

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

VOLUME **XVI**

PSIQUE

Issue 1 | 1st January - 30th June 2020

Fascículo 1 | 1 de janeiro - 30 de junho 2020



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

PSIQUE

Issue 1 | 1st January - 30th June 2020

Fascículo 1 | 1 de janeiro - 30 de junho 2020

VOLUME **XVI**

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



PSIQUE | Volume XVI | Issue 1 | 1st January - 30th June 2020

Semiannual Publication. Scientific Journal of the Centre for Research in Psychology - CIP - from the Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

PSIQUE is a scientific journal in Psychology published by the Centre for Psychology of the Universidade Autónoma de Lisboa.

Since 2005, PSIQUE has been publishing original papers in the scientific field of Psychology, in its several fields of specialization, in open access and free of charge.

From 2018, it is a semi-annual journal publication from 1st January to 30th June and from 1st July to 31st December.

Aims and Scope

It is particularly aimed at psychology researchers, lecturers and students but also at general readers who are interested in this field of science.

Psique publishes advances in basic or applied psychological research of relevance for understanding and improving the human condition in the world. Contributions from all fields of psychology addressing new developments with innovative approaches are encouraged. Articles that (a) integrate perspectives from different areas within psychology; (b) study the roles of physical, social and cultural domains in human psychological processes; or (c) include psychological perspectives from different regions in the world are particularly welcomed.

The journal publishes papers in Portuguese, Spanish, French and English.

Directory: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Databases: Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa (Camões).

Indexed by: Academic Search (EBSCO Publishers)

Fuente Academic (EBSCO Publishers).

PSIQUE | Volume XVI | Fascículo 1 | 1 de janeiro - 30 de junho 2020

Publicação semestral. Revista Científica do Centro de Investigação em Psicologia - CIP - da Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

A Psique é uma revista científica em Psicologia, editada pelo Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

Desde 2005 publica artigos originais e comunicações na área científica da Psicologia, nos seus vários domínios de especialização, de acesso livre e gratuito.

É um periódico semestral, a partir de 2018, com data de publicação de 1 de janeiro a 30 de junho e de 1 de julho a 31 de dezembro.

Âmbito e Objetivos

Dirige-se particularmente a investigadores, docentes e estudantes em Psicologia, mas também aos leitores em geral que se interessem pelo conhecimento desta ciência.

A Psique publica avanços na investigação científica básica ou aplicada, em Psicologia, com relevância para compreender e melhorar a condição humana no mundo. A Psique encoraja a submissão de contribuições de todos os campos da Psicologia, produzindo novos desenvolvimentos científicos, através de abordagens inovadoras. Particularmente bem-vindos são os artigos que: (a) integram perspetivas de diferentes áreas da Psicologia; (b) estudam o papel dos domínios físico, social e cultural nos processos psicológicos humanos; ou (c) integram perspetivas psicológicas de diferentes regiões do mundo.

A revista aceita artigos em Português, Espanhol, Francês e Inglês.

Diretórios: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Base de Dados: Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa (Camões).

Indexação: Academic Search (EBSCO Publishers)

Fuente Academic (EBSCO Publishers).

PUBLISHING INSTITUTION / INSTITUIÇÃO EDITORA

CIP – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP)

Rua de Santa Marta, n.º 47, 3.º, 1169-023 Lisboa

Phone Telefone: +351 213 177 667 | Fax: +351 213 533 702

LEGAL OWNER / PROPRIEDADE

CEU – Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L.

Rua de Santa Marta, n.º 47

1150-293 Lisboa – Portugal

Phone Telefone: +351 213 177 600/67

Fax: +351 213 533 702

N.I.E.: 501 641 238

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XIV.1>

e-ISSN: 2183-4806

Title Título: **Psique**

Site: <https://cip.autonoma.pt/revista-psique/>

Registration Status: **Under Publishing** Situação de Registo: **Em Publicação**

Format Suporte: **Online**

Registration Inscrição: **ERC 126656** Date Data: **03-03-2015**

Periodicity: Semiannual Periodicidade: **Semestral**

Editor in Chief Director: **João Hipólito**

Inscrição Inscription: **220129**

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia – no âmbito do projeto do CIP com a referência UIDB/04345/2020.

This work was funded by national funds through FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia – as part the project CIP – Ref.ª: UIDB/04345/2020.

EDITOR IN CHIEF DIRECTOR

João Hipólito Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal jhipolito@autonoma.pt

ASSOCIATE EDITORS COEDITORES

José Magalhães Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal jmagalhaes@autonoma.pt
Luísa Ribeiro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal mribeiro@autonoma.pt
Cristina Nunes Universidade do Algarve, Portugal csnunes@ualg.pt
Rute Brites Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal rbrites@autonoma.pt
Sandra Figueiredo Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal sfigueiredo@autonoma.pt
Odete Nunes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal onunes@autonoma.pt

EDITORIAL BOARD CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Gomes Universidade do Algarve, Portugal asgomes@ualg.pt
Ana Antunes Universidade da Madeira, Portugal aantunes@uma.pt
Ana Gomes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal amgomes@autonoma.pt
Anne-Marie Vonthron Univerité Paris Ouest-Nanterre, França anne-marie.vonthron@u-paris10.fr
Aristides Ferreira ISCTE, Lisboa, Portugal aristides.ferreira@iscte.pt
Carla Moleiro ISCTE, Lisboa, Portugal carla.moleiro@iscte.pt
Célia Oliveira Universidade Lusófona Porto, Portugal celiargoliveira@gmail.com
Daniel Roque Gomes Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal drmgomes@gmail.com
David Rodrigues ISCTE, Lisboa, Portugal rodriguesvid@gmail.com
Dulce Pires I. Criap – Psicologia e Formação Avançada, Portugal dulcepires@ua.pt
Edlia Alves Simões University of Saint Joseph (Macao), Macau edlia.simoies@usj.edu.mo
Filomena Matos Universidade do Algarve, Portugal fmatos@ualg.pt
Florence Sordes-Ader Universidade de Toulouse, França sordes@univ-tlse2.fr
Gina C. Lemos Universidade do Minho, Portugal gclemos@gmail.com
Inês Ferreira Universidade Europeia, Portugal ines.ferreira@universidadeeuropeia.pt
Isabel Leite Universidade de Évora, Portugal imss@uevora.pt
Isabel Mesquita Universidade de Évora, Portugal mesqui@uevora.pt
Isabel Silva Universidade Fernando Pessoa, Portugal isabels@ualg.pt
João Viseu Universidade do Algarve, Portugal jnviseu@ualg.pt
Jorge Gomes ISEG – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal jorgegomes@iseg.utl.pt
José Eusébio Pacheco Universidade do Algarve, Portugal jpacheco@ualg.pt
Liliana Faria Universidade Europeia, Portugal liliana.faria@europeia.pt
Luis Sérgio Vieira Universidade do Algarve, Portugal lsvieira@ualg.pt
Magda Sofia Roberto Universidade da Beira Interior, Portugal magda.roberto@labcom.ubi.pt
Manuel Sommer Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal msommer@autonoma.pt
Maria Cristina Faria Instituto Politécnico de Beja, Portugal mcfaria@ipbeja.pt
Marjorie Poussin Universidade de Lyon II, França marjorie.poussin@univ-lyon2.fr
Melanie Vauclair Instituto Universitário de Lisboa, Portugal melanie.vauclair@iscte-iul.pt
Miguel Ángel Garcia-Martin Universidad de Málaga, Espanha magarcia@uma.es
Miguel Pereira Lopes ISCSP – Universidade de Lisboa, Portugal mplopes@iscsp.ulisboa.pt
Mónica Pires Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal mpires@autonoma.pt
Monique K. LeBourgeois University of Colorado Boulder, United States of America monique.lebourgeois@colorado.edu
Odete Nunes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal onunes@autonoma.pt
Patrícia Jardim de Palma ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal ppalma@iscsp.ulisboa.pt
Pedro Armelím Almíro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal paalmiro@autonoma.pt
Pedro Duarte Universidad Veracruzana, México pdias@uv.mx
Ricardo B. Rodrigues Instituto Universitário de Lisboa, Portugal rfprs@iscte-iul.pt
Rosa Novo Universidade de Lisboa, Portugal rnovo@psicologia.ulisboa.pt
Rui Costa Lopes ICS – Universidade de Lisboa, Portugal ruilopes@ics.ulisboa.pt
Saul Neves de Jesus Universidade do Algarve, Portugal snjesus@ualg.pt
Sílvia Araújo Universidade do Minho, Portugal saraujo@ilch.uminho.pt
Tito Laneiro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal tlaneiro@autonoma.pt
Vera Engler Cury Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil vency2985@gmail.com

ASSISTANT EDITORS EDITORES ASSISTENTES

Afonso Herédia Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal afonsodeheredia@gmail.com
Andreia Bandeira Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal andreia.lamy.bandeira@gmail.com
Francisco Castro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal fcostacastro@gmail.com
Marisa Dolores Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal marisadolores@gmail.com

TRANSLATION TRADUÇÃO

Carolina Peralta Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal cperalta@autonoma.pt

DESIGN COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Undo geral@undo.pt

IT DEVELOPMENT DESENVOLVIMENTO INFORMÁTICO

Anselmo Silveira Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal asilveira@autonoma.pt

TABLE OF CONTENTS ÍNDICE

Editorial José Magalhães	7
Caracterização do Burnout em Profissionais de Saúde em Portugal: Um Artigo de Revisão Burnout characterization in health professionals in Portugal: a review article Nuno Álvaro Caneca Murcho, José Eusébio Palma Pacheco	8
Versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised (IES-R) Portuguese version of the Impact of Event Scale – Revised (IES-R) Cristina Perestrelo Vieira, Rui Paixão, José Tomás da Silva, Henrique Testa Vicente	24
Expressões de Microagressões Dirigidas a Mulheres no Contexto do Sistema de Saúde: Uma Abordagem Baseada em Incidentes Críticos Expressions of Microaggressions Against Women in the Healthcare Context: A Critical Incident Approach Elena Piccinelli, Sara Martinho, Christin-Melanie Vauclair	44
Relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e Sintomatologia Depressiva: Um estudo exploratório Relationship between personal growth initiative and depressive symptomatology: an exploratory study Aline Barros Brutti, Manuel Joaquim Loureiro, Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Rosa Marina Afonso, Graça Esgalhado	65
Author Instructions	
Instruções aos Autores	80
Reviewers instructions	
Instruções aos Revisores	85

NOTA EDITORIAL

A presente edição da revista PSIQUE procurou manter e consolidar o rigor dos artigos publicados através de uma sinergia sistemática entre editores e autores no sentido de corresponder por um lado, às expectativas e necessidades dos leitores e, por outro, ao reforço da imagem e notoriedade da publicação. Esta sinergia encontra-se traduzida nos temas ora publicados que abrangem áreas da Psicologia, pertinentes e atuais, na Clínica, Saúde, Organizacional e Social. Assim, os artigos insertos, que integram algumas destas áreas correspondem em termos de investigação ao estado global da Psicologia nas preocupações da época atual.

De realçar que os artigos publicados foram avaliados, submetidos para revisão, analisados e ratificados com base em critérios científicos tendo em linha de conta a multiplicidade dos temas, a sua interdisciplinaridade e o interesse psicológico transversal. Violência sobre mulheres em minorias sociais, a problema do *burnout* nos profissionais da saúde, a adaptação para a população portuguesa de um instrumento para avaliar os efeitos subjetivos do stresse e a relação entre o crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, são os enfoques dos artigos validados para esta edição.

A evidente importância dos temas e dos estudos empíricos dos artigos vão ao encontro dos principais objetivos de uma publicação que pretende ser contributiva para os leitores interessados na abordagem das ciências sociais sejam professores, investigadores ou alunos e procurando, igualmente, estimular a investigação e a submissão de trabalhos.

Toda a equipa da PSIQUE, coordenação editorial, revisores e apoio, procura em cada edição através do cumprimento dos prazos dos conteúdos e da aplicação escrupulosa dos critérios de validação justificar os pressupostos do percurso para a indexação em que a revista se encontra.

Neste ano, particularmente severo e limitativo devido à pandemia da COVID-19, não é demais voltar a sublinhar o empenho de toda a equipa com particular enfoque na coordenação e nos revisores que, com elevada exigência e rigor, permitiram cumprir os prazos possíveis para dar realidade a mais um volume. Foi necessário adaptar e ajustar procedimentos, na sua maioria em gestão remota, que só se tornaram exequíveis devido ao crer e querer dos envolvidos no papel crucial da revista no contexto académico e no seu contributo para a Psicologia, enquanto ciência cada vez mais incontornável para o equilíbrio individual, organizacional e social.

A toda a equipa da PSIQUE fica o elevado reconhecimento pelo cumprimento de mais esta edição.

José Magalhães
(Co-editor)

CARACTERIZAÇÃO DO *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL: UM ARTIGO DE REVISÃO

BURNOUT CHARACTERIZATION IN HEALTH PROFESSIONALS IN PORTUGAL: A REVIEW ARTICLE

Nuno Álvaro Caneca Murcho¹, José Eusébio Palma Pacheco²

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 1
1ST JANUARY JANEIRO - 30TH JUNE JUNHO 2020 • PP. 8-23

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>

Submitted on May, 2019

Submetido em maio, 2019

Resumo

O objetivo desta pesquisa é contribuir para um melhor conhecimento da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde em Portugal. É um estudo de revisão sistemática, sem metanálise, da literatura publicada entre 2015 a 2019 sobre a problemática do *burnout* nestes profissionais, a partir da consulta dos estudos publicados neste âmbito, disponíveis nas bases de dados *DOAJ*, *SciELO* e *RCAAP*, baseado nos princípios da metodologia *PRISMA*, utilizando os descritores “*Burnout*” e “*Burnout Syndrome*”. Os critérios de inclusão foram: serem estudos primários de tipo descritivo e quantitativo relativos a esta síndrome, medida através do *Maslach Burnout Inventory (MBI)*; realizados com profissionais de saúde em Portugal entre 2015 a 2019; e apresentarem as prevalências para esta síndrome. Concluímos que, apesar de a maioria de estes profissionais não apresentarem *burnout*, há uma prevalência de 30% desta síndrome nos mesmos, que é preocupante, sendo maior para a exaustão emocional e para a eficácia profissional reduzida, embora estes resultados não possam ser generalizados porque as amostras foram de conveniência, o que é uma limitação encontrada. Sugere-se assim, a realização de estudos alargados, com utilização de amostragens probabilísticas, visando também outros aspetos relacionados com a saúde mental ocupacional nestes profissionais, designadamente a ansiedade e a depressão.

Palavras-Chave: *Burnout*, Profissionais de Saúde, Revisão Sistemática Sem Metanálise, Portugal.

Abstract

The objective of this research is to contribute for a better knowledge of the burnout syndrome in health professionals in Portugal. It is a systematic review without meta-analysis, of

¹ Núcleo de Formação Profissional, Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, Faro, Portugal. E-mail: nunalvaro@netcabo.pt

² Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, Portugal. E-mail: jpacheco@ualg.pt

the literature published between 2015 and 2019, about the problematic of burnout in these professionals, from the consultation of published studies in this area, available in the databases DOAJ, SciELO e RCAAP, based on the principles of the PRISMA methodology, using the descriptors “Burnout” e “Burnout Syndrome”. The inclusion criteria were: to be primary studies of a descriptive and quantitative type related to this syndrome, measured through the *Maslach Burnout Inventory* (MBI); conducted with health professionals in Portugal between 2015 to 2019; and which present the prevalences for burnout. We conclude that, although most of these professionals do not present burnout, there is a prevalence of 30% of this syndrome in the same professionals, which is worrying, being higher to the emotional exhaustion and to the reduced personal efficacy, however these results cannot be generalized because convenience samples were used, which is a limitation found. We propose the realization of extended studies, using probabilistic sampling, also aiming other aspects related to occupational mental health of these professionals, namely anxiety and depression.

Keywords: Burnout, Health Professionals, Systematic Review Without Meta-Analysis, Portugal.

A incidência da síndrome de *burnout* e o seu reconhecimento têm vindo a aumentar substancialmente nos últimos anos, como uma das consequências mais significativas do stress laboral, de acordo com os resultados de diversos estudos realizados em muitos países (International Labour Organization [ILO], 2016).

Na verdade, esta síndrome tornou-se epidémica e transversal no mundo laboral, entre outras razões pela perda do valor intrínseco do trabalho, a globalização da economia, a tecnologia, a redistribuição do poder e da diminuição da responsabilidade social, e ao nível dos trabalhadores, pelos sentimentos de sobrecarga, perda de controlo, de recompensa desadequada pelo trabalho feito, de colapso da comunidade, de tratamento injusto e da existência de valores conflitantes (ILO, 2016; Maslach, & Leiter, 1997).

O que levou a que, se inicialmente a maioria estudos incidiam em trabalhadores de serviços humanos, nomeadamente nas profissões assistenciais, como os profissionais de saúde, ou professores, mais tarde vieram a abranger outro tipo de profissionais, como bibliotecários, polícias, militares, administradores, estudantes, informáticos, religiosos, entre outros (Maslach et al., 2001; Treviño-Reyes et al., 2019). Deste modo, podemos dizer que desde que surgiu até aos nossos dias, este conceito foi evoluindo, quer no que concerne às populações estudadas, como aos próprios modelos explicativos deste construto (Treviño-Reyes et al., 2019).

Assim, e embora seja usual a literatura mencionar que foi Freudenberg em 1974, quem primeiro descreveu esta síndrome, como sendo um estado de fadiga ou frustração surgido pela devoção a uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada (Marôco et al., 2016; Maslach et al., 2001; Silva & Neto, 2018; Silva et al., 2016), contudo, há referências de que já antes, em 1969, Bradley se tenha referido ao *burnout*, ao descrever as alterações de atitudes e comportamentos de fadiga e desmotivação em polícias (Treviño-Reyes et al., 2019).

Fazendo uma breve resenha dos modelos explicativos deste constructo, podemos dizer que genericamente, estes se podem classificar em modelos compreensivos, que englobam os modelos elaborados a partir da teorias sociocognitivas do Eu, de intercâmbio social e organizacional,

e em modelos de processo, que englobam o modelo tridimensional do Inventário de *Burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory* [MBI]), o modelo de Edelwich e Brodsky, o modelo de Price e Murphy e o modelo de Gil Monte (Treviño-Reyes et al. 2019).

De qualquer forma, considerando que o modelo explicativo mais utilizado é o de Maslach e Jackson (Marôco et al., 2016), nomeadamente para explicar esta síndrome nos serviços humanos, como é o caso dos serviços de saúde (Treviño-Reyes et al. 2019), e uma vez que a população alvo deste estudo é constituída por profissionais de saúde, então será este o modelo que utilizaremos.

Este conceito foi aprofundado e desenvolvido por Maslach e colaboradores em 1984, definindo-o como uma síndrome multifatorial que surge nos trabalhadores, resultante do stress ocupacional crónico e prolongado, afetando principalmente aqueles profissionais que entram nas suas carreiras com índices elevados de motivação, de envolvimento pessoal e de ideais, e que posteriormente se sentem frustrados por não conseguirem alcançar os objetivos que se haviam (idealmente) traçado, sendo que é mais característica em indivíduos com profissões onde existe interação/ajuda com outras pessoas (Maslach et al., 1996; Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001).

Para estes autores, o *burnout* é constituído por três dimensões que são a exaustão emocional (EE), que é dimensão central do *burnout*, refletindo a sua componente de stress, a despersonalização ou cinismo (Cn), que se manifesta pelo distanciamento emocional para com os outros, o qual surge como uma reação imediata à EE, e a reduzida realização pessoal ou eficácia profissional reduzida (EPR), (Maslach et al., 1996; Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001).

A partir deste modelo, desenvolveram um instrumento de avaliação do *burnout*, já anteriormente mencionado, que é o MBI, o qual foi originariamente desenhado para medir esta síndrome nos profissionais de serviços humanos, passando mais tarde este instrumento a ser designado como MBI – HSS (*Human Services Survey*, ou Avaliação de Serviços Humanos), e que rapidamente se popularizou internacionalmente, sendo ainda hoje o instrumento de eleição utilizado no diagnóstico deste problema nos profissionais destes serviços, embora posteriormente Maslach e colaboradores tenham desenvolvido outras duas versões, uma destinada a avaliar o *burnout* em profissões de ensino e outra destinada a avaliar o *burnout* noutras profissões que não as que trabalham em serviços humanos ou de ensino, que se designam respetivamente como MBI – ES (*Educators Survey*, ou Avaliação de Educadores) e MBI – GS (*General Survey*, ou Avaliação Geral) (Marôco et al., 2016, Maslach et al., 1996).

Na leitura dos resultados do MBI – HSS, considera-se que existe *burnout* quando os scores são elevados para a EE e para o Cn e baixos para a EPR (Maslach et al., 1996).

A síndrome de *burnout* pode ocorrer quando há uma desconexão entre a organização e o indivíduo relacionada com algumas áreas principais da vida laboral, como os valores, justiça, comunidade, recompensa, controlo e carga de trabalho, sendo frequentemente o resultado de alguns fatores psicossociais como uma carga de trabalho elevada ou descontrolada (exigências quantitativas e emocionais), ambiguidade de papéis, alterações organizacionais, baixa satisfação laboral e de realização pessoal, desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional, relações pessoais pobres, baixo suporte no trabalho e violência no local de trabalho, incluindo o assédio (Faria et al., 2019; ILO, 2016; Marôco et al., 2016).

Esta síndrome pode levar, se não for devidamente intervencionada, ao surgimento de alguns sintomas como cefaleias, insónia, desordens do sono e do apetite, cansaço e irritabilidade, instabilidade emocional e rigidez nas relações sociais, e em alguns casos, também está associada com o consumo de substâncias psicotrópicas e alcoolismo, bem como à hipertensão arterial e enfarte

do miocárdio, e em casos mais graves ao suicídio, para além de se traduzir em termos organizacionais, em baixa produtividade, absentismo e presenteísmo, erros e conflitos no trabalho (Faria et al., 2019; ILO, 2016; Marôco et al., 2016).

Alguma da literatura consultada, menciona a associação de fatores sociodemográficos com o *burnout* designadamente, o estado civil, as habilitações literárias a idade e o sexo, sendo mencionado que os indivíduos solteiros, com um maior grau de habilitações literárias e académicas, mais jovens ou de sexo feminino, apresentam níveis mais elevados de *burnout*, e que os indivíduos de sexo feminino manifestam uma maior vulnerabilidade à EE e os indivíduos de sexo masculino ao Cn (ILO, 2016; Marôco et al., 2016; Martins, 2017; Silva et al., 2015).

De referirmos ainda a este respeito, que a maior vulnerabilidade no sexo feminino à EE e no sexo masculino ao Cn, pode estar relacionada com o facto de as mulheres responderem de forma mais emotiva a situações de stresse laboral (Martins, 2017), e também de serem mais afetadas pelos fatores psicossociais relacionados com o trabalho, como o duplo papel que desempenham em casa e no trabalho ou os papéis de género e as influências das expectativas sociais (ILO, 2016), em associação com fatores culturais, como a socialização e os estereótipos de papel de género, levando a que os homens tenham uma maior tendência a reprimir os conflitos internos e a manifestação de sentimentos e emoções, e a apresentar estratégias de gestão de *coping* mais focadas no problema e na evitação, bem como na relação entre género e ocupação (e.g., profissões masculinas e profissões femininas) (Houkes et al., 2011; Maslach et al., 2001).

