

**ANA CATARINA MARÇAL DA PIEDADE**

**A RESILIÊNCIA E O BEM-ESTAR SUBJETIVO EM  
PROFISSIONAIS DE AJUDA:**

O PAPEL PROTETOR DA ESPERANÇA EM SITUAÇÃO DE *BURNOUT*



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2022

**ANA CATARINA MARÇAL DA PIEDADE**

**A RESILIÊNCIA E O BEM-ESTAR SUBJETIVO EM**

**PROFISSIONAIS DE AJUDA:**

**O PAPEL PROTETOR DA ESPERANÇA EM SITUAÇÃO DE *BURNOUT***

**Mestrado em Psicologia da Educação**

**Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Helena Martins**

**Prof. Doutor Luís Sérgio Vieira**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2022

A RESILIÊNCIA E O BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PROFISSIONAIS DE AJUDA:  
O PAPEL PROTETOR DA ESPERANÇA EM SITUAÇÃO DE *BURNOUT*

**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.

---

Ana Catarina Marçal da Piedade

Copyright © 2022 por Ana Catarina Marçal da Piedade. Universidade do Algarve.  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

*Para a minha bisavó.*

## Agradecimentos

A realização do presente trabalho correspondeu a uma etapa extremamente exigente e importante na minha vida. Embora caracterizado por alguma solidão, realço, deste caminho, a sorte e o privilégio que tive e tenho de viver rodeada de pessoas que me apoiam, incentivam, compreendem e oferecem suporte. O alcance da conquista que aqui assinalo só foi possível graças a elas. Assim, e ciente da dificuldade de agradecer individualmente a todos, gostaria de exprimir o meu profundo agradecimento àqueles que me apoiaram de perto.

Expresso um profundo agradecimento à Professora Doutora Maria Helena Martins, minha orientadora, pela sabedoria, partilha de saberes, orientação, disponibilidade, apoio incondicional e, em especial, pela bonita amizade ao longo de todo este percurso.

Ao Professor Doutor Luís Sérgio Vieira, meu orientador, pelo incentivo à prossecução deste trabalho, pela orientação, apoio, disponibilidade, confiança e partilha de ensinamentos.

A todos os profissionais que tornaram possível este trabalho, pela disponibilidade e vontade de participar no estudo, bem como pela colaboração na divulgação do mesmo.

Gostaria de endereçar um agradecimento muito especial aos meus pais. Li algures, um dia, que o melhor presente que os pais podem dar a um filho é acreditarem em si. Agradeço o presente, junto da presença, o suporte, a paciência, a disponibilidade e a dedicação. Agradeço, também, ao meu irmão. Tantas foram as vezes em que encontrei nos seus olhos brilhantes a força e o alento que necessitava para continuar.

Aos meus avós, pela inspiração, incentivo, atenção, carinho e disponibilidade. Por serem sol e farol. Às tias, tios, primas e primos pelo constante incentivo, encorajamento e compreensão.

Aos meus amigos. A todos eles. Em especial, à Beatriz pela nossa bonita amizade e por termos realizado também este caminho de mãos dadas. À Cátia e ao Pedro pelo suporte constante e pela compreensão. À Carolina por nunca me faltar. À Inês pelo apoio e pela companhia. À professora e amiga Joana, minha estrelinha, por encontrar sempre palavras que a tudo dão sentido e por nunca deixar de acreditar em mim.

Por último, e uma vez que parte deste trabalho foi concretizada simultaneamente à realização do estágio curricular, agradeço à supervisora do mesmo, a todos os colegas e amigos que ganhei aquando da sua realização, bem como aos “meus” meninos e respetivas famílias que, sem saberem, me incentivaram de forma singular a terminar este capítulo.

Os meus mais sinceros agradecimentos!

## Resumo

O *burnout*, caracterizado por um estado de exaustão física e mental causado pela vida profissional, afeta particularmente as profissões de ajuda. A resiliência assume um papel importante na adaptação e superação dos efeitos nocivos da adversidade e no desempenho profissional dos indivíduos. A esperança, por sua vez, é definida como uma expectativa que modifica favoravelmente as conjeturas subjetivas de futuro. Desta forma, revela-se premente o estudo da realidade deste grupo profissional e a recolha de evidências quanto ao papel que a esperança pode apresentar enquanto moderadora na resiliência nestes, de forma a contribuir para o desenvolvimento de intervenções promotoras da mesma.

O presente estudo tem como objetivo analisar a resiliência e o bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda, com enfoque no papel protetor da esperança em situações de *burnout*. Participaram neste estudo 97 profissionais de ajuda ( $N = 97$ ), com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos ( $M = 44.35$  anos;  $DP = 9.82$ ). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, *Measuring State Resilience*, *Copenhagen Burnout Inventory*, Escala de Afetividade Positiva e Negativa, e *Work Hope Scale*.

Os resultados evidenciam que os profissionais de ajuda inquiridos apresentam níveis elevados de *burnout*, o que afeta de forma significativa os seus recursos de resiliência e o seu bem-estar subjetivo. Todavia, a amostra revela níveis igualmente elevados de resiliência. A esperança demonstra, assim, exercer uma influência positiva sobre esta e sobre o bem-estar subjetivo, afigurando-se como variável mediadora da influência negativa do *burnout* sobre a resiliência.

Face a estes resultados, é importante promover a esperança dos profissionais de ajuda, o que se refletirá num enfrentamento de situações stressoras com um maior equilíbrio emocional.

**Palavras-chave:** Profissões de Ajuda; Resiliência; Bem-Estar Subjetivo; Esperança; *Burnout*.

## **Abstract**

Burnout, characterized by a state of physical and mental exhaustion caused by working life, particularly affects helping professions. Resilience, on other hand, plays an important role in adapting to and overcoming the harmful effects of adversity, and in the professional performance of individuals. Hope, in turn, is defined as an expectation that favorably modifies subjective conjectures of the future. Therefore, there is an urgent need to study the reality of this professional group and to collect evidence on the role that hope may play as a moderator in their resilience, in order to contribute to the development of interventions that promote it.

The present study aims to analyze resilience and subjective well-being in helping professionals, focusing on the protective role of hope in burnout situations. A total of 97 helping professionals ( $N = 97$ ), aged between 22 and 66 years ( $M = 44.35$  years;  $SD = 9.82$ ), participated in this study. These are the following instruments used: Sociodemographic Questionnaire, Measuring State Resilience, Copenhagen Burnout Inventory, Positive Affect and Negative Affect Schedule, and Work Hope Scale.

The results show that the surveyed helping professionals have high levels of burnout, which significantly affects their resilience resources and subjective well-being. However, the sample also presents high levels of resilience. Thus, hope has a positive influence on resilience and subjective well-being, appearing to be a mediating variable of the negative influence of burnout on resilience.

In view of these results, it is important to promote hope in helping professionals, which will reflect in coping with stressful situations with greater emotional balance.

**Keywords:** Helping Professions; Resilience; Subjective Well-Being; Hope; Burnout.



## Índice de Matérias

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
Capítulo 1 – O Trabalho e as Profissões de Ajuda.....	4
1.1. Definição de conceitos e implicações do Trabalho na estrutura emocional do indivíduo.....	4
1.2. Profissões de Ajuda .....	7
Capítulo 2 – A Resiliência, o Bem-Estar Subjetivo, a Esperança e o <i>Burnout</i> em Profissionais de Ajuda .....	11
2.1. Definição dos conceitos em estudo .....	11
2.1.1. A Resiliência.....	11
2.1.2. O Bem-Estar Subjetivo.....	12
2.1.3. A Esperança.....	14
2.1.4. O <i>Burnout</i> .....	16
2.2. Investigações no âmbito da Resiliência, do Bem-Estar Subjetivo, da Esperança e do <i>Burnout</i> em Profissionais de Ajuda.....	17
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	23
Capítulo 3 – Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos.....	24
3.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação .....	24
3.2. Objetivos e Hipótese de Estudo.....	24
Capítulo 4 – Metodologia.....	26
4.1. Tipo de Estudo e Variáveis de Investigação.....	26
4.2. Seleção e Caracterização da Amostra.....	26
4.3. Instrumentos .....	29
4.3.1. Questionário Sociodemográfico .....	29
4.3.2. <i>Measuring State Resilience</i> (MSR) .....	30
4.3.3. <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI) .....	30

4.3.4. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS).....	31
4.3.5. <i>Work Hope Scale</i> (WHS).....	32
4.4. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados .....	32
Capítulo 5 – Apresentação dos Resultados.....	34
5.1. Análise Descritiva.....	34
5.2. Análise Correlacional .....	36
5.3. Análise de Variância.....	39
5.4. Estatística Inferencial .....	43
Capítulo 6 – Discussão dos Resultados .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
Referências Bibliográficas.....	60
Apêndices .....	71
Anexos .....	75

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Conceptual .....	25
-----------------------------------	----

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas da amostra.....	27
Tabela 2. Distribuição da amostra por Categoria Profissional e Exercício da Profissão	28
Tabela 3. Distribuição da amostra por Carga Horária Semanal e Tempo de Exercício da Profissão .....	29
Tabela 4. Estatística descritiva das pontuações obtidas na MSR .....	34
Tabela 5. Estatística descritiva para as dimensões da PANAS .....	35
Tabela 6. Estatística descritiva para as dimensões da WHS.....	35
Tabela 7. Estatística descritiva para as dimensões do CBI.....	36
Tabela 8. Estudo Correlacional .....	38
Tabela 9. Distribuição dos resultados da amostra em função do Género.....	39
Tabela 10. Distribuição dos resultados da amostra em função da Categoria Profissional .....	41
Tabela 11. Distribuição dos resultados da amostra em função do Exercício Profissional .....	43
Tabela 12. Regressão Hierárquica para a variável Balanço Emocional .....	45
Tabela 13. Regressão Hierárquica para a variável Resiliência (MSR).....	47
Tabela 14. Regressão Hierárquica para a variável Resiliência (MSR).....	48

## **Índice de Apêndices**

Apêndice 1. Consentimento Informado.....	72
Apêndice 2. Questionário Sociodemográfico.....	73

## Índice de Anexos

Anexo 1. <i>Measuring State Resilience</i> (Exemplos de itens).....	76
Anexo 2. <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (Exemplos de itens).....	77
Anexo 3. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (Exemplos de itens) .....	78
Anexo 4. <i>Work Hope Scale</i> (Exemplos de itens).....	79
Anexo 5. Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD-UAlg) ....	80
Anexo 6. Parecer da Comissão de Ética da UAlg .....	81

## INTRODUÇÃO

As situações e o contexto de trabalho apresentam implicações na estrutura emocional dos trabalhadores e podem desencadear perturbações psicossomáticas e psíquicas quando as situações que originam stresse e sofrimento se sobrepõem à capacidade dos indivíduos para lidar com elas (Mendonça & Mendes, 2005). Garcia (1990) considera profissões de especial risco aquelas que lidam intensa e intimamente com pessoas que apresentam graves problemas físicos, mentais e sociais, sobretudo as que implicam uma relação interpessoal intensa, como os profissionais de ajuda. Estes têm como principais objetivos a promoção do bem-estar físico, psicológico, intelectual, emocional ou espiritual dos indivíduos (APA, 2015).

Nas últimas décadas, os profissionais de ajuda têm vindo a ser considerados um dos grupos mais expostos a riscos psicossociais, experienciando, comumente, níveis elevados de stresse, ansiedade, fadiga e sofrimento devido à natureza e local do seu trabalho (Navarro-Abal et al., 2018), colocando em causa o seu bem-estar psicológico, físico, emocional e social (Nogueira et al., 2013) e podendo conduzir ao *burnout* (Chirico, et al., 2021).

O *burnout* associa-se ao colapso físico e emocional que advém após o esgotamento de toda a energia, recursos ou forças disponíveis na realização de tarefas de ajuda a outros (Marôco et al., 2016) e evidencia-se como uma problemática com potenciais efeitos nefastos nos profissionais, bem como em todos aqueles a quem prestam os seus serviços e com quem lidam diariamente (Gomes et al., 2009).

A resiliência, por sua vez, enquanto processo de adaptação face à adversidade, trauma, tragédia, ameaças, fontes significativas de stresse ou dificuldades no local de trabalho (Bahar et al., 2020), permite prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos da adversidade (Ungar & Theron, 2020), assumindo um papel importante no desempenho da carreira e da atividade destes profissionais.

Já a esperança é frequentemente definida como uma expectativa que modifica favoravelmente as conjeturas subjetivas de futuro (Amati et al., 2019), sendo afirmada como preditora do bem-estar e de saúde mental (Zerbetto et al., 2021). Desta forma, conduz à motivação para agir em direção aos objetivos e à procura de caminhos para atingi-los (Snyder, 2002), refletindo a dimensão da agência humana. Esta última particularmente relevante, uma vez que permite aos indivíduos canalizarem a sua motivação para a criação dos diferentes caminhos (Irving et al., 1997), bem como para

que assumam um papel ativo nos seus processos de autodesenvolvimento, adaptação e mudança (Chen, 2002).

Considerando que a resiliência pode ser desenvolvida e aprimorada ao longo da vida, a recolha de evidências quanto ao papel que a esperança pode exercer enquanto moderadora na resiliência em profissionais de ajuda, em particular da agência pessoal, poderá contribuir para a elaboração de informação útil à construção de programas de formação e/ou intervenção psicológica junto daqueles profissionais.

Tendo como referência a problemática referida, a presente investigação tem como objetivo geral analisar a resiliência e o bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda, com enfoque no papel protetor da esperança em situações de *burnout*.

Desta forma, o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas, nomeadamente: enquadramento teórico e estudo empírico. O enquadramento teórico é constituído por dois capítulos, relativos à problemática do trabalho e das profissões de ajuda, e da resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* nas mesmas, respetivamente. O estudo empírico, por sua vez, é constituído por quatro capítulos. No terceiro capítulo é apresentada a definição da problemática, as questões e objetivos de investigação, bem como a hipótese de estudo. No quarto capítulo é exposta a metodologia, designadamente o tipo de estudo e variáveis de investigação, a seleção e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e tratamento de dados. No capítulo seguinte, quinto, são apresentados os resultados, com recurso a uma análise descritiva, uma análise correlacional, uma análise de variância e a estatística inferencial, sendo posteriormente discutidos no sexto capítulo. Por último, são descritas as considerações finais do estudo e são apresentadas limitações e sugestões para investigações futuras.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# Capítulo 1 – O Trabalho e as Profissões de Ajuda

## 1.1. Definição de conceitos e implicações do Trabalho na estrutura emocional do indivíduo

O debate relativo ao mundo do trabalho ocupa uma posição central na contemporaneidade. Dado o valor que o trabalho detém a nível educacional e social, muitos historiadores recorrem aos modos de trabalho e de produção para caracterizar o tempo e a história dos indivíduos (Araújo & Sachuk, 2007). Enquanto atividade presente nas diferentes culturas, refletir sobre as razões pelas quais os indivíduos trabalham, como vivenciam o trabalho e o que este significa para cada indivíduo revela-se de extrema importância (Kubo & Gouvêa, 2012) no âmbito da Psicologia e mais especificamente na área da Psicologia da Educação.

O envolvimento em atividades do quotidiano assume-se como uma necessidade humana essencial. Desta forma, o trabalho detém, há muito tempo, um papel de extrema relevância para o bem-estar humano, pelo que alguns investigadores propõem, inclusive, que o mesmo se encontra no centro da vida humana (Eklund et al., 2021). Lopess et al. (s.d.) corroboram, afirmando que o trabalho ocupa uma dimensão central na vida do sujeito, juntamente de outros domínios. Estes interagem entre si numa dinâmica que difere de acordo com as características individuais de cada indivíduo e com a sua história de vida, ditando o significado pessoal que cada um atribuirá à dimensão do trabalho ao longo do seu processo de vida e de carreira profissional.

Carmo (2001, citado por Kubo & Gouvêa, 2012) define trabalho como toda e qualquer atividade realizada pelo indivíduo que transforma a natureza através da inteligência. Refere, ainda, que é através da realização dessa atividade que o indivíduo se transforma, autoproduz e define a base para as suas relações sociais. Statt (1994) caracteriza-o como o dispêndio de energia, empenho e esforço na procura de um propósito, realçando a existência de uma relação entre sobrevivência e trabalho. Complementando esta visão, Kurogi (2008) defende que, através do mesmo, o indivíduo procura atingir o seu sustento, satisfazer as suas necessidades e modificar-se a nível pessoal e profissional. Já Silva e Ramminger (2014) afirmam que o trabalho se assume como uma atividade dirigida a outrem, nomeadamente aos pares e às chefias, mas também ao objeto de trabalho e ao ofício em si.

Assim, enquanto atividade social através da qual os indivíduos trabalham para si, mas também para e pelos outros (Dejours, 2007), o trabalho não se apresenta exclusivamente como uma fonte de rendimento, assumindo um papel primordial na construção e manutenção dos relacionamentos sociais, realizações pessoais e fonte de identidade dos indivíduos (Ribeiro et al., 2011). Kubo e Gouvêa (2012) corroboram, afirmando que o trabalho se assume como uma atividade que faculta realização pessoal, *status* social e possibilidade de estabelecer e manter relações interpessoais. O trabalho e a realização humana estão, deste modo, intrinsecamente relacionados (Araújo & Sachuk, 2007).

O trabalho acarreta sentimentos de pertença a um contexto social, de contribuição para a sociedade, de desenvolvimento de habilidades que podem ser úteis a outras pessoas, de realização de algo que outras pessoas valorizem e, ainda, um sentimento de orgulho face a uma determinada realização (Eklund et al., 2021). Detém, desta forma, um significado que transcende as necessidades, os valores e a subjetividade do sujeito que trabalha (Albini et al., 2010). A relevância que lhe é atribuída pode ser constatada, entre outros, através da quantidade de horas por dia que os indivíduos permanecem no local de trabalho. Importa ter em atenção também o tempo dedicado à preparação do mesmo, seja na formação académica que capacita o indivíduo para o exercício da profissão elegida, seja na prática dedicada à aquisição de conhecimentos para um bom desempenho futuro (Kubo & Gouvêa, 2012).

Numa revisão de literatura desenvolvida por Zomer e Gomes (2017), o trabalho surge como um dos aspetos mais significativos na constituição da identidade dos indivíduos, propiciando momentos de identificação com o exercício da função e promovendo interações sociais. É também apresentado como elemento central para a qualidade de vida dos sujeitos, acarretando sentido à vida. É exposto ainda que o trabalho possibilita a obtenção de reconhecimento e prestígio social, permitindo igualmente a aquisição de prazer, realização pessoal e o fortalecimento de vínculos sociais, sendo descrito como uma experiência emocional.

Importa, todavia, mencionar que nem todos os aspetos do trabalho ou todos os tipos de trabalho se associam ao aumento do bem-estar. As condições de trabalho são decisivas para o bem-estar e para a produtividade, podendo estes deteriorar-se rapidamente face a más condições (Eklund et al., 2021).

