

VIAGEM PELO MUNDO DA ANSIEDADE, *BURNOUT* E PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA

2011

Estela Landeiro

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicoterapia e Psicologia da Saúde.
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (Portugal)

E-mail:

estelalandeiro@gmail.com

RESUMO

O fenómeno da Ansiedade tem ocupado a atenção de vários autores desde há bastantes séculos. A sua importância é caracterizada por diversas teorias da aprendizagem, bem como por teorias psicanalíticas. Este fenómeno torna-se paradoxal devido à quantidade de características que se lhe associam.

Palavras-chave: Ansiedade, burnout, perturbação depressiva, suicídio, trabalho, PAG

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANSIEDADE

O fenómeno da Ansiedade tem ocupado a atenção de vários autores desde há bastantes séculos. A sua importância é caracterizada por diversas teorias da aprendizagem, bem como por teorias psicanalíticas.

Este fenómeno torna-se paradoxal devido à quantidade de características que se lhe associam. Por exemplo, uma destas características traduz-se no facto de que o indivíduo parece evocar involuntariamente o que mais receia e/ou detesta, pois, realmente, o medo de um acontecimento desagradável parece aumentar a probabilidade de este realmente se verificar (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Num episódio de medo, praticamente todos os sistemas corporais são afectados: a nível fisiológico, a ansiedade manifesta-se em termos de sudorese, aumento do ritmo cardíaco e tonturas; ao nível cognitivo, verificam-se antecipações tais como “provavelmente vai ocorrer uma desgraça comigo”; ao nível da motivação, deseja-se o mais possível estar longe da situação

traumática; a nível afectivo e emocional regista-se um sentimento subjectivo de terror; e, finalmente, no que respeita ao sistema comportamental, ocorrem oscilação e inibição do discurso ou do pensamento (Beck *et. al.*, 1985).

Beck *et al.* (1985) defendem que o elemento crucial do estado de ansiedade é o processo cognitivo, que pode tomar a forma de um pensamento automático ou imagem que aparecem rapidamente, por reflexo, após o estímulo inicial, como a sensação de falta de ar, que parece plausível, e que é seguida por uma curva de ansiedade.

Mudando os conceitos de ansiedade...

Até há pouco tempo, os distúrbios de Ansiedade eram considerados uma expressão de uma emoção fora de controlo, o que parece justificar-se pelo facto de os sentimentos de ansiedade e terror serem as características mais dramáticas (Beck *et al.*, 1985), sendo que outras componentes, mais atendidas actualmente, são muitas vezes esquecidas em detrimento dos sentimentos subjectivos.

Por vezes a componente cognitiva da ansiedade foi negligenciada, pois, geralmente, as queixas dos pacientes centram-se nos sentimentos de áreas periféricas, como a sudorese e tremores nas mãos ou as palpitações cardíacas, sendo que a maioria da investigação se centra na medição sistemática destes sintomas. As observações clínicas sugerem que a elevação autónoma produzida é interpretada pelo sujeito como um sinal de uma dificuldade física ou mental, interpretação essa que conduz a uma elevação posterior. Esta interpretação dos sintomas físicos pode sinalizar uma emergência médica, como um possível ataque cardíaco, que conduz ao medo de morrer e que pode despoletar sintomas fisiológicos posteriores, estabelecendo-se, deste modo, um ciclo vicioso (explicitado posteriormente).

Diferenciação entre Ansiedade, Medo, Fobias e Pânico

Muitas vezes confundem-se as noções de ansiedade e medo, bem como a sua relação com as noções de fobia e pânico. A definição de medo está relacionada com uma calamidade ou perigo repentinos, relacionada com uma agitação corporal de algum perigo real ou específico, abarcando a possibilidade de algo indesejado acontecer. O que ocorre é uma espécie de antecipação de que existe um perigo actual ou potencial, sendo o medo um processo cognitivo em oposição a uma reacção emocional (Beck *et al.*, 1985).

Pelo contrário, a ansiedade define-se por um estado emocional de tensão, comumente marcada por sintomas físicos tais como tensão, tremores, sudorese, palpitações e aumento do ritmo cardíaco. O termo “ansiedade” deriva do latim “anxius” que significa agitação e angústia, sendo que este termo deriva de uma outra palavra latina – “angere” – que significa “chocar” ou

“estrangular”, daí que se possa referir à sensação de choque frequentemente sentida pelos sujeitos ansiosos (Beck et al., 1985).

A noção de fobia relaciona-se um tipo de medo específico, definindo-se por um medo geralmente exagerado ou desajustado. A fobia prende-se com um intenso desejo para evitar a situação temida e evoca a ansiedade quando o indivíduo está exposto a essa situação. O termo deriva do grego “phobos” – que está apto a provocar medo e pânico nos seus inimigos.

Relativamente à definição de pânico, este termo prende-se a um medo potencial repentino, acompanhado por atentados aumentados e frenéticos à segurança, derivando do grego “Panikos” – deus das florestas e pastores, que se recorda como a causa de pânico entre os Persas.

Em suma, a principal diferença entre ansiedade e medo reside no processo subjacente, que na ansiedade é emocional e no medo é cognitivo. Enquanto o medo envolve a avaliação intelectual de um estímulo ameaçador, a ansiedade envolve a resposta emocional a essa avaliação.

Quando uma pessoa diz que tem medo de algo, refere-se geralmente a um conjunto de circunstâncias que não estão presentes mas que podem ocorrer de alguma forma no futuro – neste caso, diz-se que o medo está “latente”. No entanto, quando o indivíduo tem ansiedade experimenta um estado emocional subjectivamente desagradável, caracterizado por sentimentos subjectivos desagradáveis, tais como tensão ou nervosismo, e por sintomas fisiológicos, como palpitações cardíacas, tremores, náuseas e tonturas. O medo é activado quando a pessoa é exposta, física ou psicologicamente, à situação que considera ameaçadora. Quando o medo se activa, a pessoa experimenta ansiedade. Então, o medo é a avaliação do perigo, ao passo que a ansiedade é o estado de sentimentos desagradáveis evocado quando o medo é estimulado (Beck et al., 1985).

As funções da ansiedade

Embora perturbadora e, muitas vezes, incapacitante, a ansiedade representa importantes papéis, isto é, ocorre com determinadas funções de acordo com as diferentes situações.

A ansiedade parece ter uma função adaptativa pelo que se pode observar na evolução da espécie humana, pelo que, aplicada ao comportamento das pessoas, pode promover os objectivos principais do organismo, relacionando-se com a sobrevivência, o crescimento, a reprodução, a manutenção e a supremacia (Beck et al., 1985). Por exemplo, podemos ver os medos comuns das crianças (cair, magoar-se, afogar-se, sufocar, o escuro, a água profunda, etc.) como formas de contactar com lugares não familiares ou perigosos antes de possuírem as capacidades e competências requeridas (como a percepção da profundidade e a capacidade de nadar).

A ansiedade parece também funcionar como uma estratégia de resposta a uma ameaça. Os seres humanos parecem estar preparados para experienciar emoções intensamente desagradáveis

– ansiedade – como resposta para enfrentar o perigo, sendo extremamente movidos pela experiência no sentido de a reduzir e prevenir a sua ocorrência. Nas perturbações de ansiedade, esta representa um mecanismo persistente e ineficaz que serve para impelir o organismo a reduzir o suposto perigo que está a activar a resposta de ansiedade. Nestes distúrbios, o principal problema não é a ansiedade gerada, mas antes os padrões cognitivos activos – esquemas – relevantes para o perigo que estruturam continuamente experiências internas ou externas como sinal de perigo (Beck et al., 1985).

CrITÉrios de DiagnÓstico

Como já foi mencionado, a ansiedade é considerada uma resposta emocional normal ao stress do quotidiano das pessoas. Passa a ser vista como um distúrbio, ou uma perturbação, quando se torna uma fonte de sofrimento para um indivíduo que não consegue mais controlá-la (Agência Nacional Francesa para a Acreditação e Avaliação na Saúde – ANAES, 2001).

De acordo com a definição do DSM-IV – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* – a Perturbação de Ansiedade Generalizada (GAD – *Generalised Anxiety Disorder*) é caracterizada por uma excessiva ansiedade, incontrolável e crónica, e preocupação relacionadas com situações rotineiras do quotidiano que conduzem a uma estado de sofrimento que altera o funcionamento diário de vida do paciente, sendo acompanhada por sintomas físicos de tensão motora e falta de descanso (ANAES, 2001).

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV para a Perturbação de Ansiedade Generalizada, um indivíduo com esta perturbação apresenta ansiedade severa e/ou excessiva preocupação por um período de pelo menos 6 meses, sendo estes sentimentos incontroláveis, crónicos e acompanhados por uma sensação permanente de nervosismo e tensão e por sintomas físicos que causam elevado sofrimento. Para além da ansiedade crónica e/ou preocupação, pelo menos 3 dos seguintes 6 sintomas dos grupos de tensão muscular e falta de descanso estão presentes:

1. Tensão motora: sentir-se facilmente fatigado, com tensão muscular, agitação ou excitação excessiva;
2. Falta de descanso: dificuldades de concentração, perturbações do sono, irritabilidade;
3. Perturbações concomitantes: frio, mãos húmidas, boca seca, sudorese, náuseas ou diarreia, frequência urinária, problemas de deglutição ou um “nó na garganta”, tremores, espasmos, dor, dores musculares, síndrome de irritabilidade intestinal, cefaleias.

Os níveis de severidade e a frequência da ocorrência de outros sintomas de ansiedade generalizada, como fadiga, tensão muscular, agitação ou excitação excessiva, dificuldades de concentração, perturbações do sono e irritabilidade, diferenciam a Perturbação de Ansiedade

Generalizada de outras perturbações mediadas pela ansiedade melhor do que os níveis dos sintomas autonómicos, designados de perturbações concomitantes. Ao contrário dos sintomas que manifestam tensão motora e falta de descanso, os níveis de severidade e a frequência da ocorrência de sinais autonómicos, distinguem o PAG da Depressão (como já foi anteriormente mencionado, a ansiedade é considerada uma resposta emocional normal ao stress do quotidiano dos indivíduos), passando a ser perspectivada como um distúrbio, ou uma perturbação, quando se torna uma fonte de sofrimento para um indivíduo que não consegue mais controlá-la (Agência Nacional Francesa para a Acreditação e Avaliação na Saúde – ANAES, 2001).

De acordo com a definição do DSM-IVR – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* – a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG: GAD – *Generalised Anxiety Disorder*) é caracterizada por uma excessiva ansiedade, incontrolável e crónica, e preocupação relacionadas com situações rotineiras do quotidiano que conduzem a uma estado de sofrimento que altera o funcionamento diário de vida do paciente, sendo acompanhada por sintomas físicos de tensão motora e falta de descanso (ANAES, 2001).

Diagnóstico diferencial para a PAG

De acordo com os critérios do DSM-IV, a PAG deve diferenciar-se de:

- ansiedade normal que não é percebida como sofrimento pelo sujeito que sente controlo sobre as suas preocupações;
- ansiedade induzida por café ou drogas ansiogénicas, abuso de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool, ou de outras substâncias;
- ansiedade relacionada com uma condição medica geral, como hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglicémia ou hiperparatiroidismo;
- ansiedade associada a doença orgânica grave, como cancro, a um acontecimento stressante ou a uma perturbação adaptativa;
- ansiedade relacionada com outra perturbação de ansiedade, como a perturbação de pânico, fobia, perturbação obsessivo-compulsiva;
- ansiedade normal da depressão (na PAG não se verifica tristeza, perda de interesse ou prazer por actividades – anedonia – e lentificação psicomotora);
- ansiedade característica das perturbações psicóticas;
- ansiedade associada à anorexia nervosa, perturbações somáticas, hipocondria ou ansiedade de separação.

Neste sentido, o diagnóstico da Perturbação de Ansiedade Generalizada pode ser difícil devido à comorbilidade com as demais perturbações. Assim, se estiver presente um factor de comorbilidade complexo ou existir alguma dúvida acerca do diagnóstico, o paciente deverá ser encaminhado para um especialista. Como já foi referido, a ansiedade é considerada uma resposta emocional normal ao stress do quotidiano dos indivíduos, passando a ser encarada como um distúrbio, ou uma perturbação, quando se torna uma fonte de sofrimento para um indivíduo que não consegue mais controlá-la (Agência Nacional Francesa para a Acreditação e Avaliação na Saúde – ANAES, 2001).

De acordo com a definição do DSM-IVR – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* – a Perturbação de Ansiedade Generalizada (GAD – *Generalised Anxiety Disorder*) é caracterizada por uma excessiva ansiedade, incontrolável e crónica, e preocupação relacionadas com situações rotineiras do quotidiano que conduzem a um estado de sofrimento que altera por completo, o funcionamento diário de vida do paciente, sendo acompanhada por sintomas físicos de tensão motora e falta de descanso (ANAES, 2001).