Por outro lado, a maior vulnerabilidade dos indivíduos com maior grau de habilitações e mais jovens, pode estar relacionada com os níveis e capacidade para gerir expectativas profissionais, as quais são mais elevadas nos indivíduos com maior habilitação, os quais também eventualmente poderão ter mais responsabilidades e níveis de stresse mais elevados, e mais jovens (ILO, 2016; Martins, 2017; Maslach et al., 2001).

Considerado como um problema epidémico, esta síndrome apresenta uma maior prevalência em alguns grupos profissionais, como os profissionais de saúde, e tem sido apontado como uma das situações de doença profissional da área da saúde mental mais relevante nestes profissionais, entre outros aspetos, devido ao contacto quotidiano com pessoas debilitadas/doentes, terem que lidar com relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde, e pela estrutura do horário de trabalho (turnos com trabalho noturno) que podem contribuir para a sua sobrecarga física, cognitiva e emocional, destacando-se a particular vulnerabilidade de enfermeiros e médicos ao desenvolvimento de *burnout* (Marôco et al., 2016).

A este respeito ainda, de mencionarmos que a literatura tem apresentado prevalências para o *burnout* global muito variadas, que no caso dos profissionais de saúde, nos estudos de base amostral alargada mais recentes, se situa em valores que variam entre 4.1% a 47.8%, em Portugal (Marôco et al., 2016; Reis, 2019) e 12% a 70% na Europa ((Reis, 2019; Sousa-Ferreira et al., 2017), o que dificulta a comparação das diferentes prevalências, podendo ter relação com as diferenças nos tamanhos nas amostras bem como das metodologia adotadas (Houkes et al., 2011).

O crescente interesse da comunidade científica sobre o *burnout*, tem levado à discussão sobre a sua inclusão como doença nos sistemas de classificação nosológica internacionais como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), embora a este respeito não tenha havido ainda consenso, uma vez que para alguns autores esta síndrome é entendida como um

fenómeno contínuo, que resulta de uma forma de angústia crónica que está relacionada com um ambiente de trabalho altamente stressante, enquanto que para outros, é entendida de uma forma dicotómica, traduzindo-se numa condição médica (Martins, 2017).

De qualquer forma, a CID, na sua 11.^a versão, já contempla esta síndrome, referindo que a mesma é um fenómeno específico exclusivamente do contexto ocupacional e não de outras áreas da vida (OMS, 2019).

Deste modo, quisemos então saber qual a dimensão da problemática do *burnout* nos estudos disponíveis realizados com esta população, entre outros, pelos seguintes motivos: pelo impacto mediático, e mesmo político e social, que nos parece que a problemática do *burnout* tem, seja a nível internacional como nacional, designadamente no que respeita aos seus efeitos e consequências para profissionais e organizações de saúde; pelo facto de constatarmos que existem inúmeros estudos realizados sobre esta síndrome nestes profissionais, com amostras distintas, e mesmo diferentes métodos e indicadores, não permitindo uma fácil caracterização global da prevalência deste fenómeno nos profissionais de saúde a exercerem no sistema de saúde português; e por termos a percepção, que poderão haver outros fatores que possam interferir nestes efeitos e consequências.

Nesse sentido, elaboramos esta revisão sistemática sem metanálise, a partir da revisão da literatura publicada nos últimos cinco anos (entre 2015 e a 2019), disponível em bases de dados de acesso livre, com o objetivo de procurar contribuir para um melhor conhecimento sobre o *burnout* nos profissionais de saúde em Portugal.

Método

Para este estudo atendemos genericamente aos princípios da metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ou Principais Itens a Relatar para Revisões Sistemáticas e Metanálises), os quais estabelecem que o processo de revisão deve ser documentado de forma transparente em todas as partes, reproduzível e relatado claramente na publicação final, assentando num conjunto mínimo de itens baseados em evidências para relatar em revisões sistemáticas e metanálises (Donato & Donato, 2019).

Para a pesquisa das referências bibliográficas a serem incluídas neste estudo, foram consultadas as seguintes bases de dados de acesso livre: *Directory of Open Access Journals* (DOAJ, <https://doaj.org/>), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO, <https://scielo.org/>) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, <http://projeto.rcaap.pt/>).

A pesquisa foi feita a partir dos descritores “*Burnout*” e “*Burnout Syndrome*”, o primeiro dos quais, tem o mesmo significado em língua portuguesa e inglesa, tendo-se também utilizado como restritor para o período de realização destes estudos, os últimos cinco anos, que corresponde ao período compreendido entre 2015 e 2019.

Os critérios de inclusão e de exclusão que definimos foram os seguintes:

- Critérios de inclusão – estudos efetuados com profissionais de saúde em Portugal relativos à síndrome de *burnout*, que tenham sido realizados no período compreendido entre 2015 e 2019 (cinco anos), que sejam estudos primários de tipo descritivo e quantitativo, que utilizem como instrumento de medida o MBI e que apresentem a prevalência para esta síndrome nas amostras estudadas;

- Critérios de exclusão – não serem revisões de literatura ou estudos qualitativos, estudos que não apresentem o indicador considerado, terem sido realizados fora deste período de tempo, não serem realizados com profissionais de saúde em Portugal, serem realizados com os mesmos grupos profissionais nos mesmos locais e nos mesmo períodos ou também abrangerem os mesmos grupos profissionais e mesmo locais e períodos (para evitar repetição ou sobreposição das amostras), e que não sejam somente resumos (*abstracts*).

A partir dos critérios estabelecidos para a revisão bibliográfica, foram identificadas 767 referências (ou estudos), de acordo com os descritores definidos, das quais, se selecionaram 50 referências para análise, que cumpriam os critérios de inclusão.

A partir das 50 referências selecionadas para análise, foram removidas 36, consideradas não elegíveis, pela aplicação dos critérios de exclusão, nomeadamente os seguintes: serem estudos qualitativos, terem sido realizados pelos mesmos autores com amostras dos mesmos locais nas mesmas datas e não apresentarem as prevalências.

Assim foram apuradas para inclusão neste estudo 14 referências (oito artigos, quatro dissertações de mestrado, um projeto final de licenciatura e um poster em encontro científico), que representam 1.83% do total das referências pesquisadas.

Todas estas referências são estudos primários, com um desenho metodológico de tipo quantitativo, transversal, descritivo e o procedimento de colheita de dados adotado foi pela aplicação de um questionário autoadministrado em que uma das escalas aplicadas foi o MBI. Destas referências, quatro são em inglês e as restantes em português.

De referir ainda, que nas fases de identificação e seleção, a pesquisa e seleção inicial das referências a incluir neste estudo, foi feita pelos seus autores, e que as fases de elegibilidade e inclusão das referências a serem analisadas, foram efetuadas por um painel independente de dois jurados.

Para uma melhor compreensão desta metodologia, apresentamos seguidamente o fluxograma da seleção das referências a estudar (vd. Figura 1).

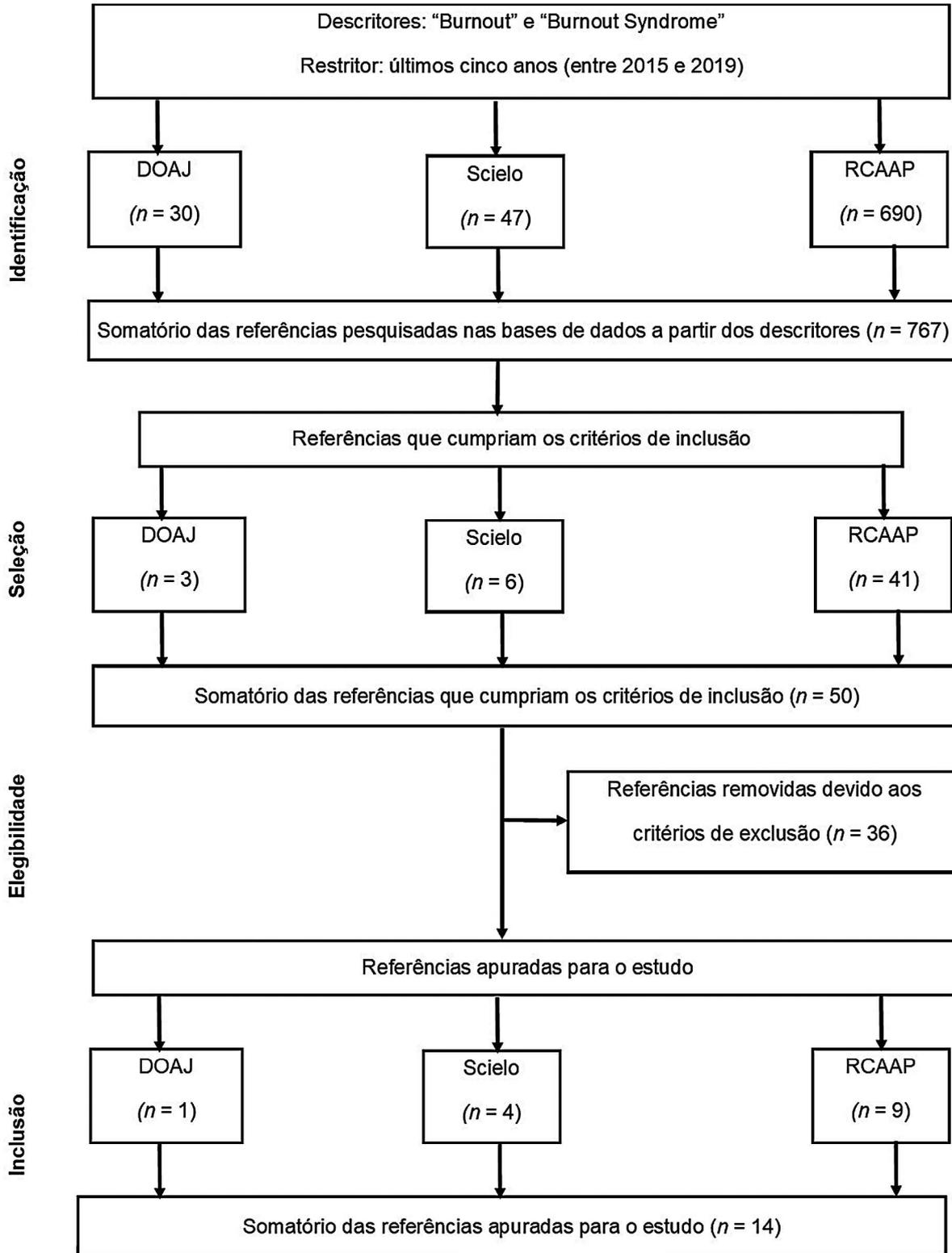
Resultados

Conforme podemos observar na Tabela 1, a maioria dos estudos foi realizada com profissionais dos Cuidados Primários de Saúde (CSP) ou incluíram profissionais desta área ($n = 8$ estudos), e os grupos socioprofissionais estudados foram médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, assistentes técnicos (AT) e assistentes operacionais (AO), incidindo a maioria dos estudos em médicos e enfermeiros ($n = 8$, para ambos, num total de 12 estudos em que estes profissionais foram estudados). Os restantes grupos registam um estudo para cada, num total de quatro estudos onde estes profissionais são participantes.

Em relação à dimensão das amostras, a média (M) é de 229.21 profissionais de saúde, com um desvio-padrão (DP) de 151.76 profissionais, variando entre 23 (Silva, 2019) e 585 profissionais (Pereira, Teixeira, Carvalho, & Hernández-Marrero, 2016), sendo de referir que todos os métodos de amostragem destes estudos foram não probabilísticos por conveniência.

FIGURA 1

Fluxograma de seleção das referências a estudar



Nota. As bases de dados utilizadas foram a DOAJ (*Directory of Open Access Journals*: <https://doaj.org/>), a Scielo (*Scientific Electronic Library Online*: <https://scielo.org/>) e a RCAAP (*Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*: <http://projeto.rcaap.pt/>).

No que respeita à idade média dos participantes, para os estudos que apresentam esta variável ($n = 12$ estudos), a média é de $M = 35.49$ anos ($DP = 5.31$ anos), variando entre 28.4 anos (Joaquim et al., 2018) e 49 anos (Mata et al., 2016).

No que concerne ao sexo, a maioria dos participantes são de sexo feminino, em todos os estudos ($n = 14$), sendo a média das percentagens de $M = 74.23\%$ ($DP = 5.64\%$), variando entre 64.1% (Reis, 2019) e 82.3% (Esteves, 2016).

De mencionarmos, relativamente aos grupos profissionais estudados, que estes resultados estão de acordo com o perfil socioprofissional dos profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, uma vez que, de acordo com os dados oficiais, os grupos profissionais de maior dimensão são os enfermeiros (33%) e os médicos (22%), representando 55% do total dos profissionais do SNS, 65% dos trabalhadores apresentam idade inferior a 50 anos, com uma média global das idades dos trabalhadores de 44 anos, variando as idades médias entre os 30 e os 50 anos, dos quais quase 77% são do sexo feminino, sendo a taxa de feminização nos grupos de maior dimensão, de 61% para médicos e de 84% para enfermeiros (Autoridade Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS], 2018).

TABELA 1

Distribuição dos Estudos pelo Grupo Profissional Estudado, Dimensão da Amostra (n) e Sexo (%)

Estudos	Grupo Profissional Estudado (Área de Cuidados)	n	Média da Idade (em anos)	Sexo (%)	
				Masc.	Fem.
Esteves (2016)	Enfermeiros e médicos (CSP)	96	45.48 ($DP = 9.45$)	17.7	82.3
Mata et al. (2016)	AT, enfermeiros e médicos (CSP)	261	49 ($DP = 19$)	18.4	81.6
Nogueira (2016)	Enfermeiros (CH)	37	39	27	73
Pereira et al. (2016)	Enfermeiros e médicos (CH)	585		31	69
Queirós et al. (2016)	Enfermeiros (CSP e CH)	347	34.49 ($DP = 8.42$)	28	72
Silva et al. (2016)	Enfermeiros (CH)	200	33.8 ($DP = 7.6$)	30	70
Guerra (2017)	Técnicos radiologistas (CSP e CH)	103	30.2 ($DP = 5.9$)	14.7	85.3
Mendes et al. (2017)	Médicos de MGF (CSP)	227	29.04 ($DP = 4.9$)	28.1	71.9
Pereira (2017)	AO, enfermeiros e médicos (CH)	225	31.97	19.6	80.4
Quintas et al. (2017)	Enfermeiros (CH)	301	37.06 ($DP = 6.98$)	19	81
Santos et al. (2017)	Médicos internos de MGF (CSP)	327	28.7	19.3	80.7
Joaquim et al. (2018)	Médicos internos (hematologia, oncologia e radioterapia) (CH)	118	28.4 ($DP = 2.2$)	26.3	73.7
Reis (2019)	Médicos de MGF (CSP)	359		35.9	64.1
Silva (2019)	Fisioterapeutas (CSP e CH)	23	33.4 ($DP = 8$)	30.43	69.57
<i>M</i>		229.2	35.5	25.8	74.2
<i>DP</i>		151.8	5.3	5.6	5.6

Nota. AT - Assistentes Técnicos; AO - Assistentes Operacionais; CH - Cuidados Hospitalares; CSP - Cuidados Primários de Saúde; MGF - Medicina Geral e Familiar.

No que respeita aos níveis de *burnout*, os estudos que mencionam a existência ou não de *burnout* nos participantes, definem os seus valores da seguinte forma: sem *burnout* ou com *burnout* reduzido, para scores médios inferiores a dois; com *burnout* para scores médios superiores a dois (Joaquim et al., 2018; Mata et al., 2016; Mendes et al., 2017; Pereira et al., 2016; Quintas et al., 2017; Reis, 2019; Santos et al., 2017; Silva et al., 2016; Silva, 2019).

Para as dimensões desta síndrome, os estudos que mencionam os níveis baixo, médio e elevado para as diferentes dimensões do *burnout*, definem os seus valores da seguinte forma: EE – nível elevado, quando os valores são superiores a 27 pontos, nível médio, quando os valores se situam entre 19 a 26 pontos, e nível baixo, quando o valor é inferior a 19 pontos; Cn – nível elevado, quando os valores são iguais ou superiores a 10 pontos, nível médio quando os valores se situam entre 6 a 9 pontos, e nível baixo, quando os valores são inferiores a 6 pontos; eficácia profissional (EP) – nível elevado, quando os valores são iguais ou menores a 33 pontos, nível médio quando os valores se situam entre 34 a 39 pontos, e nível baixo (ou EPR), quando os valores são iguais ou superiores a 40 (Guerra, 2017; Mata et al., 2016; Mendes et al., 2017; Nogueira, 2016; Pereira, 2017; Queirós et al., 2016; Reis, 2019; Santos et al., 2017; Silva, 2019).

Relativamente à prevalência de *burnout*, para os estudos que apresentam esta variável (nove estudos), conforme podemos verificar na Tabela 2, a média das prevalências mais elevada é para os profissionais que não apresentam *burnout* ($M = 69.9\%$, $DP = 12.3\%$), variando entre 53.1%

TABELA 2

Distribuição dos Estudos pela Prevalência do Burnout nos Participantes (%), relativamente à sua Existência (Com e Sem Burnout) e aos níveis (Elevado, Médio e Baixo) nas suas Dimensões (EE, Cn e EP)

Estudos	Burnout (%)										
	CB	SB	EE			Cn			EP		
			Bxa.	Mda.	Elv.	Bxa.	Mda.	Elv.	Bxa.	Mda.	Elv.
Esteves (2016)			41.7	29.2	29.2	80.2	12.5	7.3	14.6	39.6	45.8
Mata et al. (2016)	5.7	94.3			41			28.4	22.6		
Nogueira (2016)			10.8	35.1	54.1	35.1	37.8	35.1	13.5	27.0	54.1
Pereira et al. (2016)	27	73									
Queirós et al. (2016)			33	26	41	81	12	7	1	5	94
Silva et al. (2016)	30	70									
Guerra (2017)			38.7	32.3	29	48.9	36.2	14.9	29.3	38	32.6
Mendes et al. (2017)	29.8	70.2	20.2	50	29.8	56.6	25.8	17.7	43.3	30.3	26.3
Pereira (2017)			37.8	17.3	44.9	52.9	17.8	29.3	33.3	31.1	35.6
Quintas et al. (2017)	38.5	61.5									
Santos et al. (2017)	46.9	53.1			38.1			45.2			26.5
Joaquim et al. (2018)	45.2	54.8									
Reis (2019)	17	83	11.4	22.6	66	35.9	18.4	45.7	48.2	23.4	28.4
Silva (2019)	30.4	69.6	4.3	13	82.6	4.3	60.9	34.8	100		
<i>M</i>	30.1	69.9	24.7	28.2	43.1	49.4	26.5	24.8	37.3	31.4	34.4
<i>DP</i>	12.3	12.3	14.8	11.5	17.9	25.2	17.6	14.2	28	5.7	10.4

Nota. CB - Com *Burnout*; SB - Sem *Burnout*; EE - Exaustão Emocional; Cn - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; Bxa. - Baixa; Mda. - Média; Elv. - Elevada.

(Santos et al., 2017) e 94.3% (Mata et al., 2016), enquanto que para os participantes que apresentam *burnout*, a média das prevalências é de $M = 30.1\%$ ($DP = 12.3\%$), variando entre 5.7% de participantes com *burnout* (Mata et al., 2016) e 46.9% de participantes (Santos et al., 2017).

No que respeita aos níveis de *burnout*, para a prevalência de Exaustão Emocional (EE), nos estudos que analisam esta variável ($n = 10$ estudos), a média mais elevada é para os participantes que apresentam um elevado nível de EE ($M = 43.1\%$ de participantes, $DP = 17.9\%$), variando entre 29% de participantes com elevado nível de EE (Guerra, 2017) e 82.6% (Silva, 2019).

Para a prevalência de Cn, nos estudos que analisam esta variável ($n = 11$ estudos), a média mais elevada é para os participantes que apresentam um baixo nível de Cn ($M = 49.4\%$ de participantes, $DP = 25.2\%$), variando entre 4.3% de participantes com baixo nível de Cn (Silva, 2019) e 81% (Queirós et al., 2016).

Para a prevalência da EP, nos estudos que analisam esta variável (10 estudos), a média mais elevada é para os participantes que apresentam EPR ($M = 37.3\%$ de participantes, $DP = 28\%$), variando entre 1% de participantes com EPR (Queirós et al., 2016) e 100% (Silva, 2019).

No que concerne à distribuição da prevalência do *burnout* total (participantes que apresentam *burnout*) relativamente à idade, de acordo com a Tabela 3, somente um estudo apresenta este resultado (Reis, 2019), que é maior no grupo etário dos participantes com idade igual ou inferior a 45 anos (22,5%).

Para a distribuição das prevalências das dimensões do *burnout* (EE, Cn e EPR) relativamente à idade, nos dois estudos que apresentam este resultado (Mata et al., 2016 e Reis, 2019), também podemos observar que as maiores prevalências se situam neste grupo etário para a elevada EE (variando entre 42.6% no estudo de Mata et al., 2016, e 68.1%, no estudo de Reis, 2019), e para a EPR (variando entre 27.8% no estudo de Mata et al., 2016, e 32.6%, no estudo de Reis, 2019) nestes dois estudos, enquanto que para o elevado Cn, é maior somente num dos estudos considerados (52.9% no estudo de Reis, 2019).

TABELA 3

Distribuição dos Estudos pelas Prevalências (%) do Burnout Total e das Dimensões do Burnout (EE, Cn e EPR) relativamente à Idade dos Participantes

Estudos	Idade	Burnout (%)			
		Total	Elv. EE	Elv. Cn	EPR
Mata et al. (2016)	≤ 45 anos		42.6	20.9	27.8
	> 45 anos		39.7	34.2	18.5
Reis (2019)	≤ 45 anos	22.5	68.1	52.9	32.6
	> 45 anos	13.4	64.1	39.7	25.6

Nota. EE - Exaustão Emocional; Cn - Cinismo; EPR - Eficácia Profissional Reduzida; Elv. - Elevada; ≤ - igual ou inferior; > - superior.

Em relação à distribuição da prevalência do *burnout* total relativamente ao sexo, conforme verificamos na Tabela 4, somente um estudo apresenta este resultado (Reis, 2019), que é mais elevado nos participantes de sexo feminino (17.6%).

Para a distribuição das prevalências das dimensões do *burnout* (EE, Cn e EPR) relativamente ao sexo, nos três estudos que apresentam este resultado (Mata et al., 2016; Mendes et al., 2017;

Reis, 2019), observamos que a prevalência da elevada EE é maior para o sexo feminino em dois dos estudos (variando entre 30.8% no estudo de Mendes et al., 2017, e 67.8%, no estudo de Reis, 2019), o elevado Cn é maior no sexo masculino no três estudos (variando entre 33.3% no estudo de Mendes et al., 2017, e 53.5%, no estudo de Reis, 2019) e a EPR é maior para o sexo feminino em dois dos estudos (variando entre 30% no estudo de Reis, 2019, e 45.5%, no estudo de Mendes et al., 2017).