Assinale-se que, nas últimas décadas, o mundo laboral tem sofrido uma transformação colossal, tendo estas repercussões na saúde dos indivíduos e sociedade em

geral. O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, associado a uma vasta gama de inovações organizacionais, bem como a uma concorrência cada vez mais exasperada, alterou a estrutura produtiva dos países, o que tem vindo a acarretar alterações profundas nas organizações, nas condições de trabalho e nas relações estabelecidas em contexto laboral (Yu et al., 2022). Tal é reforçado por Zomer e Gomes (2017) que afirmam que o progresso tecnológico tem vindo a gerar mudanças consideráveis na rotina dos indivíduos, exigindo-se profissionais cada vez mais habilitados e especializados no mercado de trabalho. Este contexto, gerador de grande pressão, receios e stresse para os profissionais, promove o seu envolvimento em inúmeras atividades para que atendam a tais exigências, o que, conseqüentemente, pode vir a afetar a sua qualidade de vida e rendimento em contexto laboral.

Sabe-se que as situações, o contexto de trabalho e as variáveis relacionadas com a carreira impactam fortemente na estrutura emocional do trabalhador e podem desencadear perturbações psicossomáticas e psíquicas, nomeadamente quando as situações que originam stresse e sofrimento ultrapassam a capacidade do indivíduo para lidar com elas (Mendonça & Mendes, 2005). Também as veementes mudanças vivenciadas pelas sociedades contemporâneas, como supramencionado, acarretam conseqüências para o quotidiano dos trabalhadores, estando estes cada vez mais comprometidos com as exigências e rotinas do ambiente laboral (Sousa & Araujo, 2015).

Ainda de realçar que as dificuldades em conciliar a vida pessoal com as atividades profissionais podem gerar desgaste físico e psicossocial, manifestados através de diversas perturbações e/ou doenças (Küçükşakar & Sezici, 2022).

Silva e Ramminger (2014) defendem que o trabalho coloca os indivíduos recorrentemente diante de dificuldades e que, se os mesmos não apresentarem recursos para ultrapassá-las ou meios para desenvolver os recursos necessários, estão numa situação que designam de atividade impedida ou contrariada, associada a sofrimento e desgaste.

Os danos à integridade física ou mental de um trabalhador, manifestados através de perturbações, doenças, lesões ou acidentes de trabalho, denominam-se de riscos psicossociais. Implicitamente relacionados com a interação dinâmica entre os indivíduos e o trabalho, os fatores de riscos psicossociais abrangem, entre outros: o desempenho profissional; a autonomia; a intensidade do trabalho; as características da organização; e o meio em que a mesma está inserida. Quando negativos, os fatores, que se relacionam entre si, podem determinar o agravamento do estado de saúde dos trabalhadores (e.g.,

perturbações mentais, acidentes de trabalho, suicídio, abuso de substâncias). Entre os riscos e fatores de riscos psicossociais mais comuns encontra-se o *burnout* (Rodrigues et al., 2020).

É importante ressaltar que a vulnerabilidade dos profissionais, em especial relacionada com o stresse, depende da habilidade que estes possuem para lidar com situações stressoras (Zomer & Gomes, 2017).

Garcia (1990) considera profissões de especial risco aquelas que lidam intensa e intimamente com pessoas que apresentam graves problemas físicos, mentais e sociais, e sobretudo as que implicam uma relação interpessoal intensa, seja esta de ajuda, de ensino ou de aconselhamento. Também Barbosa et al. (2014) afirmam que profissionais que lidam comumente com pessoas doentes, em risco de morte ou vítimas de situações traumáticas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde, como *burnout* e stresse traumático secundário. Tais perturbações podem acarretar complicações para a saúde física, psíquica e social dos indivíduos, repercutindo-se negativamente no atendimento que prestam aos utentes e à organização (Barbosa et al., 2014).

O contacto próximo entre profissional e utente, que caracteriza as profissões de ajuda, pode traduzir-se num envolvimento dos profissionais, assim como numa proximidade física e emocional com indivíduos em estado de sofrimento e angústia que carecem de auxílio (Almeida et al., 2016). Acresce-se o facto da empatia, da compaixão, da humanidade, do altruísmo e da determinação em prol da saúde serem elementos essenciais para a realização da sua atividade (Barbosa et al., 2014).

## **1.2. Profissões de Ajuda**

Uma profissão de ajuda (*helping profession*) pode ser definida como uma atividade em que a interação profissional entre um especialista em ajuda e um cliente, iniciada com o propósito de nutrir o crescimento ou de resolver problemas físicos, psicológicos, intelectuais ou emocionais de um indivíduo (Graf et al., 2014), constitui o elemento descritivo global e central dessa profissão. De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 2015), as profissões de ajuda são ocupações que prestam serviços de saúde e educação a indivíduos e grupos, incluindo as áreas de psicologia, psiquiatria, aconselhamento, medicina, enfermagem, serviço social, terapia física e ocupacional, ensino e educação. Estes profissionais têm como principais objetivos promover o bem-estar físico, psicológico, intelectual, emocional ou espiritual.

Nas últimas décadas, os profissionais de ajuda têm vindo a ser considerados um dos grupos mais expostos a riscos psicossociais, experienciando recorrentemente níveis elevados de stresse, ansiedade, fadiga e sofrimento devido à natureza e local do seu trabalho (Navarro-Abal et al., 2018), colocando em causa o seu bem-estar psicológico, físico, emocional e social (Nogueira et al., 2013) e podendo conduzir ao *burnout* (Chirico, et al., 2021).

Assumem-se como fatores de risco e de impacto na saúde e segurança dos profissionais diversas variáveis, levando a prejuízos e doenças ocupacionais, entre elas: as características individuais dos profissionais (e.g., idade, sexo, escolaridade, hábitos de vida); as características dos pacientes sob cuidados (e.g., características sociodemográficas do paciente, tipo de doença que apresenta); as características do ambiente de saúde (e.g., organização onde o profissional exerce a sua atividade, carga de trabalho); e os procedimentos adotados (e.g., tratamento invasivo) (Bragazzi et al., 2019).

Atualmente uma das preocupações no âmbito deste grupo profissional tem vindo a incidir sobre os indivíduos que exercem funções em organizações prestadoras de cuidados de saúde (Rosenberg-Yunger et al., 2008). Neste sentido, Bragazzi et al. (2019) acrescentam que os hospitais, assim como outras unidades de saúde, não são considerados locais de trabalho totalmente seguros para os profissionais, estando estes expostos a inúmeros riscos de saúde ocupacional. Importa realçar que a inserção da atividade profissional em unidades do setor público ou privado parece exercer um papel significativo. Khoshakhlag et al. (2019) defendem que existem aspetos no contexto laboral que diferem, como a formação, a carga de trabalho e a remuneração, afirmando que no setor público existe uma tendência para a sobrecarga de trabalho.

Efetivamente, quando a atividade profissional é desenvolvida num hospital, o risco é acrescido dados os vários riscos físicos e psicossociais a que se encontram expostos diariamente os profissionais de saúde. Submetidos constantemente a exigências muito elevadas, uma vez que o bem-estar dos pacientes depende das suas capacidades, que surgem regularmente situações que requerem prontidão imediata, que cada procedimento deve ser infalível, entre outros, estes profissionais de ajuda encontram-se numa posição vulnerável (Barbosa et al., 2014). Tal é corroborado por Christofolletti et al. (2008), que afirmam que profissionais de saúde a exercerem funções em contexto hospitalar, em especial no serviço de urgência, estão continuamente submetidos a cargas elevadas de stresse, o que promove um declínio da sua saúde física e mental e, conseqüentemente, favorece uma menor qualidade de vida. Thouteinsson e Brown (2009)

defendem que estes profissionais se apresentam como um grupo profissional particularmente afetado pelo stresse, estando na sua origem três classes de variáveis, nomeadamente: fatores de stresse laboral, fadiga e consequências na saúde do indivíduo. Os fatores de stresse laboral estão diretamente relacionados com as condições de trabalho, que impactam na saúde e bem-estar do profissional (Maghout-Juratli et al., 2010). Por sua vez, a fadiga compreende as reações físicas e psicológicas do indivíduo (e.g., alterações de humor, ansiedade, depressão, *burnout*) (Albini et al., 2010). Já as consequências na saúde do indivíduo estão relacionadas, essencialmente, com a presença de estados depressivos e com consequências clínicas na saúde (e.g., hipertensão) (Albini et al., 2010).

A título de exemplo, o exercício profissional dos enfermeiros é marcado por múltiplas exigências, como: lidar com dor, sofrimento, perdas, condições desfavoráveis de trabalho, remuneração baixa, pouco reconhecimento profissional, longas jornadas de trabalho, exposição a riscos físicos e químicos, necessidade de deslocar ou levantar cargas pesadas e realização de atividades rápidas e contínuas (Hussain et al., 2022). Também num estudo levado a cabo por Tillett (2003) é evidenciado que profissionais de saúde estão mais propensos a desenvolver problemas psiquiátricos, apresentando taxas elevadas de ansiedade, depressão, suicídio e abuso de álcool e de drogas. Este investigador defende ainda que a classe médica, estudada com mais frequência comparativamente a outros grupos profissionais, apresenta uma maior expressão de problemas conjugais e divórcio, para além dos aspetos supramencionados.

McCann et al. (2013) enfatizam que são vários os stressores associados às profissões de ajuda, destacando a carga de trabalho, os múltiplos papéis desempenhados, os problemas emocionais e a pressão à qual estão constantemente submetidos. Desta forma, e face aos riscos físicos e psicossociais a que estão expostos, a literatura científica indica que se encontram numa posição igualmente vulnerável, entre outros, assistentes sociais (Carrera, 2011), professores (Mijakoski et al. (2022), psicoterapeutas (Puig et al., 2014), psiquiatras, terapeutas ocupacionais (Edwards et al., 2003) e fisioterapeutas (Zomer & Gomes, 2017).

Contudo, importa salientar que as profissões de ajuda podem também ser geradoras de prazer, proporcionando a vivência de afetos positivos ao indivíduo, como sentir-se apto a ajudar, a fazer a diferença, a ser atencioso e recompensado pelos seus esforços (Barbosa et al., 2014).

Contata-se, assim, a premência de estudar a realidade deste grupo profissional, de forma a serem desenvolvidas intervenções promotoras da sua resiliência, em especial, devido ao papel crucial que desempenham no apoio, cuidado e ensino de outros indivíduos, tendo em vista o seu bem-estar.



## **Capítulo 2 – A Resiliência, o Bem-Estar Subjetivo, a Esperança e o *Burnout* em Profissionais de Ajuda**

### **2.1. Definição dos conceitos em estudo**

#### **2.1.1. A Resiliência**

A resiliência humana assume-se como um processo de adaptação face à adversidade, trauma, tragédia, ameaças, fontes significativas de stresse, doenças graves, dificuldades no local de trabalho e problemas financeiros (Bahar et al., 2020). Segundo Rutter (1987), a resiliência caracteriza-se por um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que proporcionam uma vida saudável, ainda que num meio adverso. Estes processos sucedem-se ao longo do desenvolvimento humano, a partir de combinações positivas entre os atributos pessoais e o ambiente familiar, social e cultural. Ungar (2019) define a resiliência como a capacidade de um sistema biopsicossocial para fazer uso dos recursos necessários de forma a sustentar um funcionamento positivo. É definida também como uma capacidade universal que permite ao indivíduo, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos da adversidade (Ungar & Theron, 2020). É ainda definida como uma qualidade que todos os indivíduos possuem, resultante de uma interação dinâmica entre o próprio e a sociedade ou meio ambiente, capacitando-o para enfrentar a adversidade, assim como para sair dela mais fortalecido (Artuch-Garde et al., 2022).

Conceptualiza-se, desta forma, como um processo que favorece a capacidade de reconhecer os próprios pensamentos e estruturas de crença e de aproveitar o poder de aumentar a precisão e a flexibilidade do pensamento para lidar com as consequências emocionais e comportamentais de forma mais eficaz (Bonanno, 2005). Importa salientar que estas habilidades podem ser ensinadas e aprimoradas ao longo da vida (Bonanno, 2005).

O conceito assenta em três pilares distintos, designadamente: i) a capacidade de o indivíduo atuar enquanto agente diante das condições adversas, persistindo nos seus esforços e regressando à normalidade; ii) a capacidade de regular o seu comportamento, baseando-se nos seus resultados quando comparados a um padrão de referência; e iii) a capacidade de acreditar na sua competência para fazê-lo. Fortemente relacionada com as crenças de autoeficácia, é defendido que a manutenção das mesmas em ambientes hostis envolve o desenvolvimento de habilidades destinadas à autoproteção, o que reduz a

vulnerabilidade dos profissionais aos efeitos dos erros sobre o desempenho, bem como das comparações sociais (Fontes & Azzi, 2012).

Comumente também definida como um traço de personalidade inato e como um processo de adaptação positiva diante a adversidade que pode surgir em diferentes fases da vida, a resiliência tem vindo a ser investigada em múltiplos contextos profissionais (e.g., serviço social, serviço militar, profissões de saúde) (O'Dowd et al., 2018).

Segundo Aspinwall e Taylor (1992), o papel da resiliência no trabalho e na carreira está relacionado com as avaliações positivas que o indivíduo faz de si próprio e da sua vida, permitindo uma visão otimista, confiante e com esperança face ao futuro, e o enfrentamento de futuros desafios da carreira. Assim, em contexto laboral, a resiliência consiste na capacidade de gerir o stresse diário do trabalho de forma a permanecer saudável e aprender a recuperar de acontecimentos inesperados (Macedo et al., 2020). Revela-se, portanto, essencial, permitindo aos profissionais manter a empatia e positivismo perante os acontecimentos stressores (Beckwith, 2016). Tal é corroborado por O'Dowd et al. (2018), que defendem que a resiliência é protetora face ao stresse no local de trabalho.

Enquanto atributo da personalidade, a resiliência tem sido investigada como um preditor do *burnout*, moderando os efeitos negativos do stresse e promovendo a capacidade de recuperação após a adversidade (Taku, 2014).

### **2.1.2. O Bem-Estar Subjetivo**

O bem-estar é uma expressão usualmente utilizada no quotidiano, bem como em contexto científico. Para o senso comum revela um estado ou uma situação que contribui para a saúde dos indivíduos. Já em contexto científico é utilizada, frequentemente, em oposição ao conceito mal-estar. A adição de qualificativos, como subjetivo, deve-se à atribuição de um sentido científico ao termo bem-estar, remetendo para um domínio específico (Vieira, 2007).

Segundo Ryan e Deci (2001), as conceções científicas relativas ao bem-estar podem ser organizadas em duas diferentes perspetivas, nomeadamente: bem-estar hedônico, onde se encontra o bem-estar subjetivo, que engloba o estado subjetivo de felicidade e as avaliações pessoais sobre o nível de satisfação com a vida; e bem-estar eudemónico, associado ao bem-estar psicológico, que investiga o potencial humano, através do desenvolvimento das potencialidades humanas e da procura da autorrealização

e propósito de vida (Santana & Gondim, 2016). No presente trabalho debruçar-nos-emos sobre o primeiro.

Considerado a chave para a criação e manutenção de sociedades saudáveis e produtivas (Das et al., 2020), o estudo do bem-estar subjetivo (BES) tem vindo a ser alvo de atenção por parte dos investigadores das ciências sociais e do comportamento, em particular dos psicólogos que procuram conhecer os fatores e os processos subjacentes à felicidade. Enquanto constituinte essencial da qualidade de vida e do bem-estar psicossocial, apresenta-se como um conceito central na Psicologia Positiva (Vieira, 2007).

O conceito surgiu no final dos anos 1950, aquando se investigavam os indicadores de qualidade de vida para monitorizar as mudanças sociais e a implementação de políticas sociais (Siqueira & Padovam, 2008).

O BES pode ser definido como as avaliações cognitivas e afetivas dos indivíduos à sua própria vida (Diener & Diener, 1995). É, portanto, habitualmente utilizado para descrever o bem-estar vivenciado pelo indivíduo, tendo em consideração a avaliação subjetiva que este faz da sua vida (Satuf et al., 2018). Esta avaliação, que pode ser positiva ou negativa, inclui julgamentos e sentimentos sobre a satisfação com a vida, interesse e comprometimento, reações afetivas, avaliações do seu trabalho, carreira, propósito de vida, relacionamentos, saúde, bem como outros domínios (Calys-Tagoe et al., 2014).

De acordo com Ostrom (1969), o BES, enquanto conceito multidimensional, refere-se a dois componentes básicos: o afeto e a cognição. A componente afetiva envolve as emoções e pode ser dividida em afeto positivo e negativo. Já a componente cognitiva relaciona-se com os aspetos racionais e intelectuais. Galinha (2008) corrobora, defendendo que a maioria dos investigadores está de acordo que o construto deve ser diferenciado em dois aspetos distintos: um aspeto afetivo, enquanto sentimentos de Felicidade ou Tristeza; e um aspeto cognitivo, conceptualizado como a Satisfação com a Vida.

Num estudo realizado por Quoidbach et al. (2010, citado por Santana & Gondim, 2016) verificou-se que quando os indivíduos mantêm emoções positivas, os seus níveis de afetos positivos e de satisfação com a vida aumentam proporcionalmente. Contrariamente, quando as estratégias de regulação emocional positivas não são empregues, a experiência de estados negativos tende a ser mais comum, diminuindo assim o bem-estar. Sabe-se que um elevado nível de esforço acompanhado de baixas recompensas no local de trabalho se pode refletir em emoções negativas, diminuindo o

bem-estar dos indivíduos. Por sua vez, emoções positivas propiciadas pelas recompensas sociais podem promover o seu bem-estar (Macedo et al., 2020).

### 2.1.3. A Esperança

De acordo com Niles (2011), o constructo esperança parece auxiliar os indivíduos na construção e no planejamento das suas carreiras. Um dos principais especialistas de referência neste construto é Snyder, sendo que para este investigador e seus colaboradores, a esperança é conceptualizada como um estado motivacional positivo que se baseia na interação entre o sentido de sucesso em estabelecer as estratégias cognitivas a serem utilizadas para alcançar um determinado fim desejado e o sentido de sucesso para produzir a energia mental que permite utilizar tais estratégias (Snyder et al., 1991). Assim, a esperança é definida como uma característica multidimensional constituída por três determinantes, nomeadamente: i) a percepção da própria capacidade de pré-estabelecer as metas a serem atingidas (*goals*); ii) as trajetórias cognitivas a serem utilizadas para conseguir atingir as metas (*pathways*); e iii) a capacidade de produzir a energia mental interior que ativa, orienta e mantém o indivíduo em direção à finalidade desejada, ou seja, a motivação para percorrer as trajetórias (*agency*) (Snyder et al., 1991).

