níveis de *Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência, nos diversos grupos profissionais supramencionados, analisar a variância destas variáveis em função das características sociodemográficas da amostra, analisar as relações entre as variáveis, o impacto da Resiliência sobre o *Burnout* e a Qualidade de Vida e ainda o possível papel moderador da Resiliência na influência do *Burnout* sobre a Qualidade de Vida. A análise aprofundada dos resultados deste estudo permitiu uma visão esclarecedora das percepções dos profissionais envolvidos nas relações de ajuda, evidenciando as suas características ao nível do *Burnout*, da Qualidade de Vida e da Resiliência.

Os níveis moderados de *Burnout* identificados são significativos, indicando que estes profissionais não se encontram em perigo iminente de *Burnout*. A Exaustão Emocional, embora presente, não parece atingir níveis preocupantes, sugerindo que a capacidade resiliência e de lidar com o stresse parece estar a ser eficaz. Estes resultados são relevantes tanto no contexto académico como na prática das profissões envolvidas.

Os níveis satisfatórios de Qualidade de Vida são igualmente promissores, pois apesar de se apresentarem geralmente satisfatórios, sabe-se que estes impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados por estes profissionais de relação de ajuda. Não obstante, importa referir que se torna necessário, que exista cada vez mais uma visão alargada referente a esta variável, permitindo assim, que todos os fatores inerentes à mesma, sejam abordados e melhorados no contexto de vida destes profissionais, uma vez que é notável que a Qualidade de vida se apresenta como uma variável crucial, não só para os sistemas de cuidados, mas também para a sociedade como um todo.

A elevada Resiliência demonstrada pelos participantes é também uma característica encorajadora, indicando que estes profissionais apresentam uma forte capacidade para enfrentar e ultrapassar os desafios inerentes às suas profissões. A notável resiliência, sobretudo na dimensão "*I Have*" (Eu Tenho), sugere que estes, face às adversidades com que se têm deparado apresentam recursos externos fundamentais para lidar com as exigências do trabalho, amenizando o risco de exaustão emocional. Embora menos evidentes, também os seus recursos

internos, expressos através da dimensão “I Am/I Can” (Eu Sou/Eu Posso) refletem as suas competências de resiliência.

Considerando os resultados obtidos, é nosso entender que a contribuição deste estudo para o meio académico é notável, oferecendo uma compreensão aprofundada da dinâmica entre *Burnout*, Qualidade de vida e Resiliência num contexto profissional específico. Esses resultados enriquecem as teorias da saúde mental ocupacional e fornecem dados valiosos para a compreensão das condições e desafios que afetam os profissionais nas relações de ajuda. Além disso, ao demonstrar a relação entre variáveis sociodemográficas, como a idade, o género e a profissão, e os níveis de *Burnout*, Qualidade de vida e Resiliência este estudo contribui para a compreensão das particularidades individuais e contextuais que moldam estas variáveis psicológicas.

A nível prático, os resultados deste estudo têm implicações substanciais para ajudar os profissionais de relação de ajuda, tal como os seus gestores. A consciencialização da importância da Resiliência e da prevenção do Burnout pode orientar as práticas de autogestão, bem como as estratégias de apoio organizacional. Os profissionais mais jovens podem beneficiar de programas de desenvolvimento da Resiliência, enquanto os mais experientes podem receber apoio específico para lidar com os fatores de stresse que afetam a exaustão emocional. Neste sentido, o presente estudo representa uma importante contribuição para o psicólogo educacional que detem um papel fundamental na formulação de programas de formação e/ou de intervenção psicológica para a promoção do bem-estar, qualidade de vida e resiliência que podem ser desenvolvidos com estes profissionais.

No entanto, é essencial reconhecer algumas limitações deste estudo. Uma das principais está relacionada com a amostra, que pode não ser totalmente representativa da diversidade de profissionais nas relações de ajuda, limitando a generalização dos resultados. A questão da desejabilidade social, em que quem responde pode tender a responder de acordo com o que pensa ser mais aceitável e expectável em termos sociais, pode também ter enviesado os resultados. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a identificação de relações causais definitivas entre as variáveis. Questões como a falta de controlo sobre variáveis externas podem também ter influenciado os resultados, tal como a limitação da existência de outros estudos que permitam fazer uma comparação mais eficaz.