TABELA 4

Distribuição dos Estudos pelas Prevalências (%) do Burnout Total e das Dimensões do Burnout (EE, DP e EPR) relativamente ao Sexo dos Participantes

Estudos	Sexo	Burnout (%)			
		Total	Elv. EE	Elv. Cn	EPR
Mata et al. (2016)	Masculino		46.8	34	26.8
	Femenino		39.4	27.2	23
Mendes et al. (2017)	Masculino		27.3	33.3	40
	Femenino		30.8	12.7	45.5
Reis (2019)	Masculino	16.5	62.2	53.5	21.3
	Femenino	17.6	67.8	41.9	30

Nota. EE - Exaustão Emocional; Cn - Cinismo; RP - Realização Profissional; Bxa. - Baixa; Mda. - Média; Elv. - Elevada.

Discussão

Relativamente ao total de referências pesquisadas para esta revisão ($n = 767$) só foi possível incluir na mesma 1.83% destes estudos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, nomeadamente serem realizados com os mesmos grupos profissionais nos mesmos locais e nos mesmo períodos ou também abrangerem os mesmos grupos profissionais e mesmo locais e períodos, o que pode denotar que nos últimos cinco anos (entre 2015 e 2019), que foi o período considerado, pode ter havido alguma repetição dos mesmos participantes nos estudos relativos ao *burnout* efetuados com profissionais de saúde

Por outro lado, todos os estudos incluídos nesta pesquisa ($n = 14$) utilizam o método de amostragem por conveniência (aliás, a maioria das referências consultadas utilizam esta metodologia), o que até é compreensível, atendendo à dificuldade técnica e os custos associados na utilização de métodos de amostragem probabilísticos, para além da reduzida dimensão destas amostras, com uma dimensão média de 229.21 participantes ($DP = 151.76$), variando entre 23 (Silva, 2019) e 585 profissionais (Pereira et al., 2016).

Contudo, esta situação também tem algumas limitações, designadamente o facto de não se dever generalizar os resultados dos resultados dos mesmos para as populações estudadas, que neste caso são os profissionais de saúde.

Por outro lado, a possibilidade de haver repetição de participantes em diferentes estudos sobre o *burnout*, conforme anteriormente mencionado, poderá ser suscetível de introduzir um fator de distorção na real perceção da dimensão desta problemática nestes profissionais, pelo

que, estes resultados deverão ser analisados cautelosamente, uma vez que podem induzir a vieses interpretativos, pelos motivos expostos.

O facto de a maioria dos estudos incidir em médicos e enfermeiros ($n = 8$, para ambos, num total de 12 estudos em que estes dois grupos foram estudados), está de acordo não só com a dimensão destes mesmos grupos profissionais no seio das profissões da saúde no SNS, na qual representam 55% do total dos profissionais (ACSS, 2018), embora outros fatores como a sua representatividade social e influência sociopolítica dos seus organismos de regulação profissional e de representação dos trabalhadores, eventualmente possa levar a que haja uma maior preocupação na realização de estudos sobre estes grupos.

De referir ainda que a maioria dos estudos foi realizada com profissionais dos CSP ou incluíram profissionais desta área ($n = 8$ estudos).

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes dos estudos incluídos nesta pesquisa, para as variáveis consideradas, que são a idade e o sexo, verificamos que a média de idades é de 35.49 anos ($DP = 5.31$ anos), variando entre 28.4 anos (Joaquim et al., 2018) e 49 anos (Mata et al., 2016) e que em todos os estudos ($n = 14$) a maioria dos participantes são de sexo feminino, sendo a média das percentagens de $M = 74.23\%$ ($DP = 5.64\%$), variando entre 64.1% (Reis, 2019) e 82.3% (Esteves, 2016), o que está de acordo com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que trabalham no SNS português (ACSS, 2018).

Relativamente à caracterização das prevalências do *burnout*, em relação à sua existência e às suas dimensões, verificamos que a média das prevalências dos participantes com *burnout* é de $M = 30.1\%$ ($DP = 12.3\%$) variando entre 5.7% de participantes com *burnout* (Mata et al., 2016) e 46.9% de participantes (Santos et al., 2017), e embora esta média seja muito maior para os participantes que não apresentam *burnout* ($M = 69.9\%$, $DP = 12.3\%$), ou seja, a grande maioria dos participantes dos estudos que consideram esta variável (nove em 14 estudos) não apresenta *burnout*, contudo o valor da média das prevalências dos participantes que apresentam *burnout*, não deixa de ser preocupante, o que de qualquer forma está de acordo com os resultados apresentados em estudos de base amostral mais alargada mais recentes que estudaram esta síndrome nestes profissionais (Marôco et al., 2016; Reis, 2019; Sousa-Ferreira et al., 2017).

Contudo, e tal como constatamos na literatura, também aqui há uma grande variação entre os valores das prevalências apresentadas, que poderá estar relacionada com os tamanhos das amostras, que são reduzidas, e com a sua grande variação, como mencionamos anteriormente, bem como com as metodologias adotadas, o que dificulta por um lado a comparação entre as diferentes prevalências, bem como a generalização dos seus resultados (Houkes et al., 2011).

No que concerne às médias das prevalências das dimensões do *burnout*, estas são maiores para a EE elevada ($M = 43.1\%$, $DP = 17.9\%$), para o Cn baixo ($M = 49.4\%$, $DP = 25.2\%$) e para a EPR ($M = 37.3\%$, $DP = 28\%$), o que, no caso da EE e do Cn, pode estar relacionado com o facto da maioria dos participantes ser de sexo feminino, uma vez que estas dimensões têm relação com o género, sendo a EE mais prevalente em mulheres e o Cn em homens (Houkes et al., 2011; ILO, 2016; Martins, 2017; Maslach et al., 2001; Silva et al., 2015).

Finalmente, ao analisarmos a distribuição da prevalência do *burnout* total relativamente à idade e ao sexo, apesar de somente um estudo apresentar este indicador (Reis, 2019), verificamos que a maior prevalência se situa nos participantes que têm idade igual ou inferior a 45 anos (22.5%), e que são de sexo feminino (17.6%), enquanto no que concerne à distribuição das prevalências nas dimensões do *burnout* em relação a estas duas variáveis, verificamos que as maiores

prevalências para a elevada EE (42.6% em Mata et al., 2016) e para a EPR (68.1% em Reis, 2019) se situam neste grupo etário, nos dois estudos que apresentam este indicador, embora para o baixo Cn somente tal se verifique num destes estudos (52.9% em Reis, 2019).

Em relação ao sexo, nos três estudos que apresentam este indicador (Mata et al., 2016, Mendes et al., 2017 e Reis, 2019), verificamos que a maioria apresenta maiores prevalências para o sexo feminino, na elevada EE e na EPR (variando entre 30.8% em Mendes et al., 2017, e 67.8% em Reis, 2019), e maiores prevalências no elevado Cn, para o sexo masculino em todos os estudos considerados (variando entre 33.3% em Mendes et al., 2017, e 53.5% em Reis, 2019), o que vem ao encontro da literatura consultada, nomeadamente no que respeita à associação de fatores socio-demográficos como a idade, em que os indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados de *burnout*, e do sexo, em que há uma maior vulnerabilidade no sexo feminino à EE e dos homens ao Cn (Houkes et al., 2011; ILO, 2016; Martins, 2017; Maslach et al., 2001; Silva et al., 2015).

Conclusões

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com a literatura relativa à problemática do *burnout*, seja no que concerne ao perfil socioprofissional como demográfico dos profissionais de saúde a trabalhar no SNS, bem como no que respeita à prevalência desta problemática, seja em termos globais como nas suas dimensões, ou seja, a maioria dos participantes não apresenta *burnout*, embora cerca de 30% apresente esta síndrome, sendo os valores mais elevados para a elevada EE e para os baixos Cn e EPR, o que não deixa contudo, de ser um valor preocupante (Houkes et al., 2011; ILO, 2016; Marôco et al., 2016; Martins, 2017; Maslach et al., 2001; Reis, 2019; Silva et al., 2015; Sousa-Ferreira et al., 2017), atendendo às suas consequências, seja a nível pessoal como organizacional (Faria et al., 2019; ILO, 2016; Marôco et al., 2016).

De qualquer forma, e considerando a relevância mediática do *burnout*, seja ao nível da comunicação social como até político (ILO, 2016), sendo até considerado um problema epidémico (Marôco et al., 2016), e atendendo à expressão da sua prevalência no grupo dos profissionais de saúde, que está de acordo com literatura consultada, como aliás mencionamos (Houkes et al., 2011; ILO, 2016; Marôco et al., 2016; Martins, 2017; Maslach et al., 2001; Reis, 2019; Silva et al., 2015; Sousa-Ferreira et al., 2017), uma vez que a maioria dos participantes não apresenta *burnout*, será de pensarmos da existência de outros problemas que interfiram também na saúde mental dos profissionais de saúde, nomeadamente os transtornos mentais comuns (TMC), como a depressão e a ansiedade, que sabemos terem uma prevalência elevada na população geral, e como tal também poderão afetar estes profissionais, e a depressão laboral, que é um fator pouco estudado, sendo que pode surgir como consequência da síndrome de *burnout* ou não.

Assim, concluímos que embora a maioria dos profissionais de saúde que participaram nestes estudos não apresentem *burnout*, há uma prevalência significativa desta síndrome nestes profissionais, o que é preocupante, sendo maior para EE e para a EPR.

Contudo, é importante ressaltarmos que o facto de todas as amostras serem de conveniência, de terem uma dimensão relativamente pequena e de existir uma grande variação na seu tamanho e da diferença dos seus tamanhos, o que aliás também se verifica em estudos realizados noutros países (Houkes et al., 2011), para além de poder haver a possibilidade de sobreposição de

participantes em diferentes estudos, ser uma limitação deste estudo que dificulta não só a comparação entre as diferentes prevalências, como a generalização dos seus resultados.

Desta forma, sugerimos, como uma implicação possível desta revisão, a necessidade da realização de estudos primários mais alargados e com a utilização de metodologias de amostragem (probabilísticas) que permitam uma perspetiva mais consistente desta problemática em profissionais de saúde.

Por outro lado, estes resultados levam-nos a induzir ser também importante conhecermos melhor outros aspetos relativos à saúde mental destes profissionais, nomeadamente os transtornos mentais comuns, e em particular, a ansiedade e a depressão, sugerindo assim o seu estudo, quer pela relação que têm com o *burnout*, como pelo impacto que podem ter na qualidade de vida das pessoas afetadas, seja ao nível individual e familiar, como no caso dos profissionais de saúde, nas próprias organizações e na qualidade dos cuidados que prestam, facilitando dessa forma o desenvolvimento e a implementação de programas e intervenções de promoção da saúde mental ocupacional e de prevenção dos riscos psicossociais associados ao trabalho, que sejam mais adequados à realidade existente e por essa via mais proficientes.

Referências

- Cardoso, H. F., Baptista, M. N., Sousa, D. F. A., & Goulart, E. J. (2017). Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 17(2), 121-128. <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12796>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. <http://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Esteves, A. L. M. (2016). *A Síndrome de Burnout em Enfermeiros e Médicos da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco: Prevalência e Efeitos Associados* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum – Repositorio Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/6173>
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 9-18. <http://doi.org/10.19131/rpesm.0258>
- Guerra, J. M. (2017). *Burnout in Radiation Therapists in Portugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. ESTUDO GERAL Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/82450>
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11, 240. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-240>
- International Labour Organization (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- Joaquim, A., Custódio, S., Savva-Bordalo, J., Chacim, S., Carvalhais, I., Lombo, L., Lopes, H., Araújo, A., & Gomes, A.R. (2018). Burnout and occupational stress in the medical residents of oncology, haematology and radiotherapy: A prevalence and predictors study in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 317-324. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1344256>

- Marôco, J., Marôco, A. L., Leita, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. <http://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Martins, C. R. (2017). *Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Causas, Consequências, Prevenção e Tratamento* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum – Repositorio Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8106>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3.^a ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 179-186. <http://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i3.11789>
- Mendes, P., Cardoso, V. P., & Yaphe, J. (2017). Stress e burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 16-28. <http://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12020>
- Autoridade Central do Sistema de Saúde, IP (2018). *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde – 2018*. Ministério da Saúde http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf
- Nogueira, C. M. E. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1864>
- Pereira, J. R. (2017). *O Burnout nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Sapientia – Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/10251>
- Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Carvalho, A. S., & Hernández-Marrero, P. (2016). Compared to Palliative Care, Working in Intensive Care More than Doubles the Chances of Burnout: Results from a Nationwide Comparative Study. *PLoS ONE*, 11(9), Artigo e0162340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162340>
- Queirós, C., Borges, E., Abreu, M., Baptista, P., Felli, V., & Mosteiro, P. (2016, setembro 5-7). *Anxiety as burnout predictor among nurses* [Apresentação em Poster]. 25th EPICOH (Epidemiology in Occupational Health Conference), Barcelona, Espanha. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/85492>
- Quintas, S., Queirós, C., Marques, A., & Orvalho, V. (2017). Os enfermeiros e a sua saúde no trabalho: a relação entre depressão e burnout. *International Journal on Working Conditions*, 13, 1-20. http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.13_SQuintas%20et%20al._1.20.pdf
- Reis, C. D. C. (2019). Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos de Família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(3), 176-184. <http://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12131>
- Santos, S. C. R., Viegas, A. I. F. V., Morgado, C. I. M. O, Ramos, C. S. V., Soares, C. N. D., Roxo, H. M. C. J., Santos, M. C. S., & Nabais, S. N. P. (2017). Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-9. [http://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](http://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430)

- Silva, D. R. M. (2019). *Prevalência da Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas da Região Vale do Sousa* [Projeto de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/7668>
- Silva, M., Queirós, C., & Cameira, M. (2016). Saúde no Trabalho: Tecnostress e Burnout em Enfermeiros. *International Journal on Working Conditions*, 12, 54-70. http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.12_Silva,Queiros&Cameira_54.70.pdf
- Silva, M., Queirós, Q., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-298. <http://doi.org/10.15309/15psd160302>
- Silva, N. J. R., & Neto, H. V. (2018). Nível de stresse, exaustão profissional e coping em profissionais de enfermagem num serviço de cuidados paliativos em situações agudas. *International Journal on Working Conditions*, 15, 96-112. http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.15_Silva&Neto_p.96.112.pdf
- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 41-48. <http://doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Sousa, B. T. F. (2018). *Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais* [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/5219>
- Sousa-Ferreira, T., Freitas, C., Rocha, H., Moreira, T., Marques, J., Correia, R., & Ferreira, F. (2017). Burnout e Estratégias de Coping nos Médicos de Medicina Geral e Familiar dos Cuidados de Saúde Primários Pertencentes à Unidade de Saúde Local de Matosinhos. *Psilogos*, 15(2), 21-32. <https://doi.org/10.25752/psi.12334>
- Treviño-Reyes, R., Segovia-Romo, A., & Mendoza-Gómez, J. (2019). Factores relacionados con el burnout en las organizaciones. *VinculadTégica EFAN*, 5, 2, 1138-1151. http://www.web.facpya.uanl.mx/vinculadategica/vinculadategica_5_2/A.32.pdf
- World Health Organization. (2019, abril 20). *ICD-11 Coding Tool, Mortality and Morbidity Statistics (MMS)*. https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release

VERSÃO PORTUGUESA DA *IMPACT OF EVENT SCALE - REVISED* (IES-R) PORTUGUESE VERSION OF THE *IMPACT OF EVENT SCALE - REVISED* (IES-R)

Cristina Perestrelo Vieira¹, Rui Paixão², José Tomás da Silva³, Henrique Testa Vicente⁴

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 1
1ST JANUARY JANEIRO - 30TH JUNE JUNHO 2020 • PP. 24-43

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.2>

Submitted on July, 2019

Submetido em julho, 2019

Resumo

O presente estudo tem como objetivo apresentar os resultados da tradução e adaptação da escala *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), de Weiss e Marmar (1997), para a população portuguesa. Os resultados foram obtidos com uma amostra de 185 sujeitos divididos por três grupos: $n_1 = 130$ população geral; $n_2 = 46$ doentes em seguimento psiquiátrico; $n_3 = 9$ sujeitos em seguimento num serviço de violência familiar.

A análise fatorial por componentes principais evidencia a existência de quatro fatores que explicam 61.3% da variância total: ativação fisiológica; intrusão, evitamento e anestesia emocional. Esta estrutura apresenta-se congruente com o modelo teórico subjacente à IES-R. A consistência interna é elevada para o total da escala e dos fatores, com exceção do fator anestesia emocional que apresenta um alfa mais baixo. A validade convergente foi obtida com a versão portuguesa da *Intimate Justice Scale* (IJS), revelando uma relação positiva estatisticamente significativa entre as duas escalas.

Palavras-chave: Trauma, Stresse, *Impact of Event Scale - Revised*, Psicometria.

Abstract

This paper reports the results of the translation and adaptation of the *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), developed by Weiss and Marmar (1997), for the Portuguese population. Data was obtained through a sample of 185 subjects, subdivided in three groups: $n_1 = 130$ from the general population; $n_2 = 46$ patients from a psychiatric service; and $n_3 = 9$ subjects from a family violence service.

¹ Psicóloga Clínica e Grupanalista. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Maternidade Bissaya Barreto. Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. E-mail: cristinaperestrelovieira@gmail.com

² Psicólogo Clínico. Universidade de Coimbra, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Estudos Sociais (Universidade de Coimbra). E-mail: rpaixao@fpce.uc.pt

³ Psicólogo Educacional. Universidade de Coimbra, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Estudos Sociais (Universidade de Coimbra). E-mail: jtsilva@fpce.uc.pt

⁴ Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta. Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra, Portugal), Professor Auxiliar Convidado. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (Porto, Portugal). E-mail: henrique.t.vicente@gmail.com

Principal component analysis reveals a four-factor structure, explaining 61.3% of the total variance: hyperarousal, intrusion, avoidance, and emotional numbing. This factorial structure is similar to the theoretical model underlying the IES-R. The Portuguese version of the IES-R shows high internal consistency for the total scale and factors, with the exception of emotional numbing, that shows a weaker alpha value. Convergent validity was assessed with the Intimate Justice Scale. A positive and statistically significant correlation was found between these two measures.

Keywords: Trauma, Stress, *Impact of Event Scale-Revised*, Psychometry

Introdução

Com base na constatação de que a investigação da resposta humana ao stress requer simultaneamente a identificação de acontecimentos significativos e a avaliação do seu efeito, subjetivamente percebido na vida dos indivíduos, Horowitz et al. (1979) salientaram a necessidade de construir um instrumento capaz de medir o nível de impacto subjetivo de eventos específicos stressantes e/ou traumáticos na vida das pessoas. A primeira versão da escala em análise no presente trabalho, apelidada *Impact of Event Scale* (IES) (Horowitz et al., 1979), responde a este objetivo, tentando operacionalizar o impacto desses acontecimentos na vida de um indivíduo, mais especificamente as suas respostas sintomáticas. Considerando que o desenvolvimento do instrumento decorreu antes da introdução da categoria diagnóstica Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) no DSM-III (*American Psychiatric Association* [APA], 1980), este assentava no modelo de processamento emocional após um acontecimento traumático de Horowitz, que propunha uma alternância entre pensamentos/sentimentos intrusivos e estratégias de evitamento durante o processo de assimilação da experiência traumática (Matos et al., 2011). Esta escala de autorresposta é constituída por 15 itens, sete dedicados à avaliação da presença de sintomas intrusivos (pensamentos intrusivos, pesadelos, emoções e fantasias intrusivas) e oito à existência de sintomas de evitamento (embotamento afetivo, evitamento das emoções, situações e ideias relacionadas com o acontecimento stressante), que correspondem aproximadamente aos critérios B e C para PSPT no DSM-IV (APA, 1994). Todos os itens do instrumento são respondidos em função de um acontecimento stressante específico (este evento e a data da sua ocorrência são registados pelo sujeito no topo da página do instrumento) e os respondentes são instruídos a classificar os itens de acordo com uma escala de quatro pontos, correspondentes à frequência com que esses sintomas foram sentidos nos últimos sete dias. Desde a sua introdução, a IES foi uma das medidas de auto-relato da resposta de stress e sintomas de PSPT mais aplicadas, sendo que, em maio de 2001, a base de dados PILOTS reportava relativamente à sua utilização em 1.147 estudos (Weiss, 2007). Foi traduzida para diversas línguas, aplicada em diversas populações, e utilizada para avaliar respostas de stress numa grande variedade de incidentes críticos e para aferir a efetividade de tratamentos (Matos et al., 2011). Em 2002, Sundin e Horowitz realizaram uma revisão da literatura sobre a investigação focada nas qualidades psicométricas da IES original. Identificaram boas propriedades ao nível estabilidade fatorial, consistência interna, validade convergente e discriminante, que sustentam a sua utilidade como medida “low-cost” de rastreio de PSPT e da avaliação da eficácia de tratamentos.

Apesar da grande utilidade da IES, Weiss e Marmar (1997), considerando que a completa medição das respostas a eventos stressantes implicaria a inclusão de uma dimensão de ativação fisiológica, decidiram acrescentar, numa versão revista, mais sete itens, designando esta nova versão de IES-R. Destes sete novos itens, seis referem-se a essa nova dimensão (ativação fisiológica) e um à intrusão, mais especificamente à vivência real de *flashback*. Estes sete novos itens foram, também, a forma de Weiss e Marmar (1997) adequarem a IES aos critérios do DSM-IV (APA, 1994) relativos à PSPT, nomeadamente aos três principais *clusters* de sintomas: reexperiência intrusiva do acontecimento traumático; evitamento dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral; aumento da ativação fisiológica. A IES-R passa então a ser constituída por 22 itens, distribuídos por três dimensões: intrusão (8 itens); evitamento (8 itens); e ativação fisiológica (6 itens). Com a revisão do DSM e a publicação da sua quinta edição (APA, 2013), foram introduzidas diferenças nos critérios de diagnóstico da PSPT. A principal alteração prende-se com a inclusão de um *cluster* adicional – alterações negativas nas cognições e humor (incluindo o embotamento/entorpecimento, dificuldades em recordar eventos, crenças ou expectativas negativas, entre outros) – que, segundo Hosey et al. (2019), não altera substancialmente o fenótipo da PSPT. Assim, apesar da IES-R não ter sido desenvolvida com o objetivo de diagnosticar a PSPT (Weiss, 2004), continua atualmente a ser um instrumento útil para o triagem de sintomas desta perturbação e para aferição da sua gravidade, relevante para a prática clínica e para a investigação (Bienvenu, Needham, et al., 2013; Bienvenu, Williams, et al., 2013; Morina et al., 2013). Será ainda de referenciar o desenvolvimento de uma versão reduzida (IES-6), com apenas seis itens, mais indicada para estudos epidemiológicos, mas igualmente com utilidade clínica de rastreio (Thoreson et al., 2010).