Sistemas e sintomas

As perturbações mediadas pela ansiedade são melhor compreendidas através do funcionamento geral do organismo, em lugar de uma análise realizada separadamente. Os grupos específicos de sintomas relacionados com a ansiedade correspondem a funções específicas dos sistemas primários e subsistemas – como o sistema cognitivo, afectivo, comportamental e psicológico – que estão integrados no sistema principal, isto é, na totalidade psicobiológica ou orgânica (Beck et al., 1985). Estes sistemas não estão isolados, sendo que as suas operações são geralmente coordenadas e integradas no sistema principal.

No caso particular da ansiedade, perante a presença de uma ameaça, o sistema cognitivo realiza avaliações selectivas das configurações ambientais e das fontes de coping disponíveis, determina se existe um perigo claro e presente e faz activar a sequência dos subsistemas afectivo, comportamental e psicológico. O componente afectivo (a ansiedade) serve para acelerar a reacção através do aumento do sentido de urgência. O componente comportamental consiste em ambos os padrões de acção e inibições activados. Finalmente, o sistema psicológico engloba os componentes autonómicos que servem a mobilização somática (Beck et al., 1985).

De acordo com cada um destes sistemas, os sintomas manifestados na ansiedade referem-se a cada um deles, sendo, portanto de índole cognitiva, afectiva, comportamental e psicológica. Os distúrbios de ansiedade representam uma disfunção do sistema por activar e determinar uma resposta defensiva para uma ameaça – ansiedade prolongada –, isto é, uma resposta mal adaptativa que pode ser compreendida como domínio inapropriado por um mecanismo primário posteriormente num modo mais adaptativo. A activação da resposta inicial a uma ameaça debilita um funcionamento mais maduro e aumenta a ameaça actual. Os sintomas manifestados são

expressões do funcionamento excessivo do sistema ou de uma interferência com a função de um sistema específico (Beck et al., 1985).

De seguida é apresentado todo um conjunto de sintomas, que se manifestam a diferentes níveis, sendo importante levá-los em conta. Assim:

- Sintomas Cognitivos

Sensório-perceptuais
“mente”: confusa, duvidosa, obscura, atordoada
Os objectos parecem distantes/indistintos
O ambiente parece diferente/irreal
Sentimento de irrealidade
Auto-consciente
Hipervigilante
Dificuldades de pensamento
Não consegue recordar coisas importantes
Confuso
Incapaz de controlar o pensamento
Dificuldades de concentração
Distractibilidade
Bloqueio
Dificuldades de raciocínio
Perda de objectividade e perspectiva
Conceptual
Distorção cognitiva
Medo de perder o controlo
Medo de não conseguir lidar com a situação
Medo de ter danos físicos/morrer
Medo de distúrbio mental
Medo de ser alvo de avaliações negativas
Imagens visuais assustadoras
Ideação de medo repetitiva

Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

- Sintomas afectivos

Adjectivos Afectivos Típicos

Irritável	Medroso
Impaciente	Assustado
Agitado	Aterrorizado
Nervoso	Alarmado
Tenso	Horrorizado
Magoado	Irrequieto

Ansioso	Sobressaltado
---------	---------------

Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

- Sintomas Comportamentais

Inibição
Imobilidade tónica
Distanciamento
Evitamento
Disfluência no discurso
Descoordenação
Falta de descanso
Colapso na postura
Hiperventilação

Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

- Sintomas fisiológicos

Cardiovascular	
Palpitações	Desmaio (P)
Batimento cardíaco acelerado	Fraqueza actual (P)
Aumento da pressão sanguínea	Diminuição da pressão sanguínea (P)
	Diminuição da pulsação (P)
Respiratório	
Respiração acelerada	Respiração pouco profunda
Dificuldade em inspirar	“Nó na garganta”
Falta de ar	Sensação de choque
Pressão no peito	Espasmo dos brônquios (P)
Respiração acelerada	Respiração ofegante
Neuromuscular	
Reflexos aumentados	Excitação nervosa
Reacção de sobressalto	Acalmia
Espasmo da pálpebra	Rosto tenso
Insónia	Instável
Espasmo	Fraqueza generalizada
Tremores	Pernas cambaleantes
Rigidez	Movimentos desajeitados
Gastrointestinal	
Dor abdominal (P)	Azia (P)
Perda de apetite	Desconforto abdominal
Revulsão da comida	Vómitos (P)
Náuseas (P)	
Tracto urinário	
Pressão para urinar (P)	

Frequência de micções (P)	
Pele	
Rubor facial	Sudorese generalizada
Palidez facial	“Oscilação entre calor e frio”
Sudorese localizada (região das palmas)	Comichão

Nota: (P) representa os sintomas parassimpáticos.

Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

As principais reacções, ou seja, respostas orgânicas, à ansiedade são: a mobilização, a inibição e a desmobilização.

A mobilização pode ser representada psicologicamente pela activação dos sistemas que preconizam a acção e prepara o indivíduo para a defesa activa. Este padrão pode observar-se nos diversos sistemas. Ao nível do sistema cognitivo, o indivíduo manifesta hipervigilância a qualquer indício relevante de perigo. O limiar para estímulos não esperados ou elevados é diminuído. O conteúdo da ideação relaciona-se com acontecimentos de perigo passados, presentes e futuros e pode tomar a forma de pensamentos automáticos repetitivos. A pessoa experiencia frequentemente imagens visuais contendo adversidade pessoal e é provável que também experiencie pesadelos. Ao nível afectivo, os sintomas emocionais podem variar de irritabilidade e tensão para o terror. Ao nível comportamental verifica-se um aumento da actividade muscular, mesmo quando o indivíduo está sentado, o que se pode manifestar através de trejeitos, como movimentos continuados das mãos e, muitas vezes, do resto do corpo. Finalmente, ao nível fisiológico, os sistemas orgânicos demonstram actividade parassimpática aumentada, como aumento do ritmo cardíaco e da pressão sanguínea e sudorese (Beck et al., 1985).

Relativamente à inibição, esta engloba interferência activa com funções cognitivas e comportamentais normativas. Ao nível cognitivo, existe um bloqueio selectivo de variadas funções, especificamente quando uma função está a ser avaliada ou desafiada. Aqui, pode haver interferência com evocação de informação vital (conteúdo do discurso, respostas a um teste, nomes de pessoas ou números de telefone). Factores como o raciocínio, a concentração, a objectividade ou a perspectiva, são impedidos. O bloqueio ou estes impedimentos podem variar no tempo enquanto uma troca é activada ou desactivada. A constrição da consciência pode intensificar-se ao ponto de o paciente acreditar que está quase a desmaiar. Ao nível comportamental, existe inibição de movimentos espontâneos, nomeadamente os músculos da face que podem aparentar alguma rigidez. Existe frequentemente um problema com a fonação e com as disfluências como a gaguez, choque de palavras ou mutismo parcial (Beck et al., 1985).

Por fim, no que concerne à desmobilização, ocorrem sintomas de colapso, principalmente numa reacção exagerada face ao sangue e ao dano, mas aparentemente verificados noutras reacções. Os principais sintomas são fraqueza e desmaio. Os principais sintomas parassimpáticos

manifestam-se num decréscimo da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco que podem culminar num desmaio (Beck et al., 1985).

Modelos teóricos da Ansiedade

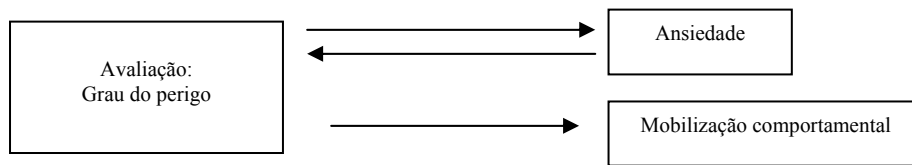
De forma a compreender os mecanismos e processos implicados na ansiedade, vários modelos foram propostos. Destes modelos serão abordados dois: o Modelo Cognitivo das Reacções de Ameaça de Beck et al. (1985) e o Modelo Metacognitivo para a Perturbação de Ansiedade Generalizada de Wells (1999).

Segundo Beck et al. (1985), para compreender os processos cognitivos implicados na produção da ansiedade, é importante examinar o papel do contexto em que ocorre a construção que o indivíduo realiza de uma situação potencialmente perigosa, através de variadas avaliações. Beck et al. (1985) referem o ciclo vicioso da ansiedade. Neste ciclo, as perturbações de ansiedade podem delinear-se aquando da observação de como um sintoma específico pode constituir uma ameaça, quer emparelhando o desempenho, quer indicado a uma pessoa sugestiva que se trata de um sinal de uma grave perturbação. Os efeitos secundários provocam uma vulnerabilidade ainda maior no sujeito. À medida que o sentido de perigo aumenta, são activadas mais respostas primárias, que, por sua vez, conduzirão a posteriores dificuldades e ameaças. O *feedback* negativo por parte dos outros produz um efeito negativo semelhante.

A ansiedade por si própria conduz a posterior disfunção. Primeiramente, a experiência emocional desagradável funciona como distractiva da tarefa actual. Em segundo, a ansiedade é interpretada como um sinal de mau funcionamento que pode não ser controlável pelo sujeito, ou seja, a intensidade da ansiedade sentida, em lugar de uma avaliação precisa do seu desempenho actual, é considerada como o início da disfunção. Enquanto o sujeito atende à sua ansiedade, de facto, a sua manifestação de “nervosismo” aumenta, tal como aumenta a sua dificuldade de desempenho. Se este comportamento for observável por outras pessoas, o sujeito pode sentir uma resposta negativa. Como consequência desta interacção, verifica-se um decréscimo precipitado na sua confiança e um sentimento de incapacidade de controlo, que conduzirão, por sua vez, a um sentimento aumentado do enorme perigo e da sua vulnerabilidade face à aprovação negativa por parte dos outros. O sentimento de perda de controlo significa frequentemente que “algo pode acontecer” e conduz aos pensamentos catastróficos como “eu não tenho controlo de todo”.

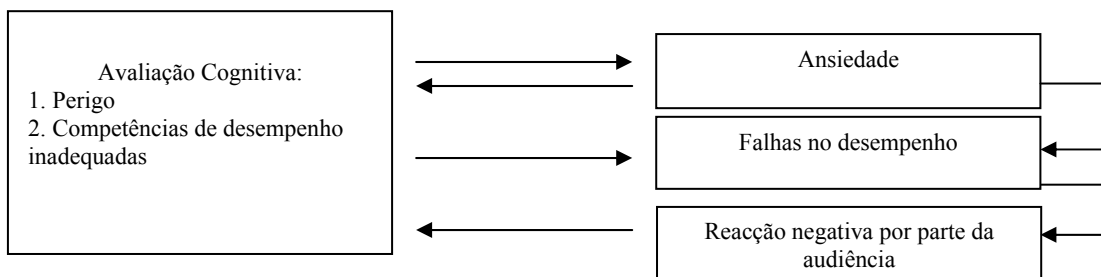
A perda de controlo voluntário é principalmente aterrorizante para pessoas que enfatizam o seu controlo por causa da sua autonomia e para pessoas sociotrópicas que dão especial importância a uma imagem de auto-controlo de forma a obterem a aprovação por parte de outras pessoas.

Relação da Avaliação com os Componentes do Síndrome de Medo



Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

O Ciclo Vicioso, integrando o feedback emocional desagradável – Ansiedade – o feedback de desempenho desagradável e o feedback desagradável da audiência



Fonte: Beck et al. (1985) (adaptado)

Segundo Beck et al. (1985), numa situação de ameaça, o sujeito pode manifestar uma grande variedade de respostas relativamente estereotipadas. Uma vez que estes padrões parecem estar “programados” e são, em grande escala, automáticos, estes autores apelidaram-nos de “primários”, sendo mais inatos que as respostas aprendidas ou adquiridas que implicam mais competências e que estão sob controlo voluntário.

Os padrões comportamentais mais comuns são (Beck et al., 1985):

1. *Luta* – numa situação ameaçadora, a luta assume uma acção protectora, defensiva.
2. *Distanciamento* – geralmente, o método escolhido, se for viável, é fomentado pela ansiedade quando o indivíduo “está prestes a ser atacado”.
3. *Paralisação* – ocorre antes do ataque actual, permitindo tempo para avaliar a situação antes de decidir o tipo de estratégia e preparando o sujeito para absorver o impacto de um ataque; nos humanos, esta resposta é automática na presença de perigo iminente e manifesta-se pela inibição geral de acções voluntárias (movimento, discurso ou processos cognitivos), igualmente ocorrendo para prevenir acções arriscadas).
4. *Desmaio* – reacção atónica e automática que acontece quando o sujeito está indefeso ou exposto a mutilação ou sangue; é associado a reacções de colapso.