A esperança, segundo as abordagens sustentadas pela Psicologia Positiva, é definida como uma expectativa que modifica favoravelmente as conjeturas subjetivas de futuro. É considerada, também, um recurso vital face ao desespero, assumindo um papel importante na adaptação à doença e deficiência. Acresce-se a sua relevância no processo de recuperação, influenciando a qualidade de vida percebida e auxiliando os indivíduos a adaptarem-se às alterações na sua saúde (Amati et al., 2019).

Zerbetto et al. (2021) salientam o seu efeito benéfico na saúde dos indivíduos e no findar de períodos de sofrimento, afirmando a esperança como preditora do bem-estar subjetivo e de saúde mental. Estes autores acrescentam que a esperança regula sintomas de ansiedade e depressão, trespassa experiências espirituais e prediz a satisfação com a vida.

Enquanto processo cognitivo sustentado por objetivos pessoais, a esperança é conducente à motivação para agir em direção aos mesmos e à procura de caminhos para atingi-los (Snyder, 2002). Reflete, desta forma, a agência, isto é, a crença pessoal, operacionalizada através de pensamentos de caráter duradouro e autorreferenciais acerca da capacidade pessoal para encontrar os meios conducentes à concretização de objetivos, conduzindo à motivação necessária para a prossecução dos mesmos (Snyder et al., 2003).

Qama et al. (2022) afirmam ainda que a esperança corresponde a um estado motivacional positivo, baseado num senso interativo entre agência e caminhos bem-sucedidos.

A agência assume um papel particularmente relevante aquando a concretização de objetivos é interrompida, dado que permite ao indivíduo canalizar a sua motivação para a criação de caminhos alternativos (Irving et al., 1997). É caracterizada por um conjunto de características humanas básicas, designadamente: i) a intencionalidade, ligada à capacidade de realizar planos e visualizar estratégias de ação para realizá-los; ii) a antecipação, através da qual o indivíduo estabelece objetivos para si, prevê os resultados dos seus atos, guia e motiva os seus esforços; iii) a autorregulação, que lhe permite adotar padrões de referência para avaliar, monitorar e regular os seus atos; e iv) a reflexão, que diz respeito à capacidade através da qual o indivíduo reflete sobre o valor e o significado das suas ações, realizando ajustes quando necessário (Fontes & Azzi, 2012). Estas características permitem que o sujeito assumira um papel ativo nos seus processos de autodesenvolvimento, adaptação e mudança (Chen, 2002). Ainda segundo Brown e Westaway (2011), a agência humana é geralmente entendida como a capacidade dos indivíduos para agirem de forma independente e fazerem as suas próprias escolhas livres. Estas investigadoras enfatizam a sua importância para se ultrapassar a visão das pessoas como impotentes, vítimas das mais diversas mudanças e adversidades, reconhecendo que os humanos nunca são apenas passivos em face de ameaças. Neste sentido, a agência humana está claramente relacionada com a capacidade adaptativa, vulnerabilidade e resiliência, que podem ser aprendidas, desenvolvidas e aprimoradas ao longo do processo desenvolvimental.

Níveis superiores de esperança permitem ao indivíduo preservar a determinação e a força de vontade mesmo quando confrontado com obstáculos, promovendo a criação de caminhos alternativos no processo de prossecução dos objetivos (Youssef & Luthans, 2007). Os indivíduos com níveis mais elevados de esperança estabelecem um maior número de objetivos, distribuídos por mais áreas da sua vida (Snyder et al., 1991).

Assinale-se que nos estudos desenvolvidos por Gungor (2016) e por Visser et al. (2012), os resultados revelaram que eventos negativos da vida conduzem a sofrimento psíquico, tendo sido a esperança encontrada como um dos moderadores.

A esperança tem vindo a ser ainda relacionada com a identidade vocacional, sendo que quanto mais clara é a perceção do indivíduo sobre que profissional ele é, mais claras tendem a ser as suas metas profissionais (Amundson et al., 2013).

#### 2.1.4. O *Burnout*

O termo *burnout* foi proposto, pela primeira vez, por Freudenberger que o definiu como um estado de exaustão mental e físico causado pela vida profissional. A síndrome de *burnout*, resultado da exposição prolongada a fontes de stresse, é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas associados ao colapso físico e emocional que advêm após o esgotamento de toda a energia, recursos ou forças disponíveis na realização de tarefas de ajuda a outros (Marôco et al., 2016).

De assinalar que a OMS (Organização Mundial da Saúde) incluiu na nova versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) o conceito de *burnout*, não como condição médica, mas como um fenómeno ocupacional, entendido como uma síndrome conceptualizada como resultante do stresse crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. É caracterizado por três dimensões, nomeadamente: i) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; ii) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e iii) eficácia profissional reduzida (CID-11, 2022).

Também Chirico et al. (2021) defendem que a síndrome de *burnout* é uma condição resultante do stresse crónico no local de trabalho que não foi administrado com sucesso e que ocorre em profissionais frequentemente e/ou gravemente expostos a crises e situações de alta pressão, como turnos, horário de trabalho irregular e cargas de trabalho stressantes, incluindo as profissões de ajuda. Tal é corroborado por diversos investigadores como Gabassi et al. (2002), Gomes et al. (2009), Köverová e Ráczová (2017) que afirmam que existe uma elevada prevalência de *burnout* nos profissionais de ajuda. Gomes et al. (2009) destacam os potenciais efeitos nefastos da problemática nestes profissionais, assim como em todos aqueles a quem prestam os seus serviços e com quem lidam diariamente.

Corresponde a uma síndrome multifatorial (Machado & Porto-Martins, 2015), caracterizada por sentimentos de inutilidade, esgotamento, ansiedade e descontentamento que geram sensações de exaustão física, psíquica e emocional, bem como alterações de personalidade (Marôco et al., 2016; Zhang et al., 2020).

De assinalar que o *burnout*, cujos sintomas se associam aos domínios cognitivo, emocional, comportamental, espiritual, relacional e de desempenho no trabalho, se desenvolve gradualmente (Köverová & Ráczová, 2017). Uma vez que a síndrome está associada a estratégias de  *coping*  desajustadas, a sua perpetuação no tempo é favorecida,

podendo permanecer dissimulada por um longo período de tempo (Schaufeli & Buunk, 1996).

No referente às suas manifestações, estas podem ocorrer nos domínios interpessoal (e.g., problemas familiares e sociais), pessoal (e.g., ansiedade, depressão), e comportamental (e.g., absenteísmo, atrasos, diminuição da qualidade do trabalho), influenciando o rendimento no trabalho (Zamora et al., 2004).

O *burnout* assume-se, desta forma, como um problema de saúde pública (Das et al., 2020) dadas as implicações que tem na saúde física e mental do trabalhador, comprometendo a sua qualidade de vida, mas também o seu desempenho profissional (Marôco et al., 2016). Esta condição exige que sejam tomadas medidas no sentido de criar estratégias que ajudem a minimizar e a ultrapassar estas situações. Importa que a prevenção assente em contexto organizacional e não individual, sendo relevante a adoção de medidas que, por exemplo, proporcionem condições de trabalho atrativas e fomentem a participação dos colaboradores nos processos de tomada de decisão (Zhang et al., 2020).

Importa ainda assinalar que o *burnout* tem vindo a ser associado a resultados organizacionais negativos e a diversas disfunções a nível pessoal, podendo conduzir à deterioração do desempenho do indivíduo no trabalho. A nível organizacional está fortemente associado ao absenteísmo, à rotatividade de pessoal, a resultados organizacionais negativos e a baixos níveis de comprometimento no trabalho. Equipas de profissionais com síndrome de *burnout* são menos produtivas e revelam menor qualidade no atendimento dos utentes. Tal é alarmante, dado que o profissional é parte vital do sistema (Carlotto, 2009).

## **2.2. Investigações no âmbito da Resiliência, do Bem-Estar Subjetivo, da Esperança e do *Burnout* em Profissionais de Ajuda**

De assinalar que os primeiros estudos sobre a síndrome de *burnout* debruçavam-se exclusivamente sobre profissões assistencialistas (e.g., assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos). Atualmente, as investigações têm vindo a comprovar que o *burnout* atinge um contexto mais alargado de profissionais de ajuda, assim como outras atividades que embora ainda que não sejam remuneradas, apresentam características comuns às profissões remuneradas (e.g., estudantes em contexto universitário) (Marôco et al., 2016).

Diversos estudos têm reforçado que os fatores ambientais, sobretudo as características do trabalho, se encontram mais relacionados com níveis superiores de

*burnout* comparativamente a fatores sociodemográficos e a variáveis da personalidade (Carlotto, 2009).

Almeida et al. (2016), numa revisão de literatura, apontam como principais fatores desencadeadores da síndrome de *burnout*, entre outros, a deficiência de infraestruturas no local de trabalho, a falta de material, a dificuldade de relacionamento entre a equipa multidisciplinar e a sobrecarga de trabalho. A literatura aponta também o relacionamento profissional-cliente como um dos preditores da síndrome de *burnout*. A intensidade e a frequência desta relação, assim como as características da organização onde esta se dá, são os determinantes mais significativos do *burnout*. Desta forma revela-se premente analisar a presente variável dada a sua estreita relação com a dimensão da despersonalização (Carlotto, 2009).

A literatura científica da área tem vindo a documentar que os profissionais de saúde são uma população particularmente vulnerável ao desenvolvimento de *burnout* devido ao contacto quotidiano com indivíduos debilitados e/ou doentes e às relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde com que têm de lidar. Um outro aspeto importante de considerar é a estrutura do horário de trabalho, dada a contribuição deste para a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais. Entre estes profissionais destacam-se os enfermeiros e os médicos (Eelen et al., 2014; Marôco et al., 2016; Thanacoody et al., 2014). Tal é corroborado por Köverová e Ráczová (2017) que evidenciam que o *burnout* apresenta maior incidência neste grupo profissional.

Efetivamente, o *burnout* tem sido reportado enquanto problema de saúde ocupacional de grande relevância na classe dos profissionais de saúde. Estes apresentam, de um modo geral, uma redução da qualidade do desempenho profissional, com maior probabilidade de cometer erros, maiores taxas de absentismo, menor compromisso com a função e com o empregador, diminuição da satisfação no trabalho, maior ocorrência de baixas médicas, maior sofrimento pessoal e aumento dos conflitos interpessoais envolvendo chefias, colegas e família, abuso de álcool e outros psicotrópicos, e menores níveis de exercício físico ou de outras atividades de vida saudáveis (Marôco et al., 2016).

De referenciar que no contexto de pandemia que se vivenciou, o ambiente profissional destes profissionais apresentou-se ainda mais potencialmente favorável ao desenvolvimento de *burnout*, estando estes mais suscetíveis a níveis elevados de esgotamento e stresse o que, conseqüentemente, culmina num aumento da síndrome de *burnout* neste grupo. De assinalar um levantamento bibliográfico de artigos entre 2020 e 2021 nas bases de dados *Medline*, *Scielo* e *LILACS*, em que um dos descritores foi o



*burnout*, que revelou que mais de metade dos profissionais de saúde apresentavam níveis elevados de fadiga e exaustão relacionada com a sua atividade profissional (Almeida et al., 2021). Também no estudo realizado com profissionais de saúde por Ferreira et al. (2021), cerca de 58,2% dos inquiridos apresentavam elevada exaustão emocional, grande cansaço no trabalho, bem como sensação de vazio e dificuldades em lidar com as emoções dos outros. Estes investigadores constataram que níveis altos de *burnout* têm consequências ao nível de um menor envolvimento com o trabalho e índices inferiores de produtividade e performance e identificaram a resiliência como um fator protetor.

Assinale-se que como população vulnerável ao *burnout* surgem também os assistentes sociais (Carrera, 2011). Puig et al. (2014), num estudo conduzido em diversos países (Estados Unidos, Coreia, Japão, Filipinas e Hong Kong), defendem que o *burnout* é um fenómeno igualmente comum entre psicoterapeutas. Mijakoski et al. (2022) acrescentam que é comum ainda entre os professores.

Zomer e Gomes (2017) corroboram o supramencionado, assinalando que em 15 de 18 artigos revistos, os profissionais de ajuda surgem como trabalhadores particularmente vulneráveis ao *burnout*, nomeadamente os enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Volpe et al. (2014) ressaltam que são diversos os estudos que evidenciam que a síndrome pode desenvolver-se tanto em profissionais de ajuda com mais experiência de trabalho, como em profissionais em início de carreira.

Edwards et al. (2003), numa revisão de literatura, identificam como principais fontes de stresse relatadas por profissionais de ajuda (enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais): insegurança profissional, supervisão deficitária, preocupações administrativas e organizacionais, gestão do tempo, excesso de trabalho, questões financeiras, conflitos casa/trabalho, falta de recompensas ou recursos, entre outros, esclarecendo que as experiências traumáticas dos pacientes não são as únicas fontes de stresse nas profissões de ajuda. McCann et al. (2013) reforçam, afirmando que existem inúmeros stressores associados às profissões de ajuda (e.g., carga de trabalho, múltiplos papéis, questões emocionais) e que, associada à dor e à angústia humana, a exposição frequente a situações de stresse apresenta um impacto significativo no bem-estar físico e mental dos profissionais (McCann et al., 2013).

Brown et al. (2021) defendem que a resiliência possibilita aos profissionais de saúde amenizar o stresse, reduzir o risco de esgotamento e manter os níveis de bem-estar ainda que em períodos conturbados. Estes investigadores, no seu estudo sobre a

resiliência nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, evidenciaram que a resiliência dos profissionais é moldada por fatores pessoais, interpessoais e relacionados com o trabalho. Os últimos desempenham papéis de particular importância na capacitação dos profissionais.

No mesmo sentido, também Robertson et al. (2016) defendem que a resiliência em profissionais de ajuda, enquanto processo multifatorial e evolutivo, pode ser caracterizada pela continuação de um bom desempenho, adaptação às modificações das circunstâncias e manutenção do senso de realização profissional e pessoal. Afirmam ainda que a resiliência é sustentada por traços de autodeterminação e persistência.

Num estudo realizado por Macedo et al. (2020) verificou-se que a maioria dos profissionais da área de enfermagem apresenta níveis reduzidos de resiliência, juntamente com elevados níveis de stresse, elevada percepção de esforço e excesso de comprometimento com o trabalho.

Também a resiliência no campo da docência tem suscitado o interesse dos investigadores, sobretudo quando a atividade é exercida em circunstâncias desafiadoras. Ledger (2021) aponta a resiliência como uma característica desejável para os docentes, estando esta associada à manutenção de atributos positivos face a desafios e exigências do trabalho. Ainda neste domínio, a resiliência encontra-se intimamente relacionada ao senso de vocação, autoeficácia e motivação para ensinar (Gu & Day, 2007).

É importante destacar os resultados obtidos num estudo de Vieira et al. (2022) sobre *burnout* e resiliência em profissionais de enfermagem, que evidenciaram a resiliência no trabalho como um fator protetor face à presença de níveis elevados de desgaste emocional e despersonalização.

Fundamentando-se nesta perspectiva, numa revisão de literatura sobre resiliência em profissionais de saúde, McAllister e McKinnon (2009) salientam a importância de promover o desenvolvimento da resiliência nestes profissionais. Assim, recomendam que o conceito de resiliência seja introduzido nos programas de formação, incluindo ensino de estratégias para fortalecer a própria resiliência, construir a identidade e promoção do apoio social, habilidades de enfrentamento e conexão espiritual, e que estes possam ter oportunidades para refletir e aprender com a experiência, compartilhando as suas experiências de resiliência. McCann et al. (2013) reforçam a importância de adotar uma abordagem preventiva, através do desenvolvimento e promoção de indivíduos e ambientes resilientes na área da saúde. Tal é corroborado ainda por O'Dowd et al. (2018), que sublinham a importância de as intervenções direcionadas à promoção do

desenvolvimento da resiliência em médicos abordarem questões organizacionais. Importa, assim, que as intervenções promotoras de resiliência em profissionais de saúde considerem o contexto e procurem aprimorar as suas habilidades adaptativas face à adversidade (Huey & Palaganas, 2020).

Um estudo desenvolvido por Sá (2017) sobre o impacto da atividade profissional na saúde e bem-estar de psicólogos concluiu que, não obstante as situações emocionais intensas que obrigam a uma relação de proximidade com outros indivíduos, levando a que a profissão seja predisposta a stresse ocupacional, os participantes do estudo apresentavam níveis relativamente elevados de bem-estar, de prazer e satisfação com o trabalho.

Também um estudo desenvolvido por McGarry et al. (2013) indicou que o bem-estar de profissionais a desenvolverem atividade em hospitais pediátricos é afetado negativamente devido à exposição recorrente a diversos acontecimentos traumáticos. Os investigadores reforçam a importância de desenvolver intervenções efetivas para os profissionais que trabalham neste contexto.

O estudo de Oliveira (2008) que pretendeu analisar o nível de bem-estar e *burnout* vivenciado por médicos, enfermeiros e psicólogos, refere a existência de correlações negativas entre a satisfação com a vida e trabalhar longe da residência, ter atividades de plantão e dedicar mais horas a tais atividades. Os médicos apresentam-se mais satisfeitos com as suas vidas e avaliam como mais positivas as mudanças na sua profissão, com uma visão menos pessimista do futuro. Esta investigadora destaca igualmente a necessidade de programas que visem promover a saúde e o bem-estar destes profissionais.

Num estudo realizado por Gouveia et al. (2009), com o objetivo de analisar a dimensão afetiva do BES através da verificação das experiências afetivas laborais de profissionais de ajuda, entre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, verificou-se que a maioria dos profissionais experienciou afetos positivos (e.g., contentamento, satisfação). Todavia, importa assinalar que os médicos e enfermeiros, de modo geral, vivenciam menos afetos positivos e mais afetos negativos quando comparados com outros profissionais. Contrariamente, Köverová e Rácsová (2017), num estudo que levaram a cabo sobre profissionais de ajuda, constataram que estes experienciam mais emoções positivas do que negativas no local de trabalho.

Graham e Shier (2009) procuraram analisar as experiências laborais de profissionais de serviço social relativas ao BES. Após entrevistarem os participantes com pontuações mais elevadas no domínio do BES no local de trabalho, compreenderam que

estas são resultado parcial de oportunidades de prática associadas à profissão, à sua capacidade de reconhecer limites e limitações profissionais, a práticas específicas relacionadas com o serviço social e, ainda, aos princípios e responsabilidades orientadores do mesmo.

Diversos estudos que investigam a relação da esperança com variáveis de carreira defendem que esta se apresenta como um constructo útil no campo do desenvolvimento e aconselhamento de carreira, atendendo ao facto de que na atualidade as transições profissionais são mais frequentes (Savickas, 2013). Neste sentido, demonstram que indivíduos com maiores níveis de esperança tendem a apresentar metas específicas, ter rotas plausíveis e maior confiança para empregar comportamentos a fim de atingir as metas. Revelam também serem mais flexíveis frente aos desafios ao planear novas formas para resolver problemas (Juntunen & Wettersten, 2006; Niles, 2011; Snyder, 2002).