A IES-R acompanhou o sucesso da sua precursora, apresentando bons indicadores psicométricos nos sucessivos estudos de validação a que foi sujeita, e que se encontram sumariados na Tabela 1.

Relativamente às populações avaliadas nos estudos de validação, é possível identificar uma diversidade significativa, desde pessoas com diagnóstico clínico de PSPT confirmado, até sobreviventes de acidentes/crimes e ex-veteranos de guerra, passando por indivíduos sem historial de experiências traumáticas. Alguns estudos incluem mais do que um grupo para efeitos de comparação.

Em termos de consistência interna, os estudos evidenciam valores Alfa de Cronbach entre .72 e .95 para os fatores, e entre .85 e .96 para os totais. Em relação à estabilidade temporal, os resultados têm sido igualmente consistentes, com valores oscilando entre .51 e .96 (Brunet et al., 2003; Mystakidou et al., 2007; Weiss & Marmar, 1997; Wu & Chan, 2003) exceção feita ao estudo de Bâguena et al. (2001), que revelou valores mais modestos, tanto para a escala como para os fatores, entre .10 e .80.

A validade convergente da IES-R foi avaliada por recurso a uma ampla gama de instrumentos, incluindo entrevistas estruturadas e semiestruturadas (e.g. *Clinician-Administered PTSD Scale* [CAPS] e *Structured Clinical Interview for DSM* [SCID]), escalas de auto-resposta de avaliação de sintomatologia diversa (e.g. *Beck Depression Inventory* [BDI] e *State Trait Anxiety Inventory* [STAI]) e outras focados especificamente em sintomas de PSPT (e.g. *PTSD Symptom Scale – Self Report* e *PTSD Checklist*), até instrumentos de avaliação da personalidade (e.g. *Eysenck Personality Questionnaire – Revised*). Em termos gerais, os estudos mostram correlações moderadas a elevadas com estas diversas medidas. Por exemplo, Creamer et al. (2003) reportam uma

TABELA 1**Revisão da Literatura Concernente à Validação e Avaliação das Propriedades Psicométricas da IES-R**

Autor(es)	Participantes	Procedimentos de análise da validade de construto	Estrutura fatorial	Correlação entre subescalas	Consistência interna	Estabilidade temporal
Weiss & Marmar (1997)	Profissionais de emergência expostos a colapso de rodovia ($n = 429$); trabalhadores envolvidos em sismo ($n = 197$)	ACP com rotação varimax	1 fator (49% da variância)	I - E = .74 I - AF = .87 E - AF = .74	I = entre .87 e .92 E = entre .84 e .85 AF = entre .79 e .90	I = entre .57 e .94 E = entre .51 e .89 AF = entre .59 e .92
Maercker & Schützwohl (1998) Versão Alemã	Ex-presos políticos ($n = 128$) e vítimas de crime ($n = 30$)	ACP com rotação varimax	4 fatores (63.8% da variância) (Intrusão, Evitamento, Ativação Fisiológica e Entorpecimento/Anestesia)	I - E = entre .19 e .59 I - AF = entre .77 e .83 E - AF = entre .39 e .64	I = .90 E = entre .71 e .79 AF = .90	I = .80 E = .66 AF = .79
Báguena et al. (2001) Versão Espanhola	Jovens adultos sem experiências traumáticas ($n = 1078$)	ACP com rotação varimax	2 fatores (58.7% da variância) (Intrusão/Ativação Fisiológica e Evitamento)	I/AF - E = entre .62 e .70	IES-R total = entre .91 e .95 I/AF = entre .89 e .95 E = entre .84 e .87	IES-R total = entre .16 e .66 I/AF = entre .10 e .80 E = entre .24 e .33
Akusai et al. (2002) Versão Japonesa (IES-R-J)	Trabalhadores com vivência traumática ($n = 487$); sobreviventes de crime de envenenamento ($n = 73$); sobreviventes de sismo ($n = 86$); sobreviventes de ataque terrorista ($n = 658$)	Procedimento VARCLUS (SAS)	3 clusters (1. Intrusão/Ativação Fisiológica; 2. Evitamento 3. Sintomas de stresse não específicos)	Clusters 1 - 2 = .74 Clusters 1 - 3 = .73 Clusters 2 - 3 = .62	IES-R total = entre .92 e .95 I = entre .88 e .91 E = entre .81 e .90 AF = entre .80 e .86	IES-R total = .86
Creamer et al. (2003)	Duas amostras de veteranos do Vietname: clínica com diagnóstico de PSPT ($n = 120$); da comunidade ($n = 154$)	AFC (método da máxima verosimilhança) ACP com rotação varimax	1 ou 2 fatores (Intrusão/Ativação Fisiológica e Evitamento) (55.9% da variância)	I - E = .82 I - AF = .93 E - AF = .83	IES-R total = .96 I = .94 E = .87 AF = .91	-
Wu & Chan (2003) Versão Chinesa (CIES-R)	Utentes do <i>Accident and Emergency Department of the Caritas Medical Centre</i> (Hong Kong) ($n = 116$)	ACP com rotação varimax	1 fator (45% da variância)	I - E = .76 I - AF = .83 E - AF = .75	I = .89 E = .85 AF = .83	I = .74 E = .52 AF = .76
Brunet et al. (2003) Versão Francesa	Mulheres grávidas expostas a intempérie ($n = 223$)	ACP com rotação varimax	3 fatores (56% da variância)	I - E = .62 I - AF = .69 E - AF = .56	Entre .81 e .93	IES-R total = .76 I = .73 E = .77 AF = .71
Olde et al. (2006) Versão Holandesa	Puérperas holandesas ($n = 435$)	AFC	3 fatores	I - E = .56 I - AF = .58 E - AF = .56		-
Mystakidou et al. (2007) Versão Grega (IES-R-Gr)	Pacientes adultos com diagnóstico de cancro incurável ($n = 82$)	ACP com rotação varimax	3 fatores (57.3% da variância)	I - E = .74 I - AF = .66 E - AF = .59	IES-R total = .85 I = .72 E = .77 AF = .85	I = .96 E = .96 AF = .94
Beck et al. (2008)	Sujeitos em avaliação/tratamento para problemas de saúde mental após acidente de viação ($n = 182$)	AFC (método da máxima verosimilhança)	3 fatores	I - E = .74 I - AF = .86 E - AF = .71	IES-R total = .95 I = .90 E = .86 AF = .85	-
Lim et al. (2009) Versão Coreana (IES-R-K)	Pacientes com diagnóstico de PSPT ($n = 93$), pacientes psiquiátricos sem perturbação psicótica ($n = 73$), controlos saudáveis ($n = 88$)	ACP com rotação ortogonal	4 fatores (68.8% da variância) (Ativação Fisiológica, Evitamento, Intrusão, Anestesia/Dissociação)	-	IES-R total = .93	IES-R total = .91
Matos et al. (2011) Versão Portuguesa	Estudantes universitários e sujeitos da população geral ($n = 811$ sujeitos)	ACP com rotação varimax	1 fator (55.4% da variância)	-	IES-R total = .96	IES-R total = .82
Cunha et al. (2017) Versão Portuguesa para Adolescentes	Adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($n = 383$)	AFC (método da máxima verosimilhança)	3 fatores (com um factor de segunda ordem)	-	IES-R total = .94 I = .89 E = .84 AF = .86	IES-R total = .67

Nota. IES-R: *Impact of Event Scale - Revised*; I: Subescala Intrusão; E: Subescala Evitamento; AF: Ativação Fisiológica; ACP: Análise de Componentes Principais; AFC: Análise Fatorial Confirmatória

correlação de .84 entre a IES-R e a *PTSD Checklist*; Wu e Chan (2003) obtiveram correlações de .54 entre a versão chinesa da IES-R e o *General Health Questionnaire – 20* (GHQ-20) para o fator intrusão .53 para o fator evitamento, e .64 para o fator ativação fisiológica; Lim et al. (2009) assinalam correlações do total da escala com a CAPS de .91, com o BDI de .81, com o STAI-S de .30 e com o STAI-T de .67.

Dados sobre a validade discriminante da IES-R são mais escassos, e foram reportados apenas nos estudos de Akusai et al. (2002), Beck et al. (2008), e Lim et al. (2009). No trabalho de Akusai et al. (2002), ao grupo de sobreviventes de um crime de envenenamento foi aplicado o módulo PSPT da SCID. No grupo de sobreviventes de terramoto foi aplicada a entrevista CAPS. Foram criadas três categorias de diagnóstico: PSPT, PSPT parcial, sem PSPT. As médias dos totais IES-R-J diferem significativamente consoante a categoria (valores mais elevados em PSPT, seguido de PSPT parcial) em ambos os grupos ($F = 54.9, p = .0001$; $F = 9.1, p = .0003$, respetivamente). No estudo de Beck et al. (2008), foram comparados sujeitos com diagnóstico de PSPT ($n = 98$) e sem diagnóstico de PSPT ($n = 84$). Os dois grupos reportaram pontuações significativamente diferentes nas três subescalas da IES-R (intrusão, $t(180) = 5.88, p < .0001$; evitamento, $t(180) = 4.18, p < .0001$; ativação fisiológica, $t(180) = 6.16, p < .0001$). No estudo de Lim et al. (2009), os resultados da ANOVA unidirecional sugerem que o IES-R-K diferencia os três grupos em análise (PSPT, pacientes psiquiátricos, controlos) ($F = 139.1; p < .001$), sendo que o teste *post-hoc* de Duncan sugere que as pontuações dos pacientes com PSPT são significativamente mais elevadas quando comparadas com os outros grupos.

Quando analisadas, as correlações entre fatores tendem a ser positivas e estatisticamente significativas. Num estudo de validação cruzada da IES original, Zilberg et al. (1982) demonstraram que as correlações entre as duas subescalas (intrusão e evitamento) variavam em função do nível de sintomatologia e do tempo decorrido desde o evento traumático. A maioria dos estudos referenciados na Tabela 1 não aborda as correlações entre subescalas desta forma diferenciada, com exceção do trabalho de Creamer et al. (2003) com duas amostras (clínica e da comunidade). Neste estudo, os autores referem que embora as correlações entre os fatores intrusão e ativação fisiológica sejam elevadas para ambas as amostras (.94 e .93), as correlações entre intrusão e evitamento foram maiores para a amostra da comunidade do que para a amostra clínica (.86 e .62, respetivamente), assim como as correlações entre ativação fisiológica e evitamento (.93 e .65, respetivamente).

No estudo da estrutura fatorial da escala, o procedimento estatístico mais frequentemente utilizado é a Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação varimax. Têm-se verificado soluções de três fatores, consonantes com o modelo original, capazes de explicar entre 56% e 57% da variância total (Brunet et al., 2003; Mystakidou et al., 2007; Olde et al., 2006; Beck et al., 2008; Cunha et al., 2017). O estudo de Akusai et al. (2002) também revelou um modelo tri-fatorial, mas em que um dos fatores se reporta a sintomas de stresse não específicos (distúrbios do sono, irritabilidade, problemas de concentração e sintomas de anestesia emocional). Nos estudos de Weiss e Marmar (1997), Wu e Chan (2003), e Matos et al. (2011) emergem soluções unifatoriais; nos trabalhos de Creamer et al. (2003) e Báguena et al. (2001) os dados evidenciam que um modelo de dois fatores (intrusão/ativação fisiológica e evitamento) se adequa melhor aos dados. Finalmente, os estudos de Maercker e Schützwohl (1998) e de Lim et al. (2009) apontam para quatro fatores capazes de explicar 63.8% e 68.8% da variância total, respetivamente. No estudo da versão alemã do instrumento, os autores assinalam que este fator remete para

o “entorpecimento/anestesia”. No trabalho sobre a versão coreana, este fator foi apelidado de “anestesia/dissociação”.

Weiss (2007) conclui a este propósito que, embora as propriedades psicométricas básicas da IES-R (consistência interna, estabilidade e correlação entre subescalas) estejam bem documentadas, a variabilidade no número de fatores extraídos nos estudos de validação merece reflexão. Para este autor, esta variabilidade pode dever-se a diferenças amostrais (tamanho, homogeneidade e nível de sofrimento), assim como a diferenças na exposição ao trauma, tempo decorrido desde o evento, e questões de comorbilidade. Ao discutir o mesmo assunto, Creamer et al. (2003) subscrevem esta hipótese, assinalando que parece haver uma menor diferenciação entre os construtos nucleares (intrusão, evitamento e ativação fisiológica) nos indivíduos com níveis mais baixos de sintomatologia, que reflete, possivelmente, um “sofrimento traumático” mais geral do que uma síndrome clínica claramente diferenciada, como a PSPT. Esta hipótese encontra igualmente suporte nos dados das correlações entre subescalas, acima mencionados, em que os valores foram inferiores na amostra clínica (quando comparados com a amostra da comunidade).

A este propósito, importa salientar que a primeira validação da IES-R para a população Portuguesa revelou uma solução unidimensional que, segundo os autores, poderia estar associada ao facto de o estudo deter uma amostra não-clínica e ter focado, não um incidente crítico, potencialmente traumático, com ameaça à integridade física, mas antes experiências de vergonha na infância ou adolescência (Matos et al., 2011). Nesse sentido, foi sublinhada a relevância de conduzir estudos psicométricos adicionais com outros tipos de acontecimentos, pois o uso de uma amostra não clínica ou não traumatizada pode ter condicionado a análise da independência das subescalas do instrumento (Matos et al., 2011). Já a validação da versão Portuguesa adaptada para adolescentes da IES-R (Cunha et al., 2017) revelou um modelo composto por três fatores (evitamento, intrusão e hiperativação) e um fator de segunda ordem designado “impacto traumático” (Cunha et al., 2017). Contudo, também neste estudo as instruções da versão original da IES-R foram substancialmente modificadas de modo a avaliar uma experiência indutora de vergonha e o seu impacto ao longo da vida. Assim, apesar do inegável contributo destes trabalhos em contexto nacional, permanece a necessidade de conduzir estudos adicionais de validação do instrumento, respeitando as instruções originais, que permitem cobrir um vasto leque de experiências stressantes, potencialmente traumáticas.

Objetivos

O estudo que a seguir se reporta centra-se na tradução e adaptação para a população portuguesa da *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R) de Weiss e Marmar (1997), tendo como objetivo principal a análise das suas qualidades psicométricas quando mantida a instrução original, de solicitar aos respondentes a identificação de um acontecimento de vida significativo, que tenha sido sentido como fonte de grande stresse. Como objetivos específicos foram definidos: i) analisar o comportamento da escala na avaliação do impacto de eventos stressantes em três grupos de sujeitos e a sua intercessão com variáveis sociodemográficas; ii) analisar a estrutura fatorial da IES-R; iii) analisar a sua consistência interna e validade convergente.

Metodologia

Participantes

A amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 185 participantes capazes de identificar, pelo menos, um acontecimento de vida sentido como intensamente stressante, eventualmente traumático. Estes 185 sujeitos foram divididos em três grupos: $n_1 = 130$, avaliados em instituições de ensino superior da cidade de Coimbra ($n = 92$) e recolhidos da população em geral na cidade do Funchal ($n = 38$); $n_2 = 46$ sujeitos com perturbações psiquiátricas seguidos pelo Serviço de Consultas Externas de um Hospital Psiquiátrico da Zona Centro de Portugal; $n_3 = 9$ sujeitos seguidos pelo Serviço de Violência Familiar da mesma instituição hospitalar. Este último grupo (n_3) é constituído por sujeitos com histórias de vida marcadas por diferentes tipos de maus-tratos.

Dos 130 sujeitos de n_1 , 96% são de nacionalidade portuguesa ($n = 119$) e 84% do género feminino ($n = 109$). A média etária é de 26 anos ($DP = 10.27$), 77% ($n = 100$) são solteiros, 18.4% casados ou vivendo em união de facto ($n = 24$), 3.1% divorciados ($n = 4$) e 1.5% viúvos ($n = 2$). Relativamente às habilitações literárias, 89.2% ($n = 116$) tem o ensino secundário ou curso profissional, 6.1% ($n = 8$) o 3.º ciclo do ensino básico ou inferior, e 4.6% ($n = 6$) possui licenciatura ou bacharelato.

O grupo n_2 é constituído por sujeitos diagnosticados com Perturbação Depressiva Não Especificada ($n = 31$), Perturbação de Ansiedade Não Especificada ($n = 9$), Perturbação Bipolar ($n = 4$), Perturbação de Ansiedade Social ($n = 1$) e Perturbação de Uso de Álcool ($n = 1$). Ainda relativamente a este grupo, 98% ($n = 45$) são de nacionalidade portuguesa, maioritariamente do género feminino (80%; $n = 37$) e com uma média de idade de 51 anos ($DP = 15.47$). As habilitações literárias, na sua maioria, são inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico (72%; $n = 33$). A maioria dos sujeitos é casada (48%; $n = 22$) sendo os restantes solteiros (26%; $n = 12$), divorciados (13%; $n = 6$) ou viúvos (13%; $n = 6$).

O grupo n_3 é composto, maioritariamente, por sujeitos de nacionalidade portuguesa (89%; $n = 8$), do género feminino (78%, $n = 7$) e com uma idade média de 38 anos ($DP = 9.03$). A maioria encontra-se empregada (78%, $n = 7$), sendo as suas habilitações inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico. Quanto ao estado civil, 33% ($n = 3$) dos sujeitos são casados, 33% ($n = 3$) estão em união de facto, 11% ($n = 1$) são solteiros e 22% ($n = 2$) divorciados. Para além da situação de violência familiar que motivou o acompanhamento pelo serviço acima referenciado, todos os sujeitos deste grupo apresentam diagnóstico de Perturbação Depressiva e de Ansiedade Não Especificadas.

Os acontecimentos identificados pelos sujeitos incluíram: agressão física ou outro tipo de violência, doença grave, desastre, morte ou perda de alguém muito próximo, situação subjetiva ou real de perigo (ameaça à integridade física), abuso/violência sexual, exposição à guerra ou outro acontecimento. Os acontecimentos mais referenciados nos grupos n_1 e n_2 são a morte ou perda de alguém querido, e no grupo n_3 a agressão/violência. Na Tabela 2 são reportadas as situações stressantes mais significativas identificadas pelos sujeitos, bem como o tempo entretanto decorrido.

Instrumentos

O protocolo envolveu a passagem do IES-R, da *Intimate Justice Scale* (IJS) e de um questionário sociodemográfico construído para o efeito. Este questionário focou-se nos dados de natureza clínica e biográfica dos participantes. A IJS foi utilizada para analisar a validade convergente

da IES-R. Trata-se de um instrumento de auto-relato com 15 itens (respondidos numa escala de Likert de cinco pontos), desenvolvido para o rastreio de abuso psicológico e violência física. A IJS não avalia atos específicos de abuso, mas antes a “dinâmica ética das relações do casal”, evidenciada através de padrões atitudinais e comportamentais expressos no decurso da relação (Jory, 2004, p. 29). O estudo original sugere que a IJS permite a identificação de vítimas de violência nas relações íntimas e a discriminação do grau de severidade do abuso (Jory, 2004). As qualidades psicométricas da versão portuguesa da IJS foram analisadas numa amostra de 115 sujeitos (Canez, 2007). Os resultados obtidos revelaram uma boa consistência interna para o global da escala ($\alpha = .88$) e uma estrutura fatorial composta por quatro fatores que explicam 62.75% da variância.

TABELA 2*Tipo de Acontecimento Traumático e Tempo Decorrido*

		n₁=130	n₂=46	n₃=9
		% (n)	% (n)	% (n)
Tipo de acontecimento	Morte ou perda de alguém querido	42.2% (55)	43.4% (20)	22.2% (2)
	Doença grave	29.2% (38)	15.2% (7)	22.2% (2)
	Situação de perigo / ameaça	12.3% (16)	19.6% (9)	–
	Agressão / violência	3.1% (4)	–	44.4% (4)
	Desastre/acidente natural	0.8 (1)	–	–
	Exposição à guerra	0.8 (1)	2.2% (1)	–
	Abuso sexual	–	2.2% (1)	11.1% (1)
	Outro acontecimento	10.6% (15)	17.4% (8)	–
Tempo decorrido entre o acontecimento e o momento da passagem da IES-R	1 a 4 semanas inclusive	3.8% (5)	6.5% (3)	11.1% (1)
	1 a 6 meses inclusive	13.8% (18)	10.9% (5)	–
	6 meses a 1 ano inclusive	18.5% (24)	8.7 (4)	22.2% (2)
	1 a 3 anos inclusive	26.9% (35)	17.4% (8)	33.3% (3)
	Mais de 3 anos	36.9% (48)	56.5% (26)	33.3% (3)

Nota. n₁ = grupo não-clínico; n₂ = sujeitos seguidos no serviço de Consultas Externas de Hospital Psiquiátrico; n₃ = sujeitos seguidos pelo Serviço de Violência Familiar de um estabelecimento de saúde.

Procedimentos

A aplicação do protocolo foi precedida por uma entrevista onde foram explicitados os procedimentos, os objetivos e o caráter voluntário da participação dos sujeitos. Numa segunda fase, a entrevista semiestruturada focou as experiências de vida mais stressantes (eventualmente traumáticas) dos sujeitos. Dada a natureza da escala, a não existência ou a incapacidade dos sujeitos em identificar um acontecimento desta natureza constituiu-se como critério de exclusão.

Procedimentos de tradução e adaptação da versão portuguesa do IES-R

A primeira fase do processo de adaptação passou pela “tradução-retroversão” da versão inglesa da escala recorrendo a dois tradutores independentes: o primeiro traduzindo para português a versão inglesa da escala e o segundo retrovertendo para inglês a versão portuguesa antes obtida. Finalmente, a versão retrovertida foi comparada com o original inglês, não se tendo verificado diferenças significativas entre as versões.

Esta versão foi sujeita a um pré-teste ($n = 25$) como o intuito de verificar a adequação gráfica da escala, a compreensão e a clareza das instruções e dos itens. Com base nestes resultados, foram clarificadas algumas expressões bem como o enquadramento da situação stressante de referência aos itens.

Resultados

Os valores descritivos das respostas obtidas pelos sujeitos da amostra encontram-se sintetizados na Tabela 3.

Quanto à validade de conteúdo da IES-R, podemos observar que, para os três grupos da amostra, a maioria dos itens tem uma média próxima e superior à resposta central, revelando estes dados que os sujeitos, enquanto grupo, vivenciaram episódios stressantes intensos, eventualmente traumáticos para alguns deles.

Os itens com respostas médias mais altas, para o grupo n_1 foram o 1 e o 5; para o grupo n_2 o 5 e o 21; para o grupo n_3 o 1 e o 22. Os itens com respostas médias mais baixas foram, para o grupo n_1 , o 19 e o 14; para o grupo n_2 o 13 e o 7 e para o grupo n_3 o 13, o 7 e o 14. O grupo n_2 foi aquele que obteve maior pontuação média para o total da IES-R e o grupo n_3 o que obteve valores mais baixos.