5. *Retracção* – fugir de uma situação perigosa (como um ataque).
6. “*Baixar, esquivar, saltar*” – fugir de “mísseis” ou de objectos que caem.
7. “*Agarrado, justo*” – lutar para prevenir o equilíbrio, quedas, afogamento, etc.
8. *Reflexos* – pestanejar, gaguejar, tossir.
9. *Pedir por socorro* – pedido espontâneo de sofrimento.

No que concerne ao modelo de Wells (1999) – Modelo Metacognitivo para a Ansiedade Generalizada – este defende a manutenção da preocupação excessiva, generalizada e incontrolável como a característica de sofrimento mais central. Este modelo distingue-se de outros principalmente pela ênfase colocada no papel das crenças e avaliações metacognitivas, em vez das crenças maladaptativas acerca do mundo como um lugar perigoso. Uma característica fundamental neste modelo é considerar a preocupação não apenas como uma consequência sintomática da ansiedade, mas

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O SÍNDROME DE “*BURNOUT*”

«(...) questões relacionadas com a ausência de bem-estar e felicidade, naquilo que pode ser atribuído às duas circunstâncias vivenciais mais absorventes do homem moderno, em tempo e em energia, o trabalho e a família.»

(Queirós, 2005: 19)

Caracterização do termo *Burnout*

O *burnout* tem sido alvo de várias investigações um pouco por todo o mundo, inclusivé em Portugal.

A utilização primeira deste conceito aplicada na área da saúde reporta-se a Herbert Freudenberg (1974, *In* Queirós, 2005), psicanalista norte-americano. Freudenberg adoptou o termo para contextos de saúde aludindo a um estado mental de exaustão, que leva o indivíduo a experimentar uma perda gradual de emoções, de motivação e empenho.

Sendo assim podemos dizer, em termos latos, que o *burnout* é um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adoptadas pelos indivíduos – como afastamento e desumanização – alterando o seu comportamento no local de trabalho (Maslach, 1976 *In* Queirós, 2005). Neste âmbito, Freitas (1999) estabelece uma comparação de extremo interesse para definir o constructo de *burnout* neste contexto em

específico. Assim, metaforicamente podemos dizer que é como “*uma vela ou fogueira que se apaga*” ou como “*uma bateria descarregada*” (In Queirós, 2005: 23).

Se ao surgimento do conceito devemos associar o nome de Freudenberg, à apresentação do termo *burnout* numa reunião científica da Associação Americana de Psicólogos (APA) devemos associar o nome de Cristina Maslach, Psicóloga Social, no ano de 1977. Este acto revelou-se de suma importância enquanto agente impulsionador de múltiplas investigações sobre o *burnout*. Na dita reunião, o *burnout* foi referido por Maslach como “*uma situação, em que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação directa e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste emocional.*” (Castro, J., Paredes, M. & Vilória, H., 2004 In Queirós, 2005).

Da fusão dos trabalhos realizados por Freudenberg e Maslach surgem dois focos de investigação: os de interesse na Psicologia Social (enfatizando as relações entre o fornecedor e o recipiente, e o contexto específico das profissões de ajuda) e os de interesse na clínica (colocando o enfoque nos sintomas e nos efeitos na saúde mental).

Podemos destacar duas fases de investigação relativa ao *burnout*: uma primeira fase do tipo naturalista, mais descritiva e qualitativa, com recurso a entrevistas, estudos de caso e observações participantes; e uma segunda fase mais empírica, com recurso a amostras mais alargadas de sujeitos de investigação, investigação quantitativa, questionários e metodologias mais rigorosas.

Da análise de quarenta e oito artigos sobre *burnout* efectuada por Perlman & Hartman (1982 In Queirós, 2005), emergiu um padrão-tipo de *burnout*, salientando a natureza *stressante* de algumas profissões; a relação entre o *stress* laboral e o *burnout* (vinda a lume através dos casos estudados) e a recomendação de algumas estratégias preventivas.

Os resultados das primeiras investigações sobre o *burnout* (na década de oitenta) revelaram conclusões surpreendentes, as quais se evidenciam no quadro I.

Resultados das Primeiras Investigações sobre *Burnout* (década de oitenta)

Os sintomas apareciam em grupos profissionais que, em princípio, não pareciam constituir “populações de alto risco”, uma vez que as profissões que desempenhavam pareciam gratificadoras a nível pessoal e social;

Parece ter uma grande incidência sobre indivíduos com personalidades aparentemente ajustadas e equilibradas, que trabalham num mercado laboral específico;

Leva a importantes perdas de recursos humanos e económicos para as diversas administrações, devido às consequências endémicas do burnout (fadiga, baixas por doença, desilusão, motivação diminuída, absentismo, entre outros).

Fonte: Adaptado de Alvarez (1993 In Queirós 2005)

Na segunda fase de investigação, após a década de oitenta, o *burnout* atinge notoriedade, através das investigações de Maslach & Jackson (1981, *In* Queirós, 2005). É nesta fase que começam a surgir diversos inventários e instrumentos, de entre os quais, passamos a enumerar:

- MBI – *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, 1981);
- MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (Maslach, 1981);
- MBI-ES – *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey* (Maslach, 1981);
- MBI-GS – *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (Maslach, 1981);
- BM – *Burnout Measure* (Pines & Aronson, 1988). Segundo Queirós (2005) este constitui o segundo instrumento mais utilizado pelos investigadores no campo do *burnout*.

Na década de noventa, os estudos deixam de se centrar nos serviços de saúde, sociais e educação, alargando o leque a outras entidades como clérigos, informáticos, polícias, militares e gestores. Regista-se igualmente o recurso a métodos e ferramentas estatísticas mais sofisticados. Em finais de noventa os estudos adoptaram um cariz mais longitudinal e alargaram-se a todas as profissões. Ainda nesta época surgiram diversos modelos explicativos para sustentar o *burnout*, de entre os quais se salientam alguns no seguimento deste trabalho.

Apesar de Perlman & Hartman (1982 *In* Queirós, 2005) alegarem que muitos dos estudos efectuados carecem de rigor científico (após uma revisão de quarenta e oito artigos publicados entre 1974 e 1980), parece haver consenso quanto à definição de que o *burnout* se manifesta como um esgotamento, levando a desumanização e baixa produtividade. Segundo Schaufeli (1993 *In* Queirós, 2005), os estudos que primaram por maior rigor levaram a três grandes ilações, nomeadamente:

«O nível de burnout parece ser razoavelmente estável no tempo, sendo mais crónico do que agudo;

O burnout conduz a sintomatologia física, absentismo e turnover no trabalho;

O conflito de papéis e a falta de suporte social por parte dos colegas e superiores hierárquicos são antecessores do burnout.»

(Schaufeli, 1993 *In* Queirós, 2005: 26)

Burnout – Definição do Síndrome e suas Manifestações

«Burnout [...] pode ser [traduzido] por falha, “desgaste por fora”, queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos, ou como estoiro.»

(Queirós, 2005:27)

De acordo com Freudenberg (1975 *In* Queirós, 2005) o termo *burnout* refere-se à manifestação de uma crise de identidade que coloca em questão as características do indivíduo no plano físico, psíquico e relacional. Assim, adiantando uma definição (de entre as demais definições) do constructo *burnout*, podemos dizer que se trata de um «conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho [...]» (Freudenberg, 1975 *In* Queirós, 2005: 27) que ocorre sobretudo em indivíduos com profissões que impliquem uma relação de ajuda (por exemplo enfermeiros). Ainda segundo o mesmo autor, pode-se acrescentar que é um «[...] um estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada», (1980, *In* Queirós, 2005: 27) que gera alterações emocionais como sentimentos de vazio e de fracasso pessoal e incapacidade para o trabalho. Este estado leva os indivíduos a um isolamento dos pacientes, dos colegas de trabalho e da administração (Berkeley, 1982 *In* Queirós, 2005), podendo funcionar como uma reacção adaptativa ao *stress* no trabalho (Bibeau & Poirier, 1985 *In* Queirós, 2005), sendo considerado por Lebigot & Lafont (1985 *In* Queirós, 2005) como fruto da evolução cultural e desenvolvimento tecnológico.

Ainda dentro do campo das definições, Maslach & Jackson (*In* Queirós, 2005: 28) avançam que o «[...] síndrome de *burnout* é uma resposta inadequada a um *stress* emocional crónico» que leva o sujeito a:

- Exibir esgotamento físico e/ou psicológico, caracterizado por cansaço emocional e um sentimento de que não pode dar mais de si;
- Desenvolver atitudes frias e despersonalizadas contra os clientes/utentes e colegas, mostrando cinismo, distanciamento e com tendência a culpar os outros pelos seus problemas;
- Experimentar um sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional (surge quando sente que as exigências ultrapassam as suas capacidades).

Deste modo, relacionando o que foi anteriormente exposto, pode-se afirmar que existe uma tríade no *burnout*: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal.

O sujeito sente uma exaustão emocional que se faz acompanhar de um estado de esgotamento físico, caracterizado pela sensação de que não pode dar mais de si aos outros (Alvarez, 1993 *In* Queirós, 2005), em situações em que os recursos emocionais parecem estar esgotados (Maslach, 1981, *In* Queirós, 2005).

A despersonalização, de acordo com Moreno (1994 *In* Queirós, 2005), é a peça chave da tríade do *burnout* no contexto das profissões de assistência, uma vez que a exaustão emocional e a diminuição na realização pessoal também se encontram noutras síndromas depressivos.

Segundo Martín (1994 *In* Queirós, 2005) o fenómeno da despersonalização surge da necessidade que o indivíduo sente de se proteger dos sentimentos negativos que o rodeiam, o que o leva a isolar-se e a evitar relações interpessoais, bem como a emitir uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes/utentes e colegas de trabalho. Neste seguimento, adopta o cinismo, o distanciamento e recorre a termos depreciativos para se referir aos outros, atribuindo-lhes a culpa das suas frustrações. Parece haver um decréscimo de simpatia e respeito pelos outros e um aumento de respostas impessoais e desumanização das atitudes e sentimentos no relacionamento interpessoal.

Segundo alguns estudos, a principal característica do esgotamento parece ser a alteração do ponto de vista individual sobre os outros, passando de positivo e preocupado ao pólo oposto, negativo e negligente (Maslach, 1982 *In* Queirós, 2005). Esta desumanização nas relações surge assim no sentido de aliviar o estado de tensão em que o sujeito se encontra, numa tentativa deste em se adaptar a uma nova situação (Alvarez, 1993 *In* Queirós, 2005). De acordo com Scarfone (1985 *In* Queirós, 2005) o termo despersonalização no contexto específico da enfermagem refere-se à degradação das respostas para com os utentes e à petrificação da relação com os mesmos.

A diminuição de realização pessoal caracteriza-se por um sentimento de inadequação pessoal e profissional ao local de trabalho, que se manifesta (conforme já foi referido anteriormente) por um sentimento de incapacidade de dar resposta face ao que lhe é exigido. Paradoxalmente, esta terceira característica do *burnout* surge associada a um sentimento de onnipotência (Alvarez, 1993 *In* Queirós, 2005). Por outras palavras, o sujeito tenta passar uma imagem de que tem um interesse e dedicação inesgotáveis, para disfarçar a ameaça de incompetência que sente.

O *burnout* encontra-se relacionado com o termo de processo, inerente ao desenvolvimento de fases (conforme se evidenciará posteriormente nos modelos). Deste modo, tem início numa fase caracterizada por entusiasmo, seguida de uma fase de estagnação, culminando numa fase de desmoralização e decréscimo no autoconceito, o que afecta o desempenho do sujeito.

De seguida é apresentado, nos diferentes quadros, todo um conjunto de sintomas característicos do *burnout*.