Zerbetto et al. (2021) indicam que, apesar dos sentimentos e emoções ambivalentes e impactantes dos enfermeiros, estes constroem a esperança alicerçando-a a uma perspetiva otimista e espiritual e ao desejo de que as adversidades sejam ultrapassadas rapidamente. Acrescentam que a esperança é fortalecida na expressão de preocupação consigo e com os outros e de demonstração de sentimentos de reciprocidade e solidariedade, estando relacionada com o estabelecimento de objetivos tangíveis.

Para finalizar, Saade et al. (2022) enfatizam a importância de conhecer e estudar a realidade dos profissionais de ajuda dado o papel fulcral que estes desempenham no cuidado de outros indivíduos. Os autores sugerem, entre outros, o investimento na saúde mental dos trabalhadores por parte das organizações de saúde, a consciencialização da associação entre determinadas características pessoais e do ambiente laboral, bem como das repercussões que as últimas podem ter no indivíduo, e o encorajamento à procura de ajuda.

Tendo como referencial a literatura apresentada, e atendendo aos estudos explanados que documentam que os profissionais de ajuda se apresentam comumente expostos a riscos psicossociais encontrando-se numa posição vulnerável face ao *burnout*, justifica-se a relevância de investigar a resiliência e o bem-estar subjetivo nestes profissionais e as contribuições da esperança em situação de *burnout*.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## Capítulo 3 – Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos

### 3.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação

Consubstanciando o explanado anteriormente, pode concluir-se que os profissionais de ajuda, expostos comumente a riscos psicossociais, se encontram numa posição vulnerável face ao *burnout*. Consequentemente, existem implicações a nível do seu bem-estar psicológico, físico, emocional e social.

Assim, as questões que orientaram a nossa pesquisa foram:

*Qual o papel da esperança em situações de burnout vivenciadas pelos profissionais de ajuda?*

*Será que níveis de esperança mais elevados atenuam os efeitos negativos do burnout na resiliência dos indivíduos?*

*Será que a esperança influencia a resiliência e bem-estar subjetivo dos profissionais?*

*Será que, face a níveis superiores de resiliência, os indivíduos manifestam maiores níveis de satisfação, isto é, de bem-estar subjetivo?*

Com base nos fundamentos teóricos expostos e a partir das perguntas orientadoras da investigação, foi possível definir, com clareza, os objetivos do estudo.

### 3.2. Objetivos e Hipótese de Estudo

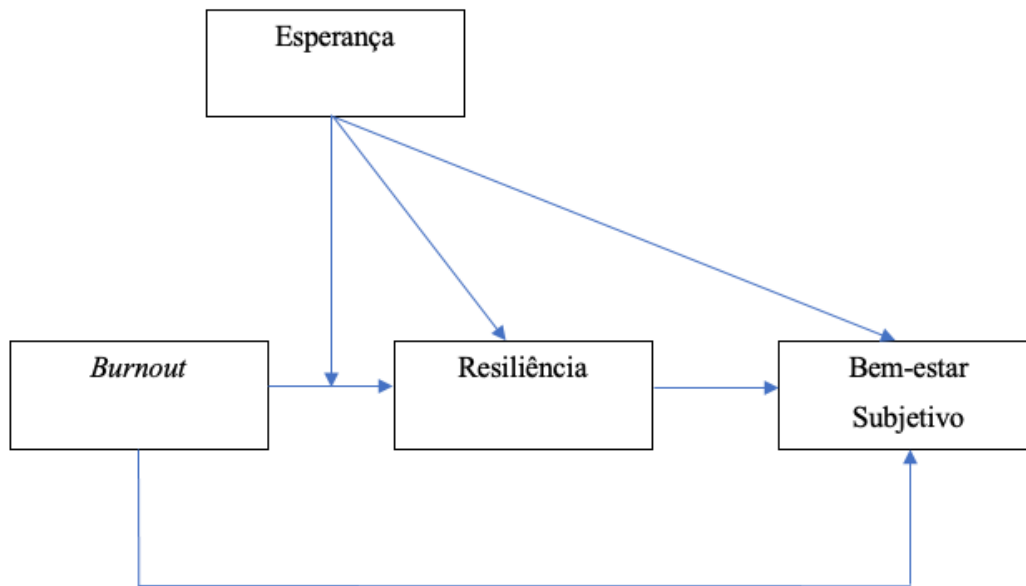
A presente investigação tem como objetivo geral analisar a resiliência e o bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda, com enfoque no papel protetor da esperança em situações de *burnout*.

Assim, tendo como base referencial o modelo conceptual definido, conforme exposto na Figura 1, para o presente estudo como objetivos específicos pretende-se:

- i. Analisar os níveis de resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* nos profissionais de ajuda;
- ii. Analisar a variância das variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* em função das variáveis sociodemográficas;
- iii. Analisar as relações entre as variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout*;

- iv. Verificar a influência da esperança sobre a resiliência e o bem-estar subjetivo;
- v. Verificar se a variável esperança exerce um papel moderador na influência do *burnout* sobre a resiliência.

**Figura 1.**  
*Modelo Conceptual*



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

H1 - A esperança, em especial a dimensão de agência pessoal, exerce um papel protetor na influência negativa do *burnout* na resiliência.

## Capítulo 4 – Metodologia

### 4.1. Tipo de Estudo e Variáveis de Investigação

A investigação que se apresenta estrutura-se numa abordagem quantitativa, comparativa, com um desenho transversal, de carácter exploratório e de tipo descritivo-correlacional (Fortin, 2009). De acordo com os objetivos supramencionados, foram utilizadas escalas de avaliação para as variáveis propostas.

No referente às variáveis de investigação, pretende-se investigar a resiliência, o bem-estar subjetivo, a esperança e o *burnout* numa amostra de profissionais de ajuda.

### 4.2. Seleção e Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo incide sobre profissionais de ajuda, nomeadamente psicólogos, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e profissionais de assistência, reabilitação e ensino (assistentes sociais, terapeutas da fala, fisioterapeutas, psicomotricistas e docentes). Consiste numa amostra não probabilística, intencional e de conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados por facilidade e disponibilidade de acesso (Fortin, 1999) e ainda a partir da técnica de bola-de-neve que, segundo Bernard (2017), é um método de amostragem de rede útil para se estudar populações difíceis de serem acessadas ou estudadas ou quando não há precisão sobre a sua quantidade.

Importa mencionar que, como condições para a inclusão no estudo, os profissionais deveriam trabalhar em apoio em contexto educacional a crianças e/ou adolescentes em situação de necessidades educativas específicas decorrentes de perturbação emocional e/ou deficiência (e.g., escolas e instituições de educação especial) e/ou clínico (e.g., hospitais, centros de saúde, consultas de desenvolvimento).

Participaram na presente investigação 97 profissionais de ajuda, com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos ( $M = 44.35$  anos;  $DP = 9.82$ ), dos quais 77 (79.4%) são do género feminino e 20 (20.6%) do género masculino. A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa ( $N = 94$ ; 96.9%), havendo ainda participantes de nacionalidade brasileira ( $N = 3$ ; 3.1%). No que concerne ao estado civil, 27 participantes (27.8%) encontram-se solteiros, 55 (56.7%) casados ou em união de facto, 14 (14.4%) divorciados ou separados e 1 (1.0%) viúvo (Tabela 1). Importa sublinhar que as variáveis nacionalidade e estado civil não serão consideradas na análise dos resultados



obtidos, uma vez que a literatura científica não considera exercerem um papel preponderante, servindo apenas para uma melhor caracterização da amostra.

**Tabela 1.**  
*Características Sociodemográficas da amostra*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Idade</b>		
22-35 anos	18	18.6
36-49 anos	48	49.5
50-66 anos	31	32.0
<b>Género</b>		
Feminino	77	79.4
Masculino	20	20.6
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	94	96.9
Outra	3	3.1
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	27	27.8
Casado(a) / União de Facto	55	56.7
Divorciado(a) / Separado(a)	14	14.4
Viúvo(a)	1	1.0

Relativamente à atividade profissional, 34 participantes (35.1%) são psicólogos, 30 (30.9%) são profissionais de saúde e 33 (34.0%) são profissionais de assistência, reabilitação e ensino. Destes, 61 (62.9%) desempenham a sua atividade no setor público e 36 (37.1%) no setor privado (Tabela 2).

**Tabela 2.***Distribuição da amostra por Categoria Profissional e Exercício da Profissão*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Categoria Profissional</b>		
Psicólogos	34	35.1
Profissionais de Saúde	30	30.9
Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino	33	34.0
<b>Exercício da Profissão</b>		
Setor Público	61	62.9
Setor Privado	36	37.1

No referente à carga horária semanal, a mesma varia: igual ou inferior a 34 horas ( $N = 8$ ; 8.2%); 35-40 horas ( $N = 78$ ; 80.4%); e superior a 40 horas ( $N = 11$ ; 11.3%). De mencionar que a divisão desta variável foi definida de acordo com o estabelecido no Código do Trabalho, em que o horário completo varia entre as 35 e as 40 horas semanais. Considera-se horário parcial aquele que é inferior a 34 horas semanais. Já acima das 40 horas, por exceder o estabelecido num contrato de trabalho, atribuiu-se a designação de trabalho extraordinário.

Relativamente ao tempo de exercício da profissão, constata-se que temos com tempo inferior a 1 ano ( $N = 3$ ; 3.1%); entre 1 e 10 anos ( $N = 21$ ; 21.6%); entre 11 e 20 anos ( $N = 30$ ; 30.9%); entre 21 e 30 anos ( $N = 30$ ; 30.9%); e entre 31 e 45 anos ( $N = 13$ ; 13.4%) (Tabela 3).

**Tabela 3.***Distribuição da amostra por Carga Horária Semanal e Tempo de Exercício da Profissão*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Carga Horária Semanal</b>		
Igual ou inferior a 34 horas	8	8.2
35-40 horas	78	80.4
Superior a 40 horas	11	11.3
<b>Tempo de Exercício da Profissão</b>		
Inferior a 1 ano	3	3.1
1-10 anos	21	21.6
11-20 anos	30	30.9
21-30 anos	30	30.9
31-45 anos	13	13.4

### 4.3. Instrumentos

Com a preocupação de se articular o objeto da investigação com os princípios e concepções teóricas subjacentes à mesma, foram selecionados para o presente estudo quatro instrumentos de avaliação, cada um deles destinado à avaliação das diferentes variáveis em análise.

Para o estudo da Resiliência recorreu-se ao *Measuring State Resilience*. Para estudar o *Burnout* foi utilizado o *Copenhagen Burnout Inventory*. Para o estudo do Bem-Estar Subjetivo utilizou-se a Escala de Afetividade Positiva e Negativa. Por último, para estudar a Esperança foi aplicada a *Work Hope Scale*.

Para além dos instrumentos supramencionados, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, construído para o presente estudo, com o propósito de caracterizar a amostra.

#### 4.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico, presente no Apêndice 2 deste trabalho, foi construído com o objetivo de caracterizar a amostra. O conjunto dos itens proporcionaram a recolha de informação sobre dados pessoais, nomeadamente, quanto ao género, idade, nacionalidade, estado civil e, ainda, sobre a situação profissional atual, designadamente,

atividade profissional, exercício profissional, carga horária semanal de trabalho e tempo de exercício da profissão.

#### **4.3.2. *Measuring State Resilience (MSR)***

O *Measuring State Resilience*, desenvolvido por Hiew (1998) e adaptado para a população portuguesa por Martins (2011), tem como objetivo avaliar a resiliência. É definido como um bom instrumento, preditivo de *coping* com os stressores da vida diária e dos fatores de resiliência que reduzem a intensidade e controlam o stresse.

Na versão portuguesa a escala é composta por 14 itens que descrevem as características atuais da resiliência e que se agrupam em 2 dimensões, nomeadamente: Fator 1- *I Am/I Can*; e Fator 2- *I Have*. Está organizada numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, entre “1- Discordo totalmente” e “5- Concordo totalmente”.

O resultado global obtido para os valores de alfa de *Cronbach* foi de .74 (Martins, 2011).

No presente estudo obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* de .74.

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

O *Copenhagen Burnout Inventory* foi desenvolvido por Kristensen et al. (2005) e adaptado e validado para a população portuguesa por Fonte (2011) com o propósito de avaliar o *burnout* em trabalhadores dos serviços humanos.

O inventário é composto por 19 itens distribuídos por três escalas, nomeadamente: *Burnout* Pessoal, composta por 6 itens que avaliam o grau de exaustão física e psicológica experienciada pelo indivíduo; *Burnout* relacionado com o Trabalho, com 7 itens que avaliam o grau de fadiga física e psicológica, bem como a exaustão percebida pelo indivíduo relativamente ao seu trabalho; e *Burnout* relacionado com o Cliente, composta por 6 itens que examinam o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão percebidos pelo indivíduo face ao trabalho realizado com clientes. Está organizado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre “Nunca/quase nunca” e “Sempre” ou entre “Muito pouco” e “Muito”.

A versão portuguesa do instrumento revela uma boa validade interna, sendo o alfa de *Cronbach* para a escala de *Burnout* Pessoal de .85, para a escala *Burnout* relacionado com o Trabalho de .87 e para a escala *Burnout* relacionado com o Cliente de .84 (Fonte, 2011).

No presente estudo obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* de .89 para o total do inventário. Já nas escalas obtiveram-se valores de .89 para a escala de *Burnout* Pessoal, .63 para a escala *Burnout* relacionado com o Trabalho e de .79 para a escala *Burnout* relacionado com o Cliente.

#### **4.3.4. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS)**

A Escala de Afetividade Positiva e Negativa foi desenvolvida por Watson et al. (1988) para medir o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, definidos como dimensões globais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. De referir que o Afeto Positivo remete para o prazer e o bem-estar subjetivo e o Afeto Negativo para o desprazer e mal-estar subjetivo (Galinha et al., 2014).

Foi traduzida e validada para a população portuguesa, pela primeira vez, por Simões (1993). Posteriormente foi desenvolvido um outro estudo de aferição por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). No presente trabalho foi utilizada a segunda versão em português da PANAS com o objetivo de avaliar a componente afetiva do Bem-Estar Subjetivo.

Similar à versão original, esta escala é composta por 20 itens, 10 itens referentes aos Afetos Positivos e outros 10 aos Afetos Negativos. A subtração do total obtido na escala relativa aos Afetos Negativos do total da escala dos Afetos Positivos fornece a indicação do Balanço Emocional dos indivíduos.

De tipo *Likert*, as respostas variam entre 1 e 5 pontos, em que 1 corresponde a “Nada ou muito Ligeiramente” e 5 a “Extremamente”. O quadro temporal de referência nas instruções de aplicação utilizadas varia (e.g., “neste momento”, “durante o último mês”, “em geral”), podendo a PANAS medir o estado afetivo, o humor ou o afeto traço dos indivíduos. Neste estudo foi utilizada a instrução “Durante os últimos dias”.

A versão portuguesa deste instrumento revela boas medidas psicométricas, sendo o alfa de *Cronbach* para a escala de Afetos Positivos .86 e para a escala de Afetos Negativos .89 (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

No presente estudo obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* de .91 para a escala de Afetos Positivos e de .80 para a escala de Afetos Negativos.

#### **4.3.5. Work Hope Scale (WHS)**

A *Work Hope Scale*, desenvolvida por Juntunen e Wettersten (2006) e adaptada para a população portuguesa por Atanásio et al. (2013), pretende medir a esperança e os seus três componentes, objetivos, caminhos e agência, relativos ao trabalho.

É uma escala composta por 24 itens distribuídos por 3 subescalas, nomeadamente: agência, trajetória e objetivos. Trata-se de uma escala de tipo *Likert*, cujas respostas variam entre 1 (Raramente) e 5 (Muito Frequentemente).

O resultado global obtido para os valores de *Cronbach* da escala original foi de .93. Já para as dimensões da Agência e dos Objetivos foi de .87 e de .81, respetivamente (Duarte et al., 2017).

No presente estudo foram utilizadas apenas as subescalas referentes à Agência e aos Objetivos, sendo que a escala aplicada consistiu em apenas 16 itens, dos quais 7 invertidos. De referir que os itens alusivos à subescala Trajetória não foram aplicados por estarem relacionados à procura de emprego, o que não vai ao encontro das características da amostra em estudo.

Obteve-se neste estudo um valor de alfa de *Cronbach* de .85 na dimensão da Agência. Já na subescala dos Objetivos o valor de alfa de *Cronbach* foi de .75.

#### **4.4. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados**

Uma vez elegido o tema da presente investigação, a primeira etapa da mesma assentou numa vasta pesquisa na literatura científica sobre as variáveis e os conceitos em estudo. Posteriormente, foram selecionados os instrumentos a aplicar. Para a realização da investigação o projeto foi apresentado ao Encarregado de Proteção de Dados e à Comissão de Ética da Universidade do Algarve, tendo ambos concedido parecer positivo ao seu desenvolvimento (Anexos 5 e 6).

Após apresentação do objetivo do estudo, os participantes da presente investigação foram convidados a participar, tendo-lhes sido facultado o Consentimento Informado (Apêndice 1) e garantida a confidencialidade e anonimato.

A divulgação do estudo foi realizada através do contacto com diversos profissionais de ajuda e foi, ainda, realizada divulgação *online* para convidar um maior número de profissionais a participar no estudo. O preenchimento dos instrumentos foi *online*, através da plataforma *Google Forms*, iniciando-se pelo Questionário Sociodemográfico, seguindo-se o Inventário de Resiliência, o Inventário de *Burnout*, a

Escala de Bem-Estar Subjetivo e, por último, a Escala sobre a Esperança no Trabalho. A recolha teve início no dia 21 de fevereiro de 2022 e findou no dia 31 de julho de 2022.

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Versão 28), tendo sido realizada uma análise estatística detalhada, nomeadamente uma análise estatística descritiva, uma análise correlacional, uma análise de variância e, ainda, uma análise inferencial.

## Capítulo 5 – Apresentação dos Resultados

Após a apresentação das principais questões metodológicas nos capítulos precedentes, nomeadamente no que diz respeito à definição dos objetivos, geral e específicos, da presente investigação, à formulação da hipótese de estudo, à descrição da amostra e à natureza dos instrumentos utilizados, serão apresentados neste capítulo os resultados obtidos, procurando-se verificar se estes confirmam ou não a hipótese formulada.

### 5.1. Análise Descritiva

A resiliência foi avaliada com recurso à escala *Measuring State Resilience* (MSR), adaptada para a população portuguesa por Martins (2011). Na análise da amostra global (Tabela 4), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida na *Measuring State Resilience* foi elevado ( $M = 4.27$ ;  $DP = .34$ ). No respeitante às duas dimensões que compõem a escala, verifica-se que a pontuação mais elevada de resiliência foi o fator *I Have* ( $M = 4.42$ ;  $DP = .44$ ) e o valor médio mais baixo foi o *I Am/I Can* ( $M = 4.18$ ;  $DP = .39$ ), embora próximo do valor máximo (5).