Não foram analisados os resultados da IES-R em função do tipo de acontecimento experienciado e do tempo decorrido entre este e o preenchimento do questionário devido ao número reduzido de sujeitos em algumas das categorias. Quanto às diferenças nas respostas considerando a variável género, é de salientar que esta só foi significativa para o grupo n_2 , nomeadamente no total da IES-R [$t(44) = -3.06, p < .001$] e no fator ativação fisiológica [$t(44) = -3.67, p < .001$]. Nestes casos, os sujeitos do género feminino obtiveram valores mais elevados. Quanto às correlações entre a idade e as respostas à IES-R nos três grupos é de salientar a existência de uma única relação fraca mas estatisticamente significativa, no grupo n_1 entre a idade e o fator intrusão ($r = .183, p < .05$).

Com o objetivo de analisar a estrutura da escala procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais (Tabela 4) com rotação ortogonal e procedimento varimax sobre os dados dos 185 sujeitos da amostra. Esta opção teve por objetivo manter a compatibilidade metodológica do presente estudo com os procedimentos predominantemente usados nas investigações precedentes e consequentemente contribuir para a continuidade de acumulação da evidência psicométrica sobre o instrumento. Os indicadores de adequação do modelo evidenciam valores *MSA* superiores a .5, um teste de Bartlett significativo ($X^2 = 2163.426, p < .0001$) e um valor de .91 para o teste de Kaiser-Meyer-Olkin.

TABELA 3
Médias e Desvios Padrão nos Três Grupos da Amostra

Itens	n₁ = 130	n₂ = 46	n₃ = 9
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	3.30 (0.947)	3.56 (0.958)	3.33 (1.118)
2) Tive grandes problemas de sono	2.77 (1.163)	2.78 (1.190)	3.00 (1.322)
3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	3.05 (1.021)	3.65 (0.848)	3.00 (1.000)
4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	2.87 (1.207)	3.04 (1.210)	2.55 (1.333)
5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	3.26 (1.025)	4.00 (1.154)	2.77 (1.201)
6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	3.16 (1.004)	3.58 (1.066)	2.77 (0.833)
7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	2.42 (1.112)	2.39 (1.324)	2.22 (1.092)
8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	2.59 (1.145)	3.52 (1.295)	3.00 (1.414)
9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	2.90 (1.216)	3.52 (0.809)	3.11 (1.166)
10) Estava com os nervos “à flor da pele”	2.89 (1.136)	3.19 (1.147)	2.33 (0.707)
11) Tentei não pensar sobre o sucedido	2.99 (0.984)	3.84 (0.815)	3.11 (1.054)
12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	2.70 (1.097)	3.54 (0.689)	3.00 (0.866)
13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	2.50 (1.065)	1.60 (0.954)	2.00 (1.000)
14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	2.33 (1.102)	2.82 (1.017)	2.22 (0.833)
15) Tive dificuldades em adormecer	2.72 (1.239)	2.93 (1.254)	2.66 (1.658)
16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento	3.20 (1.111)	3.30 (1.092)	2.88 (0.927)
17) Tentei apagar o acontecimento da minha memória	2.47 (1.195)	3.56 (1.344)	2.44 (1.130)
18) Tive problemas de concentração	2.78 (1.154)	2.82 (1.121)	2.55 (1.424)
19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	2.23 (1.139)	3.39 (0.930)	2.33 (1.224)
20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	2.59 (1.185)	2.71 (1.067)	2.77 (1.092)
21) Senti-me atento e/ou cauteloso	2.87 (1.106)	3.93 (1.041)	3.11 (1.269)
22) Tentei não falar sobre o acontecimento	2.79 (1.172)	3.06 (1.496)	3.22 (1.201)
Total IES-R	61.49 (15.85)	70.82 (12.73)	60.44 (15.08)
Ativação Fisiológica	22.09 (7.32)	24.19 (6.95)	21.11 (7.32)
Intrusão	20.91 (5.48)	25.08 (4.27)	20.33 (5.29)
Evitamento	13.55 (4.16)	17.54 (3.87)	14.77 (4.18)
Anestesia Emocional	4.93 (1.81)	4.00 (1.92)	4.22 (1.48)

TABELA 4*Estrutura Fatorial da Versão Portuguesa da IES-R*

Itens	Fatores				<i>h</i> ²
	F1	F2	F3	F4	
18	.792	.214	.191	.103	.720
15	.779	.333	.099	.186	.761
2	.733	.357	.038	.214	.711
10	.726	.189	.292	-.025	.649
4	.668	.162	.298	.023	.562
16	.637	.467	.035	.196	.664
19	.579	.436	.207	-.208	.612
20	.492	.350	-.003	.357	.492
3	.293	.703	.156	.126	.620
9	.384	.656	.193	.204	.657
1	.269	.655	.105	.051	.515
6	.371	.643	.154	.182	.608
21	.240	.627	.229	-.315	.602
5	-.004	.539	.506	.118	.560
14	.430	.513	.210	.220	.540
11	.460	.180	.822	.080	.716
8	.108	.202	.802	.115	.709
17	.181	.153	.717	-.103	.581
22	.352	-.113	.569	.155	.484
12	.289	.328	.546	.138	.509
7	.097	.187	.185	.744	.632
13	.140	.017	.049	.739	.569
Eigenvalue	8.828	2.048	1.434	1.165	
Variância Total	40,13%	9,31%	6,52%	5,29%	

Nota. F1 - Ativação fisiológica; F2 - Intrusão; F3 - Evitamento; F4 - Anestesia emocional

Seguindo o critério de Kaiser e a análise da curva de inflexão no *scree plot*, a estrutura obtida aponta para a existência de quatro fatores diferentes dos verificados por Weiss e Marmar (1997). Forçando a rotação varimax a três fatores verifica-se que a estrutura obtida é, também, substancialmente diferente da obtida pelos autores originais, embora semelhante à referenciada noutros estudos (Maercker & Schützwohl, 1998). Comparando as duas soluções verifica-se que a estrutura de quatro fatores é a que melhor se adequa (detém maior grau de semelhança com a estrutura fatorial original, mesmo considerando o fator adicional, que tem vindo a ser reportado na literatura), explicando 61.3% da variância total (Tabela 4). Esta estrutura inclui um primeiro fator constituído por oito itens, capazes de explicar 40.1% da variância comum. Este fator inclui os itens que avaliam as sensações fisiológicas ativadas pelo reviver do acontecimento, razão pela qual foi denominado de “ativação fisiológica”. O fator 2, composto por 7 itens, explica 9.3% da variância total e foi denominado “intrusão”, visto incluir os itens relativos às vivências intrusivas consequentes da exposição ao acontecimento. O fator 3, constituído por 5 itens, explica 6.6%

da variância total e foi denominado “evitamento”, pois caracteriza a resistência dos sujeitos ao confronto com a situação stressante. O fator 4, constituído por apenas dois itens, explica 5.2% da variância total e foi denominado “anestesia emocional”, segundo a denominação de Foa et al. (1995). Caracteriza o desgaste afetivo e a conseqüente anestesia emocional associada ao acontecimento. Contudo, verifica-se que muitos itens, particularmente aqueles incluídos nos Fatores 1, 2 e 3 obtêm saturações consideráveis (próximas ou superiores a .3) em mais do que um fator (exceção feita para os itens 1, 7, 8, 10, 17, 18 e 23). Nestes casos foram seguidos os seguintes critérios para a atribuição dos itens aos fatores: magnitude da saturação factorial e consonância do conteúdo e significado psicológico dos itens com a faceta do construto.

A análise das correlações entre fatores nos três grupos da amostra (Tabela 5) revela que estes se correlacionam de modo diferente entre os grupos. No grupo n_1 todos os fatores têm correlações significativas e positivas entre si. No grupo n_2 apenas o fator ativação fisiológica se correlaciona de modo significativo com o fator intrusão e o fator evitamento. No grupo n_3 existe apenas uma correlação significativa entre o fator ativação fisiológica e intrusão. Contudo, considerando o número reduzido de sujeitos neste grupo, importa sobretudo analisar a magnitude das correlações, que acabam por ser bastante similares ao grupo n_1 , com exceção das correlações entre os fatores ativação fisiológica e anestesia emocional, e entre este último e o fator evitamento, que revelam magnitudes inferiores.

TABELA 5

Valores de Correlação Entre os Fatores e Total da Escala nos Três Grupos da Amostra

Grupos da amostra fatores	n_1	n_2	n_3
AF - I	.79*	.62*	.67*
AF - E	.53*	.32*	.49
AF - AE	.41*	.26	.22
I - E	.55*	.26	.64
I - AE	.46*	.22	.50
E - AE	.45*	.02	.29
AF - Total	.91*	.89*	.87*
I - Total	.90*	.78*	.90*
E - Total	.74*	.60*	.76*
AE - Total	.57*	.43	.46

Nota: AF - Ativação Fisiológica; I - Intrusão; E - Evitamento; AE - Anestesia Emocional. * Correlação significativa ao nível .05 (2 extremidades).

Para estudar a consistência interna da escala, além do *Alfa* de Cronbach para os fatores e total da escala (Tabela 6), verificou-se a contribuição de cada fator e itens para o resultado total, através das matrizes correlacionais (Tabela 4).

Considerando o valor crítico do *Alfa* = .70, proposto por Nunnally (1978), para se reterem estimativas adequadas da representatividade dos itens em cada fator, verifica-se que a maioria dos fatores apresenta um valor superior a esta referência. O fator mais consistente é o referente à ativação fisiológica, seguido de intrusão e evitamento. Refira-se, ainda, que o fator com *Alfa* mais baixo (anestesia emocional) é aquele que possui menos itens, pelo que se pode atribuir a sua

menor homogeneidade a este facto. Neste sentido, partindo das recomendações de Pallant (2003), considerámos como mais apropriada a análise da média de correlação inter-item (.354), que apresenta um valor aceitável. Os valores de Alfa de Cronbach obtidos permitem verificar que a maioria dos fatores, assim como a escala no seu conjunto, são aceitáveis e admissíveis, demonstrando uma consistência interna satisfatória.

TABELA 6

Valores do Alfa de Cronbach para os Fatores e Total da IES-R

Fatores	Itens	Alfa
Ativação Fisiológica	2, 4, 10, 15, 16, 18, 19, 20	.904
Intrusão	1, 3, 6, 9, 14, 21	.849
Evitamento	5, 8, 11, 12, 17, 22	.812
Anestesia Emocional	7, 13	.523
Total		.923

As correlações corrigidas (esta correção implicou a subtração do valor do item ao total a correlacionar com esse item) entre os fatores e o total da escala nos três grupos são significativas ($p < .05$), exceto para os grupos n_2 e n_3 onde o fator anestesia emocional não se correlaciona de modo significativo com o total da escala. Para o grupo n_1 e n_2 o fator ativação fisiológica é o que mais se correlaciona com o resultado total. No grupo n_3 isto acontece com o fator intrusão. Para os três grupos o fator anestesia emocional é aquele que menos se correlaciona com o total.

O valor total do Alfa de Cronbach varia pouco com a retirada de qualquer um dos itens do inventário, revelando a homogeneidade dos itens na avaliação do construto geral que lhes subjaz. A variação do Alfa, na maioria dos casos, corresponde a uma diminuição do mesmo, excetuando com o item 7 e 22 que, se retirados, fariam aumentar muito ligeiramente o valor global da consistência interna. As correlações entre os itens e o total da IES-R são, na sua maioria, moderadas, significando que cada item explica algo específico, apesar de ter uma parte comum com os restantes. As correlações entre itens e total variam entre .244 para o item 13, e .369 para o item 7.

Apesar de não se ter realizado o cruzamento da IES-R com outras escalas que meçam especificamente o mesmo construto, muito em consequência da ausência deste tipo de instrumentos devidamente adaptados para a população portuguesa, foi utilizada a IJS para verificar a convergência entre as vivências de violência nas relações afetivas e o impacto potencialmente traumático que estas possam ter. Estas duas escalas (IES-R e a IJS) foram administradas aos 92 sujeitos avaliados em instituições de ensino superior da cidade de Coimbra. Os resultados revelam correlações positivas e estatisticamente significativas ($r = .37, p < .01$).

Discussão

A versão portuguesa da IES-R revela uma elevada consistência interna para o total da escala, bem como para os fatores que a compõem (exceção feita ao fator anestesia emocional), aproximando-se dos resultados verificados no estudo original de Weiss e Marmar (1997) e dos estudos

de Maercker e Schützwohl (1998), Mystakidou et al. (2007) e de Wu e Chan (2003), relativos às versões alemã, grega e chinesa respetivamente.

Apesar da validade convergente não ter sido efetuada com instrumentos que meçam construtos semelhantes, a correlação positiva e estatisticamente significativa com a IJS revela a existência de relação entre o impacto stressante, eventualmente traumático, e as vivências de violência na relação afetiva. Tal resultado é consistente com a dimensão traumática subjacente às situações de violência doméstica (Serra, 2003).

A estrutura fatorial da versão portuguesa da IES-R revela que esta é constituída por quatro fatores que explicam 61.3% da variância total, embora inclua itens que saturam em mais do que um fator. Estes fatores coincidem, em parte, com os obtidos nos estudos de Weiss e Marmar (1997) e de Maercker e Schützwohl (1998), particularmente no que se refere ao quarto fator. Como foi referenciado na introdução, a literatura reporta uma dificuldade em encontrar uma estrutura clara para os fatores que compõem a escala, facto este também evidenciado em estudos relativos à análise fatorial dos sintomas de PSPT, tal como eram definidos pelo DSM-IV, e que sustentaram a criação da IES-R (Creamer et al., 2003; King et al., 1998; Taylor et al., 1998). Contudo, a emergência deste quarto fator, referente à anestesia emocional, é parcialmente consonante com o quarto *cluster* de sintomas adicionado aos critérios de PSPT no DSM-5: alterações negativas na cognição e no humor. Tal sustenta a importância de uma linha de investigação futura que aborde a possibilidade da IES-R ser utilizada como ferramenta de rastreio da PSPT, segundo a mais recente formulação do DSM-5 (Morina et al., 2013), um trabalho que deverá ser complementado por uma exploração e refinamento dos modelos teóricos subjacentes à definição da perturbação. Efetivamente, Creamer et al. (2003) reconhecem que uma das principais desvantagens da IES-R é a ausência de uma conexão directa entre os itens e os critérios de diagnóstico do DSM, mas questionam se não será vantajoso trabalhar com uma escala mais focada em avaliar construtos nucleares, do que em aderir a critérios volúveis e instáveis.

Um dos estudos portugueses precedentes (Matos et al., 2011), que utilizou procedimentos estatísticos similares na análise da dimensionalidade da IES-R, encontrou uma solução unifatorial, que os autores hipotetizam poder estar associada ao facto de ter sido estudada uma amostra não clínica e de se ter focado uma experiência de vergonha (ao invés de um incidente traumático). Os resultados do presente estudo, nomeadamente a estrutura de quatro fatores que emergiu numa amostra inquirida a propósito de acontecimentos geradores de grande stresse (com diagnóstico de psicopatologia em dois dos grupos que a compõem), corroboram essa hipótese, sublinhando a importância de considerar a natureza da amostra (principalmente no que respeita ao tipo de acontecimento experienciado e à extensão e cronicidade da psicopatologia subjacente) quando estudadas as características psicométricas das subescalas que compõem a IES-R (Creamer et al., 2003).

Quanto à distribuição dos itens pelos fatores, e como já foi referido, alguns itens saturaram em fatores distintos daquilo que se verificou no estudo original de Weiss e Marmar (1997). Neste caso, encontram-se três itens do fator ativação fisiológica (itens 2, 16 e 20), incluídos originalmente no fator intrusão; dois itens do fator intrusão, que no estudo original pertenciam ao fator ativação fisiológica (item 21) e ao fator evitamento (item 5). A questão associada ao item 2 foi igualmente detetada no estudo de Weiss e Marmar (1997), onde o item em causa apresentava saturações próximas nos fatores intrusão e ativação fisiológica. Também na versão francesa e alemã da IES-R este item teve maior saturação no fator ativação fisiológica (Brunet et al., 2003;

Maercker & Schützwohl, 1998). A saturação do item 5 no fator intrusão foi igualmente detetada na versão francesa da IES-R (Brunet et al., 2003). Também no estudo de Weiss e Marmar (1997) este mesmo item evidenciou-se como problemático, obtendo saturações altas no fator evitamento. Neste sentido, ainda, este problema com o item 5 poderá estar relacionado com a sua deficiente construção, particularmente com o facto de poder ser interpretado de dois modos distintos: a primeira parte remetendo para sintomas de evitamento (tentava não ficar perturbado) e a segunda para sintomas intrusivos (quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo). A elevada saturação do item 16 no fator ativação fisiológica poderá relacionar-se com o facto de o seu conteúdo apelar à dimensão mais emocional das vivências. A saturação do item 20 no mesmo fator poderá estar relacionada com o facto dos outros itens relativos à qualidade do sono fazerem parte deste fator. Por fim, o item 21, ao remeter para a necessidade de estar em constante alerta relativamente ao meio, pode ser interpretado como uma vivência ligada aos sintomas de ativação fisiológica. Ainda neste contexto, os itens do fator ativação fisiológica são, também, aqueles que mais saturam no fator intrusão. Também da análise das correlações entre os fatores, nos três grupos da amostra, se verifica que as maiores correlações são entre o fator ativação fisiológica e o fator intrusão. Estes resultados, já verificados noutros estudos (Brunet et al., 2003; Olde et al., 2006; Wu & Chan, 2003), evidenciam uma parte comum importante entre os fatores, particularmente entre os pensamentos intrusivos e as reações fisiológicas, uma vez que, por hipótese, ambos podem ser sentidos como vivências involuntárias e incontrolláveis, separáveis apenas pela mediação do pensamento e do corpo numa e noutra destas dimensões. De acrescentar, ainda, que a ativação fisiológica além de se correlacionar de modo elevado com a intrusão, é o único fator que apresenta correlações significativas com outros fatores, nos três grupos da amostra. Este facto indica que a ativação fisiológica inclui uma dimensão geral comum aos restantes fatores, ou seja, à intrusão, evitamento e anestesia emocional. Este dado pode ainda ser interpretado como indiciador de uma certa fraqueza e falta de consistência deste fator, sendo mais viável o seu uso como indicador geral do nível de intensidade e sofrimento com que o acontecimento foi experienciado. Esta posição é também sustentada por Olde et al. (2006), quando sugerem que a IES é mais consistente como instrumento de medida do impacto traumático dos acontecimentos do que a IES-R. Em síntese, a proeminência da ativação fisiológica poderá estar relacionada com o facto de a escala ser mais sensível a um construto geral de stresse (Creamer et al., 2003; Zilberg et al., 1982).

No mesmo sentido, o facto de, neste estudo, o fator ativação fisiológica ser aquele que maior explicação da variância obtém (40.13%) remete diretamente para a ideia de que o impacto dos acontecimentos selecionados pelos sujeitos do estudo foi, no geral, mais stressante do que propriamente traumático. Apesar disso, pode verificar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas à IES-R nos três grupos da amostra. No grupo n_1 , por exemplo, os fatores encontram-se significativamente correlacionados entre si, sugerindo que neste caso a escala foi mais sensível ao construto geral de stresse antes referido. No grupo n_2 , no entanto, apenas o fator ativação fisiológica apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o fator intrusão e com o evitamento. No grupo n_3 , e comparativamente com o grupo n_1 , verificou-se que a magnitude das correlações entre o fator anestesia emocional e os fatores ativação fisiológica e evitamento era inferior. Estes dados sugerem que, nestes sujeitos, o impacto do acontecimento, apesar de ter evocado intenso stresse, permanece numa dimensão pouco integrada, típica dos processos traumáticos, tal como descrito por Horowitz (1979) nos processos de

completion tendency. Os resultados das correlações entre subescalas sustentam ainda a hipótese avançada por Weiss (2007) e Creamer et al. (2003) de que os construtos nucleares subjacentes à IES-R se encontram menos diferenciados nos grupos que apresentam menores níveis de sintomatologia ou que não revelam uma síndrome clínica delimitada, como a PSPT.

O fator intrusão é o segundo fator, depois da ativação fisiológica, com maiores pontuações nos três grupos. Este resultado, na sequência do anterior, poderá estar relacionado com dificuldades específicas na elaboração do acontecimento, onde a sua evocação não é um simples produto de uma recordação, mas antes a reprodução do acontecimento em “estado bruto”, acompanhado pela intensa ativação fisiológica e emocional a ele ancoradas (Joseph & Linley, 2005). Estes resultados, no entanto, poderão estar igualmente relacionados com o facto da população do grupo n_2 e n_3 estar diagnosticada, na sua maioria, com Depressão e Perturbação de Ansiedade, patologias onde os sintomas de intrusão são característicos (Taylor et al., 1998).

O surgimento de um quarto fator na estrutura da versão portuguesa da IES-R, anestesia emocional, é salientado em diversos estudos relativos à PSPT (Foa et al., 1995; Litz et al., 2000; Kinzie, 1989; Taylor et al., 1998). Apesar deste fator ser estatisticamente pouco significativo, a sua existência como fator independente sai reforçada, evidenciando a necessidade de ser pensado como um aspeto do construto.

Efetivamente, na IES-R o conceito de evitamento proposto por Horowitz (1979) parece reunir diferentes tipos de mecanismos destinados a eliminar o desprazer. O mecanismo de evitamento, por outras palavras, contém aspetos referentes ao mecanismo de repressão, tal como foi concebido por Freud (1926/1959), ou de anestesia emocional, proposto por Foa et al. (1995). Torna-se, assim, relevante a proposta destes últimos autores quando equacionam a possibilidade de separar o mecanismo de evitamento em dois fatores distintos, considerando a sua dimensão mais psicológica e mais automática.

A análise do comportamento deste fator no presente estudo, nomeadamente a análise das correlações entre os fatores do grupo n_1 (visto ser só neste grupo que estes se correlacionam de modo significativo) evidencia uma maior correlação entre o fator evitamento e a intrusão e uma semelhante correlação entre o fator anestesia emocional e os fatores ativação fisiológica e evitamento. Mais uma vez, estes resultados vão no sentido dos obtidos por Foa et al. (1995), onde o mecanismo de anestesia emocional é ativado quando o sujeito vivencia uma intensa ativação fisiológica, evidenciando-se como um mecanismo mediado por processos mais automáticos, enquanto o evitamento parece ser mediado por estratégias psicológicas persistentes, organizadas com o intuito de diminuir a intrusão. No estudo de Olde et al. (2006), foi detetada uma correlação significativa entre o fator evitamento da *Post-Traumatic Stress Symptom Scale – Self-Report* com o fator ativação fisiológica da IES-R. Assim, e ainda segundo os mesmos autores, o evitamento parece ser uma estratégia ligada aos sintomas de ativação fisiológica. A elevada correlação obtida entre o fator evitamento e a ativação fisiológica, neste estudo, poderá relacionar-se com o facto de, nesta versão, os itens pertencentes ao fator anestesia emocional se encontrarem integrados no fator evitamento.