Para estudos futuros, recomenda-se que a amostra possa ser mais alargada e a nível nacional, possa ainda estender-se a uma maior variedade de contextos e culturas profissionais,

de modo a validar e generalizar os resultados. A adoção de abordagens longitudinais permitiria também investigar as relações causais ao longo do tempo. Também particularmente interessante seria a utilização de métodos e análises qualitativas que poderiam oferecer uma visão mais aprofundada dos mecanismos subjacentes ao *Burnout*, à Qualidade de vida e à Resiliência.

Em suma, este estudo oferece um olhar abrangente sobre a o *Burnout*, a Qualidade de vida, e a Resiliência dos profissionais da relação de ajuda, com implicações relevantes para a teoria e a prática. Os seus resultados informam tanto o meio académico como os campos profissionais, ao mesmo tempo que apontam direções promissoras e investigações futuras.

De assinalar que, esta investigação, para além de representar o culminar do meu percurso formativo, constitui-se como um ponto de estrutura, para a eficácia das minhas intervenções enquanto futura psicóloga. Representa assim, um forte alicerce para desenvolver futuras estratégias de intervenção adaptadas, que considerem, não só a prevenção do *burnout*, mas também estratégias que permitam aumentar a qualidade de vida e resiliência na população. Para terminar, refira-se que esta mesma investigação, também assumiu um papel fundamental no meu próprio desenvolvimento pessoal, pois consciencializou-me da necessidade, não só de Resiliência, mas também da necessidade de existir equilíbrio nos vários domínios da vida.

Referências Bibliográficas

- Alborz, A. (2017). The nature of quality of life: A conceptual model to inform assessment: The nature of QoL. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15–30. <https://doi.org/10.1111/jppi.12225>
- Alonazi, O., Alshowkan, A., & Shdaifat, E. (2023). The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01346-1>
- Andrade, R. Z., & Resende, M. C. de. (2014). Avaliação dos Agentes Estressores e da Resiliência em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas Em Psicologia*, 18(1). <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352>
- Araújo, F. D. P., Brito, O. D., Lima, M. M. d. S., Neto, N. M. G., Caetano, J. Á., & Barros, L. M. (2018). Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(3), 312–317. <https://doi.org/10.5327/z1679443520180293>
- Avasthi, R., & Yadav, A. (2022). Occupational Stress Among Nursing Officer A Literature Review. *GFNPSS- International Journal of Multidisciplinary Research*, 3(6), 1080–1082. <https://doi.org/10.46376/ijmr/3.6.2022.1080-1082>
- Bahar, A., Koçak, H. S., Samancioğlu Bağlama, S., & Çuhadar, D. (2020). Can Psychological Resilience Protect the Mental Health of Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic Period? *Dubai Medical Journal*, 3(4), 133–139. <https://doi.org/10.1159/000510264>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Barros, A. V., Oliveira, D. A. de, Mello, D. B., Rodrigues, G. C., Silva, J. V. G. da, Martins, K. A. M., Lira, S. de O., & Macedo, A. B. T. (2023). Resiliência dos profissionais da saúde em tempos da Covid-19: revisão integrativa. *Revista de Medicina*, 102(4). <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i4e-209895>
- Bastos, J. C. F., Mohallem, A.G. C., & Farah, O.G.D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia. *Einstein*, 6 (1), 7-12. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-497739>
- Baskin, R. G., & Bartlett, R. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2329–2342. <https://doi.org/10.1111/jonm.13395>
- Benetti, I. C., & Crepaldi, M. A. (2013). Resiliência revisitada: Uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. *Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID)*, (7). <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1086>