Os dados evidenciam que os profissionais de ajuda inquiridos na presente amostra apresentam uma elevada resiliência, sendo esta superior no referente à dimensão *I have* (Eu tenho).

**Tabela 4.**  
*Estatística descritiva das pontuações obtidas na MSR*

	<i>N = 97</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Pontuação Total MSR</b>		<b>4.27</b>	<b>.34</b>	<b>3.50</b>	<b>5.00</b>
<i>I Am/I Can</i>		4.18	.39	3.44	5.00
<i>I Have</i>		4.42	.44	3.20	5.00

A dimensão afetiva do Bem-Estar Subjetivo foi avaliada através da Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) de Galinha e Pais-Ribeiro (2005). A análise da amostra global (Tabela 5) indica-nos que a pontuação média mais elevada se prende aos Afetos Positivos ( $M = 2.97$ ;  $DP = .90$ ) e o valor médio mais baixo aos Afetos Negativos ( $M = 1.34$ ;  $DP = .49$ ).



Estes dados evidenciam que os participantes vivenciam mais afetos positivos do que negativos, apresentando níveis superiores de PA, bem como apresentando um balanço emocional positivo ( $M = 1.63$ ;  $DP = 1.14$ ).

**Tabela 5.**

*Estatística descritiva para as dimensões da PANAS*

	<i>N = 97</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Pontuação Balanço Emocional</b>		<b>1.63</b>	<b>1.14</b>	<b>-1.60</b>	<b>3.90</b>
Afetos Positivos (PA)		2.97	.90	1	4.90
Afetos Negativos (NA)		1.34	.49	1	3.10

A esperança foi medida através da *Work Hope Scale* (WHS), adaptada para a população portuguesa por Atanásio et al. (2013). Na análise da amostra global (Tabela 6) contata-se que o valor médio mais elevado foi na dimensão da Agência ( $M = 4.02$ ;  $DP = .66$ ) e a pontuação média mais baixa foi na dimensão dos Objetivos ( $M = 3.91$ ;  $DP = .65$ ).

Os dados demonstram que os participantes apresentam um valor positivo e elevado, quer na dimensão da Agência, quer na dimensão dos Objetivos.

**Tabela 6.**

*Estatística descritiva para as dimensões da WHS*

	<i>N = 97</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Agência		4.02	.66	2.11	5.00
Objetivos		3.91	.65	2.14	5.00

O *burnout* foi avaliado com recurso ao *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), adaptado e validado para a população portuguesa por Fonte (2011). A análise da amostra global (Tabela 7) revela que o valor médio da pontuação total obtida no *Copenhagen Burnout Inventory* foi moderado ( $M = 2.75$ ;  $DP = .53$ ). Relativamente às dimensões que integram o inventário, verifica-se que a pontuação média mais elevada foi o *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $M = 2.97$ ;  $DP = .49$ ), seguida do *Burnout* Pessoal ( $M = 2.76$ ;  $DP = .66$ ). A dimensão com o valor médio mais baixo foi *Burnout* relacionado com o Cliente ( $M = 2.49$ ;  $DP = .69$ ).

Estes dados comprovam que a amostra inquirida apresenta níveis moderados de *burnout*, com resultados médios mais salientes na dimensão do *Burnout* relacionado com o Trabalho.

**Tabela 7.***Estatística descritiva para as dimensões do CBI*

	<i>N</i> = 97	<i>M</i>	<i>DP</i>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Pontuação Total CBI</b>		<b>2.75</b>	<b>.53</b>	<b>1.63</b>	<b>3.90</b>
<i>Burnout</i> Pessoal		2.76	.66	1.17	4.00
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho		2.97	.49	1.86	4.29
<i>Burnout</i> relacionado com o Cliente		2.49	.69	1	3.83

## 5.2. Análise Correlacional

Relativamente à análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* (Tabela 8) realçam-se alguns aspetos.

Primeiramente, verifica-se que nas associações entre as dimensões sociodemográficas (idade, carga horária semanal e tempo de exercício profissional) e as dimensões psicológicas em estudo não existem associações estatisticamente significativas, à exceção da associação entre a idade e o tempo de exercício ( $r = .83$ ;  $p < .001$ ) e o tempo de exercício e o *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = .26$ ;  $p = .011$ ).

Relativamente às associações entre as dimensões psicológicas em estudo, observa-se que a variável relativa ao indicador total da MSR se associa positiva e significativamente com as variáveis Balanço Emocional ( $r = .46$ ;  $p < .001$ ), Afetos Positivos ( $r = .47$ ;  $p < .001$ ), Agência ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ) e Objetivos ( $r = .51$ ;  $p < .001$ ), e negativa e significativamente com os Afetos Negativos ( $r = -.21$ ;  $p = .040$ ), indicador total do CBI ( $r = -.29$ ;  $p = .004$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.20$ ;  $p = .045$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.20$ ;  $p = .046$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.34$ ;  $p < .001$ ). A dimensão *I Am/I Can* associa-se positiva e significativamente com as variáveis Balanço Emocional ( $r = .45$ ;  $p < .001$ ), Afetos Positivos ( $r = .51$ ;  $p < .001$ ), Agência ( $r = .49$ ;  $p < .001$ ) e Objetivos ( $r = .47$ ;  $p < .001$ ), e negativa e significativamente com o indicador total do CBI ( $r = -.33$ ;  $p < .001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.22$ ;  $p = .033$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.27$ ;  $p = .007$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.37$ ;  $p < .001$ ). Já a dimensão *I Have* associa-se positiva e significativamente com as variáveis Balanço Emocional ( $r = .28$ ;  $p = .005$ ), Afetos Positivos ( $r = .21$ ;  $p = .043$ ), Agência ( $r = .32$ ;  $p = .002$ ) e Objetivos ( $r = .36$ ;  $p < .001$ ), e negativa e significativamente com a variável Afetos Negativos ( $r = -.27$ ;  $p = .007$ ).

Verificam-se associações positivas e significativas entre o Balanço Emocional e as variáveis Agência ( $r = .62; p = <.001$ ), Objetivos ( $r = .63; p = <.001$ ), e associações negativas e significativas entre o Balanço Emocional e o indicador total do CBI ( $r = -.70; p = <.001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.63; p = <.001$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.63; p = <.001$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.59; p = <.001$ ). Observam-se também associações positivas e significativas entre os Afetos Positivos e as variáveis Agência ( $r = .61; p = <.001$ ), Objetivos ( $r = .63; p = <.001$ ), e associações negativas e significativas com as variáveis relativas ao indicador total do CBI ( $r = -.65; p = <.001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.54; p = <.001$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.58; p = <.001$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.57; p = <.001$ ). Já a dimensão Afetos Negativos apresenta associações negativas e significativas com a Agência ( $r = -.31; p = .003$ ) e os Objetivos ( $r = -.31; p = .002$ ), e associações positivas e significativas com as dimensões relativas ao *Burnout*, nomeadamente com o indicador total do CBI ( $r = .44; p = <.001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = .47; p = <.001$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = .38; p = <.001$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = .31; p = .002$ ).

A variável Agência apresenta associações negativas e significativas com as variáveis referentes ao indicador total do CBI ( $r = -.50; p = <.001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.36; p = <.001$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.44; p = <.001$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.50; p = <.001$ ). A variável relativa aos Objetivos encontra-se igualmente associada negativa e significativamente com o indicador total do CBI ( $r = -.52; p = <.001$ ), *Burnout* Pessoal ( $r = -.38; p = <.001$ ), *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $r = -.49; p = <.001$ ) e *Burnout* relacionado com o Cliente ( $r = -.49; p = <.001$ ).

Já no que concerne às associações entre as dimensões pertencentes ao mesmo instrumento, verificam-se associações fortes entre as mesmas, bem como entre as dimensões e os indicadores totais dos respetivos instrumentos, o que vai ao encontro das relações teóricas esperadas e revela construtos unificados.

**Tabela 8.**  
*Estudo Correlacional*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Idade															
2. Carga Horária	-.03														
3. Tempo de Exercício	.83**	.06													
4. MSR	-.07	-.10	-.09												
5. <i>I Am/I Can</i>	-.06	-.11	-.10	.91**											
6. <i>I Have</i>	-.05	-.04	-.05	.74**	.39**										
7. Balanço Emocional	.06	-.14	.00	.46**	.45**	.28**									
8. Afetos Positivos	-.02	-.18	-.09	.47**	.51**	.21*	.91**								
9. Afetos Negativos	-.17	.01	-.18	-.21*	-.12	-.27**	-.65**	-.28**							
10. Agência	.05	-.02	-.07	.50**	.49**	.32**	.62**	.61**	-.31**						
11. Objetivos	.07	-.06	-.05	.51**	.47**	.36**	.63**	.63**	-.31**	.77**					
12. CBI	.05	.18	.18	-.29**	-.33**	-.10	-.70**	-.65**	.44**	-.50**	-.52**				
13. <i>Burnout</i> Pessoal	.09	.16	.19	-.20*	-.22*	-.10	-.63**	-.54**	.47**	-.36**	-.38**	.89**			
14. <i>Burnout</i> Trabalho	.10	.13	.26*	-.20*	-.27**	-.01	-.63**	-.58**	.38**	-.44**	-.49**	.88**	.76**		
15. <i>Burnout</i> Cliente	-.05	.17	.05	-.34**	-.37**	-.16	-.59**	-.57**	.31**	-.50**	-.49**	.83**	.57**	.57**	

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

### 5.3. Análise de Variância

Considerou-se pertinente a análise da variância dos resultados das variáveis psicológicas em função dos fatores sociodemográficos gênero, categoria profissional e exercício profissional. Não foi realizada a avaliação da variância relativa ao fator carga horária semanal por este apresentar uma grande dispersão de resultados.

A análise dos resultados da amostra inquirida em função do gênero (Tabela 9), realizada através do teste de significâncias estatísticas *independent-samples t-test*, evidenciou diferenças estatisticamente significativas apenas nas variáveis *I Have* ( $t = 1.798$ ;  $p = .038$ ) e *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $t = 1.824$ ;  $p = .036$ ), pelo que se afirma que o gênero pesa pouco nas variáveis psicológicas em estudo.

**Tabela 9.**

*Distribuição dos resultados da amostra em função do Gênero*

Variáveis	Feminino (N = 77)		Masculino (N = 20)		t-Teste	p
	M	DP	M	DP		
MSR	4.27	.32	4.25	.42	.273	.393
<i>I Am/I Can</i>	4.17	.37	4.24	.47	-.727	.235
<i>I Have</i>	4.46	.42	4.27	.48	1.798	.038
Balço Emocional	1.56	1.15	1.87	1.08	-1.060	.146
Afetos Positivos	2.93	.90	3.12	.90	-.859	.196
Afetos Negativos	1.36	.50	1.26	.41	.869	.193
Agência	4.02	.65	4.02	.73	-.018	.493
Objetivos	3.89	.65	3.99	.68	-.589	.279
CBI	2.77	.52	2.67	.56	.805	.211
<i>Burnout</i> Pessoal	2.80	.64	2.57	.72	1.463	.073
<i>Burnout</i> Trabalho	3.01	.47	2.79	.53	1.824	.036
<i>Burnout</i> Cliente	2.45	.70	2.62	.66	-.937	.176

Já na distribuição dos resultados da amostra em função da categoria profissional (Tabela 10), verifica-se que as variáveis psicológicas que apresentam resultados significativos são o Balço Emocional, no qual os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 2.00$ ;  $DP = .96$ ) apresentam resultados superiores comparativamente aos Psicólogos ( $M = 1.71$ ;  $DP = 1.23$ ) e aos Profissionais de Saúde ( $M = 1.11$ ;  $DP = 1.06$ ), sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 5.398$ ;  $p$

= .006); os Afetos Positivos, em que os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 3.30$ ;  $DP = .81$ ) apresentam resultados superiores aos Psicólogos ( $M = 3.09$ ;  $DP = .91$ ) e aos Profissionais de Saúde ( $M = 2.47$ ;  $DP = .79$ ), com uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 8.203$ ;  $p = <.001$ ); a variável relativa ao total indicador do CBI, apresentando os Profissionais de Saúde ( $M = 3.02$ ;  $DP = .54$ ) pontuações superiores face aos Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 2.64$ ;  $DP = .46$ ) e aos Psicólogos ( $M = 2.62$ ;  $DP = .50$ ), sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 6.392$ ;  $p = .002$ ); o *Burnout* Pessoal, no qual os Profissionais de Saúde ( $M = 3.07$ ;  $DP = .67$ ) apresentam igualmente resultados superiores comparativamente aos Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 2.63$ ;  $DP = .61$ ) e aos Psicólogos ( $M = 2.61$ ;  $DP = .62$ ), com uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 5.197$ ;  $p = .007$ ); o *Burnout* relacionado com o Trabalho, em que os Profissionais de Saúde ( $M = 3.20$ ;  $DP = .50$ ) apresentam também resultados superiores comparativamente aos Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 2.88$ ;  $DP = .43$ ) e aos Psicólogos ( $M = 2.84$ ;  $DP = .48$ ), sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 5.542$ ;  $p = .005$ ); e, por último, o *Burnout* relacionado com o Cliente, no qual os Profissionais de Saúde ( $M = 2.76$ ;  $DP = .68$ ) evidenciam novamente resultados superiores face aos Psicólogos ( $M = 2.37$ ;  $DP = .66$ ) e aos Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = 2.36$ ;  $DP = .67$ ), com uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = 3.602$ ;  $p = .031$ ).

Constata-se, assim, que as dimensões psicológicas que, de modo geral, apresentam resultados estatisticamente significativos em função da categoria profissional são o Bem-Estar Subjetivo e o *Burnout*. De destacar ainda que estes resultados se apresentam todos a desfavor dos Profissionais de Saúde.

**Tabela 10.***Distribuição dos resultados da amostra em função da Categoria Profissional*

Variáveis	Profissionais						Z	p
	Psicólogos (N = 34)		Profissionais de Saúde (N = 30)		de Assistência, Reabilitação e Ensino (N = 33)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
MSR	4.30	.33	4.20	.29	4.30	.40	.810	.448
<i>I Am/I Can</i>	4.22	.37	4.07	.37	4.25	.42	1.964	.146
<i>I Have</i>	4.44	.43	4.45	.36	4.39	.51	.176	.839
Balanço Emocional	1.71	1.23	1.11	1.06	2.00	.96	5.398	.006
Afetos Positivos	3.09	.91	2.47	.79	3.30	.81	8.203	<.001
Afetos Negativos	1.37	.58	1.35	.42	1.29	.43	.224	.800
Agência	4.09	.67	3.82	.70	4.13	.58	2.046	.135
Objetivos	4.03	.58	3.69	.77	3.98	.58	2.664	.075
CBI	2.62	.50	3.02	.54	2.64	.46	6.392	.002
<i>Burnout</i> Pessoal	2.61	.62	3.07	.67	2.63	.61	5.197	.007
<i>Burnout</i> Trabalho	2.84	.48	3.20	.50	2.88	.43	5.542	.005
<i>Burnout</i> Cliente	2.37	.66	2.76	.68	2.36	.67	3.602	.031

De modo a melhor compreender as diferenças significativas em função da categoria profissional foi realizada uma análise *post hoc* Bonferroni que identificou as diferenças ocorridas entre os grupos. Na dimensão relativa ao Balanço Emocional verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os Profissionais de Saúde e os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = -.89$ ;  $p = .005$ ), favoráveis aos segundos, isto é, os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino apresentam um valor médio superior nesta dimensão. Na dimensão relativa aos Afetos Positivos foram verificadas diferenças significativas entre os Psicólogos e os Profissionais de Saúde ( $M = .62$ ;  $p = .013$ ), favoráveis aos Psicólogos, e ainda entre os Profissionais de Saúde e os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = -.83$ ;  $p < .001$ ), favoráveis aos segundos. Na dimensão do indicador total do CBI foram também verificadas diferenças significativas entre os Psicólogos e os Profissionais de Saúde ( $M = -.40$ ;  $p = .006$ ), favoráveis aos Profissionais de Saúde, e ainda entre os Profissionais de Saúde e os

Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = .38$ ;  $p = .009$ ), igualmente favoráveis aos Profissionais de Saúde, o que nos indica que estes apresentam níveis superiores de *Burnout*. Na dimensão do *Burnout* Pessoal foram encontradas diferenças significativas entre os Psicólogos e os Profissionais de Saúde ( $M = -.46$ ;  $p = .014$ ), favoráveis aos Profissionais de Saúde, e ainda entre os Profissionais de Saúde e os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = .44$ ;  $p = .023$ ), favoráveis também aos Profissionais de Saúde. Por último, na dimensão do *Burnout* relacionado com o Trabalho foram verificadas diferenças entre os Psicólogos e os Profissionais de Saúde ( $M = -.36$ ;  $p = .008$ ), apresentando os Profissionais de Saúde um valor médio superior, e ainda entre os Profissionais de Saúde e os Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino ( $M = .32$ ;  $p = .023$ ), com os primeiros a apresentarem também um valor médio superior.

Já a análise dos resultados da amostra inquirida em função do exercício profissional (Tabela 11), realizada através do teste de significâncias estatísticas *independet-samples t-test*, revela diferenças estatisticamente significativas nas variáveis relativas ao indicador total do CBI ( $t = -2.156$ ;  $p = .017$ ), *Burnout* Pessoal ( $t = -2.128$ ;  $p = .018$ ) e *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $t = -2.039$ ;  $p = .022$ ), o que revela que o exercício profissional pesa pouco nas variáveis psicológicas em estudo.



**Tabela 11.***Distribuição dos resultados da amostra em função do Exercício Profissional*

Variáveis	Público (N = 61)		Privado (N = 36)		t-Teste	p
	M	DP	M	DP		
MSR	4.26	.37	4.29	.29	-.372	.356
<i>I Am/I Can</i>	4.18	.41	4.19	.35	-.178	.430
<i>I Have</i>	4.41	.45	4.46	.41	-.531	.298
Balanço Emocional	1.73	1.13	1.44	1.15	1.206	.115
Afetos Positivos	3.06	.91	2.82	.88	1.257	.106
Afetos Negativos	1.32	.49	1.37	.48	-.513	.304
Agência	4.03	.73	4.00	.52	.238	.406
Objetivos	3.88	.71	3.95	.55	-.536	.297
CBI	2.66	.55	2.90	.45	-2.156	.017
<i>Burnout</i> Pessoal	2.65	.66	2.94	.63	-2.128	.018
<i>Burnout</i> Trabalho	2.89	.48	3.10	.48	-2.039	.022
<i>Burnout</i> Cliente	2.41	.74	2.62	.59	-1.549	.062

#### 5.4. Estatística Inferencial

Com o intuito de avaliar em que medida as variáveis relativas ao *Burnout*, à Resiliência e à Esperança influenciam o Bem-Estar Subjetivo, efetuou-se a análise abaixo descrita. A análise de relações entre as variáveis revelou a inexistência de associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas em estudo com as variáveis psicológicas, não se justificando a inclusão das mesmas na equação de regressão.