Sintomas de *Burnout* nos “Profissionais de Ajuda”

<i>Físicos</i>	<i>Comportamentais</i>	<i>Psicológicos</i>	<i>Clínicos</i>
<i>Fadiga;</i>	<i>Perda do entusiasmo;</i>	<i>Depressão;</i>	<i>Cinismo face aos</i>
<i>Irritabilidade;</i>	<i>Atrasos no trabalho;</i>	<i>Diminuição da auto-estima;</i>	<i>clientes;</i>
<i>Cefaleias;</i>	<i>Alheamento durante horas;</i>	<i>Pessimismo;</i>	<i>Alheamento durante as</i>
<i>Problemas</i>	<i>Frustração e raiva;</i>	<i>Culpa;</i>	<i>sessões;</i>
<i>gastrointestinais;</i>	<i>Aumento de rigidez;</i>	<i>Sentimento de onnipotência;</i>	<i>Hostilidade face aos</i>
<i>Insónias;</i>	<i>Dificuldade em tomar</i>	<i>Sentimento de afastamento/</i>	<i>clientes;</i>
<i>Dores nas costas;</i>	<i>decisões;</i>	<i>indiferença;</i>	<i>Rapidez no diagnóstico;</i>
<i>Alterações de peso</i>	<i>Resistência à mudança;</i>	<i>Alteração de valores;</i>	<i>Rapidez em medicar;</i>

<i>Afastamento dos colegas; Irritação face aos colegas</i>	<i>Perda de objectivos; Vazio; Diminuição do empenhamento</i>	<i>Gritar, falar alto aos clientes</i>
--	---	--

Fonte: Adaptado de Groch & Olsen (1994 *In* Queirós, 2005)

Possíveis Sintomas de *Burnout* – Nível Interpessoal

<i>Afectivos</i>	<i>Cognitivos</i>	<i>Comportamentais</i>	<i>Motivacionais</i>
<i>Irritabilidade; Existir por cima da sensibilidade; Frio e sem emoções; Não ter empatia emocional; Desenvolver a irritação</i>	<i>Percepção cínica e desumana dos utentes; Negativismo a respeito dos utentes; Pessimismo a respeito dos utentes; Diminuição na empatia com os utentes; Estereótipos acerca dos utentes; Colocar etiquetas prejurativas nos utentes; Culpabilizar; Aparência de Grandiosidade; Aparência de rectidão; “Martírio”; Hostilidade; Suspeição; Projecção; Paranóia</i>	<i>Violentas explosões; Propensão para comportamentos violentos e explosivos; Agressividade com os utentes; Conflitos interpessoais, maritais e familiares; Isolamento e afastamento social; Indiferença no que respeita aos utentes; Responder aos utentes de qualquer maneira; Isolamento do resto dos colegas; Humor aborrecido acerca dos utentes; Expressões de desespero, abandono e sem significado próximo dos utentes; Usar o distanciamento; Ciúme; Compartimentalização</i>	<i>Perda do interesse; Desânimo; Indiferença no que diz respeito aos utentes; Usar os utentes para as suas necessidades pessoais e sociais</i>

Fonte: Adaptado de Schaufeli & Enzmann (1998 *In* Queirós, 2005)

Possíveis Sintomas de *Burnout* – Nível Organizacional

<i>Afectivos</i>	<i>Cognitivos</i>	<i>Comportamentais</i>	<i>Motivacionais</i>
<i>Insatisfação no trabalho</i>	<i>Cinismo acerca das tarefas no trabalho; Sentimentos de que não é apreciado; Desconfiança na direcção, colegas e supervisores</i>	<i>Redução da eficiência; Baixo rendimento no trabalho; Baixa produtividade; Falta de pontualidade; Aumento de ausências sem autorização; Absentismo; Roubo; Resistência à mudança; Ser dependente dos supervisores; Ver frequentemente o relógio; “Levar um livro”; Aumentar os acidentes; Inabilidade para organizar; Pouco tempo de direcção</i>	<i>Perda da motivação para trabalhar; Resistência na ida para o trabalho; Diminuir a iniciativa no trabalho; Baixa moral</i>

Fonte: Adaptado de Schaufeli & Enzmann (1998 *In* Queirós, 2005)

Possíveis Sintomas de *Burnout* – Nível Individual

<i>Afectivos</i>	<i>Cognitivos</i>	<i>Físicos</i>	<i>Comportamentais</i>	<i>Motivacionais</i>
<i>Humor depressivo;</i> <i>Estado choroso;</i> <i>Exaustão emocional;</i> <i>Humor instável;</i> <i>Diminuição do controlo emocional;</i> <i>Medo indefinido;</i> <i>Aumento da tensão;</i> <i>Ansiedade</i>	<i>Falta de energia;</i> <i>Perda de significado e de esperança;</i> <i>Medo de enlouquecer;</i> <i>Sentimentos de impotência;</i> <i>Sentimentos de insucesso;</i> <i>Sentimentos de insuficiência;</i> <i>Pobre auto-estima;</i> <i>Auto-preocupação;</i> <i>Culpa;</i> <i>Ideação suicida;</i> <i>Incapacidade de concentração;</i> <i>Desleixo;</i> <i>Dificuldade com tarefas complexas;</i> <i>Pensamento rígido e esquemático;</i> <i>Dificuldades em tomar decisões;</i> <i>Fantasiar e sonhar acordado;</i> <i>Intelectualização;</i> <i>Diminuição da tolerância à frustração</i>	<i>Enxaquecas;</i> <i>Náuseas;</i> <i>Tonturas;</i> <i>Agitação;</i> <i>Tiques nervosos;</i> <i>Dores musculares;</i> <i>Problemas sexuais;</i> <i>Distúrbios do sono;</i> <i>Alterações súbitas de peso;</i> <i>Perda de apetite;</i> <i>Suspirar;</i> <i>Aumento da tensão pré-menstrual;</i> <i>Perda de ciclos menstruais;</i> <i>Fadiga crónica;</i> <i>Exaustão física;</i> <i>Hiperventilação;</i> <i>Fraqueza física;</i> <i>Úlceras;</i> <i>Perturbações gastro-intestinais;</i> <i>Perturbações nas coronárias;</i> <i>Constipações frequentes e prolongadas;</i> <i>Inflamações bruscas;</i> <i>Lesões por comportamentos de risco;</i> <i>Aumento do risco de problemas cardíacos;</i> <i>Hipertensão;</i> <i>Aumento de problemas dérmicos;</i> <i>Aumento dos níveis de colesterol sérico</i>	<i>Hiperactividade;</i> <i>Impulsividade;</i> <i>Protelar de coisas e tarefas;</i> <i>Aumento do consumo de café, tabaco, álcool, tranquilizantes, drogas ilícitas;</i> <i>Comportamentos de alto risco;</i> <i>Aumento de acidentes;</i> <i>Abandono de actividades recreativas;</i> <i>Queixas compulsivas</i>	<i>Perda de entusiasmo;</i> <i>Perda do idealismo;</i> <i>Desilusão;</i> <i>Resignação;</i> <i>Desapontamento;</i> <i>Aborrecimento;</i> <i>Desmoralização</i>

Fonte: Adaptado de Schaufeli & Enzmann (1998 *In* Queirós, 2005)

Teorias Explicativas - Modelos de *Burnout*

Com o objectivo de sustentar e explicar o constructo, incidir-se-á de seguida na análise de doze modelos, que procuram explicar a síndrome do *burnout*, as formas como este se manifesta, os seus antecedentes e precedentes. Os modelos apresentam-se enumerados no quadro VI.

Modelos explicativos do *burnout*

Modelo de House & Wells (1978)
 Modelo do processo de *burnout* de Cherniss (1978)
 Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980)
 Modelo de Meier (1983)

Modelo de Golembiewski (1986; Golembiewski & Munzenrider, 1988)
Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988, 1989)
Modelo existencial de Pines (1993)
Modelo bi-dimensional do *burnout* (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993)
Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996)
Modelo explicativo de exaustão no trabalho (Wisniewski & Gargiulo, 1997)
Modelo de Gil-Monte, Peiró & Valcárcel (1998)
Modelo de sistema interactivo de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002)

Fonte: Adaptado de Queirós (2005: 37)

Modelo de House & Wells (1978)

O presente modelo incide sobre a relação do *burnout* com variáveis individuais e organizacionais, decompondo a instalação do *burnout* em quatro fases. Este modelo coloca a tónica em sintomas fisiológicos (sintomas físicos relacionados com a exaustão física); sintomas afectivo-cognitivos (atitudes e sentimentos relacionados com a exaustão emocional e despersonalização) e sintomas de índole comportamental (despersonalização e diminuição da produtividade no local de trabalho).

Fases de Instalação do *Burnout*

1ª. Fase – designa o grau em que a situação conduz ao estado de stress. Distingue duas circunstâncias que podem levar ao stress: aptidão inadequada e discrepância entre o sujeito e o meio de trabalho.

2ª. Fase – Percepção do stress. Muitos indivíduos não apresentam vulnerabilidade às causas referenciadas na primeira fase. Normalmente pessoas que se auto-percebem como calmas e sem stress. O passo da primeira para a segunda fase depende de variáveis como o passado, a personalidade e variáveis organizacionais.

3ª. Fase – Resposta ao stress.

4ª. Fase – Resultados do stress. Refere-se ao burnout enquanto experiência multifacetada do stress emocional crónico.

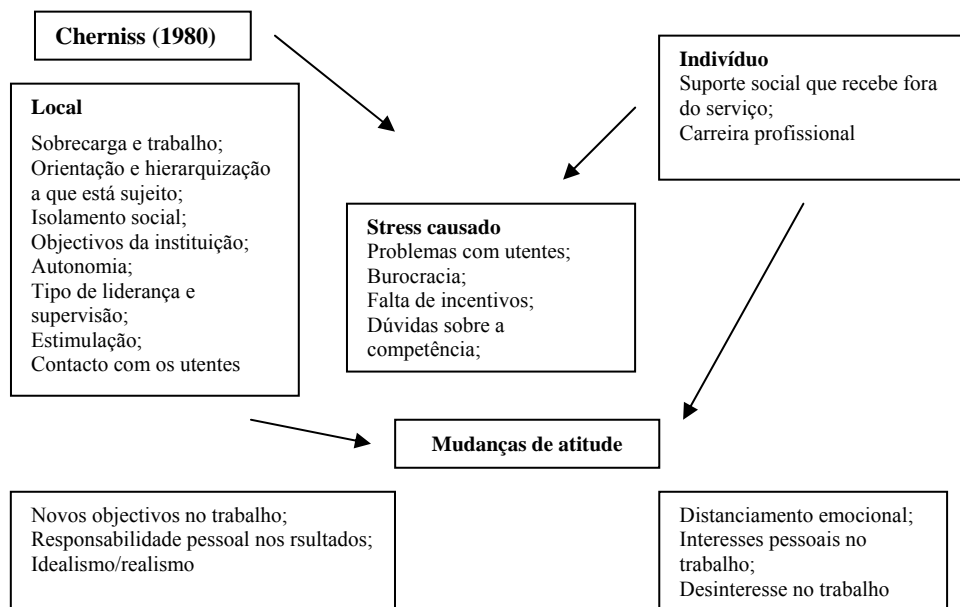
Fonte: Adaptado de Queirós (2005: 38)

Modelo do Processo de *Burnout* de Cherniss (1978)

Segundo Cherniss (1980 *In* Queirós), o *burnout* é um processo composto por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma estratégia de *coping* face às causas de *stress*.

De acordo com este modelo, os focos de *stress* resultam da interacção das características específicas do local de trabalho com as características dos indivíduos e as suas expectativas e exigências aquando da iniciação no mercado laboral. O modelo em questão reporta-se ainda às diferentes formas como os sujeitos lidam com o *stress*, sendo que uns empregam estratégias que podem pôr termo ao problema activo, enquanto outros lidam com o stress através da exibição das mudanças negativas de atitude (Nunes, 1990 *In* Queirós, 2005).

Modelo do Processo de *Burnout* de Cherniss



Fonte: Adaptado de Burke & Greenglass (1989 *In* Queirós, 2005)

Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980)

Este modelo propõe quatro etapas, cuja progressão se processa de forma cíclica, podendo reiterar-se diversas vezes no tempo. Deste modo, um sujeito pode completar o ciclo em épocas diferentes e em diferentes trabalhos. Assim:

1ª. Etapa – idealismo: é caracterizada por entusiasmo, hiperactividade e sentimentos positivos. O indivíduo vivencia expectativas irreais acerca do que pode alcançar.

2ª. Etapa – estagnação: esta fase reporta-se da perda do idealismo e entusiasmo da primeira fase, fazendo-se acompanhar, por vezes, de fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade.

3ª. Etapa – frustração: segundo os autores deste modelo, esta etapa constitui o ponto central do *burnout*, estando associada a sentimentos de culpabilização e desgaste.

4ª. Etapa – desmoralização: caracteriza-se por desinteresse e indiferença, com sentimentos de vazio total (García, 1990; Gomes, 1995; Correia, 1997 *In* Queirós, 2005).

Modelo de Meier (1983)

Este modelo tem por base o trabalho desenvolvido por Bandura (1977) em que o *burnout* é «[...] um estado em que os indivíduos esperam pouca recompensa e punição considerável no

trabalho por causa de uma falha de reforço positivo, resultados controláveis ou competência pessoal.» (Meier, 1983 In Queirós, 2005).

Nestes termos, segundo o autor deste modelo, o *burnout* resulta de experiências de trabalho repetidas nas quais o sujeito possui:

- Expectativas diminuídas face a reforços positivos;
- Expectativas acrescidas face a punição no local de trabalho;
- Expectativas diminuídas face ao controlo das diferentes formas de reforço;
- Expectativas diminuídas da competência pessoal face ao desempenho de comportamentos que visem o controlo do reforço.

Deste modo, segundo afirma Parreira (1998 In Queirós, 2005), sujeitos com expectativas baixas tendem a apresentar sentimentos negativos, que se traduzem em baixa *performance*.