-
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd.
- Bozdağ, F., & Ergün, N. (2021). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychological Reports*, 124(6), 2567–2586. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>
- Brown, L., Haines, S., Amonoo, H. L., Jones, C., Woods, J., Huffman, J. C., & Morris, M. E. (2021). Sources of Resilience in Frontline Health Professionals during COVID-19. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(12), 1699. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121699>
- Carrera, J. F. G. F. (2011). *Stress e Burnout: um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS'S*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/3097>
- Carvalho, D. & Neto, H. (2018). Fadiga, stresse, burnout e estratégias de coping num serviço social de uma IPSS. *International Journal on Working Conditions*. 113-129. https://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.15_Carvalho&Neto_p.113.129.pdf
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., & Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>
- Centro Hospital Tâmega e Sousa, E.P.E. (s.d.). *Burnout: conheça os sinais e sintomas*. Centro Hospital Tâmega e Sousa. Obtido a 24 de Agosto de 2023, de <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/burnout-conheca-os-sinais-e-sintomas/>
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Carlotto, M. S. (2009). A Relação Profissional-Paciente e a Síndrome de Burnout. *Encontro Revista De Psicologia*, 7(17), 7–20.
- Carkhuff, R. R. (2000). *The art of helping in the 21st Century* (8nd ed.). Chapel Hill, NC: Human Resource Development.
- Castro, E. K., Massom, T., & Dalagasperina, P. (2018). Estresse traumático secundário em psicólogos. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 115-125. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.554>
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2011). *Developing resilience: An evidence-based guide for practitioners*. CIPD London. <https://titusngdotcom.files.wordpress.com/2013/01/developing-resilience-guide-cipd.pdf>
- Chtibi, H., Ahami, A., Azzaoui, F. Z., Khadmaoui, A., Mammad, K., & Elmassioui, F. (2018). Study of psychological resilience among health care professionals, in Ibn Sina hospital/Rabat/morocco. *Open journal of medical psychology*, 07(03), 47–57. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2018.73005>

-
- Claponea, R. M., & Iorga, M. (2023). The Relationship between Burnout and Wellbeing Using Social Support, Organizational Justice, and Lifelong Learning in Healthcare Specialists from Romania. *Medicina*, 59(7), 1352. <https://doi.org/10.3390/medicina59071352>
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013–1022. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.48.10.1013>
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2016). Desenvolver a Resiliência Pessoal. In *Enfermeiros: Uma força para a mudança - Para um Sistema de Saúde Mais Resiliente: Dia Internacional do enfermeiro 2016* (pp. 35–37). <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Costa, R. M., & Gonçalves, L. F. (2022). Resposta a “Resiliência em Médicos: Contributos para a Validação da Versão Portuguesa da Escala de Resiliência”. *Acta Médica Portuguesa*, 35(5), 402. <https://doi.org/10.20344/amp.17837>
- Day, H.; Jankey, S. G. (1996). Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: Renwick, R.; Brown, I.; Nagler, M. (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). *New Measures of Well-Being*. In *Assessing Well-Being* (pp. 247–266). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_12
- Dubet, F. (2002). *Le Déclin de l'institution*. Paris: Seuil.
- Egan, G. (2014). *The Skilled Helper: A Problem Management and Opportunity-Development Approach to Helping* (10a ed.). Brooks/Cole: Cengage Learning.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 48(4), 237–250. <https://doi.org/10.1093/occmed/48.4.237>
- Ferreira, D. P. B. A. C. (2022). *Stress e burnout dos Assistentes Sociais na área da saúde em contexto de pandemia* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada]. <http://hdl.handle.net/11067/6653>
- Ferreira, N. N.; Lucca, S. R. (2015). Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 18(1), 68-79. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736441>

-
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The Role of Resilience in Reducing Burnout: A Study with Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences (Basel, Switzerland)*, 10(9), 317. <https://doi.org/10.3390/socsci10090317>
- Flanagan, J.C. (1982). *Measurement of quality of life: current state of the art*. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 63, 56-59. <http://hdl.handle.net/10822/793163>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000100006>
- Fontes, A. P., & Azzi, R. G. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: Apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos De Psicologia*, 29(1), 105-114. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100012>
- Fortín, M. F. (1999). *El proceso de la investigación: de la concepción a la realización* (Edición original en francés 1996). México: McGraw-Hill.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, F. M. d., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743–748. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000500015>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gabassi, P. G., Cervai, S., Rozbowsky, P., Semeraro, A., & Gregori, D. (2002). Burnout Syndrome in the Helping Professions. *Psychological Reports*, 90(1), 309–314. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.1.309>
- García, R. G., Sangregorio, M. A., & Sánchez, M. L. L. (2019). Burnout in social workers and socio-demographic factors. *Journal of Social Work*, 20(4), 463–482. <https://doi.org/10.1177/1468017319837886>
- Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272(8), 619–626. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/jama.272.8.619>