Foi realizada uma primeira equação de regressão (Tabela 12), na qual se consideram três conjuntos de variáveis. O primeiro constituído pelas variáveis relacionadas ao *Burnout*, nomeadamente o indicador total do CBI, o *Burnout* Pessoal, o *Burnout* relacionado com o Trabalho e o *Burnout* relacionado com o Cliente. O segundo grupo de variáveis integra as dimensões relativas à Resiliência, designadamente o indicador total da MSR, o *I Am/I Can* e o *I Have*. O último bloco de variáveis conta com as dimensões da Esperança, isto é, a Agência e os Objetivos.

Uma análise detalhada do contributo individual das variáveis identificadas em cada um dos blocos permite compreender com maior minúcia a relação entre as

dimensões psicológicas em estudo (*Burnout*, Resiliência e Esperança) e o Balanço Emocional.

Tomando por referência este último como variável dependente, o conjunto das variáveis em estudo explicam 79.5% da variância nesta dimensão (60.3%, considerando o valor ajustado). Uma leitura mais detalhada de cada um dos conjuntos de variáveis permite constatar que o bloco 1 (variáveis do *Burnout*) explica metade da variância do Balanço Emocional ( $F = 29.971$ ;  $p = <.001$ ). O bloco 2 (variáveis da Resiliência) apresenta uma variância global de 57.4% ( $F = 23.700$ ;  $p = <.001$ ), todavia as variáveis relativas à Resiliência manifestam um contributo reduzido, ainda que estatisticamente significativo, mais precisamente 7.4% ( $F = 7.650$ ;  $p = <.001$ ). Já o bloco 3 (variáveis da Esperança) evidencia uma variância global explicada de 79.5%, no entanto as variáveis associadas à Esperança apresentam um contributo reduzido, embora estatisticamente significativo, nomeadamente 5.9% ( $F = 6.862$ ;  $p = .002$ ).

A análise dos coeficientes Beta e respetivos níveis de significância revela que três variáveis do primeiro bloco (variáveis do *Burnout*) apresentam poder preditivo estatisticamente significativo em sentido inverso, nomeadamente as variáveis *Burnout* relacionado com o Cliente ( $\beta = -.283$ ;  $p = .004$ ), *Burnout* Pessoal ( $\beta = -.269$ ;  $p = .026$ ) e *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $\beta = -.261$ ;  $p = .030$ ). Com a introdução do segundo bloco (variáveis da Resiliência) observa-se que ao poder preditivo do *Burnout* Pessoal ( $\beta = -.265$ ;  $p = .020$ ), do *Burnout* relacionado com o Trabalho ( $\beta = -.265$ ;  $p = .021$ ) e do *Burnout* relacionado com o Cliente ( $\beta = -.187$ ;  $p = .045$ ), acresce a influência estatisticamente significativa das variáveis *I Am/I Can* ( $\beta = .192$ ;  $p = .021$ ) e *I Have* ( $\beta = .154$ ;  $p = .048$ ). Já com a entrada do terceiro bloco (variáveis da Esperança), e uma vez que as variáveis relativas à Esperança não apresentam poder estatisticamente significativo, é a variável *Burnout* Pessoal ( $\beta = -.294$ ;  $p = .007$ ) a que apresenta maior força preditiva. Importa mencionar que, embora as variáveis não apresentem poder estatisticamente significativo, estas anulam o efeito da Resiliência sobre o Balanço Emocional.

**Tabela 12.***Regressão Hierárquica para a variável Balanço Emocional*

Preditor	Balanço Emocional		
	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
<b>Bloco 1</b>			
CBI	-	-	-
<i>Burnout Pessoal</i>	-.269 (.026)	-.265 (.020)	-.294 (.007)
<i>Burnout Trabalho</i>	-.261 (.030)	-.265 (.021)	-.148 (.185)
<i>Burnout Cliente</i>	-.283 (.004)	-.187 (.045)	-.102 (.258)
<b>Bloco 2</b>			
MSR		-	-
<i>I Am/I Can</i>		.192 (.021)	.107 (.186)
<i>I Have</i>		.154 (.048)	.077 (.311)
<b>Bloco 3</b>			
Agência			.191 (.075)
Objetivos			.168 (.131)
R <sup>2</sup>	.500	.574	.795
R <sup>2</sup> Ajustado	.483	.550	.603
R <sup>2</sup> Mudança	.500	.074	.059
F	29.971	23.700	21.145
<i>p</i>	<.001	<.001	<.001

No sentido de testar a hipótese inicialmente proposta, e com o intuito de verificar o papel moderador da Esperança na influência negativa do *Burnout* sobre a Resiliência, recorreu-se, uma vez mais, a uma equação de regressão.

Uma vez que a dimensão global do *Burnout* apresenta uma associação estatisticamente significativa com a dimensão global da Resiliência e com cada uma das componentes da Esperança, foi construída uma equação de regressão (Tabela 13) onde foram considerados três conjuntos de variáveis. O primeiro bloco relativo ao *Burnout*, o segundo associado à Agência enquanto dimensão da Esperança, e o terceiro corresponde à interação entre o *Burnout* e a Agência.

Uma análise minuciosa do contributo individual das variáveis pertencentes a cada um dos blocos permite compreender com maior detalhe a relação entre as dimensões *Burnout* e Esperança com a Resiliência.

Tomando por referência a Resiliência como variável dependente, o conjunto das variáveis explicam 25.2% da variância nesta dimensão (22.7%, considerando o valor ajustado). Uma leitura mais detalhada de cada um dos conjuntos de variáveis permite constatar que no bloco 1 a variável *Burnout* explica 8.7% da variância da resiliência ( $F = 8.838$ ;  $p = .004$ ). O bloco 2 (Agência) apresenta uma variância global de 25.2% ( $F = 20.304$ ;  $p = <.001$ ). Já o bloco 3 (Interação entre o *Burnout* e a Agência) evidencia uma variância global explicada de 25.2% ( $F = .010$ ;  $p = .922$ ), sendo este um contributo reduzido e não estatisticamente significativo.

A análise dos coeficientes Beta e respetivos níveis de significância revela que o primeiro bloco (*Burnout*) apresenta poder preditivo estatisticamente significativo em sentido inverso ( $\beta = -.295$ ;  $p = .004$ ). Com a introdução do segundo bloco (Agência) verifica-se que o poder preditivo do *Burnout* ( $\beta = -.061$ ;  $p = .556$ ) deixa de apresentar efeito estatisticamente significativo, destacando-se a influência estatisticamente significativa da variável Agência ( $\beta = .468$ ;  $p = <.001$ ). Já com a entrada do terceiro bloco (Interação entre o *Burnout* e a Agência), observa-se que a variável relativa à interação entre o *Burnout* e a Agência não apresenta efeito estatisticamente significativo ( $\beta = -.058$ ;  $p = .922$ ), assim como as variáveis Agência ( $\beta = .521$ ;  $p = .344$ ) e *Burnout* ( $\beta = .000$ ;  $p = .999$ ).

Constata-se, assim, a ausência de moderação da variável Agência, enquanto dimensão da Esperança, na relação entre o *Burnout* e a Resiliência, porém evidencia-se o seu papel preditor e mediador na relação entre as variáveis.

**Tabela 13.***Regressão Hierárquica para a variável Resiliência (MSR)*

Preditor	Resiliência (MSR)		
	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
<b>Bloco 1</b>			
CBI	-.295 (.004)	-.061 (.556)	.000 (.999)
<b>Bloco 2</b>			
Agência		.468 (<.001)	.521 (.344)
<b>Bloco 3</b>			
CBI*Agência			-.058 (.922)
R <sup>2</sup>	.087	.252	.252
R <sup>2</sup> Ajustado	.077	.236	.227
R <sup>2</sup> Mudança	.087	.165	.000
F	8.838	15.488	10.218
<i>p</i>	.004	<.001	<.001

Preservando o intuito de verificar o papel moderador da Esperança na influência negativa do *Burnout* sobre a Resiliência, recorreu-se à análise posteriormente descrita. Considerando as associações estatisticamente significativas verificadas entre os Objetivos e a Resiliência, bem como o significado e relevância da componente dos Objetivos para a definição da Esperança, foi aplicada uma nova equação de regressão (Tabela 14) considerando como variável dependente a Resiliência e como variáveis independentes o *Burnout*, os Objetivos e a interação entre ambos.

Uma análise detalhada do contributo individual das variáveis referentes a cada um dos blocos permite compreender com maior precisão a relação entre as dimensões *Burnout* e Esperança com a Resiliência.

Tomando por referência a Resiliência como variável dependente, o conjunto das variáveis explicam 26.3% da variância nesta dimensão (23.9%, considerando o valor ajustado). Uma leitura mais detalhada de cada um dos conjuntos de variáveis permite constatar que no bloco 1 a variável *Burnout* explica 8.5% da variância da Resiliência ( $F = 8.872$ ;  $p = .004$ ). O bloco 2 (Objetivos) apresenta uma variância global de 25.9% ( $F = 22.054$ ;  $p = <.001$ ). Já o bloco 3 (Interação entre o *Burnout* e os Objetivos) evidencia uma variância global explicada de 26.3% ( $F = .470$ ;  $p = .495$ ), sendo este um contributo reduzido e não estatisticamente significativo.

A análise dos coeficientes Beta e respectivos níveis de significância revela que o primeiro bloco (*Burnout*) apresenta poder preditivo estatisticamente significativo em sentido inverso ( $\beta = -.292$ ;  $p = .004$ ). Com a introdução do segundo bloco (Objetivos) verifica-se que o *Burnout* ( $\beta = -.038$ ;  $p = .713$ ) perde poder preditivo estatisticamente significativo, evidenciando-se a influência estatisticamente significativa da variável Objetivos ( $\beta = .488$ ;  $p = <.001$ ). Já com a entrada do terceiro bloco (Interação entre o *Burnout* e os Objetivos), verifica-se que a variável relativa à interação entre o *Burnout* e os Objetivos não apresenta efeito estatisticamente significativo ( $\beta = -.390$ ;  $p = .495$ ), bem como as variáveis Objetivos ( $\beta = .854$ ;  $p = .120$ ) e *Burnout* ( $\beta = .378$ ;  $p = .541$ ).

Constata-se, uma vez mais, a ausência de moderação da variável Objetivos, enquanto dimensão da Esperança, na relação entre o *Burnout* e a Resiliência, evidenciando-se, todavia, o seu papel preditor e mediador na relação entre as variáveis.

Deste modo, pode afirmar-se que a Esperança apresenta um claro efeito mediador, nomeadamente as componentes Agência e Objetivos, na influência do *Burnout* sobre a Resiliência, anulando o efeito do primeiro sobre a segunda.

**Tabela 14.**  
*Regressão Hierárquica para a variável Resiliência (MSR)*

Preditor	Resiliência (MSR)		
	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
<b>Bloco 1</b>			
CBI	-.292 (.004)	-.038 (.713)	.378 (.541)
<b>Bloco 2</b>			
Objetivos		.488 (<.001)	.854 (.120)
<b>Bloco 3</b>			
CBI*Objetivos			.390 (.495)
R <sup>2</sup>	.085	.259	.263
R <sup>2</sup> Ajustado	.076	.243	.239
R <sup>2</sup> Mudança	.085	.174	.004
F	8.872	16.447	11.059
<i>p</i>	.004	<.001	<.001

## Capítulo 6 – Discussão dos Resultados

No seguimento dos objetivos delineados no início do presente estudo, procura-se, neste capítulo, descrever e fundamentar os resultados apresentados anteriormente.

O objetivo geral da presente investigação assentou na análise da resiliência e do bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda, com enfoque no papel protetor da esperança em situações de *burnout*. Já os objetivos específicos debruçaram-se sobre a análise dos níveis de resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* neste grupo profissional, a análise da variância destas em função das variáveis sociodemográficas, a análise das relações entre as variáveis em estudo, bem como a verificação da influência da esperança sobre a resiliência e o bem-estar subjetivo e a verificação do papel moderador da esperança na influência do *burnout* sobre a resiliência.

Em referência ao primeiro objetivo específico onde se pretendia analisar os níveis de resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* nos profissionais de ajuda, através da amostra inquirida no estudo verifica-se que os profissionais de ajuda apresentam níveis elevados de resiliência. Tal resultado surge em oposição aos resultados obtidos por Macedo et al. (2020), nos quais a maioria dos profissionais da área de enfermagem apresentou níveis reduzidos de resiliência. Todavia, apresenta-se como um aspeto positivo, uma vez que a resiliência permite aos indivíduos prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos da adversidade (Ungar & Theron, 2020), manter os níveis de bem-estar ainda que em períodos conturbados (Brown et al., 2021), assim como permite uma visão otimista, confiante e com esperança face ao futuro e o enfrentamento de futuros desafios da carreira (Aspinwall & Taylor, 1992). Uma vez que a resiliência é definida enquanto característica processual, resultando da interação dinâmica entre os indivíduos e o ambiente social, cultural e familiar (Artuch-Garde et al., 2022; Rutter, 1987), é nosso entender que os níveis elevados de resiliência apresentados pela amostra se associem também às situações que enfrentaram e enfrentam com regularidade, permitindo o acumular de recursos. Assinale-se que, de acordo com os investigadores da resiliência, esta é desenvolvida após situações de adversidade (Ungar & Theron, 2020). O facto de o presente estudo ter sido realizado após situação de pandemia COVID-19, que colocou estes profissionais perante exigências difíceis, vindo-se na necessidade de desenvolver recursos de resiliência, pode explicar que possamos ter nesta amostra níveis superiores de resiliência comparativamente a outros estudos.

É possível observar também, no que se refere ao bem-estar subjetivo, que os profissionais inquiridos experienciam mais Afetos Positivos do que Negativos, o que se traduz num Balanço Emocional positivo. Tal vai ao encontro dos resultados obtidos por Sá (2017), em que os participantes evidenciavam níveis relativamente elevados de bem-estar, de prazer e satisfação com o trabalho, ainda que a profissão seja predisposta a stresse ocupacional. Noutro estudo, Gouveia et al. (2009) verificaram que a maioria dos profissionais inquiridos no seu estudo experienciou afetos positivos. Köverová e Ráczová (2017) constataram que os profissionais de ajuda experienciam mais emoções positivas do que negativas no local de trabalho. Também Barbosa et al. (2014) corroboram, afirmando que as profissões de ajuda podem proporcionar a vivência de afetos positivos aos indivíduos. Quoidbach et al. (2010, citado por Santana & Gondim, 2016) acrescentam que quando estes mantêm emoções positivas, os seus níveis de afetos positivos e de satisfação com a vida aumentam na mesma medida.

Relativamente à esperança, foi possível verificar que na amostra em estudo os participantes apresentam um valor elevado, quer na dimensão da Agência, quer na dimensão dos Objetivos. Estes resultados sugerem que os profissionais que participaram na presente investigação sejam indivíduos com um papel ativo nos seus processos de autodesenvolvimento, determinados e com força de vontade, mesmo quando confrontados com obstáculos, capazes de encontrar meios conducentes à concretização dos seus objetivos. Os resultados são bastante positivos ainda na medida em que a esperança se apresenta como preditora do bem-estar subjetivo e de saúde mental (Zerbetto et al., 2021), influenciando a qualidade de vida percebida dos indivíduos e auxiliando-os nos processos de adaptação (Amati et al., 2019).

Constatou-se ainda que os profissionais de ajuda inquiridos no presente estudo apresentam níveis moderados de *burnout*, com resultados médios mais salientes na dimensão do *Burnout* relacionado com o Trabalho. De assinalar que esta dimensão se encontra estreitamente relacionada com o grau de fadiga física e psicológica e com a exaustão percebida pelos indivíduos relativamente ao trabalho (Fonte, 2011). Estes resultados vão ao encontro do que a literatura científica tem vindo a documentar, nomeadamente de que a síndrome ocorre em profissionais frequentemente e/ou gravemente expostos a crises e situações de alta pressão (Chirico et al., 2021) e de que existe uma elevada prevalência de *burnout* nos profissionais de ajuda (Gomes et al., 2009; Köverová & Ráczová, 2017). Os resultados com particular incidência no *Burnout* relacionado com o trabalho vão ao encontro dos resultados obtidos por Almeida et al.



(2021) que revelaram que mais de metade dos profissionais apresentavam níveis elevados de fadiga e exaustão relacionada com a sua atividade profissional. São ainda corroborados por diversos estudos que reforçam que os fatores ambientais, como as características do próprio trabalho, se associam com níveis superiores de *burnout* comparativamente a outras variáveis (Carlotto, 2009). Neste sentido, importa salientar o papel preponderante da resiliência que se assume como um fator protetor face à presença de níveis elevados de desgaste emocional e despersonalização no trabalho (Vieira et al., 2022).

Tendo como referência o objetivo específico delineado onde se pretendia analisar a variância das variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* em função das variáveis sociodemográficas, verificaram-se associações significativas entre a idade e o tempo de exercício profissional, bem como entre este último e o *Burnout* relacionado com o trabalho. O primeiro resultado, correspondente à associação entre a idade e o tempo de exercício da profissão, surge como um resultado esperado, na medida em que é expectável que quanto mais anos de experiência profissional o indivíduo apresente, mais idade apresente igualmente. Já a associação entre o tempo de exercício profissional e o *Burnout* relacionado com o trabalho surge como um resultado não tão expectável, uma vez que nesta amostra o *burnout* aparece mais fortemente associado à acumulação realizada ao longo dos anos e não ao esforço momentâneo da atividade profissional, isto é, à carga horária semanal. A análise deste resultado pode sugerir que a degradação e o desgaste vão sendo maiores e acumulando-se ao longo do tempo. Consequentemente, os recursos disponíveis mais limitados, traduzindo-se numa saturação quanto à profissão. Tal vai ao encontro do defendido por Silva e Ramminger (2014), nomeadamente, quando referem que o trabalho coloca frequentemente os indivíduos diante de dificuldades e que a ausência de recursos para ultrapassá-las surge associada a sofrimento e desgaste. Também Zomer e Gomes (2017) acrescentam que a vulnerabilidade dos profissionais depende da habilidade que estes possuem para lidar com as situações stressoras. Volpe et al. (2014) referem ainda que a síndrome pode desenvolver-se em profissionais de ajuda com mais experiência de trabalho, mas também em profissionais em início de carreira. Destaca-se ainda a inexistência de qualquer associação estatisticamente significativa entre a carga horária semanal e as dimensões psicológicas em estudo, contrariamente ao encontrado na literatura científica que realça a possível contribuição da estrutura do horário de trabalho para a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais (Marôco et al., 2016).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do gênero na maioria das dimensões psicológicas em estudo, pelo que se afirma que as mulheres e os homens da amostra inquirida se comportam de modo equivalente. Verificam-se diferenças apenas nas variáveis *I Have*, com o gênero feminino a apresentar um valor médio superior, e *Burnout* relacionado com o Trabalho, cujo valor médio é igualmente superior no gênero feminino. Contudo, é provável que estes resultados se devam às características da própria amostra, o que não permite que discutamos este tópico.