Modelo de Golembiewski (1986; Golembiewski & Munzenrider, 1988)

O presente modelo surgiu a partir de resultados do MBI, caracterizando-se por oito fases evolutivas para o surgimento do *burnout*, numa sequência gradual com início em valores baixos. As oito fases encontram-se sequenciadas segundo uma progressiva virulência (Golembiewski & Munzenrider, 1988 In Queirós, 2005).

De acordo com Mirvis (1996 In Queirós, 2005) as fases que classificam o grau de severidade do *burnout* agrupam-se em três grupos: as fases 1, 2 e 3 refletem baixo¹ *burnout*; as fases 4 e 5 denotam um nível intermédio de *burnout* e as fases finais, 6, 7 e 8 indicam *burnout* elevado.

A primeira etapa refere-se à sensação de despersonalização. Níveis elevados de despersonalização podem ser indicadores de efeitos negativos na realização pessoal e o aumento dos sintomas anteriores pode desencadear níveis altos de esgotamento emocional.

Fases de *Burnout*

Subescala	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exatão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Nota: B = baixo A = alto

Fonte: Adaptado de Queirós (2005: 41)

¹ Esta classificação baseia-se em pontos de corte segundo *scores* obtidos para cada uma das subescalas. Despersonalização ≥ 19 : alto. Realização pessoal ≤ 26 : baixo. Exatão emocional ≥ 24 : alto.

No entanto, apesar do modelo possuir uma validade externa confirmada em mais de doze amostras, não é isento de críticas. Para além das limitações apontadas pelo próprio autor aponta algumas, García (1990 *In* Queirós, 2005) aponta que:

- O modelo indica somente que as fases são progressivas quanto aos níveis, não tendo em conta que determinado indivíduo possa não passar pelas oito fases;
- O modelo não avança uma explicação acerca de como o indivíduo recupera desde a oitava fase.

Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988, 1989)

Este modelo gravita em torno dos sentimentos de exaustão emocional experimentados no local de trabalho e à despersonalização consequente nas relações interpessoais com utentes e colegas.

Na abordagem deste autor a exaustão emocional ocupa o lugar central, sendo a despersonalização uma estratégia ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão que surgem no relacionamento interpessoal.

Neste seguimento, o autor admite quatro fases possíveis e utiliza a amplitude total das três escalas que compõem o modelo sem o dicotomizar.

Em termos de limitações, alguns investigadores referem que um modelo composto por apenas quatro fases é pouco abrangente.

No quadro a seguir evidenciado apresentam-se as fases do *burnout*.

Fases de *Burnout*

	FASES			
	1	2	3	4
Exaustão emocional	B	B	A	A
Despersonalização	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	B	A

Nota: B = baixo A = alto

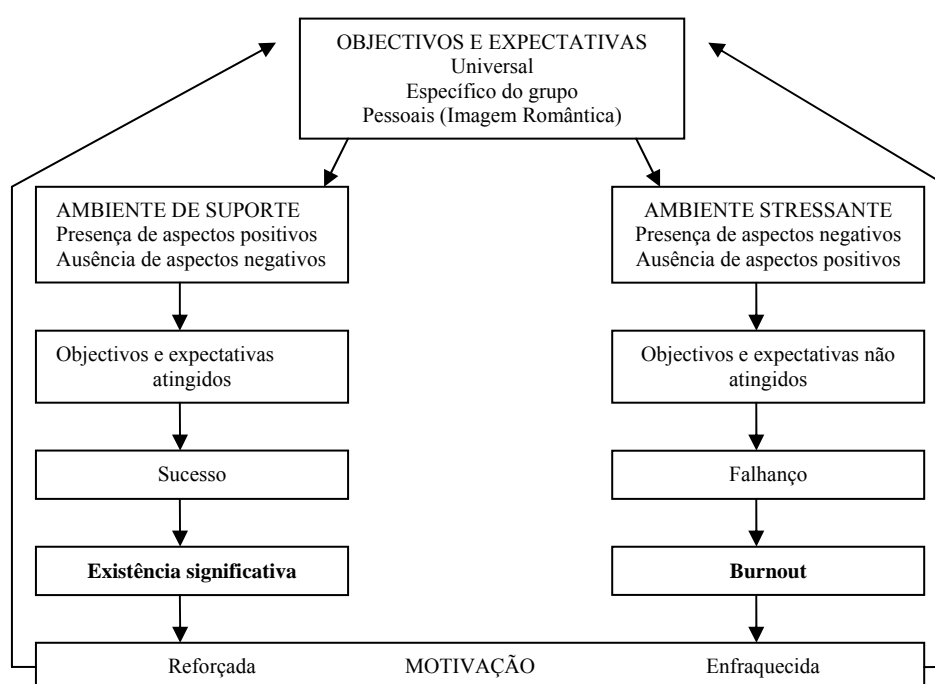
Fonte: Adaptado de Queirós (2005)

Modelo existencial de Pines (1993)

O modelo proposto parte das expectativas, alegando que podem ser de três tipos: de cariz universal, de carácter profissional específico do grupo e pessoais (caracterizadas por grande

idealismo e baseadas em imagens românticas do trabalho e das funções). As expectativas são, por sua vez, combinadas com a motivação para o trabalho. A autora refere que, quando o meio laboral é caracterizado por um ambiente de suporte, reforça a motivação e leva ao sucesso, que leva uma vez mais à motivação. Ao invés, se o ambiente é *stressante*, os objectivos e as expectativas não são atingidos pelo sujeito, ocorrendo o falhanço e emergindo o *burnout*, enfraquecendo a motivação.

Modelo de *Burnout* Profissional

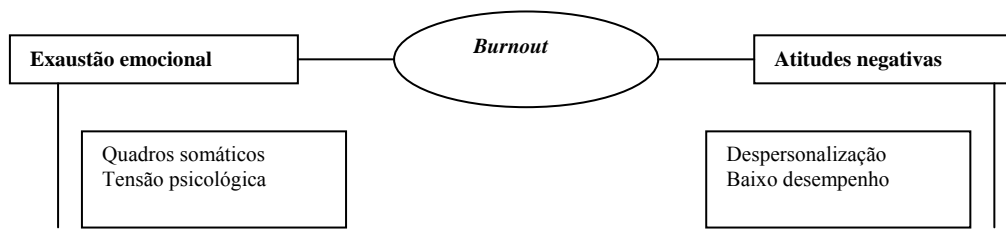


Fonte: Adaptado de Pines (1996 *In* Queirós, 2005)

Modelo bi-dimensional do *burnout* (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993)

O modelo bi-dimensional do *burnout* gira em torno de dois pólos: exaustão emocional e atitudes negativas. O pólo da exaustão emocional relaciona-se com queixas somáticas e tensão psicológica. O pólo das atitudes negativas, por sua vez, diz respeito ao sentimento de despersonalização e diminuição do desempenho pessoal.

Modelo Bi-Dimensional do *Burnout*

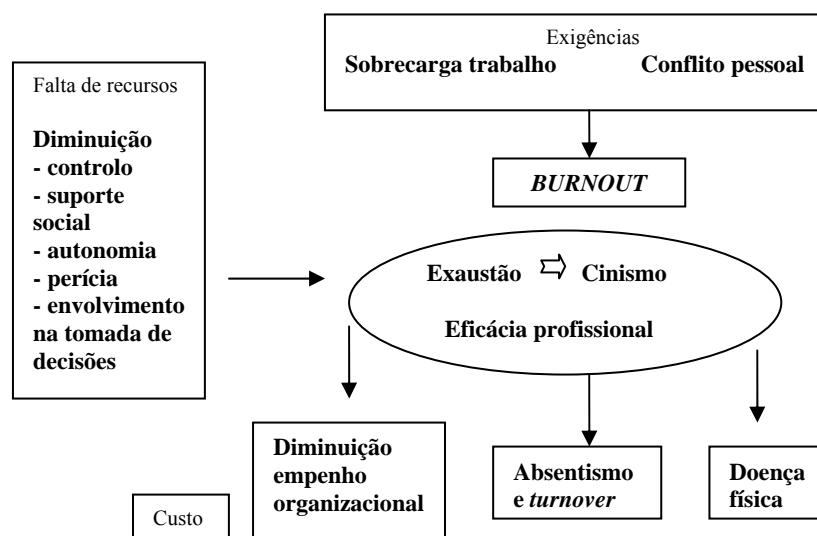


Fonte: Adaptado de Marques-Teixeira (2002 *In* Queirós, 2002)

Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996)

Este modelo surgiu de exigências relacionadas com o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, juntamente com a diminuição do controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões. Estas variáveis são responsáveis pelo surgimento da exaustão, cinismo e redução na eficácia profissional, culminando na diminuição do empenhamento na organização, no incremento do absentismo, no *turnover* e na doença física.

Modelo Geral de *Burnout*



Fonte: Adaptado de Leiter & Maslach (1998 *In* Queirós, 2005)

Conforme se pode observar na figura acima, no centro encontram-se as três componentes do *burnout*: exaustão, cinismo (ou despersonalização) e eficácia pessoal. A exaustão relaciona-se fortemente com o cinismo, sendo o aspecto mais seguro deste modelo. A sobrecarga de trabalho não tem um impacto directo no cinismo mas sim na exaustão. A organização possui diversos

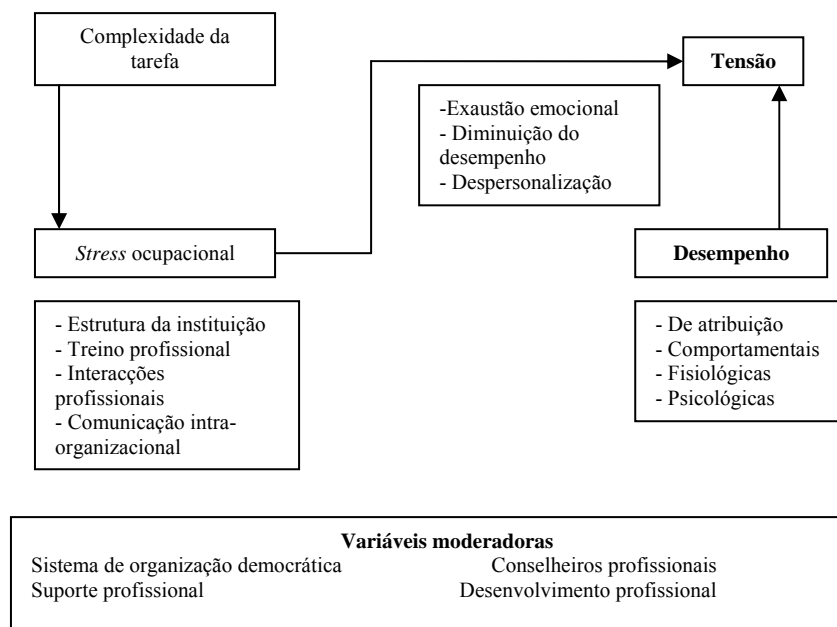
aspectos que podem influenciar o agravamento da exaustão emocional e/ou reduzir a eficácia. O sentimento de eficácia não é mediado pela exaustão, embora o contrário se possa verificar.

Em suma, segundo este modelo, o trabalho nem sempre constitui um meio de mudança no sentido de diminuir a eficácia.

Modelo Explicativo de Exaustão no Trabalho (Wisniewski & Gargiulo, 1997)

Este modelo pressupõe uma variável mediadora (a tensão) entre os stressores situacionais e o desempenho do profissional. A complexidade da tarefa encontra-se na base da exaustão emocional (moderada por agentes stressores de índole individual e institucional), o que possibilita concluir que a especificidade da tarefa em profissões de ajuda contribui para o surgimento da “fadiga da compaixão” (condição da exaustão emocional). «Na especificidade da tarefa, encontra-se o trabalho significativo no contexto de uma relação de ajuda, a discrepância entre pedidos e os recursos, a problemática da morte, e o grande número de insucessos.» (Queirós, 2005: 45). Os stressores individuais abarcam as grandes expectativas individuais e institucionais, o envolvimento pessoal no trabalho, bem como as áreas de interesse na vida e a idade. Nos stressores institucionais identifica-se a sobrecarga quantitativa de trabalho, o conflito de papéis e as interacções interpessoais.

Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho



Fonte: Adaptado de Marques-Teixeira (2002 In Queirós, 2005)

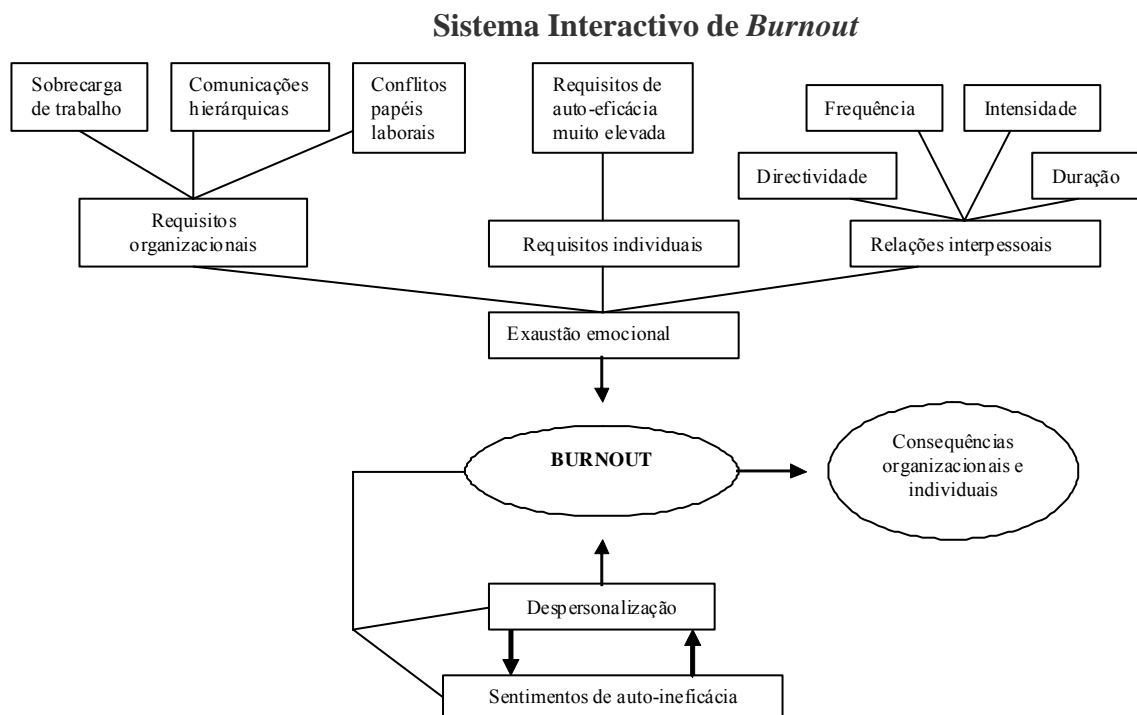
Modelo de Gil-Monte, Peiró & Valcárcel (1998)

Este modelo assenta nos modelos de *stress* de Lazarus & Folkman (1984). Segundo estes autores, o *burnout* é caracterizado como uma resposta ao *stress* no trabalho, que ocorre após a ineficácia da utilização de estratégias de *coping*. Esta resposta progride da falta de realização pessoal até à exaustão emocional e à despersonalização e da exaustão pessoal à despersonalização.

A falta de realização pessoal surge como uma tensão e o fenómeno de despersonalização como um processo cognitivo que deriva de estratégias de *coping* inadequadas. Neste seguimento, o sujeito não consegue lidar com os problemas laborais o que faz com que este sinta uma fraca realização pessoal. Assim, estas situações culminam na adopção da despersonalização enquanto estratégia de *coping*.

Modelo de Sistema Interactivo de *Burnout* (Marques-Teixeira, 2002)

Neste modelo, a exaustão emocional é determinada pela sobrecarga laboral e pelos conflitos de papéis no contexto de trabalho. A nível pessoal, é determinada pelas metas que os indivíduos traçam para si próprios relativamente ao desempenho e a algumas dimensões (qualitativas e quantitativas) das relações interpessoais. O profissional de saúde emocionalmente exausto adopta a despersonalização como uma estratégia de *coping*, que culmina em sentimentos de auto-ineficácia quando ineficazes.



Fonte: Adaptado de Marques-Teixeira (2002 *In* Queirós, 2005)

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA

A Perturbação Depressiva é a causa mais comum de incapacidade a nível laboral, sendo, indubitavelmente, um factor patente em vários divórcios, bem como em outras dificuldades a nível social (Rubenstein, *et al.*, 2000).

A depressão pode ser encarada como uma experiência, como uma reacção ao mundo, reflectindo-se na forma como o indivíduo pensa, sente e age (Simmons & Daw, 2002). No entanto, apesar do ser humano em geral, de quando em vez, apresentar sintomas que correspondam ao quadro depressivo, tais como a tristeza e a falta de esperança, estes encontram-se associados a situações de vida geralmente transitórias, que, embora indutoras de stress e sofrimento temporário, apresentam outras denominações tais como reacção ao luto ou ainda reacções ajustadas perante determinadas situações, que não pressupõem o tratamento aplicado à Perturbação Depressiva Major ou à Perturbação Distímica.

Desta forma, torna-se pertinente a definição e conseqüente distinção (Rubenstein *et al.*, 2000) entre diferentes conceitos que muitas vezes acabam por entrar em colisão, assim, por indivíduos com “*Bad Moods that Pass*” entende-se a existência de estados anedónicos, irritabilidade e ansiedade, gerados por experiências frustrantes e/ou difíceis, que persistem durante alguns dias, não requerendo tratamento similar ao necessário para a depressão. Quando se encontram perante esta situação os indivíduos recuperam rapidamente, não sendo o seu quotidiano seriamente afectado pelos sintomas que evidenciam.

No que diz respeito à reacção de luto, os sintomas subjacentes podem ser tão severos quanto os da Perturbação Depressiva Major, ocorrendo, no entanto, durante os dois meses que se seguem à perda, apenas requerendo tratamento como o aplicado perante a Perturbação Depressiva Major quando os sintomas persistem por mais de dois meses após a perda.

As reacções que ocorrem como resposta a uma determinada situação/circunstância de vida, ainda que o indivíduo experiencie sentimentos de depressão, não são tão severos, nem apresentam duração ou interferência suficiente nas actividades e responsabilidades diárias, de forma a que possam indicar Perturbação Depressiva.

Relativamente à Perturbação Depressiva *Minor*, torna-se difícil descortinar uma causa específica que a despoleta, contudo, são vivenciados sintomas depressivos durante duas ou mais semanas, sendo frequentemente acompanhados por sintomas adicionais tais como dificuldade de concentração e a perda de interesse por actividades diárias, não apresentando no entanto, um grau de severidade tão acentuado como o que surgiria, caso se tratasse da Perturbação Depressiva Major (havendo porém o risco de poder colmatar em tal).

Por sua vez, a Perturbação Depressiva Major causa um grande impacto incapacitante na vida do indivíduo, sendo os seus sintomas vivenciados diariamente por duas ou mais semanas como a anteriormente referenciada, diferenciando-se desta pela presença de sintomas mais severos.

Na Distímia os sintomas de depressão duram por dois ou mais anos, não sendo tão severos como os da Perturbação Depressiva Major, havendo períodos em que os indivíduos se sentem melhores, o que não ocorre durante muito tempo. Quando não são tratados, podem desenvolver, no auge da Perturbação Distímica, a Perturbação Depressiva Major.

As Perturbações Depressivas («depressão unipolar»), as Perturbações Bipolares e duas outras perturbações baseadas na etiologia, nomeadamente a Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral e Perturbação do Humor Induzida Por Substancia são resultado da divisão das Perturbações do Humor e possuem como característica predominante uma perturbação do humor. Torna-se ainda pertinente salientar que a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação) se distinguem das Perturbações Bipolares (isto é, Bipolar I, Bipolar II, Perturbação Ciclotímica e Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação) devido à ausência de história de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. Por sua vez, as Perturbações Bipolares implicam a ocorrência de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, geralmente acompanhados pela presença de Episódios Depressivos Major.

Relativamente às Perturbações Depressivas, a Perturbação Depressiva Major implica a ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Major, ou seja, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão. A sua característica essencial consiste na evolução clínica que é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos.

Para descrever o estado clínico e as características do episódio actual utilizam-se como especificadores: Ligeiro; Moderado; Grave Sem Características Psicóticas; Grave Com Características Psicóticas; Crónico; Com Características Catatónicas; Com Características Melancólicas; Com Características Atípicas e, por último, Com Início no Período Pós-Parto.

Para descrever as características do episódio mais recente da Perturbação Depressiva Major, quando os critérios para Episódio Depressivo Major não são preenchidos podem utilizar-se os seguintes especificadores: Em Remissão Parcial; Em Remissão Completa; Crónico; Com Características Catatónicas; Com Características Melancólicas; Com Características Atípicas e Com Início no Período Pós-Parto.

Para indicar o padrão dos episódios e a presença de sintomas interepisódicos na Perturbação Depressiva Major, Recorrente usam-se os seguintes especificadores: Especificadores Longitudinais da Evolução (Com ou Sem Recuperação Completa Entre os Episódios), Com Padrão Sazonal.

Crítérios para Episódio Depressivo Major (APA, DSM-IV-TR, 2002):

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou do interesse:

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

(1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;

(2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);

(3) perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;

(4) insónia ou hipersónia quase todos os dias;

(5) agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

(7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);

(8) diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);

(9) pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo)

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

O início deste tipo de perturbação pode ocorrer em qualquer idade, sendo a idade média de início aos 25anos, verificando-se uma tendência para a sua diminuição naqueles que nasceram mais recentemente. Os períodos de remissão tendem a durar mais tempo no início da evolução da perturbação e o número de episódios anteriores prevê a probabilidade de ocorrência de episódios subsequentes. Cerca de 50% a 60% dos sujeitos com Perturbação Depressiva Major, Episódio Único, podem ter um segundo episódio, os sujeitos que tiveram um segundo episódio têm uma probabilidade de 70% de terem um terceiro e um sujeito que teve três episódios tem uma probabilidade de 90% de ter um quarto episódio. Aproximadamente 5% a 10% dos sujeitos com Perturbação Depressiva Major desenvolvem, subsequentemente, um Episódio Maníaco, isto é, uma Perturbação Bipolar I.

Os Episódios Depressivos Major podem terminar completamente (em aproximadamente 2/3 dos casos), ou apenas de modo parcial, ou nunca (em aproximadamente 1/3 dos casos).

A Perturbação Depressiva Major é 1,5 a 3 vezes mais comum nos familiares biológicos de primeiro grau de pessoas com esta perturbação do que entre a população em geral. Verifica-se também um maior risco para a Dependência do Álcool em adultos familiares de primeiro grau, assim como um aumento de Perturbações de Ansiedade ou Perturbação de Hiperactividade Com Défice de Atenção nos filhos de adultos com Perturbação Depressiva Major.

Esta Perturbação encontra-se associada a uma elevada mortalidade, sendo que indivíduos com Perturbação Depressiva Major grave possuem uma taxa de suicídio de 15% e sujeitos com mais de 55 anos com esta Perturbação têm a sua taxa de mortalidade quadruplicada. Sujeitos internados em lares têm uma maior probabilidade de morte durante o primeiro ano e os que são consultados no âmbito das clínicas de cuidados de saúde primários possuem mais dores e

doenças físicas, e diminuições no funcionamento físico, social e de desempenho pessoal. Co-ocorrem com frequência outras perturbações mentais como por exemplo: Perturbações Induzidas Por Substâncias, Perturbação do Pânico, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perturbação Estado-Limite da Personalidade.

O prognóstico da Perturbação Depressiva Major é adversamente afectado por estados físicos gerais concomitantes, pois sujeitos com estados físicos gerais crónicos ou graves possuem maior risco de desenvolver esta Perturbação. Cerca de 20-25% desses sujeitos.

A Perturbação Depressiva Major (Episódio Único ou Recorrente) tem uma incidência dupla nas mulheres adolescentes e adultas comparativamente aos homens. Nas crianças pré-pubertárias os rapazes e as raparigas são igualmente afectados. As Características Atípicas são mais comuns nas pessoas mais jovens e as Características Melancólicas nos idosos depressivos.

As taxas de prevalência não se sustentam com base nas características relacionadas com a raça, educação, nível socio-económico ou estado civil e apontam um risco de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens e uma prevalência pontual de 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para os homens, relativamente a adultos de amostras comunitárias.

A Perturbação Distímica é caracterizada por pelo menos dois anos de humor cronicamente depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para Episódio Depressivo Major. Indivíduos com esta perturbação descrevem o seu humor como triste ou «em baixo». Nas crianças a duração mínima requerida é de um ano e o seu humor pode ser irritável. Durante os períodos de humor depressivo encontram-se presentes pelo menos dois dos seguintes sintomas: diminuição ou aumento do apetite, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, dificuldades de concentração ou em tomar decisões e sentimento de falta de esperança.

Indivíduos com esta perturbação podem manifestar baixo interesse e sentimentos de autodesvalorização, tendendo a considerar-se como incapazes ou desinteressantes. Durante o período de dois anos para os adultos e um ano para crianças ou adolescentes não existe qualquer período de sintomas que dure pelo menos dois meses.

Para se diagnosticar Perturbação Distímica é necessário que durante o período inicial de dois anos (ou um ano para crianças ou adolescentes) de sintomas distímicos estiver livre de Episódios Depressivos Major. Quando ao fim de dois anos de Perturbação Distímica se sobrepõem Episódios Depressivos Major é diagnosticado simultaneamente Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica («depressão dupla»).