-
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses : um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 9(2), 193–212. <https://hdl.handle.net/1822/3944>
- Gomes, A. R., Silva, M. J., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o stresse, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista portuguesa de educação*, 6, 7–93. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5619>
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Greco, P. B. T. (2018). *Adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil da Escala de Resiliência no Trabalho (RAW Scale)* [Tese de Doutoramento]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria. <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/16353>
- Guo, Y.-f., Luo, Y.-h., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J.-p. (2017). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 441–449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>
- Hair, J.; Babin, B.; Anderson, R., & Black, W. (2018). *Multivariate Data Analysis*. Cengage.
- Herédia, M., & Laneiro, R. (2015). As Repercussões do Burnout na Percepção do Psicólogo Clínico da sua Relação com o Cliente. *Psique, Journal of Research Centre For Psychology of the Universidade Autonoma De Lisboa*, 11(11), 113-133. <http://hdl.handle.net/11144/2730>
- Hörnquist, J. O. (1990). Quality of life: Concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18(1), 69–79. <https://doi.org/10.1177/140349489001800111>
- Hugman, R. (2005). *New approaches in ethics for the caring professions*. New York: Palgrave Macmillan
- Hussein, S. (2018). Work Engagement, Burnout and Personal Accomplishments Among Social Workers: A Comparison Between Those Working in Children and Adults’ Services in England. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(6), 911–923. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0872-z>
- Junior, O. J. M., Costa, M. L., & Justi, J. (2021). Fenomenologia De Heidegger E Relação De Ajuda De Carkhuff: Possibilidades De Aproximação Ideológica. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 13(2), 49–62. <https://doi.org/10.56365/atlante.1>
- Jatobá, A., & Carvalho, P. V. R. d. (2022). Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 46(spe8), 130–139. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e810>
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and Resilience among Frontline Nurses during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study in the Emergency Department

-
- of a Tertiary Care Center, North India. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081–1088. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23667>
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123–133. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.2.123>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.403009040>
- Leiter, M. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Psychologie Canadienne [Canadian Psychology]*, 32(4), 547–558. <https://doi.org/10.1037/h0079040>
- Lentz, R. A.; Costenaro, R. G. S.; Gonçalves, L. H. T., & Nassar, S. M. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 8(4), 7–14. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000400002>
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>
- Maroco, J.; Maroco, A. L.; Leite, E.; Bastos, C.; Vazão, M. J. & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24. <https://doi.org/10.20344/amp6460>
- Maroco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software e Aplicações* (3ª Ed). Report Number.
- Maroto, M. A. M. (2022). La resiliencia como predictora del impacto negativo (depresión, ansiedad y estrés) del COVID-19 en médicos de atención primaria. *Semergen*, 48(7), 101813. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101813>
- Maia, A. O. B., & Neto, A. C. G. (2021). Resiliência de profissionais de saúde frente à COVID-19. *Revista da SBPH*, 24(1), 147-161. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582021000100014
- Martins, M. H. V. (2005). Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco: Resiliência e desenvolvimento [Tese de Doutoramento]. <http://hdl.handle.net/10400.1/8497>
- Martins, M. H. (2011). Adaptação e Validação do Inventário Measuring State and Child Resilience. In Ferreira, A. S., Verhaeghe, A., Silva, D., Almeida, L. S., Lima R., & Fraga, S. (Eds.) (2011). *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. SPP, 625-636. https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=15332

-
- Martins, M. H. (2014). *Resiliência Familiar - Revisão Teórica, conceitos emergentes e principais desafios*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4365.8245>.
- Maslach, C. and Jackson, S.E. (1982) Burnout in health professions: A social psychological analysis. In: Sanders, G.S. and Suls, J. (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness, Erlbaum, Hillsdale*, 227-251. https://www.researchgate.net/profile/Susan-Jackson-5/publication/320083088_Burnout_in_health_professions_A_social_psychological_analysis/links/5d1a004392851cf4405a5728/Burnout-in-health-professions-A-social-psychological-analysis.pdf
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1–16). Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto: University of California, Consulting Psychologist Press.
- 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*. Avaliação psicológica: Formas e contextos, 596-603. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5334>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Mendes, J., Cabral, H., & Melo, F. (2021). Burnout em profissionais de Serviço Social durante a pandemia de COVID. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(1). <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.1.204>
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciencia & Saude Coletiva*, 5(1), 7–18. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000100002>
- Molina, V. (2016). Generalidades de la Relación de Ayuda. *Centro San Camilo: Vida y Salud*, 79, 1–4. <http://cscbiblioteca.com/Relacion%20de%20Ayuda%20OK/Generalidades%20de%20la%20Relacion%20de%20Ayuda.pdf>
- Moraes, M. G. D., Hitora, V. B., & Verardi, C. E. L. (2019). The relationship between burnout and quality of life. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 19(1). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p51-64>
- Murcho, N. Á. C., & Pacheco, J. E. P. (2020). Caracterização do Burnout em profissionais de saúde em Portugal: um artigo de revisão. *Psique*, XVI, n°1. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvi.1.4>