Já em função da categoria profissional foram encontradas diferenças significativas nas variáveis Balanço Emocional, Afetos Positivos, indicador total do CBI, *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente. Assinale-se que estes resultados são todos a desfavor dos profissionais de saúde, sendo que são corroborados por diversos autores como Eelen et al. (2014) que defendem que os profissionais de saúde se apresentam como uma população particularmente vulnerável ao desenvolvimento de *burnout*. Também Marôco et al. (2016) afirmam que o *burnout* tem vindo a ser reportado enquanto problema de saúde ocupacional de grande relevância na classe dos profissionais de saúde. Um outro estudo desenvolvido por McGarry et al. (2013) revelou que o bem-estar dos profissionais de ajuda a desenvolverem atividade em hospitais pediátricos é negativamente afetado pela exposição frequente a acontecimentos traumáticos. De referir ainda um estudo levado a cabo por Oliveira (2008) em que foram evidenciadas correlações negativas entre a satisfação com a vida e, por exemplo, trabalhar longe da residência, ter atividades de plantão ou dedicar mais horas às atividades laborais, comum na atividade profissional dos mesmos.

Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do exercício profissional nas variáveis do *Burnout*, nomeadamente, indicador total do CBI, *Burnout* Pessoal e *Burnout* relacionado com o Trabalho, com resultados superiores no setor privado. Estes resultados não são corroborados no estudo de Khoshakhlag et al. (2019), que defendem que no setor público existe uma tendência para a sobrecarga de trabalho. Todavia, pensamos que os níveis superiores de *burnout* apresentados pela amostra inquirida a desempenhar funções no setor privado se podem dever ao modelo de funcionamento do mesmo, centrado em objetivos e metas, muitas vezes desafiantes e inalcançáveis, o que, conseqüentemente, poderá resultar numa maior pressão e sobrecarga dos profissionais.

Em resposta ao objetivo específico em que se pretendia analisar as relações entre as variáveis resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout*, constataram-se associações positivas e estatisticamente significativas entre a resiliência e o bem-estar subjetivo, assim como entre a resiliência e a esperança, e associações negativas e estatisticamente significativas entre a resiliência e o *burnout*. Estes resultados são corroborados pela literatura científica, nomeadamente por Quoidbach et al. (2010, citado por Santana & Gondim, 2016) que afirmam que a manutenção de emoções positivas se reflete num aumento proporcional da resiliência, de afetos positivos e de satisfação com a vida. Por sua vez, quanto menor a resiliência, menor a esperança, sendo que a experiência de estados negativos se traduz numa diminuição do bem-estar. Já no que concerne às associações verificadas com a dimensão do *burnout*, a resiliência possibilita, efetivamente, aos indivíduos ultrapassar as adversidades e dificuldades da profissão, amenizar o stresse, reduzir o risco de esgotamento e manter os níveis de bem-estar ainda que em períodos conturbados (Brown et al., 2021), assumindo-se, assim, como um fator protetor face à presença de níveis elevados de desgaste emocional e despersonalização, ou seja, de *burnout* (Vieira et al., 2022).

Foram observadas associações positivas e estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo e a esperança e associações negativas e estatisticamente significativas entre o bem-estar subjetivo e o *burnout*. Estes resultados são igualmente suportados pela literatura científica, em que é defendido que indivíduos com maiores níveis de esperança são mais flexíveis face aos desafios, assim como ao planear novas formas para resolver problemas (Juntunen & Wettersten, 2006), pelo que se salienta o efeito benéfico desta dimensão na saúde mental e bem-estar dos indivíduos (Zerbetto et al., 2021). Ainda, Marôco et al. (2016) apresentam o *burnout* enquanto problema de saúde ocupacional com inúmeras consequências, por exemplo, maior sofrimento pessoal, aumento de conflitos, abuso de álcool e outros psicotrópicos e menores níveis de atividades de vida saudáveis, o que, por sua vez, apresenta implicações no bem-estar subjetivo dos indivíduos.

Constataram-se ainda associações negativas e estatisticamente significativas entre a esperança e o *burnout*. Sendo o *burnout* caracterizado por sentimentos de inutilidade, esgotamento, ansiedade e descontentamento que geram sensações de exaustão física, psíquica e emocional, bem como alterações de personalidade (Zhang et al., 2020), os seus sintomas e manifestações assentam, entre outros, nos domínios cognitivo, emocional, comportamental, espiritual e relacional (Köveroová & Rácová, 2017). Desta forma, e uma vez que a esperança se encontra alicerçada a uma perspetiva otimista e espiritual, assim

como ao desejo de que as adversidades sejam ultrapassadas rapidamente (Zerbetto et al., 2021), esta associação parece ser evidente.

Relativamente ao objetivo específico em que se pretendia verificar a influência da esperança sobre a resiliência e o bem-estar subjetivo, verificou-se que a esperança influencia tanto a resiliência, como o bem-estar subjetivo. Isto é, a esperança explica, em muito, o desenvolvimento do recurso da resiliência e o aumento do bem-estar subjetivo. Tais resultados são corroborados por Aspinwall e Taylor (1992) que associam o papel da resiliência no trabalho e na carreira às avaliações positivas que o indivíduo faz de si próprio e da sua vida, o que, conseqüentemente, permite uma visão com esperança face ao futuro. Neste sentido, Amati et al. (2019) afirmam que a esperança influencia a qualidade de vida percebida. Também Zerbetto et al. (2021) acrescentam que a esperança surge como preditora do bem-estar subjetivo e de saúde mental, regulando sintomas de ansiedade e depressão, e predizendo a satisfação com a vida. Westaway (2011) refere ainda que a agência humana está claramente relacionada com a resiliência.

Por último, fazendo referência ao objetivo específico em que se pretendia verificar se a variável esperança exerce um papel moderador na influência do *burnout* sobre a resiliência, constatou-se que esta não apresenta um papel moderador. Apresenta, todavia, um claro efeito mediador, nomeadamente as componentes relacionadas à formulação de objetivos e à definição de agência, na influência do *burnout* sobre a resiliência, anulando o efeito do primeiro sobre a segunda. Estes resultados surgem em oposição aos resultados apresentados nos estudos de Gungor (2016) e de Visser et al. (2012) em que a esperança surge como um dos moderadores de eventos negativos de vida que originam sofrimento psíquico. Contudo, os resultados fazem-nos sentido, dado o papel de grande relevância que a esperança apresenta na explicação da resiliência e do bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, das associações negativas que estes apresentam com o *burnout*.

Desta forma, afirma-se que a hipótese inicialmente proposta se confirma, isto é, a esperança exerce efetivamente um papel protetor na influência negativa do *burnout* na resiliência.

Os resultados encontrados na nossa investigação afiguram-se como extremamente pertinentes atendendo às implicações que os conhecimentos advindos do estudo das variáveis em estudo podem deter na promoção da resiliência e bem-estar subjetivo nos profissionais de ajuda. Assim, estes resultados são úteis para a intervenção do Psicólogo Educacional, sendo que estas áreas poderão ser trabalhadas e otimizadas de forma a apoiar os profissionais de ajuda a enfrentarem as situações stressoras, os desafios e as

adversidades no dia-a-dia na sua prática profissional com um maior equilíbrio emocional. Este trabalho poderá passar, por exemplo, pela promoção da esperança, através da implementação de iniciativas e intervenções que favoreçam a mobilização para a agência pessoal e para o estabelecimento de objetivos dos profissionais, uma vez que a esperança apresenta um papel de grande relevância na influência do *burnout* sobre a resiliência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação teve como principal objetivo a análise da resiliência e do bem-estar subjetivo em profissionais de ajuda, com enfoque no papel protetor da esperança em situações de *burnout*. Pretendeu-se ainda estudar os níveis de resiliência, bem-estar subjetivo, esperança e *burnout* neste grupo profissional, analisar a variância destas dimensões em função das variáveis sociodemográficas da amostra, analisar as relações entre as variáveis, verificar a influência da esperança sobre a resiliência e o bem-estar subjetivo e ainda o eventual papel moderador da esperança na influência do *burnout* sobre a resiliência.

Neste sentido, é possível concluir que os profissionais de ajuda da presente amostra apresentam níveis elevados de *burnout*, expressando, contudo, níveis igualmente elevados de resiliência, que se constituirão como fatores protetores do seu equilíbrio emocional e sua saúde mental, provavelmente advindos da necessidade de encontrarem força emocional que lhes permita responder com estabilidade emocional às experiências exigentes que vivenciam no seu dia-a-dia. Constatou-se que o *burnout*, tal qual seria expectável por evidências anteriores e pelo que demonstra a literatura científica, se constitui como um fator negativo que pode afetar de forma significativa a sua vida profissional e pessoal, mas que contrabalançando com os recursos de resiliência que apresentam, acaba por ser minimizado, possibilitando o seu bem-estar subjetivo. A esperança, nomeadamente as componentes agência pessoal e objetivos, exercem uma influência positiva sobre a resiliência e o bem-estar subjetivo, afigurando-se ainda como variável mediadora da influência negativa do *burnout* sobre a resiliência. Entende-se, desta forma, que a promoção de níveis elevados de agência e de objetivos se revelam a favor quando se pretende incrementar a resiliência e o bem-estar nestes profissionais.

Considerando ainda as variáveis sociodemográficas, os valores encontrados não se revelaram permeáveis na amostra inquirida, não existindo, no geral, indicadores muito robustos. Excetuam-se as variáveis relativas ao *burnout*, que apresentam um papel mais evidente no exercício da atividade profissional no setor privado, assim como recaem de forma considerável sobre os profissionais de saúde.

Como foi explanado, os profissionais de ajuda confrontam-se diariamente com diversos desafios e agentes stressantes, colocando, por vezes, em risco a sua saúde e bem-estar físico, emocional, social e espiritual, bem como a sua atividade laboral. Por outro

lado, é evidente que os profissionais mais resilientes têm maior capacidade para enfrentar as adversidades e exigências das suas atividades. A promoção da resiliência representa, assim, uma poderosa intervenção para a promoção da saúde a nível individual, familiar e comunitária. Como é defendido por Silva et al. (2005), a resiliência permite ainda aos profissionais de ajuda deslocar a ênfase da dimensão de negatividade, para as potencialidades, possibilitando que estes possam ser capazes de responder mais positivamente às solicitações da sua vida profissional.

Face a estes resultados é importante que as organizações de saúde e os seus órgãos de gestão possam compreender a importância e o valor crucial de investir na saúde mental e no bem-estar dos profissionais de ajuda, a nível individual, organizacional e social, atendendo aos benefícios pessoais, económicos e sociais que esta tomada de consciência pode implicar a nível societal. Neste sentido, e atendendo a que é possível promover o desenvolvimento de uma maior esperança, e consequentemente uma maior resiliência, um melhor bem-estar, que podem minimizar as situações de *burnout*, sugere-se a implementação de programas de formação e/ou intervenção psicológica direcionados aos profissionais de ajuda, que promovam o desenvolvimento destas importantes variáveis psicológicas.

Assinale-se, contudo, que é crucial que estes programas educativos sejam acompanhados por mudanças estruturais nos locais de trabalho, sendo que as intervenções de resiliência devem acontecer em vários níveis do sistema e não apenas no pessoal. Para que um programa de promoção da resiliência seja bem-sucedido, é importante construir uma cultura que valorize o bem-estar dos profissionais. Fomentar uma cultura que os incentive a cuidar de si mesmos é fundamental (DeTore et al., 2022).

É nosso entender que os contextos laborais dos profissionais de ajuda devem responder à importância de implementar intervenções no âmbito da educação em resiliência. Nestes programas os profissionais devem ser sensibilizados para a compreensão dinâmica do processo de resiliência, sobre as questões relacionadas com a resiliência *versus* a invulnerabilidade, a gestão dos fatores de risco e dos fatores protetores. O reconhecimento de fatores promotores de resiliência no seu dia-a-dia e a identificação de fatores de vulnerabilidade e de risco, tendo como objetivo a promoção da saúde individual e coletiva no contexto profissional, são de enorme relevância. Também a importância de cultivar as emoções positivas, como a esperança, autoeficácia, autoestima, empatia, flexibilidade e confiança, podem ajudar a construir resiliência e reduzir o *burnout*. É importante ainda que sejam trabalhadas as capacidades para

desenvolver e manter relações positivas e respeitadoras com os outros, identificar e gerir as próprias emoções, compreender os sentimentos dos outros, desenvolver aptidões de comunicação, incluindo a assertividade, empatia e negociação, bem como as aptidões para a resolução de problemas e para a tomada de decisões informadas, livres e esclarecidas (Janzarik et al., 2022).

Importa destacar que, ao longo do processo de investigação, uma das principais limitações assentou na recolha de uma amostra mais significativa e alargada. O número reduzido de respostas obtido no presente estudo levou-nos a tomar a decisão consciente de agrupar os participantes em grupos de profissionais, nomeadamente Profissionais de Saúde e Profissionais de Assistência, Reabilitação e Ensino. Embora possamos, com tal decisão, ter perdido alguma especificidade, consideramos ter sido a decisão mais acertada dadas as dificuldades na recolha de uma amostra mais representativa. Acresce-se o facto da intervenção desenvolvida pelos profissionais dentro de cada grupo ser similar.

Apontamos também como outra possível limitação o facto de a recolha dos dados ter sido efetuada após o período de pandemia COVID-19 que se vivenciou, sinónimo de um período caracterizado por múltiplas exigências para estes profissionais, o que pode ter influenciado os resultados obtidos, bem como a questão da desejabilidade social que pode ocorrer neste tipo de estudos, em que os inquiridos tendem a responder de acordo com o que pensam ser mais aceitável e expectável em termos sociais.

Embora a investigação científica tenha nos últimos anos vindo a dedicar cada vez mais atenção ao grupo profissional estudado no presente trabalho, existem ainda poucos estudos, sobretudo no que diz respeito aos Profissionais de Assistência e Reabilitação com as variáveis por nós escolhidas, constituindo-se como outra limitação deste estudo.

A título sugestivo, em investigações futuras no âmbito da presente temática seria de interesse desenvolver um estudo com uma amostra maior e de nível nacional. Importante ainda teria sido, paralelamente, a condução de entrevistas semiestruturadas que nos permitissem aprofundar os resultados por nós encontrados. A introdução de outras variáveis que possam também exercer efeitos de moderação ou mediação na presente equação seriam igualmente importantes contributos para aprofundar esta área e permitir intervenções mais adaptadas às necessidades destes profissionais.

Em nosso entender, e consubstanciando os resultados encontrados, acreditamos que, apesar das limitações expostas, o presente estudo realce a importância da construção de programas de formação e/ou intervenção psicológica junto destes profissionais, de forma a que possam ser apoiados e, conseqüentemente, apresentem recursos para



enfrentarem situações stressoras com um maior equilíbrio emocional e maior saúde mental.

Para terminar, importa ainda referir a importância do presente estudo, que marca o final desta etapa do meu percurso formativo, que contribuiu significativamente para a minha formação, bem como para o meu crescimento pessoal. Destaco ainda a sua relevância como alicerce para o trabalho a desenvolver pelo Psicólogo Educacional nesta área de grande relevância da sua intervenção.

## Referências Bibliográficas

- Albini, E., Zoni, S., Parrinello, G., Benedetti, L., & Lucchini, R. (2011). An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. *Industrial Health*, 49(1), 15–23. <https://doi.org/10.2486/indhealth.ms948>
- Almeida, L. A., Medeiros, I. D., Barros, A. G., Martins, C. C., & Santos, V. E. (2016). Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4623-4628. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4623-4628>
- Almeida, S. L., Salvaro, M. M., Geraldo, M. V., Guimarães, V. M., Fornero, L. C., Amorim, A. C., Carvalho, L. P., Morais, I. L., Dutra, F. R., Lana, E. H., & Rocha, A. L. (2021). Síndrome de Burnout em profissionais da saúde da linha de frente do COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(7), 66360-66371. <http://doi.org/10.34117/bjdv7n7-082>
- Amati, M., Grignoli, N., Rubinelli, S., Amann, J., & Zanini, C. (2019). The role of hope for health professionals in rehabilitation: A qualitative study on unfavorable prognosis communication. *Plos One*, 14(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224394>
- Amundson, N., Niles, S., Yoon, H., Smith, B., I, H., & Mills, L. (2013). *Hope-Centered Career development for university/college students*. Final report project. [http://ceric.ca/wp-content/uploads/2012/10/CERIC\\_Hope-Centered-Career-Research-Final-Report.pdf](http://ceric.ca/wp-content/uploads/2012/10/CERIC_Hope-Centered-Career-Research-Final-Report.pdf)
- APA (2015). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Araújo, R. R., & Sachuk, M. I. (2007). Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. *Revista de Gestão*, 14(1), 53-66.
- Artuch-Garde, R., González-Torres, M. C., Martínez-Vicente, J. M., Peralta-Sánchez, F. J., & Fuente-Arias, J. (2022). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) among Spanish youth. *Heliyon*, 8(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09713>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.989>
- Atanásio, P., Paixão, M. P. & Silva, J. T. (2013). The influence of Future Time Perspective in career decision-making: The mediating role of Work Hope. In M. P. Paixão & J. T. Silva (Coord.) *International Studies in Time Perspective*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. [https://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0775-7\\_20](https://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0775-7_20)

- Bahar, A., Koçak, H. S., Bağlama, S. 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>
- Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3) 315–323.
- Beckwith, H. (2016). Building resilience in health care workers. *Imperial College Healthcare NHS Trust*, 457–460. <https://doi.org/10.1111/tct.12603>
- Bernard, H. R. (2017). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: AltaMira Press.
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265–267. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b>
- Bragazzi, N. L., Dini, G., Parodi, V., Blasi, C., Linares, R., Mortara, V., Toletone, A., Bersi, F. M., D'Amico, B., Massa, E., Montecucco, A., Debarbieri, N., & Durando, P. (2019). Protocol of a scoping review assessing injury rates and their determinants among healthcare workers in western countries. *BMJ Open*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023372>
- Brown, K., & Westaway, E. (2011). Agency, capacity, and resilience to environmental change: Lessons from human development, well-being, and disasters. *Annual Review of Environment and Resources*, 36(1), 321–342. <https://doi.org/10.1146/annurev-environ-052610-092905>
- 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*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare9121699>
- Calys-Tagoe, B. N. L., Hewlett, S. A., Dako-Gyeke, P., Yawson, A. E., Bad-Doo, N. A., Seneadza, N. A. H., Mensah, G., Minicuci, N., Naidoo, N., Chatterji, S., Kowal, P., & Biritwum, R. B. (2014). Predictors of subjective well-being among older Ghanaians. *Ghana Medical Journal*, 48(4), 178–184. <https://doi.org/10.4314/gmj.v48i4.2>
- Carlotto, M. S. (2009). A Relação Profissional-Paciente e a Síndrome de Burnout. *Encontro Revista De Psicologia*, 7(17), 7–20.
- Carrera, J. F. G. F. (2011). *Stress e Burnout: um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS'S*. Dissertação de Mestrado em Política Social apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/3097>
- Chen, C. P. (2002). Integrating Action Theory and Human Agency in Career Development. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 36(2).