A idade de início e o padrão característico dos sintomas nesta perturbação são indicados através dos especificadores seguintes: Início Precoce (quando ocorre antes dos 21anos), Início Tardio (quando ocorre aos 21anos ou posteriormente), Com Características Atípicas (quando o padrão de sintomas dos últimos dois anos preenche os critérios para Com Características Atípicas).

Tendo por base vários estudos, os sintomas mais frequentemente encontrados na Perturbação Distímica são sentimentos de inadequação, perda generalizada do interesse e do prazer, isolamento social, ruminações ou sentimentos de culpa acerca do passado, irritação ou cólera excessiva, e diminuição na actividade, eficiência ou produtividade. Os sintomas vegetativos, como o sono, o apetite, as alterações de peso e sintomas psicomotores parecem ser menos comuns que nas pessoas com Episódios Depressivos Major.

A Perturbação Distímica pode estar associada com as Perturbações da Personalidade Estado-Limite, Histriónica, Narcisista, Evitante e Dependente, sendo bastante difícil avaliar as características da Perturbação da Personalidade nestes sujeitos, uma vez que os sintomas crónicos de humor podem estar associados à sua auto-percepção distorcida e contribuir para problemas interpessoais. Nos adultos podem também encontrar-se associadas perturbações crónicas do Eixo I como por exemplo a Dependência de Substâncias, ou stressores psicossociais crónicos. Referentemente às crianças, a Perturbação Distímica pode estar associada com a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Perturbações de Ansiedade, Perturbações do Comportamento, Perturbações de Aprendizagem e Deficiência Mental. A Perturbação Distímica parece ocorrer igualmente em crianças de ambos os sexos, tendo implicações ao nível do desempenho escolar e interacções sociais. Tendem a ser irritáveis, de tracto difícil e depressivas, possuindo baixa auto-estima, pessimismo e aptidões sociais diminuídas.

Na idade adulta verifica-se que as mulheres possuem duas a três vezes mais probabilidades de desenvolvimento de uma Perturbação Distímica do que os homens.

A prevalência ao longo da vida para a Perturbação Distímica, com ou sem Perturbação Depressiva Major sobreposta é de aproximadamente 6%, enquanto que a prevalência pontual para a Perturbação Distímica é de aproximadamente 3%. O seu início é frequentemente precoce e insidioso, ou seja, ocorre na infância, adolescência ou no início da idade adulta, e a sua evolução é crónica. A mais frequente razão para procura de ajuda terapêutica é a sobreposição de uma Perturbação Depressiva Major. A sua evolução decorre de forma significativamente melhor quando há tratamento activo, muito embora a taxa de remissão espontânea para a Distímia seja apenas de 10% por ano.

Tal como acontece na Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica é mais comum entre familiares biológicos de primeiro grau que também possuem esta perturbação, do que entre a população em geral.

A Perturbação Distímica é tão ou mais incapacitante que o Episódio Depressivo Major, uma vez que estudos naturalísticos mostram que o comprometimento do funcionamento social e ocupacional é maior (Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil & Juruena, 2001).

A diferenciação entre Perturbação Distímica e Perturbação Depressiva Major baseia-se na gravidade, cronicidade e persistência. Enquanto que na Perturbação Depressiva Major o humor deprimido tem de estar presente a maior parte do dia por um período de pelo menos duas

semanas, consistindo num ou mais Episódios Depressivos Major discretos distinguíveis do funcionamento habitual do sujeito, na Perturbação Distímica o humor deprimido tem de estar presente mais de metade dos dias durante um período de pelo menos dois anos e os sintomas depressivos crónicos são menos intensos mas de maior duração. O diagnóstico de Perturbação Distímica só é efectuado posteriormente a uma Perturbação Depressiva Major quando a Perturbação Distímica se desenvolveu antes do primeiro Episódio Depressivo Major ou se existe uma remissão completa do Episódio Depressivo Major, durante pelo menos dos meses, antes do início da Perturbação Distímica.

No que concerne a Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação, a sua inclusão visa codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo, ou Perturbação da Adaptação Mista com Humor Deprimido e Ansiedade (ou sintomatologia depressiva acerca da qual existe informação inadequada ou contraditória). Os sintomas depressivos podem estar presentes como parte de uma Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação incluindo:

- Perturbação disfórica pré-menstrual: sintomas que ocorrem marcadamente durante o último ano na maioria dos ciclos menstruais durante a última semana luteal, tais como humor marcadamente depressivo, ansiedade marcada, afectividade marcadamente lábil e interesse diminuído em actividades. Devido à sua intensidade, estes sintomas interferem grandemente no trabalho, escola ou outro tipo de actividades habituais, e estão completamente ausentes durante uma semana após o período menstrual;

- Perturbação depressiva *minor*: episódios de pelo menos duas semanas de sintomas depressivos, no entanto são menos do que os cinco requeridos para a Perturbação Depressiva Major;

- Perturbação depressiva breve recorrente: ocorrência de episódios depressivos com duração de dois dias até duas semanas pelo menos uma vez por mês durante 12 meses, não associados com o ciclo menstrual;

- Perturbação depressiva pós-psicótica da Esquizofrenia: Episódio Depressivo Major que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia;

- Um Episódio Depressivo Major sobreposto a Perturbação Delirante, Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação ou fase activa da Esquizofrenia;

- Situações em que o clínico conclui que uma perturbação depressiva está presente, mas é incapaz de determinar se é primária, devida a um estado físico geral ou induzida por substâncias.

- Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica nas Mulheres

Embora os critérios de diagnóstico para estes tipos de perturbação sejam os mesmos quer para o sexo feminino quer para o sexo masculino, o sexo feminino experiencia-a o dobro das

vezes do que o masculino, 20% das mulheres para 10% dos homens, incluindo sentimentos de culpa, ansiedade, aumento do apetite e maior necessidade de dormir, ganho de peso e distúrbios de ordem alimentar (Subhash, Bhatia, Shashi & Bhatia, 1999). Neste sentido, torna-se fulcral referir aspectos relativos ao sexo feminino que vão interferir no tratamento da Perturbação Depressiva Major e no tratamento da Perturbação Distímica.

Pacientes do sexo feminino podem alcançar maiores concentrações plasmáticas de anti depressivos passando a requerer doses mais baixas deste tipo de medicamentos. É também importante, dependendo da idade da paciente, atender aos efeitos dos fármacos, nomeadamente anti depressivos, num feto ou recém-nascido que esteja a amamentar, ou ainda à exposição uterina aos inibidores de recaptção da serotonina (SSRIs) e anti depressivos tricíclicos. Os SSRIs são fundamentais para o tratamento da perturbação disfórica pré-menstrual e muitas condições comórbidas com a depressão na mulher, podendo utilizar-se isoladamente através da farmacoterapia ou em conjunto com a psicoterapia, atendendo à severidade da perturbação.

O facto de existir uma maior prevalência no sexo feminino parece relacionar-se com as diferenças de género no modo de pensar, factores de ordem biológica e uma maior incidência de stress ao nível psicossocial e económico nas mulheres.

Alguns mecanismos biológicos incluem a função e estrutura do cérebro, factores genéticos, e alterações ao nível comportamental, cognitivo e de humor resultantes das variações hormonais, neurotransmissores e das funções enzimáticas, que tornam estes indivíduos mais vulneráveis.

Factores de Risco para o desenvolvimento da Perturbação Depressiva nas Mulheres
(Subhash *et al.*, 1999):

1. História familiar de Perturbações de Humor;
2. História pessoal passada referente a Perturbações de Humor na Adolescência;
3. Perda de um familiar próximo antes dos 10 anos de idade;
4. História de abuso físico ou sexual, enquanto criança;
5. Uso de um contraceptivo oral, especialmente um com elevados níveis de progesterona;
6. Uso de estimulantes gonadotrópicos para tratamento de infertilidade;
7. Stressores psicossociais persistentes;
8. Perda do sistema de suporte familiar.

As mulheres experienciam mais frequentemente do que os homens Episódios Depressivos relacionados com a mudança sazonal e sintomas atípicos como a hipersónia, a ganho de peso, sentimento de cansaço nas pernas e nos braços, exacerbação do humor ao fim da tarde e insónia

inicial, ansiedade, pânico, fobia, distúrbios de alimentação, personalidade dependente, hipotiróidismo e variações hormonais. Verifica-se então um forte impacto no humor em comparação com os homens. Os comportamentos suicidas ocorrem mais vezes nas mulheres mas nos homens a taxa de suicídio é maior, assim como o abuso de substâncias e a associação com personalidades anti-sociais, narcísicas e obsessivo-compulsivas.

Perturbação Depressiva e Suicídio

Relativamente a um dos aspectos anteriormente focados, que se prende com a existência de pensamentos e/ou planos suicidas, torna-se importante salientar que questionar o paciente sobre os mesmos, não faz com que este os inicie ou tão pouco os apresse, pelo contrário, detectar o risco de suicídio pode salvar vidas. Cerca de 20% dos pacientes que cometem suicídio visitaram o seu terapeuta no mesmo dia, por outro lado, aproximadamente 40% desta população contactou com o terapeuta no período de uma semana e perto de 70% apenas recorriam a apoio mensal. Ao paciente deverá ser solicitado que exponha/partilhe os seus sentimentos sobre o facto de se sentir vivo, após o que poderá ser questionado de forma mais específica, tendo em conta a resposta anterior, sobre o suicídio e/ou a presença de ideação suicida, que, quando presente, deverá conduzir à averiguação da existência ou não de um plano suicida (que implica saber se tem forma de levar o seu plano avante e, caso tal se verifique, descortinar ainda como, quando e onde), assumindo grande importância a informação acerca da presença de tentativas anteriores no sentido de implementar medidas, tais como o internamento ou acompanhamento psiquiátrico, que visem preservar a vida humana (Sederer & Kolodny, 2004).

Ainda que não existam bons preditores de suicídio (Trangle, 2004), há todo um conjunto de pontos que podem ser considerados como sendo de risco (Reesal, Lam & CANMAT Depression Work Group, 2001), tais como:

- presença de ansiedade, agitação e/ou ataques de pânico;
- insónia persistente;
- anedonia e baixa concentração;
- sentimentos de desespero e falta de ajuda;
- impulsividade;
- abuso de substâncias (utilização concomitante de álcool ou de outra substância psicoactiva (Fauci *et al.*, 1999));
- pertença à população masculina com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, assim como após os 50;
- pertença à população feminina numa faixa compreendida entre os 40 e os 60 anos;
- idade avançada;

- tentativas anteriores de suicídio;
- história familiar de comportamento suicida;
- rompimento de relações significativas;
- história familiar de abuso de substâncias (Rubenstein *et al.*, 2000);
- o facto de se viver sozinho e/ou isolamento social (Rubenstein *et al.*, 2000);
- existência de um plano e método formulado, para além da intenção (Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser & Longo, 1999);
- raça caucasiana (Fauci *et al.*, 1999);
- doença médica grave (Fauci *et al.*, 1999)

A Perturbação Depressiva consiste num factor de risco para o comportamento suicida em ambos os sexos, no entanto enquanto as mulheres, especialmente com idade inferior a trinta anos, fazem mais tentativas de suicídio, os homens, por outro lado, completam mais vezes o acto de auto-destruição, sendo a proporção relativa aos actos de suicídio completos de quatro homens para uma mulher. A explicação reside no facto de as mulheres utilizarem métodos menos letais e tentarem o suicídio como forma de chamar a atenção, na tentativa de modificar a dinâmica das suas relações interpessoais.

É bastante importante que indivíduos com esta perturbação sejam projectados para os pensamentos suicidas durante a intervenção, pois a mortalidade dos métodos utilizáveis e a sua avaliação poderão permitir salvar a sua vida.

A auto-intoxicação ou envenenamento consiste no método mais utilizado pelas mulheres, indicando cerca de 70% de todos os atentados suicidas (Subhash *et al.*, 1999).

Pacientes com Perturbação Depressiva Severa, psicoses, abuso de substâncias, falta de esperança severa, suporte social limitado, pensamentos suicidas e planos que podem conduzir à concretização do acto, necessitam de hospitalização e acompanhamento psicológico de uma equipa multidisciplinar, incluindo primordialmente psiquiatras e psicólogos.

Para que um diagnóstico de uma Perturbação Depressiva seja confirmado, assim como o risco das tentativas de suicídio, é necessário verificar se existe alguma relação entre a perturbação e a menstruação, a gravidez, o período perinatal ou o período perimenopausal, a administração de anti contraceptivos orais ou qualquer outra medicação para controlo hormonal.

A educação do indivíduo (envolvendo sempre que possível a família), representa uma base imprescindível no sentido de atribuir a este um papel de agente activo e responsável em todo o processo. Indivíduos com sintomas de Perturbação Depressiva Major ou de Perturbação Distímica, ou em caso de haver uma história passada de depressão, beneficiarão da educação

sobre a mesma e do encorajamento para se tornarem participantes activos na monitorização e intervenção no sentido de promoverem a sua saúde (Rubenstein *et al.*, 2000).