-
- Nahas, M. V. (2017). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (7.ed.). Florianópolis. <http://dspace.unisa.br/handle/123456789/661>
- Naz, S., Hashmi, A. M., & Asif, A. (2016). Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5), 532–536. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183930/>
- Nourollahi-Darabad, M., Afshari, D., & Chinisaz, N. (2021). Psychosocial Factors Associated With Resilience Among Iranian Nurses During COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714971>
- Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. (2011). *Saúde e Qualidade de Vida: Uma Meta a Atingir*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-96103-5-4
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/UMA-ABORDAGEM-SOBRE-A-relacao-de-ajuda1.pdf>
- Oliveira, A.T.S.; Faustino, W.R.; Rezer, F. (2018) Qualidade de vida da equipe de enfermagem de um hospital de Juína: noroeste de Mato Grosso. *Revista Nursing*. 21(237), 2012-2017. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907868>
- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: Análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 754-767. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000400008>
- Oliveira, K. M. F., Novais, M. R., & Santos, R. C. (2023). Resiliência: Avaliação de Pacientes Queimados em um Hospital de Urgência e Emergência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003248738>
- Pardeller, S., Kemmler, G., Hoertnagl, C. M., & Hofer, A. (2020). Associations between resilience and quality of life in patients experiencing a depressive episode. *Psychiatry Research*, 292. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113353>
- Parker, S. (2015). *Ageing Well Network: A CASE STUDY OF AN IRISH SUCCESS STORY IN THE FIELD OF AGEING*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/ageing-well-network-a-case-study-of-an-irish-success-story-in-the-field-of-ageing/>
- Paula, A. (2013). *A Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental [Dissertação de Mestrado]*. Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/4729>
- Perdigão, A. (2003). A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos. *Análise psicológica*, 4(21), 485-497. <https://doi.org/10.14417/ap.8>
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241–250. <https://doi.org/10.1590/s1807-55092012000200007>

-
- Pereira, J. B., Chocalhinho, P. C., Inácio, D. M., Gomes, S. S., Gomes, J. J., & Martins, A. M. (2022). Calidad de vida y riesgos psicosociales de las enfermeras implicadas en la lucha contra la pandemia de Covid-19. *Index de Enfermería*, 31(4), 265–269. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20225403>
- Pereira, S., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (2020). Qualidade e propósito de vida. In *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 633–669). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7586>
- Perniciotti, P., Júnior, C. V. S., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(1), 35–52. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saude Publica*, 21(2), 436–448. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000200010>
- Pestana, M.H & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (6º Ed). Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Piedade, A. C. M. (2022). *A resiliência e o bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda: o papel protetor da esperança em situação de burnout* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. <http://hdl.handle.net/10400.1/19154>
- Pinar, S., Yildirim, G., & Sayin, N. (2018). Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse Education Today*, 64, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.014>
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1989). *Career Burnout: Causes and Cures*. Free Press.
- Pines, A., (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315227979>
- Queirós, P.J.P. (2005) *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau, 27-73. ISBN: 972-8485-47-6
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72(Pt 2), 159–169. <https://doi.org/10.1348/000711299159916>
- Ratzon, A., Farhi, M., Ratzon, N., & Adini, B. (2022). Resilience at Work, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction of Social Workers Amidst the COVID-19 Pandemic.