A fraca consistência deste fator, no presente estudo, poderá estar mais relacionada com o facto da população em causa, na sua grande maioria, não sofrer de PSPT, nem ter vivenciado traumas severos, pois, quando tal acontece, é suposto a ativação deste mecanismo ser mais proeminente (Kinzie, 1989; Foa et al., 1995). No entanto, note-se que é no grupo n_1 que este fator aparece com maior pontuação, seguindo-se o grupo n_3 . Este facto leva-nos a colocar como hipótese a

presença deste mecanismo não só na vivência de grandes traumas como, igualmente, em vivências “microtraumáticas” continuadas, como parece acontecer no grupo n_3 . Este resultado poderá estar, também, relacionado com o facto de vários sujeitos destes grupos (n_1 e n_3) terem seleccionado acontecimentos que ocorreram entre um a três anos, enquanto a maioria dos sujeitos do grupo n_2 o acontecimento seleccionado ocorreu há mais de três anos. Isto é, a menor distância temporal poderá tornar este mecanismo mais proeminente.

Finalmente, importa referenciar as intercessões entre resultados da escala e variáveis socio-demográficas. Relativamente às diferenças entre o género e as respostas à IES-R, verificou-se no grupo n_2 uma pontuação mais elevada para os sujeitos do género feminino, tanto para o total da IES-R, como para o fator ativação fisiológica. Este facto foi igualmente detetado noutros estudos, como o de Zilberg et al. (1982). Quanto à idade, a única correlação estatisticamente significativa encontrada verificou-se entre o fator intrusão e a idade dos sujeitos do grupo n_1 , facto também detetado no estudo de Wu e Chan (2003).

Conclusões

A versão portuguesa da IES-R, além de revelar uma boa consistência interna para o total e fatores, apresentou uma estrutura fatorial semelhante aos pressupostos teóricos dos autores originais, indicando um instrumento adequado para fins de investigação e avaliação clínica. A emergência de um quarto fator, associado à anestesia emocional, apesar de representar um desvio relativamente à estrutura original, é consonante com outros estudos sobre a escala (Maercker & Schützwohl, 1998; Akusai et al., 2002; Lim et al., 2009) e com diferentes propostas teóricas sobre a PSPT (Foa et al., 1995; Litz et al., 2000; Kinzie, 1989; Taylor et al., 1998), contribuindo assim para fomentar a discussão sobre esta perturbação.

Os resultados evidenciam, também, que o conteúdo das experiências consequentes à vivência de um acontecimento stressante é similar para todos os sujeitos, independentemente do tipo de acontecimento ou da população em causa, corroborando a hipótese de Horowitz (1979), assim como a de Zilberg et al. (1982).

No entanto, o estudo aqui reportado comporta um conjunto de limitações que devem ser clarificadas, nomeadamente na composição da amostra, com alguns grupos a apresentarem um reduzido número de sujeitos, o que não permitiu, por exemplo, a análise dos resultados da IES-R em função do tipo de acontecimento e do tempo decorrido entre este e o preenchimento do questionário. De destacar a necessidade de aprofundar os estudos psicométricos de adaptação e aferição do inventário para a população portuguesa, ampliando as amostras e introduzindo grupos devidamente diagnosticados com PSPT. Esta sugestão conecta-se ainda com a possibilidade de analisar a intercessão entre a IES-R e os critérios de diagnóstico de PSPT do DSM-5. Por outro lado, seria proveitoso que futuros estudos realizassem Análises Fatoriais Confirmatórias sobre a estrutura fatorial que emergiu no presente estudo.

Outra limitação significativa deste trabalho prende-se com o facto de não terem sido obtidos dados relativos à estabilidade temporal da escala. A validade convergente mereceria, também, uma análise mais específica com a utilização de instrumentos capazes de medir o mesmo construto.

Referências

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(3), 175–182. <https://doi.org/10.1097/00005053-200203000-00006>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). The American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). The American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, Á., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y modificación de conducta*, 27(114), 581-604.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.007>
- Bienvenu, O. J., Needham, D. M., & Hopkins, R. O. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, and the Impact of Events Scale-Revised: Response. *Chest*, 144(6), 1974-1975. <https://doi.org/10.1378/chest.13-1940>
- Bienvenu, O. J., Williams, J. B., Yang, A., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2013). Posttraumatic stress disorder in survivors of acute lung injury: evaluating the Impact of Event Scale-Revised. *Chest*, 144(1), 24–31. <https://doi.org/10.1378/chest.12-0908>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>
- Canez, A. (2007). *Violência Doméstica – da teoria à psicométrica: tradução e estudo de algumas qualidades psicométricas da Intimate Justice Scale*. Dissertação de Mestrado Integrado, FPCEUC: Coimbra.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 1489-1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
- Cunha, M., Xavier, A. M., Zagalo, S. M., & Matos, M. S. (2017). Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: validação da Impact of Event Scale-Revised. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(2), 249-260. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200006>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.116>
- Freud, S. (1920/1969). Além do Princípio do Prazer. In J. Salomão (ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 13-85), Vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition. An information processing approach* (pp. 235-263). J. Wiley & Sons.
- Horowitz, M., Wilner, M., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

- Hosey, M. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Turnbull, A. E., Parker, A. M., Hopkins, R. O., Neufeld, K. J., & Needham, D. M. (2019). The IES-R remains a core outcome measure for PTSD in critical illness survivorship research. *Critical Care*, 23, 362. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2630-3>
- Jory, B. (2004). The Intimate Justice Scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *Journal of marital and family therapy*, 30(1), 29–44. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01220.x>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- King, D.W., Leskin, G.A., King, L.A., & Weathers, F.W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.90>
- Kinzie, M. D. (1989). Post-traumatic stress disorder in childhood. In M. Hersen, & C. Last (Eds.), *Handbook of child and adult psychopathology. A longitudinal perspective* (pp. 263-274). Pergamon Press.
- Lim, H. K., Woo, J. M., Kim, T. S., Kim, T. H., Choi, K. S., Chung, S. K., Chee, I. S., Lee, K. U., Paik, K. C., Seo, H. J., Kim, W., Jin, B., Chae, J. H., & Disaster Psychiatry Committee in Korean Academy of Anxiety Disorders (2009). Reliability and validity of the Korean version of the Impact of Event Scale-Revised. *Comprehensive psychiatry*, 50(4), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.011>
- Litz, B.T., Orsillo S.M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 26-39. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.1.26>
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44(3), 130-141. <https://doi.org/10.1037/t55092-000>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413-438. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_16
- Morina, N., Ehring, T., & Priebe, S. (2013). Diagnostic utility of the impact of event scale-revised in two samples of survivors of war. *PloS one*, 8(12), e83916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083916>
- Mystakidou, E., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 454-461. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.023>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Olde, E., Kleber, R., van der Hart, O., & Pop, V. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses: A validation study of the Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 259-267. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.259>
- Pallant, J. (2003). *SPSS survival Manual: a step by step guide to data analyses using SPSS for Windows (versions 10 and 11)*. Open University Press.
- Serra, A. V. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editores.
- Sundin, E., & Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205-209. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.3.205>
- Taylor, S., Kuch, K., Kosh, W., Crockett, D., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 154-160. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.1.154>

- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of post-traumatic stress reactions: impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0073-x>
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 168-189). Guilford Press.
- Weiss, D. S. (2007). *The Impact of Event Scale: Revised*. In J. P. Wilson & C. S.-k. Tang (Eds.), *International and cultural psychology. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (p. 219–238). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Wu, K., & Chan, K. (2003). The Development of the Chinese version of Impact of Event Scale-Revised (CIES-R). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 94-98. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0611-x>
- Zilberg, N., Weiss, D., & Horowitz, M. (1982). Impact of Event Scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 407-414. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.407>

EXPRESSÕES DE MICROAGRESSÕES DIRIGIDAS A MULHERES NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM BASEADA EM INCIDENTES CRÍTICOS¹

EXPRESSIONS OF MICROAGGRESSIONS AGAINST WOMEN IN THE HEALTHCARE CONTEXT: A CRITICAL INCIDENT APPROACH

Elena Piccinelli², Sara Martinho³, Christin-Melanie Vauclair⁴

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 1
1ST JANUARY JANEIRO - 30TH JUNE JUNHO 2020 • PP. 44-64

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.3>

Submitted on April, 2020

Submetido em abril, 2020

Resumo

Objetivo. Os pacientes pertencentes a minorias sociais podem ser expostos a várias formas de discriminação no contexto de cuidados de saúde. A investigação prévia nesta área não tem dado especial atenção às manifestações de microagressões dirigidas às mulheres e ao papel das identidades interseccionais. O presente estudo tem como objetivo realçar os temas subjacentes às manifestações de microagressões vividas por diversas mulheres em Portugal.

Método. Recorrendo ao modelo de entrevista baseado na Técnica de Incidentes Críticos (Flanagan, 1954), entrevistaram-se 17 mulheres a propósito das microagressões vividas no contexto de cuidados de saúde. Entre as identidades interseccionais, algumas mulheres pertenciam a grupos minoritários baseados na etnicidade, LGB e diversidade funcional.

Resultados. Foram identificados 17 temas relativos às microagressões, cinco dos quais dirigidos às mulheres no geral, e sete dirigidos às mulheres com identidades interseccionais específicas. Outros quatro temas refletiram atitudes microagressivas dos profissionais de saúde dirigidas a pacientes no geral, sem relação com o género ou à pertença a outras minorias sociais, e um tema foi criado para descrever microagressões sistémicas.

Conclusões. Alguns dos temas encontrados foram relacionados com microagressões que as mulheres vivem no dia-a-dia, sendo agravados pela disparidade de poder entre profissionais de saúde e pacientes. Outros temas pareceram ser específicos do contexto de saúde e relacionados com a falta de abordagens centradas no/a paciente.

Palavras-chave: Microagressões, Cuidados de Saúde, Mulheres, Interseccionalidade, Incidentes Críticos

¹ Este trabalho foi apoiado pelas subvenções atribuídas aos segundo e terceiro autores pela Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (PD/BD/135343/2017 e IF/00346/2014)2014). This work was supported by the grants awarded to the second and third authors by the Portuguese Foundation for Science and Technology (PD/BD/135343/2017 and IF/00346/2014)

² Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE-IUL, Lisboa, Portugal. elena_piccinelli@iscte-iul.pt

³ Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE-IUL, CIS-IUL, Lisboa, Portugal. soqmo@iscte-iul.pt

⁴ Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE-IUL, CIS-IUL, Lisboa, Portugal. Melanie.Vauclair@iscte-iul.pt

Abstract

Purpose Patients belonging to social minorities can be exposed to various forms of discrimination in the healthcare context. Previous research in this domain has overlooked expressions of microaggressions against women and the role of intersectional identities. This study aims to uncover the themes that underly the experience of microaggressions by diverse women in Portugal.

Methods Using an interview model based on the Critical Incident Technique (Flanagan, 1954) 17 women were interviewed about their microaggression experiences in the healthcare setting. Among those with an intersectional identity, social minority membership was also based on ethnicity, LGB sexual orientation and functional diversity.

Results A total of 17 microaggressive themes were retrieved, five of which were found to be related to microaggressions towards women in general and a total of seven were unique for women with specific intersectional identities. Another four themes reflected providers' general attitudes towards patients without being related to gender or any intersectional minority group, and one theme described systemic microaggressions.

Conclusion Some of the retrieved themes reflect microaggressions that women seem to experience in their everyday life but that are exacerbated by the health provider-patient power disparity. Some themes appear to be specific to the healthcare context and related to providers' lack of patient-centeredness.

Keywords: Microaggressions, Healthcare, Women, Intersectionality, Critical Incidents

Discrimination in the form of racism, sexism, heterosexism or ableism have taken new forms of expressions over the past decades. While blatant manifestations seem to be almost disappearing, subtle forms of discrimination have been emerging and becoming more prominent in many Western societies (Dovidio & Gaertner, 2000). To date, a large share of social psychological research on subtle discrimination focuses on perpetrators to better understand their biases, stimulated by the insight that anti-prejudice norms in Western societies changed the expression of prejudice from overt to covert, especially in regard to race relations in the United States. This modern form of race prejudice has been labelled in various ways such as symbolic racism (Sears, 1988), aversive racism (Dovidio & Gaertner, 2004), racial ambivalence (Katz, Wackenhut, & Hass, 1986), or modern racism (McConahay, 1983; Pettigrew, 1989). Similar conceptual developments occurred in the area of sexism such as ambivalent sexism (Glick & Fiske, 2001), modern sexism (Swim, Aikin, Hall, & Hunter, 1995), and neosexism (Tougas, Brown, Beaton, & Joly, 1995).

More recently, a new research paradigm within the area of counselling and clinical psychology has emerged, focusing on the targets and examining how they experience subtle forms of discrimination (Sue et al., 2007). Within this paradigm, subtle discrimination has been framed under the label of microaggressions, which are defined as the slights, insults, invalidations or indignities that are directed at minority, marginalized and discriminated groups and which communicate derogatory and hostile messages (Sue, 2010). They are often delivered by well-intentioned individuals who are not aware of the discriminatory implicit message they are sending.

Within this framework, many authors (Capodilupo et al., 2010; Nadal et al., 2015; Sue, 2010) have conducted seminal qualitative research and showed that there are different microaggressive themes reflecting the experience of various social minority groups. Some of these themes tap into stereotypes and prejudices as already identified in the social psychological literature that focuses on the perpetrators' perspective (e.g., benevolent sexism, Glick & Fiske, 2001). Yet, other microaggressive themes seem to tap into basic social categorization and identification processes (e.g., the theme 'alien in own country' referring to the ethnic majority's belief that visible racial/ethnic minority citizens are foreigners). Hence, microaggressions are multifaceted and there are still many unknowns, such as how microaggressions are expressed in different societies. Moreover, the issue of intersectionality has recently attracted increased attention in the literature but rarely been examined in regard to microaggressions. There is an urgent need for more studies to be conducted outside the United States (US) in order to better understand what kinds of microaggressions particular social minorities experience in a specific socio-cultural context and life domain. This study aims to address these research gaps by examining the type of microaggressions that women belonging to multiple social minorities experience in the healthcare context in Portugal.

Microaggressions in the Healthcare Context

Microaggressions have been studied in various domains to date (e.g., counselling, workplace) with the healthcare context being a highly relevant one because health providers occupy a position of social power and authority and patients find themselves in a situation of heightened vulnerability (Cruz et al., 2019; Saha et al., 2008). This power disparity is exacerbated when patients belong to socially disadvantaged minority groups (Vissandjée et al., 2001) creating ideal conditions for the expression of well-intentioned but microaggressive messages. Previous research has already shown that microaggressions can have harmful consequences on targets' health and psychological wellbeing (Nadal et al., 2014; Nadal et al., 2016). Moreover, the experience of microaggressions in the healthcare context can also be regarded as lacking patient-centeredness which has shown to be harmful regarding treatment adherence, patients' trust and satisfaction and general medical outcomes (Taylor, 2009). Hence, experiencing microaggressions in the healthcare domain may also jeopardize minority members' health outcomes rendering it a topic of utmost relevance.

Previous qualitative research on microaggressions in the healthcare context mainly focused on uncovering the microaggressive themes as experienced by minorities belonging to one particular socially disadvantaged group (Almond, 2017; Cruz et al., 2019; Feagin & Bennefield, 2014; Frankset al., 2005; Hobson, 2001). Only very few studies focused on microaggressions experienced by women in the healthcare domain. Among the most relevant studies is the one conducted by Smith-Oka (2015). She conducted ethnographic fieldwork to study interactions between health providers and obstetric patients in Mexico and found that microaggressions in clinical encounters were related to the following overarching themes: 1) perceptions of suitability for good motherhood; 2) moralized versions of modern motherhood inscribed on patient bodies; 2) a priori assumptions about the hypersexuality of low-income women; and 4) clinician frustration exacerbated by overwork resulting in corporeal violence. Even though this study provides

insights into microaggressions experienced by women in medical encounters, it is embedded in the very specific healthcare context of obstetrics in Mexico.

There is also one recent qualitative study on microaggressions experienced by LGBTQI + minority members in the medical healthcare context which identified the following themes: *Endorsement of Heteronormative or Gender Normative Culture and Behaviours, Discomfort With or Disapproval of LGB or Transgender Experience, Environmental Microaggressions and Systemic Microaggressions* (Dean et al., 2016). This study focused generally on sexual orientation, without specifically considering the experiences of self-identified women. Nevertheless, it provides a first glimpse into the microaggressive themes that may underly the experiences of LGBTQI + populations in the healthcare context. Particularly interesting is the theme *Systemic Microaggressions* which “manifest in institutional organization and policy (both de jure and de facto), including educational programming and curricula”, and are closely linked to the lack of diversity trainings for health professionals (Dean et al., 2016). These type of microaggressions go well beyond interpersonal expressions of biases and point to the larger systemic and structural problems of discrimination that are engrained in society.

Finally, Snyder et al. (2018) conducted a study in the U.S. on multiracial male and female patients. They found that microaggressions were driven by health providers making mistaken assumptions about patients’ ethnic identity, family kinship and income class or degree of education based on their physical attributes. They also found that intersectionality was an important reason for attributing microaggressions or feelings of awkward encounters in health care because participants could not attribute them just to race. This is an important finding because it suggests that intersectionality may be an important issue for the experience of microaggressions. Yet, Snyder et al. (2018) did not further examine how intersectionality may play a role for the type of microaggressions that their intersectional patients experienced.

Intersectionality has recently become a buzzword in psychology and is well integrated into feminist writings in the social sciences (Else-Quest & Hyde, 2016). Intersectionality evolved from Black Feminism and Critical Race Theory and is a theoretical and analytical approach emphasizing that social experiences are shaped by multiple categories of identity, difference, and inequality (e.g., gender, race, sexual orientation, disability and others) (Cole, 2009). It can be defined as the interconnected nature of social categorizations as they apply to a given individual or group, which create overlapping and interdependent systems of discrimination or disadvantage (Oxford University Press, 2019). In other words, people with different minoritarian identities may not simply experience discrimination based on the separate social groups they belong to (e.g., racism or sexism) but they are subjected to specific forms of prejudice related to the intersection of their identities as is the case of the phenomenon of gendered racism (Lewis & Neville, 2015). This may expose individuals to microaggressions of a somewhat different nature (Nadal, et al., 2015; Sue, 2010). For example, Nadal et al. (2015) recently demonstrated that microaggressions towards people with intersectional identities contain themes that are different to those that have been established for non-intersectional minorities: women of color described experiences related to exotization, or ambiguous compliments about their appearance, while lesbian women appeared to be exposed to gender-based stereotypes related to masculinity.

In this study, we aim to examine microaggressions experienced by women in the health care context in Portugal by taking into account that intersectional identities can give rise to different experiences. We consider that social identities are multifaceted and can include different

minoritarian and intersectional identities. Hence, our overall research question is: What type of microaggressions do women and those with intersectional identities experience in the health care domain in Portugal? To the best of our knowledge, this is the first study that aims to answer this question in the Portuguese socio-cultural context.

Methods

Participants

Female participants were recruited through personal contacts and via snowball sampling within the activist community. Participants were deemed eligible if they were activists or highly committed to social minority causes which was established as an eligibility criterium because the ability to recognize subtle discriminatory acts, such as microaggressive incidents, should be greater when women have developed an actively committed identity (Capodilupo et al., 2010; Downing & Roush, 1985). This approach made it more likely to reach a point of saturation with a relatively small number of interviews.

The sample was composed of 17 women belonging to different social minorities with 6 self-identifying just as Portuguese women and 11 indicating intersectional identities, i.e. identifying themselves also with a LGB minority group (n=5), or with a specific ethnic minority (n=4), or as a functionally diverse woman (n=2). Participants' age ranged from 23 to 59 years ($M = 38$). Sixteen of them self-identified with the feminine gender, one participant self-identified with non-binary gender. All participants had Portuguese nationality, three of them also had a second nationality. All participants self-identified as activists and/or feminists. Fourteen of them defined themselves as 'formal activists' (meaning that they usually engage in activities with associations, organizations and other entities that openly work with activism), while three of them defined themselves as 'informal activists' (intending activism as an every-day contribution through interpersonal relations, work activities, research activities, etc.). As activists, participants expressed their interest in different forms of activism, such as feminism, ethnic activism, activism for LGBTQI + people's rights, activism for functionally diverse people's rights, and intersectional forms of activism.

Procedure

Instruments

The development of the semi-structured interview guide relied on previous literature about microaggressions (e.g., Capodilupo et al., 2010) and discrimination in the health care, as well as on Flanagan's Critical Incident Technique (1954). The latter aims to identify the observation of human behavior that has critical significance for the target person. Critical incidents refer to situations which are remembered because they are perceived as problematic, upsetting or confusing. This makes it a highly suitable method for the identification of microaggressions by individuals who are highly committed to social minority causes because they are more likely to appraise and remember situations as critical and as reflecting a subtle form of discrimination (Capodilupo et al., 2010; Downing & Roush, 1985). The use of this technique can provide the

researcher with a rich description of the microaggressive incident, according to the perspective and to the subjective reality of the interviewee. The subjectivity of the experience and appraisals of microaggressive incidents is a key element of the microaggressions framework (Sue, 2010). This technique also offers the opportunity to construct short vignettes that can be used for training purposes to sensitize enactors of microaggressions and illustrate how they are experienced by the targets. Critical incidents have been used in a wide range of disciplines, such as Nursing, Medicine, and Psychology. In particular Intercultural Psychology has made use of critical incidents for training purposes to sensitize individuals about specific issues, and to trigger empathy, raise awareness and stimulate critical thinking (Herfst et al., 2008). Yet, to the best of our knowledge this technique has not been used to extract and illustrate microaggressive themes in the healthcare context.

The interview guide started with a definition of microaggressions and some very general examples. At the end of the introduction, the interviewer used the critical incident technique (Flanagan, 1954) to elicit concrete accounts of experiences with microaggressions directed at the interviewee or other people that had occurred in the healthcare context. Open-ended questions followed in order to probe into the details of the incident and to facilitate the remembrance of the situation of microaggression (Gremler, 2004) (e.g., the actors involved, the emotions felt, the perceived cause of the incident, the psychological and practical consequences, etc.). The memory of one incident often triggers the memory of similar incidents (Edvardsson & Roos, 2001). Hence, the same set of questions was repeated for each incident described. At the end of the interview, questions about personal details (age, gender, identification with social minorities, details about their engagement as activists) were asked.

A pilot study was conducted in order to test the interview guide. Four women participated in the pilot and were given instructions to recall microaggressive incidents either *before* or *during* the interview took place. Participants who had received the instructions before the interview remembered about twice as many incidents of microaggressions and were able to provide more details in their description than those who received the instruction during the interview. For this reason, it was decided to provide all participants of the main study with the instruction prior to the interview.

Data collection

Interviews were conducted in Portugal, between March and May 2019 and followed the ethical principles and code of conduct for psychologists as stipulated by the American Psychological Association (APA). The informed consent ensured that participation was voluntary, anonymous and confidential. The principle of saturation (Saunders et al., 2018) was reached after interviewing 17 participants. Out of 17 interviews, 12 were conducted face-to-face, three were conducted on video-call and two via telephone. The interviews' duration lasted on average 27 minutes. All interviews were conducted by the same interviewer, in Portuguese, were audio-recorded, and transcribed verbatim. Quotes reported in the results section were translated from Portuguese to English.