É comum a experimentação de sentimentos de vergonha e culpa aquando da realização do diagnóstico, daí a necessidade de desvanecer as percepções negativas face à Perturbação, através de uma explanação das causas, mecanismos e impacto da mesma. Comparar a Perturbação em causa com outras consideradas como passíveis de tratamento, poderá ajudar a que o indivíduo se sinta menos estigmatizado. Outro aspecto fulcral prende-se com o facto deste realizar aprendizagens que lhe permitam saber que respostas farmacológicas esperar, ficando assim menos propício a sentimentos de frustração que poderão levar ao abandono do tratamento antes da medicação ter tempo suficiente para fazer efeito. O indivíduo deverá ainda estar alerta no sentido de saber quais os sintomas a esperar e, conseqüentemente, quais as formas de lidar com os mesmos. Caso haja dúvidas sobre a medicação e/ou os efeitos adversos desta, devem ser discutidas de forma a possibilitar um conhecimento mais completo do assunto em questão. Torna-se ainda pertinente acrescentar que indivíduos com pensamentos suicidas deverão ser aconselhados a contactar imediatamente o terapeuta, caso estes se tornem mais específicos, frequentes ou intensos após iniciação do tratamento (Sederer & Kolodny, 2004).

Neste seguimento, torna-se importante uma breve explanação de alguns tipos de instrumentos de avaliação que podem ser usados no sentido de confirmar/complementar diagnósticos da perturbação em causa, nomeadamente:

Questionários que permitam averiguar:

- a existência ou não de prazer/interesse na realização de actividades, bem como descortinar quais os sentimentos subjacentes;
- a história da presente Perturbação;
- a severidade dos sintomas evidenciados;
- o número e a severidade de episódios anteriormente ocorridos;
- o número de terapeutas que consultou;
- as respostas obtidas a eventuais tratamentos anteriores;
- pensamentos suicidas e/ou tentativas de suicídio;
- a história psiquiátrica do paciente;
- a existência ou não de stressores sociais, tais como perdas significativas, conflitos, dificuldades sócio-económicas, história de abusos/violência doméstica;
- o estado médico do indivíduo, isto é, se a nível clínico existe alguma patologia que justifique os sintomas apresentados pelo mesmo;

- a existência ou não de historial passado e/ou presente de abuso de substâncias.

Beck Depression Inventory ou na sua versão portuguesa, o Inventário de Depressão de Beck, tem um uso bastante abrangente, sendo utilizado tanto em investigação, como na prática clínica.

Este inventário de auto-resposta é constituído por 21 itens, com o objectivo de medir a severidade de sintomas depressivos, de avaliar a forma como o indivíduo se sente, bem como o que manifesta em relação a determinados quadros depressivos.

O seu tempo de aplicação é variável, entre 5 a 10 minutos (até aos 30 minutos), podendo ser administrado em sujeitos com idade igual ou superior a 13 anos.

Cada item apresenta 4 ou 5 afirmações, ordenadas segundo a severidade dos sintomas, sendo tarefa do sujeito a escolha da afirmação que melhor descreve o seu estado actual (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, concebido por Adriano Vaz Serra), que tem como objectivo detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo, apresentando uma escala de auto-avaliação do tipo Lickert, é constituído por 23 questões relacionadas com alterações/sintomas organizados em quatro tipos: biológicos (relacionados com o corpo), cognitivos (que reportam ao sujeito enquanto pessoa), interpessoais (que visam a interacção face aos outros) e de desempenho de tarefa (orientados para com o trabalho). Cada um dos sintomas foi subdividido em cinco questões que traduzem uma gravidade progressivamente crescente e têm implícita a possibilidade de uma única escolha. À primeira corresponde um valor mínimo de 0, representativo da inexistência de qualquer perturbação e à última, um valor de 4, tradutor de gravidade máxima atingida pela queixa. Torna-se pertinente referir que não existem itens que possam ter valores sobreponíveis. A escala foi construída partindo do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem. O investigador ou terapeuta que fizer uso deste instrumento deverá recordar ao respondente que tenha em atenção alguns aspectos, nomeadamente:

- o Inventário serve para medir um estado, daí que a pessoa deva responder tal como se encontra de há um certo tempo para cá (2 semanas) e não de acordo com a sua forma de ser habitual;

- se hesitar entre duas respostas, deverá seleccionar aquela que lhe acontece com maior frequência.

O IACLIDE pode ser cotado manualmente ou de forma automática (que se traduz em maior eficácia e rapidez). O valor da nota global pode ser classificado em leve (onde o indivíduo é

perturbado pelos sintomas, com dificuldade em continuar com o seu trabalho e actividades sociais usuais, mas, provavelmente, não deixa de funcionar completamente; IACLIDE: 20 a 34), moderado (quando o indivíduo apresenta já uma dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho e/ou domésticas; IACLIDE: 35 a 52) ou grave (em que o doente sente-se incapaz, a não ser de forma muito limitada em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho e/ou domésticas; IACLIDE maior ou igual a 53). Torna-se ainda relevante acrescentar a existência do valor das médias dos grupos e sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho da tarefa, bem como a de um gráfico representativo da intensidade de cada um dos agrupamentos assinalados, ficando o observador com a possibilidade de visualizar em que área de funcionamento o paciente sente maiores dificuldades.

Como vantagens face ao uso deste inventário aparece o facto de ter sido construído a partir de amostras da população portuguesa, sendo referenciado como um “indicador universal da depressão”, uma vez que não sucumbe a diferenças de sexo e idade.

O IACLIDE permite então o conhecimento dos valores dos factores de depressão em cada paciente bem como averiguar o grau de incapacidade tanto para a vida em geral, quer para o nível profissional, social e/ou familiar, sendo o ponto de corte 20, isto é, indivíduos com classificação inferior a 20 não apresentam sintomas de depressão. De seguida será apresentado um quadro sumário com a correspondência entre o número do item e o aspecto com o qual esse mesmo item se encontra relacionado, assim:

Representação dos sintomas associados a cada item

Número do item	Tipo de sintomas/aspecto com o qual se encontra relacionado
1	Cognitivo
2	Interpessoal
3	Biológico
4	Interpessoal
5	Cognitivo relacionado com a culpabilidade
6	Biológico
7	Cognitivo
8	Biológico
9	Cognitivo relacionado com a auto-depreciação
10	Cognitivo
11	Biológico
12	Cognitivo relacionado com o sentimento de fracasso
13	Biológico
14	Interpessoal
15	Biológico
16	Cognitivo
17	Cognitivo
18	Cognitivo
19	Cognitivo
20	Desempenho da tarefa
21	Desempenho de tarefa (depreciação)

ICAC (Inventário Clínico do Auto-Conceito, concebido por Adriano Vaz Serra em 1985), sendo constituído por uma escala unidimensional, tipo lickert, tem o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, procurando avaliar a forma de ser habitual do indivíduo e não o estado em que este transitoriamente se encontra. Apresenta vinte itens que podem ser respondidos em cinco categorias significativas (“não concordo”; “concordo pouco”; “concordo moderadamente”; “concordo muito” e “concordo muitíssimo”), sendo que alguns itens estão em ordem directa, enquanto outros se apresentam em ordem inversa (nomeadamente os itens 3, 12 e 18). O valor global, pode oscilar entre um mínimo de 20 e um máximo de 100.

Como principais vantagens deste inventário evidencia-se o facto de ser breve o seu preenchimento, o que conduzirá a uma facilitação da tarefa, devendo, no entanto, ser usado a nível complementar, conjuntamente com outros instrumentos (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

Perturbação Depressiva no Trabalho

Durante o período de um ano, cerca de três e cada dez indivíduos que exercem função laboral, irão desenvolver um problema de saúde mental, sendo a perturbação depressiva a mais comum.

Os sintomas desta mesma perturbação são:

- aparência “doentia” que se mantém estável com o passar do tempo;
- choro sem razão aparente;
- ansiedade, preocupação, irritabilidade, tensão;
- distúrbios do sono;
- redução do apetite e mudança de peso;
- cansaço, lentidão e falta de motivação;
- falta de interesse em actividades normais, esquecimento e falta de concentração;
- pensamentos de desvalorização e falta de esperança.

Os efeitos de uma perturbação depressiva no trabalho podem verificar-se através alterações no ritmo de trabalho, implicando a lentidão do desempenho, os enganos que passam a ocorrer mais frequentemente, a falta de concentração, o esquecimento, os atrasos (quer no trabalho quer em outros compromissos), entrar em desacordo e disputas com os colegas de trabalho, bem como uma incapacidade em realizar tarefas.

Os colegas de trabalho e a entidade em patronal podem constituir figuras-chave para uma detecção mais precoce da perturbação, assim como para alertar o indivíduo da necessidade de procura de ajuda especializada.

O facto desta perturbação poder ser reconhecida, quer pelo próprio indivíduo quer pelos colegas, é pertinente para que o tratamento alcance sucessos mais rapidamente, podendo, os indivíduos, voltar à sua *performance* normal no trabalho dentro de poucas semanas.

Muitos profissionais receiam falar com a entidade patronal acerca da sua perturbação, devido ao impacto que pode causar na sua segurança laboral, então, o médico de família, o terapeuta, e todo o conjunto de profissionais que acompanhem o tratamento, são responsáveis pela confidencialidade da informação. Caso o indivíduo queira informar a entidade patronal da sua situação, o terapeuta deve redigir um relatório ou falar pessoalmente com a pessoa em questão, no sentido de uma maior e melhor informação e sensibilização acerca do impacto deste tipo de perturbação na actividade laboral, sem descurar as necessidades do indivíduo inerentes à mesma (como por exemplo: baixa médica durante determinado período).

Torna-se então pertinente reforçar a ideia da existência de alguns factores de risco (Trangle, 2004), de forma a que conduza à identificação dos mesmos, nomeadamente:

- história pessoal ou familiar de Perturbação Depressiva Major e/ou abuso de substâncias;
- perda recente;
- doença biológica crónica;
- distímia;
- situações de vida desencadeadas pelo stress, tais como um divórcio, exigências decorrentes da profissão que desempenha,..;
- violência doméstica;
- eventos traumáticos, por exemplo um acidente de carro;
- mudanças que ocorrem durante a vida do indivíduo, tais como mudança de habitação e/ou emprego.

BIBLIOGRAFIA

Almeida L., Simões M & Gonçalves M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT: 151 – 163; 181 – 191.

American Psychiatric Association (APA). Fernandes J. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI Editores: 349 – 356; 369 – 381.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. (1ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Fauci A., Braunwald E., Isselbacher K., Wilson J., Martin J., Kasper D., Hauser S. & Longo, D. (1999). *Medicina Interna – Compêndio* (14ª Edição). Lisboa: McGraw – Hill.

Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Del Porto, J., Brasil, M. & Juruena, M. (2001). *Diagnóstico e Tratamento da Depressão*. Projecto Directrizes, Associação Brasileira de Psiquiatria: 1 – 9.

French National Agency for Accreditation and Evaluation in Health - ANAES. (2001). *Diagnosis and outpatient of generalised anxiety disorder in adults*.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3): 192 - /207.

Queirós, P. (2005). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. (1ª Edição). Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Reesal R., Lam R. & CANMAT Depression Work Group. (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 46 (1): 21S – 28S.

Rubenstein, L., Unutzer, J., Miranda, J., Katon, W., Wieland, M., Jackson-Triche, M., Minnium, K., Mulrow, C. & Wells K. *Clinical Guide to Depression Assessment and Management in Primary Care*. Agency for Healthcare Reserach and Quality 2000: iii – 140.

Schapira, L., (s.d.). *Stress, Burnout and Renewal*. Retirado em 26/10/2005 de:
http://www.conversationsincare.com/web_book/charpter04.html

Sereder, L. & Kolodny A. (2004). Detecting and Treating Depression in Adults. *City Health Information*. 23 (1): 1 – 8.

Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. (1ª Edição). Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Simmons, M. & Daw, P. (2002). *Stress Anxiety Depression*. (8th Edition). London: Speechmark Publishing.

Subhash, C., Bhatia, M., Shashi, K., Bhatia, M. (1999). Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *American Academy of Family Physicians*. pp. 1 – 16.

The Royal College of Psychiatrists (1999). Depression in the Workplace: Advice on how to implement an Effective and Workable Mental Health Policy within an Organization. *The Royal College of Psychiatrists*: 1 – 5.

Trangle, M. (2004). *Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care* (8th Edition). England: Institute for Clinical Systems Improvement: 1 – 78.

Williams, E., Konrad, T., Scheckler, W., Pathman, D., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M. & Scharz, M. (2001). Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health. *Health Care Manager*. 26 (1): 7 – 19.

Zung, W. W. K. (1971). A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Official Journal of The Psychosomatic Medicine*. 11 (6): 371 – 379.