International journal of environmental research and public health, 19(9), 5500.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19095500>

- Ribeiro, E. K. A., Santos, R. C., Araújo-Monteiro, G. K. N., Brandão, B. M. L. S., Silva, J. C., & Souto, R. Q. (2021). Influence of burnout syndrome on the quality of life of nursing professionals: quantitative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 3).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0298>
- Ribeiro, P. & Castro, S. (2009). *A qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da UTI Adulto e UTI Neonatal: Uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan In Saúde e Qualidade de Vida em Análise*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://www.esenf.pt/fotos/editor2/ebooksqv.pdf>
- Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (1995). Models of burnout: Implications for interventions. *International Journal of Stress Management*, 2, 31-43. <https://doi.org/10.1007/BF01701949>
- Ridell, R. J., & Orvelius, L. (2023). Quality of Life in Healthcare Workers during COVID-19—A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6397. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146397>
- Rivas, N., López, M., Castro, MJ, Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, MJ, García, S., Velasco-Gonzalez, V., & Jiménez, JM (2021). Análise da Síndrome de Burnout e Resiliência em Enfermeiros durante a Pandemia de COVID-19: Um Estudo Transversal. *Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública*, 18(19), 10470.
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910470>
- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245–253. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022013000200012>
- Rodrigues, T.D.F. (2012) Fatores Estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. *Rev. Min. Enferm.*, 16(3), 454-462.
<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-23927>
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P. J., Bruin, M. B. N., & Schmidt, A. J. M. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress & Health*, 21, 17-25. <https://doi.org/10.1002/smi.1032>
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se Pessoa* 7.^a ed. Lisboa: Moraes Editores.
- Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 54–61.
<https://doi.org/10.1037/a0012538>
- Rutter, M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. 57(3), 316–331.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>

-
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience – clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), pp. 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>.
- Santin, S. (2002). Cultura corporal e qualidade de vida. *Kinesis, Santa Maria*, 27, 116-186. <https://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/7008>
- Santos, D. (2011). *Burnout, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Parecer_47_2010_Dissertacao_Burnout.p
- Santos, S.R., Santos, I.B.C., Fernandes, M.G.M., Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 10(6):757-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000600002>
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 248-267. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x>
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (2020). *Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
- Schmidt, D. R. C. (2004). *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico* [Dissertação de Mestrado]. Brasil, São Paulo. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23062005-084422/>
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2013) *5 passos para uma melhor qualidade de vida: uma meta ao seu alcance*. Universidade de São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. <https://bvsmms.saude.gov.br/qualidade-de-vida-em-cinco-passos/>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-168-3
- Serviço Nacional de Saúde (2019). *Notícias de saúde: stress profissional*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/28/stress-profissional/>
- Shahrbabaki, P. M., Abolghaseminejad, P., Iari, L. A., Zeidabadinejad, S., & Dehghan, M. (2023). The relationship between nurses' psychological resilience and job satisfaction during the COVID-19 pandemic: a descriptive-analytical cross-sectional study in Iran. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01310-z>
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, stress, and coping*, 29(4), 367–386. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058369>
- Silva, R. M.; Monteiro, F. O. K.; Nagel, G.; Júnior, L. C. F. (2010). Qualidade de Vida no Município de Braço do Norte - SC, Segundo a Escala de Flanagan. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 39 (4).

<https://www.researchgate.net/publication/270790297> Qualidade de vida no município de Braco do Norte - SC segundo a Escala de Flanagan

- Silva, R. R., Silva, L. A. da, Oliveira, E. S., Junior, M. D. S., Silva, M. V. G., & Ribeiro, A. A. (2021). Carga psicossocial e Síndrome de Burnout em profissionais de saúde no combate à pandemia de COVID-19. *Global Academic Nursing Journal*, 2(spe2). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200118>
- Silva, S., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Simões, C. (2012). Resiliência, saúde e desenvolvimento. In *Aventura social: promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 19–42). Placebo, Editora LDA. <http://www.codajic.org/node/369>
- Simões, J. F. F. L., Fonseca, M. J., & Belo, A. P. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Revista de Enfermagem: Referência*, II(3), 45–54. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=107&id_revista=4&id_edicao=5
- Simpson, L. R., & Starkey, D. S. (2006). *Secondary traumatic stress, compassion fatigue, and counselor spirituality: Implications for counselors working with trauma*. <http://www.counselingoutfitters.com/Simpson.htm>
- Siraj, R. A., Alhaykan, A. E., Alrajeh, A. M., Aldhahir, A. M., Alqahtani, J. S., Bakhadlq, S., Alghamdi, S. M., Alqarni, A. A., Alqarni, M. M., Alanazi, T. M., Alruwaili, A., Algarni, S. S., Alahmadi, F. H., Alahmari, M., & Alahmadi, R. H. (2023). Burnout, Resilience, Supervisory Support, and Quitting Intention among Healthcare Professionals in Saudi Arabia: A National Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2407. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032407>
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Keefer, K. V., & Tremblay, P. F. (2015). Coping Strategies and Psychological Outcomes: The Moderating Effects of Personal Resiliency. *The Journal of Psychology*, 150(3), 318–332. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1036828>
- Soares, I., Silva, A., Chariglione, I., Formiga, N., & Melo, G. (2019). QUALITY OF LIFE ASSESSMENT SCALE(QVS): PSYCHOMETRIC EVIDENCES THE MEASURE FOR ADULT. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(2), 328–347. <https://doi.org/10.15309/19psd200205>
- Sordi, A. O., Manfro, G. G., & Hauck, S. (2011). O conceito de resiliência: Diferentes olhares. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 13(2), 115-132. <http://hdl.handle.net/10183/201004>
- Soriano, J. M. (2014). *Manual de relación de ayuda integrativa*. Punto Rojo Libros, S.L. ISBN-10:8416068887
- Sousa, V. F. S., & Araujo, T. C. C. F. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900–915. <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>