Data Analysis

A thematic analysis was conducted with NVivo to identify specific themes within the data to help understand the meanings of the microaggressive incidents (Braun et al., 2018). The chosen

unit of coding consisted of segments of conversation that represented a single message or a distinguishable feature relevant for each created node. The length of these units differed and was determined by the coder, a valid approach when the analysis is conducted on semi-structure interviews containing open-ended questions with free-flowing text data (Kurasaki, 2000). For our analysis, we first inductively identified and labelled categories of microaggressive incidents based on specific underlying themes. The coded segments were first categorized deductively, i.e. based on themes that had already been established in the literature about microaggressions. When this was not possible, we created new themes considering the social psychological literature about stereotyping and discrimination. A total of 17 microaggressive themes were identified with this approach which can be seen in Table 1.

Peer debriefing was repeatedly done during the different phases of the study. Codes and coding procedures were reviewed and discussed within the research team to mitigate biases due to the researcher's subjective judgments (Coutinho, 2008). Moreover, a third researcher reviewed the coding of two interviews, which were randomly selected (20% of all collected data) and stated whether they agreed or disagreed with each code.

TABLE 1
Microaggressive Themes

Microaggressive themes	Frequencies	Definition
Women in general		
1. Ascription of inferiority	8	Related to the belief that women are too emotional and hypochondriac, and not able to decide for their health neither to understand their own health issues.
2. Assumption of traditional gender roles	1	Related to the belief that women should follow the gender roles prescribed by society, especially in the context of family care.
3. Moralization	4	Microaggressions related to this theme were found to be triggered when women were believed to be breaking moral norms related to feminine sexuality and pregnancy.
4. Female objectification	6	Includes any attitude that treats women like objects, depriving them of their value as human beings.
5. Pain endurance	4	Related to the belief that women have a lower pain endurance, are more sensitive to pain and more willing to report it.
LGB women		
6. Assumption of abnormality	3	Related to the belief that LGB women are socially deviant or sick, and that homosexuality, bisexuality, transsexuality and intersexuality are something unnatural and abnormal
7. Endorsement of heteronormativity	5	Refers to providers' assumptions a priori that their patients are heterosexual.
Ethnic minority women		
8. Second-class citizenship	5	Refers to the treatment of women belonging to ethnic minorities as inferior or as "lesser persons"
9. Exotization	2	Related to the sexualization and objectification of black women and their bodies and to assumptions on hyper-fertility, sexual promiscuity and lack of family planning
10. Invisibility	2	Refers to the invisibilization of women belonging to ethnic minorities

Microaggressive themes	Frequencies	Definition
Functionally diverse women		
11. Desexualization	1	Refers to the belief that functionally diverse women are asexual beings
12. Insensitivity	4	Includes any attitude of insensitivity and lack of empathy towards people with functional diversity and their condition
Patients as a disadvantaged group		
13. Attitude of superficiality	3	Refers to providers' attitudes of superficiality during consultations.
14. Lack of sensitivity-empathy	3	Refers to providers' lack of sensitivity or empathy for patients' health condition, illness or emotional status.
15. Reduction to body parts	2	It refers to the treatment of patients as objects, as mere bodies with illnesses, without their own feelings, willingness, personality and history.
16. Paternalization	2	Health providers often assume a position of authority towards their patients, lacking in effective communication and invalidating their experiences.
17. Systemic Microaggressions		
-	16	Occurs at the systemic level, being embedded both in formal and informal practices, explicit or subtle norms of organizational structures.

Results

Microaggressions against Women in General

Ascription of Inferiority

Many women mentioned situations in which health providers treated them as unable to understand their clinical conditions and that health providers claimed them to be highly anxious or hypochondriac underscoring their perceived weakness and inferiority.

“And he always has those phrases that cost me a little to listen to because he says, ‘Marta* is very anxious, Marta is always very anxious’” [IP 2, 34 years; *Name was changed]

Prescription of Traditional Gender Roles

Interviewees recalled situations of interaction with health providers in which their social roles as women, mothers and caregivers were taken for granted.

“During the period of hospitalization [of my recent-born daughter] I rarely received information about my baby. Information was always given to the father, [...] And there was this issue, that the mother, clearly, the mother is a caregiver and the father is the decider. [...]” [IP 11, 33 years]

Moralization

Participants reported that health providers assumed microaggressive attitudes in situations in which patients were perceived to break moral norms related to feminine sexuality and pregnancy.

“Once, when I was a kid; I was 12 years old, [...], and I suddenly started having a hip pain, and at the time I didn’t know what it was. [...]. So, I was in a lot of pain [...] and had to go to the doctor and the nurse... [...] The nurse was so, she was mean to me. I didn’t know what it was, I was still a virgin at the time, and she said to me: ‘Ah, this is what you get from the men you sleep with.’” [IP 10, 49 years]

Female Objectification

Participants expressed feeling treated like objects, being deprived of their value as human beings. For example, many women described the feeling of being treated as reproduction machines during maternity and childbirth, particularly in medical specialties as gynecology and obstetrics.

“I think I was under 13, like 12 and 13 years old, and whenever I was wearing a bra, I had a lot of pain. [...] And I remember asking that question [to the gynecologist]. [...] And the answer I got was... [...] ‘wear a sports bra on ordinary days and wear a prettier bra when you go out for parties which can be seen’” [IP 6, 23 years]

Pain endurance

Many women described situations in which health providers treated them as if they were destined to suffer and endure pain, physically and psychologically, during their whole life.

“And when you say you’re in pain [during childbirth], all they do is to say, and repeat it over and over again: ‘Hang in there. Being a mother is like this. That’s our cross. What did you think it would be like?’” [IP 9, 45 years]

Microaggressions against Women with Intersectional Identities

Ethnic Minority Women

Second-Class Citizenship. Ethnic minority women reported situations in which they were treated as less worthy and less deserving which made them feel inferior and discriminated against.

“I’m Indian, and I have a complicated name. The first name, Lisa*, is simple, but the others are quite complicated. [...] when I arrived in the office of the doctor or the provider, there would always be a... how to say... condescending comment in relation to my name.” [IP 8, 35 years; *Name was changed]

Exotization. Women of color recalled incidents in which health providers made assumptions about their style, attractiveness and standards of beauty. Other participants described situations

which expressed the belief that women coming from developing countries are hyper-fertile, sexually unbridled and suffer from lack of family planning.

“[...] He made a comment that... [...] It must have been about my eyes, the color of my eyes... Something like that. As if it was surprising because Cape Verdeans aren't usually so beautiful. ‘The eyes are so beautiful; the skin color is so beautiful.’” [IP 2, 34 years]

“Being pregnant, she experienced many situations, and being Brazilian... many situations related to be judgment of the reproductive capacity of Brazilian women. There was a doctor who told her «You Brazilians can't stay still; you're always having kids.»” [IP 10, 49 years]

Invisibility. Ethnic minority women described the feeling of being invisible, unworthy of recognition powerless and overlooked.

“First, we spent hours in the hallway of the emergency, she [the grandmother] was completely delirious from fever... And in this situation, yes, I felt invisible [...]. I believe that if I was a man [...] I would have had another type of attention. And, also, because we're Indian.” [IP 8, 35 years]

“This happens many times, regardless of being or not in health situations. [...] But I remember being at the emergency department, at the hospital, and I remember being a at the entrance, to check in, (maybe it was the day of childbirth, I don't remember), there was a couple and they were being attended, and there was no one else to be attended, only me. [...] And they were attended, and when I advanced, the nurse decided at that time to staple all the papers she had and go to the doctor or whoever was in the other room. I think it was on the day of childbirth... I was feeling some pain and it was exacerbating the situation even more... [...] And I actually felt invisible and I had to do something, I had to be angry at her and to say that not even in situations of emergency people are careful enough to understand and to be, once more, sensitive.” [IP 2, 34 years]

LGB Minority Women

Assumptions of Abnormality. LGB women reported being treated as socially deviant, as if homo-, bi-, trans-, and intersexuality were something unnatural and abnormal.

“I know this lesbian girl that went to a gynecological consultation. And the doctor, it was a woman, suggested her to use some contraceptives, and she [the girl] said she didn't need to. The doctor was shocked. And the girl said ‘No, it is because I like women, I am lesbian, I don't need contraceptives’. The doctor advised her to go see a psychologist [...]” [IP 6, 23 years]

Endorsement of Heteronormativity. Many LGB women recalled incidents in which health providers assumed *a priori* that their patients were heteronormative.

“The doctor’s great concern was – it was a female doctor – [...] which contraceptive methods I used. When I said I didn’t use any, [...] she gave me almost a sermon saying: ‘you will get pregnant...’” [IP 3, 59 years]

Functionally Diverse Women

Desexualization. Women with functional diversity reported situations in which their sexuality and sexual identity were ignored, and they were treated as asexual beings, devoid of sexual needs and desires.

“[...] it happened to me in a gynecology consultation, when I had a complicated problem... the problem had a simple solution, but their assumption was like ‘Ah, it doesn’t matter, as you don’t need to have it [internal reproductive organs], we take everything out. Since you won’t have to [...] reproduce...’ [...]. They wanted to take it all out, do a general hysterectomy and remove all the organs to solve the problem.” [IP 12, 52 years]

Insensitivity Towards Functionally Diverse People. Interviewees described health providers’ attitudes of insensitivity towards people with functional diversity and their condition.

[Microaggression experienced by a woman on a wheelchair] “The other day I went to do an echocardiogram. And there was a big stretcher, something that you can’t just put the chair underneath it to let me get on it, and I asked the lady how I was going to get on the stretcher. And she put a footstool next to me, for me to get on the stretcher.” [IP 12, 52 years.]

Microaggressions against Patients as a Disadvantaged Group

Unexpectedly, participants reported some microaggressive incidents as not being related to their gender or to their intersectional identities, but to providers’ attitudes of superficiality, insensitivity, objectification, and paternalization towards patients in general. These microaggressions are described below.

Attitude of Superficiality

Participants referred to attitudes of superficiality during the consultations.

“[...] A few years ago, I went to a dermatologist [...]; we had a scheduled appointment and she arrived half an hour late, the consultation lasted ten minutes and I paid – at the moment – €80. And she wasn’t looking at the problem I had on my skin, she just passed the prescription.” [IP 2, 34 years]

Lack of Sensitivity/Empathy

Participants reported incidents in which they, or the patient in the situation, did not feel understood, or being treated without any sensitivity or empathy for their health condition, illness or emotional status.

“I also have a family member who had an ectopic pregnancy, so the baby got stuck in the fallopian tube and did not grow up. And it was a baby she wanted very much, it was the second child, but she really wanted to have a second child. And the doctor just said to her: ‘now you probably won’t have children anymore’.” [IP 1, 27 years]

Reduction to Body Parts

Participants described the feeling of being reduced to the body parts to be treated, without consideration of their own feelings, willingness, personality and history (Bernard et al., 2015).

“[...] she [the doctor] started to do a pap-test, but in a way... I felt very mistreated and did not show any reaction [...] She talked a lot with the intern and little with me, so even when the intern wasn’t there, she spoke less to me and looked more at the computer. [...] And then, when she was doing the pap-test, she told me to undress from the waist down and she didn’t put a towel on top of me, or anything else. [...]. And I had no ability to react, I felt very exposed, because I was there, naked, the intern was a man, and she had no consideration at all.” [IP 10, 49 years]

Paternalization of Patients

Many participants described situations in which health providers assumed an authoritarian position failing in facilitating a shared decision-making process and invalidating their experiences.

“I felt I had an infection of the urinary tract. It was not the first time, and, as women, I think we know when we have a urinary infection, we recognize the symptoms, etc. And I got there and said I have a urinary infection, and the doctor had that reaction that was like ‘I’m going to tell you whether you have one, let’s see’”. [IP 15, 31 years]

Systemic Microaggressions

During the data analysis, we also retrieved microaggressions that reflect discriminatory processes systematically built into organizational structures. Systemic discrimination is perpetrated through established practices and procedures, including both specific formal rules and informal practices embedded in organizational norms, which have become “part of the system” (Beck et al., 2002).

“I had a postpartum complication and had to be hospitalized in the intensive care. And meanwhile the two babies – they were twins – had to go to neonatology because it was

the only place where they could stay. [...] In this context, Sofia* [the partner] experienced some unpleasant situations, for example they referred to her as 'father' [...] The mother was me who had the babies, and there can only be one mother and one father, so she was the father. Or in the sense that initially only the parents can enter... mother and father, into the neonatology ward, so they tried to ban her access because she was neither mother nor father." [IP 7, 38 years; *Name was changed]

A specific example is represented by physical barriers that impede people with functional diversity (e.g., in a wheelchair) to access specific areas.

"The medical offices, in this case within the gynecology services, are all structured for women who have a normal mobility. I can't get on a stretcher in a gynecological consultation in a public hospital or any hospital." [IP 12, 52 years]

Discussion

Microaggressions in the healthcare context are a subtle, but potentially harmful phenomenon by being unconsciously perpetrated by health providers towards patients. The main purpose of this study was to conduct a qualitative analysis in order to identify, analyze and understand microaggressive incidents towards women in the healthcare context by taking into account that women may belong to various minority groups and experience specific microaggression related to their intersectional identities. This study identified five themes based on microaggressive attitudes towards women in general and seven themes reflecting intersectional microaggressive incidents (for ethnic minority women, LGB women or functionally diverse women). Unexpectedly, we also found four microaggressive themes specifically related to providers' attitudes towards patients without being related to other forms of discrimination. Moreover, there was one theme that reflected the disadvantages and inequalities expressed in microaggressions of systemic nature. In the light of these results, there are four key contributions of our study to the literature.

First, most of the themes presented in this study match the already existing literature about sexist, racist, heterosexist, ableist and intersectional microaggressions, which validates the themes identified here, but also shows that the social relations in the healthcare context are subjected to the same discriminatory mechanisms as in other contexts. This is of great relevance because the experience of microaggressions has been linked to impaired mental health and psychological wellbeing (Nadal et al., 2014; Nadal, et al., 2016), and health care professionals may unconsciously add to the targets' cumulative experience of subtle discrimination which is particularly damaging for patients because they find themselves in a context of heightened vulnerability. In this context, the themes *assumption of inferiority* and *traditional gender roles* which can be found in the literature about gender microaggressions, are also conceptually similar to the concept of benevolent sexism proposed by Glick and Fiske. Their conceptualization of hostile sexism fits well with our microaggressive theme *moralization* which refers to the belief that women's sexuality is dangerous to men and to the current social hierarchy (Glick & Fiske, 2001). The theme

moralization, as well as *female objectification*, reflect the themes uncovered in Smith-Oka's (2015) study, yet are somewhat different to what she has found (Smith-Oka, 2015). This may be because the focus on obstetrics in her study narrows the perspective only to the experiences of pregnant women, which can be considered an especially vulnerable group. Interestingly, we found that these same contents were present in microaggressions experienced by non-pregnant women, being still particularly related to sexual and reproductive health. In particular, Smith-Oka (2015) found that providers' attitudes of *moralization* were mainly related to providers' perception of their patients capacity of being good mothers; we found these same attitudes to be related to the breaking of moral norms about female sexuality. She also found the theme of *female objectification* to manifest in the form of *corporal microaggressions*, which translate in physical forms of obstetric violence; in our study, we included in this theme those incidents, non-physically violent, in which women reported to be treated like reproductive machines. Finally, Smith-Oka (2015) found some microaggressions to be related to providers' assumptions regarding patients' unbridled sexuality: we found this theme to be recurrent in ethnic minority women as a form of *exotization*.

Second, this study suggests that there are some microaggressive themes that are characterized by stereotypes specific to the healthcare context, and that are not present in other contexts. The theme *pain endurance*, which has already been identified in studies about Gender Role Expectations of Pain (GREP) according to which women are commonly considered less able to endure pain and more willing to report it (Robinson et al., 2001; Wandner et al., 2012), was never considered in the literature about microaggressions in healthcare before. Similarly, issues of *desexualization* and *insensitivity* towards functionally diverse women have already been flagged before, but never in the framework of microaggressions (Keller & Galgay, 2010; Scullion, 1999).

Third, the focus of this study on intersectionality has allowed us to analyze the experience of women belonging to multiple minoritarian groups. On the one side, participants with intersectional identities were able to identify microaggressions directed to the specific intersections of their identities. In other words, women belonging to an ethnic minority were found to experience certain forms of microaggressions, different from those experienced by LGB women and functionally diverse women, which in turn described microaggressive experiences unique to their groups. Previous research has already pointed to the issue of "gendered racism" (Lewis & Neville, 2015) and ethnic minority women experiences of invisibilization, exclusion and isolation, biased compliments on appearance, and assumption of inferior status (Nadal et al., 2015; Sue, 2010). This has also emerged in the themes of this study (see *second-class citizenship*, *invisibility* and *exotization*). Furthermore, past studies found that LGBTIQI + women experience microaggressions in the healthcare setting in the form of health providers' heteronormative assumptions (Dean et al., 2016). Previous research focusing on patient-centeredness have also emphasized that among clinicians, there is lack of knowledge of LGBTIQI + health needs (Lee & Kanji, 2017; Smith & Turell, 2017). Lesbian mothers can be considered a particularly vulnerable category, being likely to experience forms of heterosexist invalidation and exclusion (Dahl et al., 2013; Gregg, 2018). All of these issues have also been identified in the themes of this study (see *assumptions of abnormality*, *endorsement of heteronormativity*). On the other hand, participants with intersectional identities were also found to experience microaggressions uniquely related to their gender identity as women (themes described under *microaggressions towards women in general* in the results).

These results are relevant because they highlight that some themes transversally characterize the experience of all women, while others are specific to the intersection of particular identities.

Fourth, we found that some of the microaggressions did not rely on sexist, heterosexist, racist or ableist beliefs, but on patients as a disadvantaged group. Power disparities between patients and providers allow us to define patients as a social minority due to differences in status, power, rank and privileges (Tajfel, 1982). By considering microaggressions towards patients in general, we propose that microaggressions may be related not only to social stereotypes, but also to other types of mistreatment related to power disparities. The themes of *attitudes of superficiality* and *lack of sensitivity/empathy* can also be regarded as lacking patient-centeredness (Taylor, 2009) which may jeopardize treatment adherence and trust in the health care provider, and, therefore, ultimately patients' health outcomes. On the other hand, the issue of *reducing to body parts* and *patronizing patients* may be exacerbated by sexist beliefs that objectify and patronize females in particular. Hence, while some themes might also occur with male patients, others imply an exacerbation of subtle discrimination for female patients due to their overlap with sexist themes while yet other themes reflect uniquely female issues (e.g., *moralization*) or issues related to women with intersectional identities (e.g., *exotization*).

A last group of microaggressive themes was related to systemic microaggressions. In this context, an approach focused on the macro level may allow to identify and understand the systems of privilege and power, social hierarchies, symbolic systems and cultural imageries on which microaggressive incidents rely (Embrick et al., 2017). Systemic microaggressions have already been identified in previous studies and linked to deficits in institutional policies as well as in providers' education (Dean et al., 2016). In addition, we regarded systemic microaggressions as those incidents related to organizational norms and practices, formally or informally defined, which systemically discriminate a certain minority group (e.g., the non-recognition of lesbian co-mothers' role, the presence of architectural barriers impeding the access of functionally diverse people, etc.).

The microaggressive themes presented in this study are the result of social stereotypes, discriminatory mechanisms, power disparities and lack of patient-centeredness. This could be tackled by training health care professionals with the use of short vignettes that illustrate the targets' experience. Appendix A shows a selection of critical incident vignettes based on the microaggressive themes retrieved in this research through the Critical Incident Technique. They would make an insightful training tool to render the subtleties of discrimination more visible showing how scientific results can be used for multiple practical purposes, such as in the sensitization of health providers.

Limitations and future research

The present study focused on the experience of women who self-identified as feminists and/or activists. The choice to focus on this population was based on studies showing that individuals actively committed to social causes are usually more sensitive about discrimination, and thus may be more able to identify microaggressions which are defined as subtle forms of discrimination (Capodilupo et al., 2010; Downing & Roush, 1985). However, the focus on this specific population and the use of snowball sampling may have restricted our perspective, overlooking the perception of those who have different backgrounds and levels of sensitivity. Future research

should take into consideration a more diverse sample, including participants that are not activists and possibly using random sampling.

The use of semi-structured interviews is highly useful, but also bears limitations. This type of interviews creates some difficulties in terms of coding and coding comparisons, because it does not allow to select a standard unit of coding. Furthermore, as critical incidents take the shape of remembrances, scholars should pay a special attention to the relationship between human memory and time: many factors may influence the way interviewees will remember the incident, such as its valence (positive and negative incidents require different types of cognitive appraisals, and therefore are diversely stored in memory) and easiness of retrieval since the incident occurred (Edvardsson & Roos, 2001). We suggest further research using the Critical Incident Technique to carefully consider these issues.

The present study confirms the existence of microaggressions towards women in the health-care context but leaves some questions open. Future research should understand the degree to which men with different intersectional identities are exposed to microaggressions in the health-care context. This would primarily allow to understand the role of gender identities in the subjective experience of different microaggressions. For example, Dean and colleagues (2016) report that HIV/AIDS prevention campaigns are often exclusively directed at gay men and almost never involve lesbian women, representing an environmental microaggression for both homosexual men and women. Studies aimed at comparing the different experiences of men and women with intersectional identities should be also conducted in the Portuguese healthcare context. Furthermore, it would be important to identify possible gender differences on the side of the enactors: do male and female health providers enact microaggressions in the same way? Do they have the same training needs? Does the gender matching of health providers and patients mitigate the phenomenon of microaggressions?

Future research should develop a scale to assess the experience of microaggressions in the healthcare context by individuals with intersectional identities. This would provide a more quantifiable insight into social minority's experience and how it relates to other outcome variables, such as treatment adherence and outcomes. In this context, other minoritarian identities (e.g., age, weight, social class, educational level) could also be taken in consideration and potentially confounding variable, such as mental health status, could also be controlled for. Even though it is unlikely that all our participants suffered from mental health issues, other researchers have already pointed out the possibility that those who perceive microaggressions might be suffering from negative affect which makes them more susceptible to perceive ambiguous messages as microaggressive (e.g., Lilienfeld, 2017). More quantitative research is needed to establish cause and effect relations and to control for such confounding variables.