- Chirico, F., Crescenzo, P., Sacco, A., Riccò, M., Ripa, S., Nucera, G., & Magnavita, N. (2021). Prevalence of burnout syndrome among Italian volunteers of the Red Cross: a cross-sectional study. *Industrial Health*, 59(2), 117–127. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0246>
- Christofoletti, G., Pinto, S. M. C., & Vieira, A. N. (2008). Análise das condições físico-mentais de funcionários do setor de pediatria do Hospital das Clínicas de Goiânia. *Revista Movimenta*, 1(1), 7-10.
- Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., & Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: Perspectives from psychology and public health. *Public Health Reviews*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5>
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social* (7th ed.). Rio de Janeiro: FGV.
- DeTore, N. R., Sylvia, L., Park, E. R., Burke, A., Levison, J. H., Shannon, A., Choi, K. W., Jain, F. A., Coman, D. C., Herman, J., Perlis, R., Fava, M., & Holt, D. J. (2022). Promoting resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic with a brief online intervention. *Journal of Psychiatric Research*, 146, 228–233. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.11.011>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Duarte, F., Silva, J. T., & Paixão, M. P. (2017). Análise da dimensionalidade da escala esperança no trabalho com alunos ensino secundário. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (03), 68-72. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.03.2836>
- Edwards, D., Burnard, P., Owen, M., Hannigan, B., Fothergill, A., & Coyle, D. (2003). A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 370–371. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00606.x>
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzelen, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: Oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1415-1422. <https://doi.org/10.1002/pon.3579>
- Eklund, L., Gunnarsson, A. B., Jansson, J.-Å., Pooremamali, P., & Eklund, M. (2021). A cross-sectional study addressing the importance of work and other everyday activities for well-being among people with mental illness: does additional vulnerability matter? *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03388-8>
- Ferreira, P. L., Raposo, V., Tavares, A. I., & Pinto, A. (2021). Burnout and health status differences among primary healthcare professionals in Portugal. *BMC Family Practice*, 22, 81-92. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01425-9>

- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18118>
- 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>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusididacta.
- 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>
- Galinha, I. C (2008). *Bem-estar subjetivo: factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Quarteto: Coimbra.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 13(2), 219–227.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo - PANAS-VRP: Análise Fatorial Confirmatória e Invariância Temporal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(1), 53–65. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i1.622>
- Garcia, I. M. (1990). Burnout en profesores y marginación social: diferencias en una muestra de profesores de centros educativos marginado y no marginados. Em Livro de Comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela: Tórculo A.G.
- 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>
- Gouveia, R. S., Lins, Z. M., Lima, T. J., Freires, L. A., & Gomes, A. I. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética*, 17(2), 267–280.
- Graf, E.-M., Sator, M., & Spranz-Fogasy, T. (2014). Discourses of helping professions: Concepts and contextualization. *Amsterdam: Benjamins*, 1–12.
- Graham, J. R., & Shier, M. L. (2009). The Social Work Profession and Subjective Well-Being: The Impact of a Profession on Overall Subjective Well-Being. *British Journal of Social Work*, 40(5), 1553–1572. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp049>

- Gu, Q., & Day, C. (2007). Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education*, 23(8), 1302–1316. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2006.06.006>
- Gungor, A. (2016). *Investigating the Moderating Effects of Optimism, Hope, and Gratitude on the Relationship Among Negative attitude on the Relationship Among Negative Life Events and Psychological Distress and Life Satisfaction*. Electronic Theses and Dissertations. <https://stars.library.ucf.edu/etd/5073>
- Hiew, C. C. (1998). *Resilience: development and measurement*. Paper presented at the Graduate Department of Learning and Curriculum Development, Faculty of Education, Hiroshima University (Policopiado cedido pelo autor).
- Huey, C. W. T., & Palaganas, J. C. (2020). What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. *Medical Teacher*, 42(5), 550–560. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1714020>
- Hussain, S. M., Chethiyar, S. D. M., & Ibrahim, N. B. (2022). Impact of Emotional Exhaustion and Work Environment on Job Performance of Nurses: The Moderating Role of Rumination. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 42(2), 457–466.
- Irving, L. M., Telfer, L., & Blake, D. D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 465–479. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100311>
- Janzarik, G., Wollschläger, D., Wessa, M., & Lieb, K. (2022). A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 649–685. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020649>
- Juntunen, C., & Wettersten, K. (2006). Work hope: Development and initial validation of a measure. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 94–106. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.94>
- Khoshakhlagh, A. H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, S., & Sheidaei, A. (2019). Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
- Köverová, M., & Ráciová, B. (2017). Negative consequences of helping and the length of work experience. *Psychology applications and developments III*, 121–132.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of Burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kubo, S. H., & Gouvêa, M. A. (2012). Análise de Fatores Associados ao significado do Trabalho. *Revista De Administração*, 47(4), 540–554. <https://doi.org/10.5700/rausp1057>

- Küçükşakar, B., & Sezici, E. (2022). The impact of work-family conflict on emotional labor: A research on Secondary School Teachers. *Kafkas Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(25), 160–180. <https://doi.org/10.36543/kauibfd.2022.008>
- Kurogi, M. S. (2008). Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. *Revista De Ciências Gerenciais*, 12(16), 49–62. <https://doi.org/10.17921/1415-6571.2008v12n16p63-76>
- Ledger, S. (2021). Resilience Building for Pre-service Teachers: BRiTE, Micro-Teaching and Augmented Reality/Simulation (BRiTE-AR). In C. F. Mansfield (Ed.), *Cultivating Teacher Resilience: International Approaches, Applications and Impact* (pp. 245–262). Springer.
- Lopess, C. H. T., Gurkewicz, J. A. H., Pereira, S. R. A., & Silva, S. R. S. (s.d.). O Impacto do Trabalho na Saúde Mental do Indivíduo: Competências Sociais e Qualidade de Vida.
- Macedo, A. B., Antonioli, L., Dornelles, T. M., Hansel, L. A., Tavares, J. P., & Souza, S. B. (2020). Estresse psicossocial e resiliência: Um estudo em profissionais da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10. <https://doi.org/10.5902/2179769235174>
- Machado, P. G. B., & Porto-Martins, P. C. (2015). Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. *Diaphora*, 13(1), 35-44. <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/83>
- Maghout-Juratli, S., Janisse, J., Schwartz, K., & Arnetz, B. B. (2010). The causal role of fatigue in the stress-perceived health relationship: A metronet study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 212–219. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090132>
- Marôco, J., Marôco, 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>
- 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](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=15332)
- McAllister, M. & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29, 371- 379. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60–81. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>

- McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Wood, F., & Elliott, C. (2013). Paediatric medical trauma: The impact on parents of burn survivors. *Burns*, 39(6), 1114–1121. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.01.009>
- Mendonça, H. & Mendes, A. M. (2005). Experiências de injustiça, sofrimento e retaliação no contexto de uma organização pública do Estado de Goiás. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 489-498. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300017>
- Mijakoski, D., Cheptea, D., Marca, S. C., Shoman, Y., Caglayan, C., Bugge, M. D., Gnesi, M., Godderis, L., Kiran, S., McElvenny, D. M., Mediouni, Z., Mesot, O., Minov, J., Nena, E., Otelea, M., Pranjic, N., Mehlum, I. S., Molen, H. F., & Canu, I. G. (2022). Determinants of Burnout among Teachers: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095776>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., & Climent-Rodríguez, J. A. (2018). Engagement (compromiso), resiliencia y empatía en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 28(2), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.009>
- Niles, S. (2011). Career flow: A hope-centered model of career development. *Journal of Employment Counseling*, 48, 173-175. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2011.tb01107.x>
- Nogueira, T. V., Barros, T. A. V., & Pinto, F. R. (2013). Resiliência dos profissionais de saúde. *Anais do SIMPOI-Simpósio de Administração da Produção Logística e Operações Internacionais da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas*, 01-14.
- O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., McLoughlin, A., Rabbitt, L., McVicker, L., Reid-McDermott, B., & Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
- Oliveira, G. F. de (2008). *Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos*. Tese de Doutorado apresentada à UFPB. [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&c\\_o\\_obra=146584](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&c_o_obra=146584)
- Ostrom, T. M. (1969). The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. *Journal of Experimental Psychology*, 5, 12-30. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(69\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0022-1031(69)90003-1)
- Puig, A., Yoon, E., Callueng, C., An, S., & Lee, S. M. (2014). Burnout syndrome in psychotherapists: a comparative analysis of five nations. *Psychological Services*, 11(1), 87–96. <https://doi.org/10.1037/a0035285>
- Qama, E., Diviani, N., Grignoli, N., & Rubinelli, S. (2022). Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. *Patient Education and Counseling*, 105(6), 1470–1487. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.025>



- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400013>
- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of Primary Healthcare Professionals: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 66(647). <https://doi.org/10.3399/bjgp16x685261>
- Rodrigues, C. M. L., Faiad, C., & Facas, E. P. (2020). Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho: Definição e Implicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(19). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe19>
- Rosenberg-Yunger, Z. R. S., Daar, A. S., Singer, P. A., & Martin, D. K. (2008). Healthcare sustainability and the challenges of innovation to Biopharmaceuticals in Canada. *Health Policy*, 87(3), 359–368. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.02.004>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sá, R. D. F. (2017). *O impacto da atividade profissional na Saúde e Bem-estar de Psicólogos: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6423/1/DM\\_Ricardo%20S%C3%A1.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6423/1/DM_Ricardo%20S%C3%A1.pdf)
- Saade, S., Parent-Lamarche, A., Bazarbachi, Z., Ezzeddine, R., & Ariss, R. (2022). Depressive symptoms in helping professions: A systematic review of prevalence rates and work-related risk factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(1), 67–116. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01783-y>
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos De Psicologia*, 21(1), 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Satuf, C. V., Monteiro, S. J., Pereira, H., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2018). A Influência da Satisfação Laboral no Bem-estar Subjetivo: Uma Perspectiva Geracional. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3451>
- Savickas, M. (2013). Career construction theory and practice. In R. W. Lent & S. D. Brown (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 147-183). Hoboken, New Jersey: John Wiley and sons.

- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. (1996). Professional burnout. In M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper (Eds.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). New York: John Wiley.
- Silva, C. O., & Ramminger, T. (2014). O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4751–4758. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>
- Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Filho, W. D. L. & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e Promoção de Saúde. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*, 14, 95-102. <https://www.scielo.br/j/tce/a/yqD56c78Rkq77f5z7k8mZfM/?format=pdf&lang=pt>
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres?. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27(3), 387-404.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201–209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1304\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1304_01)
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 122–139. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.122.21854>
- Snyder, C., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Sousa, V. F., & Araujo, T. C. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900–915. <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>
- Statt, D. (1994). *Psychology and the world of work. The Macmillan Press, 1.*
- Taku, K. (2014). Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*, 59, 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.003>
- Thanacoody, P. R., Newman, A., & Fuchs, S. (2014). Affective commitment and turnover intentions among healthcare professionals: The role of emotional exhaustion and disengagement. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(13), 1841-1857. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.860389>
- Thorsteinsson, E. B., & Brown, R. F. (2009). Mediators and moderators of the Stressor–fatigue relationship in nonclinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.010>

- Tillett, R. (2003). The patient within — psychopathology in the helping professions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(4), 272–279. <https://doi.org/10.1192/apt.9.4.272>
- Ungar, M. (2019). Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and Youth. *Child Abuse & Neglect*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104098>
- Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and Mental Health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441–448. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30434-1)
- Vieira, L. S. G. (2007). *A Realização Pessoal na Relação Pedagógica. Estudo do Bem-Estar Subjetivo de Professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e do Ensino Secundário*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia à Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/643/1/A%20Realização%20Pessoal%20na%20Relação%20Pedagógica.pdf>
- Vieira, L. S., Machado, W. L., Pai, D. D., Magnago, T. S., Azzolin, K. 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, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>
- Visser, P.L., Loess, P., Jeglic, E. L., & Jameson K. Hirsch, J. K. (2012). Hope as a Moderator of Negative Life Events and Depressive Symptoms in a Diverse Sample. *Stress and Health*, 29, 82–88. <https://doi.org/10.1002/smi.2433>
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774-781. <https://doi.org/10.1111/jpm.12137>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- World Health Organization. International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision (ICD-11). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-.The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20>
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive Organizational Behavior in the Workplace. *Journal of Management*, 33(5), 774-800. <https://doi.org/10.1177/0149206307305562>

- Yu, T., Li, J., He, L., & Pan, X. (2022). How Work Stress Impacts Emotional Outcomes of Chinese College Teachers: The Moderated Mediating Effect of Stress Mindset and Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10932. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710932>
- Zamora, G. L., Castejón, E.O. & Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamento. *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, 4(2), 323-336.
- Zerbetto, S. R., Marcheti, P. M., Queiroz, A. M., Rezio, L. A., Sousa, A. R., Oliveira, E., Nasi, C., & Nóbrega, M. P. (2021). Sentidos de Esperança dos Profissionais de Enfermagem no Contexto da Pandemia da COVID-19. *Revista Mineira De Enfermagem*, 25, 1–8. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210068>
- Zhang, X.-jie, Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T.-ying. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000020992>
- Zomer, F. B., & Gomes, K. M. (2017). Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. *Revista de Iniciação Científica*, 15(1), 55-68.

## **Apêndices**

## Apêndice 1. Consentimento Informado

### Consentimento Informado

Caro/a participante,

Solicitamos a sua colaboração num estudo sobre a Resiliência e o Bem-Estar Subjetivo em Profissionais de Ajuda, desenvolvido no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade do Algarve, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins e do Professor Doutor Luís Sérgio Vieira.

A sua participação na presente investigação é totalmente voluntária e, caso deseje, poderá interrompê-la ou desistir a qualquer momento.

Importa mencionar que serão assegurados todos os requisitos éticos inerentes à investigação, sendo que todos os dados recolhidos serão tratados, garantindo a confidencialidade e sigilo das suas respostas. A utilização destes dados destina-se única e exclusivamente para fins desta investigação.

Por favor, leia com atenção cada uma das questões e responda a todas o mais honestamente possível. Não existem respostas mais ou menos desejáveis ou mais ou menos corretas. Todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas. É muito importante que preencha o questionário pela ordem que se apresenta e que responda a todas as questões. Em caso de dúvida, dê a resposta que mais se assemelha ao seu modo de sentir ou agir.

Se tiver alguma dúvida no preenchimento do presente questionário poderá contactar-nos através do e-mail [a60902@ualg.pt](mailto:a60902@ualg.pt).

Desde já, agradecemos pela sua disponibilidade e importante contribuição!

Aceito participar voluntariamente neste estudo.

Sim.

Não.

## Apêndice 2. Questionário Sociodemográfico

### I. Questionário Sociodemográfico

De seguida encontrará várias questões às quais deverá responder no espaço destinado ou assinalando a opção que mais se adequa à sua situação.

#### 1. Género

- Feminino
- Masculino

#### 2. Idade

\_\_\_\_\_ anos

#### 3. Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra: \_\_\_\_\_

#### 4. Estado civil

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

#### 5. Atividade profissional

- Psicólogo(a)
- Médico(a)
- Enfermeiro(a)

Assistente Social

Outra: \_\_\_\_\_

6. Exercício profissional

Setor público

Setor privado

7. Carga horária semanal de trabalho

\_\_\_\_\_

8. Tempo de exercício da profissão

\_\_\_\_\_



## **Anexos**

## Anexo 1. *Measuring State Resilience* (Exemplos de itens)

### II. 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 assinale a opção 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”.

Para cada afirmação escolha uma alternativa:

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

No momento atual:

Tenho alguém que gosta de mim.	1	2	3	4	5
Eu acredito que tudo me irá correr bem.	1	2	3	4	5
Gosto de fazer bem o que faço.	1	2	3	4	5

## Anexo 2. *Copenhagen Burnout Inventory* (Exemplos de itens)

### III. Inventário de Burnout – *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)

(adaptado para a população portuguesa por Fonte, 2011)

Este questionário destina-se à avaliação das diferentes dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência.

A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento.

Nunca/ quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	1	2	3	4	5
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	1	2	3	4	5
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	1	2	3	4	5

Muito pouco	Pouco	Assim, assim	Bastante	Muito
1	2	3	4	5

Acha difícil trabalhar com utentes?	1	2	3	4	5
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	1	2	3	4	5
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	1	2	3	4	5

### Anexo 3. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (Exemplos de itens)

#### IV. Escala de Bem-Estar Subjetivo - *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

(adaptado para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante os últimos dias.

<b>Nada ou muito ligeiramente</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
Repulsa	1	2	3	4	5
Determinado	1	2	3	4	5

## Anexo 4. *Work Hope Scale* (Exemplos de itens)

### V. Escala de Esperança no Trabalho – *Work Hope Scale* (WHS)

(adaptado para a população portuguesa por Atanásio et al., 2013)

Leia e responda às perguntas assinalando a opção correspondente a uma das seguintes opções de resposta: Muito frequente, Frequentemente, Às vezes, De vez em quando, Raramente.

Raramente	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Muito frequente
1	2	3	4	5

Quando olho para o futuro tenho uma noção exata do que será a minha vida profissional.	1	2	3	4	5
Tenho as capacidades e a atitude necessária para encontrar e manter um emprego significativo.	1	2	3	4	5
Duvido que tenha sucesso em encontrar (ou manter) um emprego importante.	1	2	3	4	5

## Anexo 5. Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD-UAlg)

Re: Pedido de autorização para realização de questionários



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

Hoje às 15:13

Para: ANA CATARINA MARCAL DA PIEDADE

Cara Ana Catarina Piedade

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 "Estudo sobre a Resiliência e o Bem-Estar Subjetivo 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 6. Parecer da Comissão de Ética da UAlg



Nº DO PROCESSO	CEUAlg Pn°06/2022
DATA DO PEDIDO	17/01/2022
TÍTULO/TEMA	Ana Catarina M. Piedade
RESPONSÁVEL	A Resiliência e o Bem-estar subjetivo em Profissionais de Ajuda: o papel protetor da Esperança em situação de <i>Burnout</i> .
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	<b>Positivo sem recomendações.</b>

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 15:55:42+00'00'



Prof. Doutor Virgílio Machado