-
- Swavely, D., Romig, B., Weissinger, G., Holtz, H., Alderfer, M., Lynn, L., Adil, T., & Rushton, C. H. (2022). The Impact of Traumatic Stress, Resilience, and Threats to Core Values on Nurses During a Pandemic. *The Journal of nursing administration*, 52(10), 525–535. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001194>
- Teles, H. M. M., Ramalho, N. A., Ribeiro, S. M. P., & Ramalho, V. S. B. (2019). Níveis de estresse e engagement laboral dos Assistentes Sociais em Portugal. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 258–268. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190027>
- Timóteo, I. (2010). *Educação Social e Relação de Ajuda: Representações dos Educadores Sociais Sobre as Suas Práticas* [Dissertação de Mestrado]. Repositório Científico da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19122>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218–235. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/bjsw/bcl343>
- Van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1). <https://doi.org/10.4102/sajip.v35i1.423>
- Veiga, S., & Ferreira, J. (2018). A pessoa do Profissional de Relação de Ajuda. em contextos de Saúde Mental. *Sensos-E*, 4(2), 36–50. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v4i2.2538>
- Vieira, L. S., Machado, W. d. L., Dal Pai, D., Magnago, T. S. B. d. S., Azzolin, K. d. O., & Tavares, J. P. (2022). Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>
- Werner, E. (2005). Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11–14. <https://www.pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/fpS0504.pdf>
- Winwood, P. C., Colon, R. M., & McEwen, K. (2013). A Practical Measure of Workplace Resilience: Developing the Resilience at Work Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(10), 1205–1212. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182a2a60a>
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>
- World Health Organization (2015). *Operational framework for building climate resilient health systems*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/189951>
- World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *J. Adv. Nurs.* 17(7):795-800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x>

APÊNDICES

Apêndice 1. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, Rita Figueira Rafael, aluna do Mestrado de Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, encontro-me a realizar a minha dissertação de final de curso, cujo o tema é “*Burnout*, Qualidade de Vida e Resiliência em Profissionais de Relação de Ajuda” sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

Este estudo tem como principal objetivo analisar o *Burnout*, a Qualidade de Vida e a Resiliência em psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Pretende-se conhecer também de que forma a Resiliência contribui para os níveis de *Burnout* e por consequência para a promoção de Qualidade de Vida.

Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para este estudo, sendo necessário o preenchimento de um questionário anónimo online, com uma duração de aproximadamente 15 minutos. Todos os dados que fornecer são anónimos e confidenciais, destinando-se apenas para esta investigação. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, pelo que poderá desistir a qualquer momento, caso seja essa a sua vontade. Pode recusar-se a colaborar nesta investigação, ou a retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que lhe traga quaisquer consequências negativas.

Caso tenha questões adicionais, pode contactar-nos através do seguinte endereço eletrónico: a68862@ualg.pt. Desde já, agradecemos a sua colaboração e disponibilidade em participar nesta investigação!

Rita Figueira Rafael

Professora Doutora Maria Helena Martins

Declaro ter conhecimento sobre o estudo de carácter anónimo e confidencial, em causa, autorizando a utilização das respostas dos questionários para fins de investigação científica. Tomei conhecimento e compreendi a informação descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher o questionário que se segue.

Sim

Não

Apêndice 2. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Responda por favor a todas as questões e selecione a opção que melhor corresponde à sua situação.

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade

_____ anos

3. Nacionalidade

4. Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

5. Profissão

- Assistente Social
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Psicólogo(a)

6. Situação Profissional

- Empregado(a) a tempo inteiro.
- Empregado(a) a tempo parcial.
- Desempregado(a).

ANEXOS

Anexo 1. Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD-UAlg)

Re: Envio de Documentos no âmbito de Estudo de Mestrado

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

qua, 12/01/2022 10:50

Para: RITA FIGUEIRA RAFAEL <a68862@ualg.pt>

Cara Rita Rafael

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "Burnout, Qualidade de Vida e Resiliência em Profissionais de Ajuda", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UAlg em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da UAlg.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UAlg

Anexo 2. Parecer da Comissão de Ética da UAlg



Nº DO PROCESSO	CEUAlg Pn°05/2022
DATA DO PEDIDO	18/01/2022
TÍTULO/TEMA	<i>Burnout, Qualidade de Vida e Resiliência em Profissionais de Ajuda.</i>
RESPONSÁVEL	Rita Figueira Rafael
FUNDAMENTO DO PEDIDO DE PARECER	Na qualidade de responsável pelo estudo, solicita à CEUAlg parecer favorável para a sua realização.
PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UAlg	Positivo sem recomendações.

Universidade do Algarve, 21/02/2022

O Vice-Presidente da Comissão de Ética da UAlg

Assinado por: **VIRGÍLIO MIGUEL RODRIGUES MACHADO**
Num. de identificação: 06959931
Data: 2022.02.21 15:54:30+00'00'



Anexo 3. *Maslach Burnout Inventory* (Exemplos de Itens)

Inventário de *Burnout* – *Maslach Burnout Inventory*

(Adaptado à população portuguesa, por Cruz e Melo, 1996, e Gomes, 1998)

As afirmações que se seguem são sobre sentimentos relacionados com o seu trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho.

Assinale a opção que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado.

3. Sinto-me fatigado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes, ou menos, por ano
- 2 - Uma vez, ou menos, por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

4. Posso compreender facilmente como os meus utentes se sentem em relação às coisas. *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes, ou menos, por ano
- 2 - Uma vez, ou menos, por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

10. Tomei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão. *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes, ou menos, por ano
- 2 - Uma vez, ou menos, por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Anexo 4. *Flanagan's Quality of Life Scale* (Exemplos de Itens)

Escala de Qualidade de Vida - *Flanagan's Quality of Life Scale*

(Adaptado à população portuguesa por Rafael e Martins, 2023/2024)

Este questionário visa avaliar a sua qualidade de vida, a partir de diferentes aspetos. Como tal, leia cuidadosamente cada afirmação e assinale a opção que melhor indica o seu nível de satisfação face a vários aspetos da sua vida.

Qual a sua satisfação em relação a:

9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2 - Insatisfeito
- 3 - Pouco Insatisfeito
- 4 - Indiferente
- 5 - Pouco Satisfeito
- 6 - Satisfeito
- 7 - Muito Satisfeito

14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2 - Insatisfeito
- 3 - Pouco Insatisfeito
- 4 - Indiferente
- 5 - Pouco Satisfeito
- 6 - Satisfeito
- 7 - Muito Satisfeito

15. Socialização: fazer amigos. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Muito Insatisfeito
- 2 - Insatisfeito
- 3 - Pouco Insatisfeito
- 4 - Indiferente
- 5 - Pouco Satisfeito
- 6 - Satisfeito
- 7 - Muito Satisfeito

Anexo 5. *Measuring State Resilience* (Exemplos de itens)

Inventário de Resiliência - *Measuring State Resilience* (MSR)

(Adaptado para a população portuguesa por Martins, 2011)

Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias.

Leia cuidadosamente cada afirmação e escolha o que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado. Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão “no momento atual”.

2. Tenho alguém fora da minha casa a quem posso falar sobre os meus problemas. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo
- 3 - Neutro
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo Totalmente

3. Fico satisfeito(a) quando faço as coisas sem ajuda. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo
- 3 - Neutro
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo Totalmente

10. Sinto que o que faço ajuda a que as coisas resultem. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Discordo Totalmente
- 2 - Discordo
- 3 - Neutro
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo Totalmente