References

- Almond, A. (2017). Measuring racial microaggression in medical practice. *Ethnicity and Health*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1359497>
- Beck, J. H., Reitz, J. G., & Weiner, N. (2002). Addressing systemic racial discrimination in employment: The Health Canada case and implications of legislative change. *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 28(3), 373-394. <https://doi.org/10.2307/3552228>
- Bernard, P., Gervais, S. J., Allen, J., Delmée, A., & Klein, O. (2015). From sex objects to human beings: Masking sexual body parts and humanization as moderators to women's objectification. *Psychology of women quarterly*, 39(4), 432-446. <https://doi.org/10.1177/0361684315580125>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2018). Thematic analysis. In P. Liamputtong, *Handbook of research methods in health social sciences* (p. 1-18). Springer.
- Capodilupo, C., Nadal, K. L., Corman, L., Hamit, S., Lyons, O. B., & Weinberg, A. (2010). The manifestation of gender microaggressions. In D. Sue, *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 193-216). John Wiley and Sons.
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American psychologist*, 64(3), 170-180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: Questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12(1), 5-15.
- Cruz, D., Rodriguez, Y., & Mastropaolo, C. (2019). Perceived microaggressions in health care: A measurement study. *PLoS ONE*, 14(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211620>
- Dahl, B., Fylkesnes, A. M., Sørli, V., & Malterud, K. (2013). Lesbian women's experiences with health-care providers in the birthing context: A meta-ethnography. *Midwifery*, 29(6), 674-681. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.008>
- Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable healthcare spaces: Why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *Journal of bioethical inquiry*, 13(4), 557-570. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9>
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2000). Aversive racism and selection decisions: 1989 and 1999. *Psychological Science*, 11, 315-319. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00262>
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2004). Aversive racism. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 36 (p. 1-52). Elsevier Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(04\)36001-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(04)36001-6)
- Downing, N., & Roush, K. (1985). From passive acceptance to active commitment: A model of feminist identity development for women. *The Counseling Psychologist*, 13(4), 695-709. <https://doi.org/10.1177/0011000085134013>
- Edvardsson, B., & Roos, I. (2001). Critical incident techniques: Towards a framework for analyzing the criticality of critical incidents. *International Journal of Service Industry Management*, 12(3), 251-268. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005520>
- Else-Quest, N. M., & Hyde, J. S. (2016). Intersectionality in Quantitative Psychological Research: I. Theoretical and Epistemological Issues. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 155-170. <https://doi.org/10.1177/0361684316629797>
- Embrick, D. G., Domínguez, S., & Karsak, B. (2017). More than just insults: Rethinking sociology's contribution to scholarship on racial microaggressions. *Sociological Inquiry*, 87(2), 193-206. <https://doi.org/10.1111/soin.12184>

- Feagin, J., & Bennefield, Z. (2014). Systemic racism and US health care. *Social science & medicine*, 103, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.006>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327-358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Franks, P., Fiscella, K., & Meldrum, S. (2005). Racial disparities in the content of primary care office visits. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 599-603. <https://doi.org/10.1007/s11606-005-0106-4>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). Ambivalent sexism. In (Vol. 33, pp. 115-188). Academic Press. In M. Zanna, *Advances in experimental social psychology* (Vol. 33, p. 155-188). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(01\)80005-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(01)80005-8)
- Gregg, I. (2018). The health care experiences of lesbian women becoming mothers. *Nursing for women's health*, 22(1), 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.003>
- Gremler, D. D. (2004). The critical Incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65-89. <https://doi.org/10.1177/1094670504266138>
- Herfst, S. L., Van Oudenhoven, J. P., & Timmerman, M. E. (2008). Intercultural effectiveness training in three Western immigrant countries: A cross-cultural evaluation of critical incidents. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(1), 67-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.10.001>
- Hobson, W. (2001). *Racial discrimination in health care: Interview project*. Public Health Seattle & King Country.
- Katz, I., Wackenhut, J., & Hass, R. G. (1986). *Racial ambivalence, value duality, and behavior*. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (p. 35-59). Academic Press.
- Keller, R. M., & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. In D. W. Sue, *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact*, (pp. 241-268).
- Kurasaki, K. S. (2000). Intercoder reliability for validating conclusions drawn from open-ended interview data. *Field Methods*, 12(3), 179-194. <https://doi.org/10.1177/1525822X0001200301>
- Lee, A., & Kanji, Z. (2017). Queering the health care system: Experiences of the lesbian, gay, bisexual, transgender community. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 51(2), 80-89.
- Lewis, J. A., & Neville, H. A. (2015). Construction and initial validation of the Gendered Racial Microaggressions Scale for Black women. *Journal of counseling psychology*, 62(2), 289-302. <https://doi.org/10.1037/cou0000062>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Microaggressions: Strong claims, inadequate evidence. *Perspectives on psychological science*, 12(1), 138-169. <https://doi.org/10.1177/1745691616659391>
- McConahay, J. B. (1983). Modern racism and modern discrimination: The effects of race, racial attitudes, and context on simulated hiring decisions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(4), 551-558. <https://doi.org/10.1177/0146167283094004>
- Nadal, K., Davidoff, K., Davis, L., Wong, Y., Marshall, D., & McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147-163. <https://doi.org/10.1037/qup0000026>
- Nadal, K., Griffin, K., Wong, Y., Hamit, S., & Rasmus, M. (2014). The impact of racial microaggressions on mental health: Counseling implications for clients of color. *Journal of counseling and development*, 92(1), 57-66. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00130.x>
- Nadal, K., Whitman, C., Davis, L., Erazo, T., & Davidoff, K. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *The journal of sex research*, 53(4-5), 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>

- Oxford University Press. (2019). *Intersectionality*. Retrieved February 12th, 2019, from English Oxford Living Dictionaries: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/intersectionality>
- Pettigrew, T. F. (1989). The nature of modern racism in the United States. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2(3), 291–303.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., Waxenberg, L. B., & Fillingim, R. B. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *The Journal of Pain*, 2(5), 251–257. <https://doi.org/10.1054/jpai.2001.24551>
- Saha, S., Beach, M., & Cooper, L. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31505-4)
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Scullion, P. (1999). Challenging discrimination against disabled patients. *Nursing Standard (through 2013)*, 13(18), 37–40.
- Sears, D. O. (1988). Symbolic racism. In *Eliminating racism* (pp. 53–84). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0818-6_4
- Smith, S. K., & Turell, S. C. (2017). Perceptions of healthcare experiences: Relational and communicative competencies to improve care for LGBT people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 637–657. <https://doi.org/10.1111/josi.12235>
- Smith-Oka, V. (2015). Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Social Science & Medicine*, 143, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.039>
- Snyder, C. R., Wang, P. Z., & Truitt, A. R. (2018). Multiracial patient experiences with racial microaggressions in health care settings. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 5(3), 229–238. <http://dx.doi.org/10.17294/2330-0698.1626>
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life. Race, gender, and sexual orientation*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S., & Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 199–214. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.2.199>
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual review of psychology*, 33(1), 1–39. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.33.020182.000245>
- Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership—the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient education and counseling*, 74(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.017>
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A. M., & Joly, S. (1995). Neosexism: Plus ça change, plus c'est pareil. *Personality and social psychology bulletin*, 21(8), 842–849. <https://doi.org/10.1177/0146167295218007>
- Vissandjée, B., Weinfeld, M., Dupéré, S., & Abdool, S. (2001). Sex, gender, ethnicity, and access to health care services: Research and policy challenges for immigrant women in Canada. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'integration et de la migration internationale*, 2(1), 55–75. <https://doi.org/10.1007/s12134-001-1019-7>
- Wandner, L. D., Scipio, C. D., Hirsh, A. T., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2012). The perception of pain in others: How gender, race, and age influence pain expectations. *The Journal of Pain*, 13(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.10.014>

Annex A

Critical Incidents

1. Exemplary microaggressive incident towards women in general: Pain Endurance

Maria is a 32-years-old Portuguese woman. She lives in a medium-sized Portuguese town with her husband, Luís. She is at the beginning of the last week of her pregnancy, expecting her first child.

After two hours the contractions become more regular and intense and Maria starts to be in great pain. She and Luis call a doctor who tells them to enter a room and starts examining Maria. At the end of the examination, the doctor tells Maria that everything is fine with the baby but that she is not enough dilated yet. She needs to wait more. Noticing the expression of tiredness and discomfort on Maria's face, he continues: "I know it hurts, but you are a mother now. What did you expect? This is only the beginning. This is a mother's life. You will have to endure a lot of pain from now on." Maria feels scared and confused, but she does not know what to answer. She goes back to the corridor and continues to walk. Once in a while, a health provider checks the baby heartbeats. Six hours later, she is finally ready to give birth.

2. Exemplary microaggressive incident towards LGB women: Endorsement of heteronormativity

Diana is a Portuguese 25-years-old woman who is living and studying in a big Portuguese city. She moved there recently from a small Portuguese village with her partner Júlia.

One day, Diana decides to go to a gynecologist for a routine check. On the day of the appointment, Julia accompanies Diana to the clinic. Once arrived, they head to the check-in desk. The attendant nicely asks for Diana's documents and types something on a computer. Then she looks at Julia and asks her if she has an appointment, too. Julia answers that she is only accompanying Diana. When the attendant asks what their parental degree is, Julia replies that she is Diana's girlfriend. The attendant rises an eyebrow, stares at them for some seconds and then coldly answers: "Well, I am sorry, but you will have to stay in the waiting room. We only allow family members to enter." Perplexed, Julia and Diana look at each other, then they silently nod and go to the waiting room.

3. Exemplary microaggressive incident towards ethnic minority women: Exotization

Carol is a 30-years old woman, who immigrated together with her husband from Brazil to Portugal 10 years ago and now lives in a big Portuguese city. When Carol discovers to be pregnant of her first child, she searches for a doctor to do a first examination.

The doctor kindly welcomes her, and after a few general questions about her medical history, invites her to lie down on the stretcher for the echography. Before he starts, he looks at her and says: "You Brazilian people! You are always having kids, aren't you? You are tireless". Carol feels very uncomfortable: this is her first pregnancy and she and her husband waited to have a stable life before deciding to have a child. Lying on the stretcher while the doctor visits her, she feels vulnerable and powerless. She decides to ignore the doctors' comment and to focus on the image on the display of the ultrasound machine.

4. Exemplary microaggressive incident towards functionally diverse women: Insensitivity

Irene is a 45-years-old Portuguese woman living in a medium-sized town with her family. She has been on a wheelchair for five years, because of a car accident that left her paraplegic. Despite the difficulties to adapt to her condition, Irene has been able to attain a regular and happy life. Yet, she has experienced some breathing complications recently and her treating physician refers her to a specialist.

When she enters the doctors' office, a young doctor welcomes her. He seems surprised about her condition. He asks her to describe her symptoms and then to lay down on an examination table. Irene looks at the table and feels confused. It is too high, and it is impossible for her to get on it on her own. She asks the doctor how she is supposed to get on it. For some seconds, the doctor seems confused too, then he takes a footstool and places it next to the examination table. Irene feels angry. She replies: "As I already told you, I am paraplegic. I cannot move my legs. I need help." The doctor seems to understand. He apologizes and calls a technician to lift her. She knows that there is no other way, but she hates to feel moved like an object.

5. Exemplary microaggressive incident towards patients: Paternalization and lack of sensitivity/ empathy

Joana is a 38-years-old Portuguese woman. For a few weeks now, she is having a rash on both her arms and legs. She decides to schedule an appointment with a dermatologist to check the issue.

When Joana enters the dermatologists' office, he invites her to sit and asks what her problem is. While Joana answers the question, he keeps typing on his computer. He seems to be more focused on what he is writing than on what she is saying. Joana lifts a sleeve of her shirt to show him the rash. Without going any closer to her, he looks at her harm and quickly says: "Yes, I see". Joana is feeling confused now. Is he paying attention to her? Did he really understand from a simple, distanced look, what she has? She explains that she has had it for a few weeks now. She tried to use some moisturizing creams, also went to the pharmacy and asked for a pomade, but it did not work. The doctor nods while he is typing on his computer. After some minutes, he prints a prescription and hands it to her. "This is nothing serious. You should pass this pomade twice a day on the rash and take these pills once a day for two weeks. Do you understand?" Joana feels that she wants to ask more details about the instructions he gave her, but she feels very uncomfortable. "Yes, I think I understood. Can you tell me what is it? What do I have?" she asks. The dermatologist's answer sounds very cold: "Nothing to worry about. Just take the medicines and it will pass."

RELAÇÃO ENTRE INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL GROWTH INITIATIVE AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: AN EXPLORATORY STUDY

Aline Barros Brutti¹, Manuel Joaquim Loureiro², Henrique Pereira³, Samuel Monteiro⁴, Rosa Marina Afonso⁵, Graça Esgalhado⁶

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 1
1ST JANUARY JANEIRO - 30TH JUNE JUNHO 2020 • PP. 65-75

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.1>

Submitted on July, 2019

Submetido em julho, 2019

Resumo

O presente estudo teve como principais objetivos investigar a relação entre a iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, qual o tipo de correlação entre as duas variáveis e o efeito preditivo. Foi disseminado um inquérito *online*, constituído por um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – 18) e a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal. A análise dos resultados permitiu constatar, com base no Coeficiente de Pearson (r), que há uma relação entre as variáveis estatisticamente significativa, sendo a correlação e o efeito preditivo negativos.

Palavras-chave: Iniciativa de crescimento pessoal; Sintomatologia depressiva; Saúde mental.

Abstract

The main objective of this article was to investigate the relationship between a personal growth initiative and a depressive symptomatology, the type of change between the variables and the predictive effect. It was an online questionnaire, consisting of a sociodemographic

¹ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. alinebarrosbrutti@gmail.com

² Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Centro de Investigação em Deporto Saúde e Atividade Física (CIDESD). loureiro@ubi.pt

³ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Centro de investigação em Ciências da Saúde (CICS). hpereira@ubi.pt

⁴ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. smonteiro@ubi.pt

⁵ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. rmafonso@ubi.pt

⁶ Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. mgpe@ubi.pt

questionnaire, the Inventory of Psychopathological Variants (BSI – 18) and a Personal Growth Initiative Scale.

An analysis of the results showed that there is no Pearson's Coefficient (r), that there is a statistically significant relationship between variables, with correlation and negative predictive effect

Keywords: Personal growth initiative. Depressive symptomatology. Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

Durante o decorrer da vida, diversas situações exigem que os indivíduos realizem mudanças a fim de lidar melhor com as necessidades de cada momento. Há mudanças que são intencionais e conscientes para alcançar determinados resultados. Esse processo intencional é denominado como Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) (Robitschek, 1998) e é compreendido como um processo ativo e intencional que o indivíduo realiza a fim de atingir o seu crescimento pessoal. As alterações provenientes desse processo podem ocorrer em diferentes domínios da vida do sujeito, como dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais (Robitschek, 2003).

Segundo Robitschek (1998), a capacidade de o sujeito identificar e fazer mudanças pessoais que possibilitem um desenvolvimento positivo, mesmo quando as suas condições de vida mudam, é uma das definições de iniciativa de crescimento pessoal (ICP). Além disso, o crescimento pessoal, na sua essência, é relevante a todos os indivíduos, pois a capacidade de mudar e de se adaptar é uma característica de uma personalidade saudável e uma habilidade necessária noutras esferas da vida, como a construção de uma carreira, relacionamentos íntimos saudáveis e novos desafios ao longo da vida (Robitschek et al., 2012).

Salienta-se que a ICP envolve uma atitude mais ativa e participante em direção ao crescimento pessoal, e pode ou não estar ligada a um evento importante da vida do indivíduo (Bhattacharya & Mehrotra, 2013). A diferenciação desses processos de mudança faz-se necessária, pois a ICP está associada a um aumento dos níveis de bem-estar e desenvolvimento positivo dos indivíduos, enquanto os outros processos não estão diretamente correlacionados (Robitschek, 1999). Em consequência, fez-se necessário o desenvolvimento de uma escala para investigar a ICP que abrangesse as dimensões de todo o processo de forma multidimensional. Então, foi criada por Robitschek et al. (2012) a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II (*Personal Growth Initiative Scale II – PGIS-II*). Salienta-se que, anteriormente, já tinha sido desenvolvido um instrumento similar e até com o mesmo nome, a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal (*Personal Growth Initiative Scale – PGIS*), mas esta não foi desenvolvida a partir da teoria de iniciativa de crescimento pessoal, portanto, não compreendia a complexidade do processo de mudança que exige a ICP (Robitschek et al., 2012).

A escala de ICP compreende os seguintes aspetos: 1) o aspeto intencional dos processos cognitivos e comportamentais que são diretamente ligados com a ICP; 2) a qualidade geral das habilidades de crescimento pessoal (Robitschek et al., 2012).

A escala PGIS-II é composta por 16 itens, distribuídos por 4 fatores, os quais são a prontidão para a mudança; o planeamento; o comportamento intencional; e a utilização de recursos (Freitas et al., 2013; Robitschek et al., 2012). A dimensão cognitiva é avaliada pelos fatores "Prontidão para

a mudança” e “Planeamento”. Esses dois fatores referem-se à habilidade do sujeito em criar ou identificar situações que permitam o seu crescimento pessoal e à habilidade de organizar estratégias que facilitem o desenvolvimento do crescimento pessoal, respetivamente. Quanto à dimensão comportamental, são analisados o “Comportamento intencional” e a “Utilização de recursos”, e referem-se, respetivamente, à avaliação da disposição e motivação do indivíduo para alcançar objetivos estabelecidos e o uso de recursos pessoais e externos para ajudar no processo de mudança (Robitschek et al., 2012).

Na literatura pode-se analisar alguns estudos sobre a ICP e a sua relação com outras variáveis. Um estudo feito por Robitschek (1999) evidenciou que níveis altos de ICP associam-se a níveis superiores de bem-estar, e que o indivíduo apresenta maior propensão a experimentar bem-estar subjetivo quando consegue delimitar e alcançar os objetivos propostos pela ICP.

Noutra investigação os resultados mostram que universitários que apresentam maiores níveis de ICP são consequentemente mais determinados em termos de autoaperfeiçoamento, do que aqueles com baixos valores de ICP. Ainda na mesma investigação foi constatada uma correlação negativa entre o sofrimento psíquico e a ICP. Assim, a ICP reduz o risco de sofrimento psicológico, uma vez que a amostra de adolescentes participantes do estudo que apresenta um nível mais elevado de ICP experimenta um nível mais baixo de stresse e depressão (Ayub & Iqbal, 2012).

Ainda noutra pesquisa realizada com estudantes verificou-se uma relação muito significativa entre a ICP, a autoeficácia emocional e o bem-estar. Estes resultados sugerem que o bem-estar é preditor e está forte e positivamente associado com a ICP (Beri & Jain, 2016).

Valorizando este resultado, merece-nos especial interesse a possível relação entre a ICP e estados emocionais negativos, como é o caso da depressão.

Sabe-se que hoje a depressão é vista como a principal causa de incapacitação e afeta indivíduos em todo o mundo. Além disso, está posicionada como a quarta das 10 principais patologias a nível mundial. Foi estimado a nível mundial, em 2015, que mais de 300 milhões de pessoas sofressem de depressão (World Health Organization [WHO], 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (*American Psychiatric Association [APA], 2014, p.155*) caracteriza a perturbação depressiva como “Presença de humor triste, vazio, ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. Ainda segundo o DSM-V (APA, 2014), a perturbação depressiva major é associada a uma alta taxa de mortalidade, na maior parte dos casos através do suicídio.

De acordo com Rubio (2002), entende-se que as possíveis causas da depressão podem estar associadas a diversos fatores, isolados ou combinados, e assume-se que a sintomatologia pode ocorrer mesmo quando, *a priori*, tudo corre bem na vida do sujeito. A autora aponta algumas causas possíveis, entre as quais o histórico familiar, outras doenças não psiquiátricas (por exemplo: doenças crónicas, SIDA, cancro, alterações hormonais); uso de medicamentos; uso de substâncias alcoólicas ou drogas; e situações de vida com intensa carga de stresse.

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] (2017), em Portugal a taxa de risco para a depressão aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida (como o luto ou rompimento de relações), doenças físicas e problemas causados pelo abuso de álcool e outras substâncias. Entretanto, também é referido que a depressão afeta pessoas de todas as idades e em diferentes extratos sociais.

Foi evidenciado noutro estudo, realizado entre alunos universitários portugueses, uma relação significativa entre a depressão, a má qualidade de sono e o consumo de álcool. Percebe-se que esta população jovem adulta também é suscetível a sintomatologia depressiva e muitas vezes não possui competências suficientes para lidar com os fatores stressores (Galvão et al., 2017). Num estudo realizado numa unidade de saúde familiar no norte de Portugal verificou-se que também há níveis mais elevados de depressão na população idosa. Esse resultado indica que, além do declínio cognitivo normal deste grupo, a depressão também é um elemento que requer atenção (Chyczij et al., 2020).

A depressão afeta de forma prejudicial a qualidade de vida dos sujeitos. Existe uma relação inversa entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, fazendo com que se verifique que um baixo nível de perceção de qualidade de vida seja expressa por altos níveis da sintomatologia depressiva (Ay-Woan et al., 2006).

Como fica evidente nesta introdução, a ICP é um recurso positivo para o indivíduo, enquanto a depressão tem um forte impacto negativo na vida e no funcionamento adaptativo saudável. Desta forma, procuramos com a presente investigação averiguar até que ponto os níveis de ICP e os indicadores de depressão estão correlacionados, observar os scores de ICP e de depressão e, por fim, verificar um possível efeito preditivo entre as duas variáveis.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Na presente investigação participaram 1.895 indivíduos, entretanto, para fins de significância estatística, foram suprimidos alguns participantes menores de 18 anos e maiores do que 62 anos. Assim, a amostra é formada por 1.095 participantes, entre 18 anos a 62 anos, 332 do sexo masculino (30.3%) e 756 do sexo feminino (69.0%) (7 participantes não identificaram o sexo). Sobre a orientação sexual, 89.3% considera-se heterossexual, 6.2% bissexual e 4.3% é homossexual (0.3% não respondeu a esta questão). Conforme as respostas, 45% dos participantes são solteiros, 27.2% estão num compromisso afetivo, 15.3% são casados, 4.4% são divorciados, 7.0% vivem em união de fato e 0.6% são viúvos (0.5% não respondeu a esta questão). Sobre a região geográfica, 45.1% afirmam que moram numa pequena cidade, 21.6% num pequeno meio rural, outros 21.6% moram numa grande cidade e 11.2% em grande meio rural (0.5% não respondeu a esta questão). Em relação ao nível de escolaridade, 40.5% dos participantes responderam que têm licenciatura/bacharelato, 40.3% afirmam que possuem até 12 anos de escolaridade, 12.1% afirmam ter mestrado/doutoramento, 5.1% possuem escolaridade até ao 9.º ano, 1.2% até ao 4.º ano e 0.8% afirmam ter “outra”.

No que diz respeito à situação profissional, 44.9% afirmam ser estudantes, 33.7% “trabalham por contra de outrem”, 7.8% são desempregados, 7.1% são trabalhadores-estudantes, 4.5% são trabalhadores por conta própria e 1% são reformados (0.9% não respondeu a esta questão). Conforme perguntado sobre o estatuto socioeconómico, 58.3% assumem auferir um rendimento médio, 26.9% um rendimento médio-baixo, 7.9% um rendimento baixo, 6.4% um rendimento médio-alto e 0.3% um rendimento alto (0.2% não respondeu a esta questão).

Além disso, sabe-se que 87.6% são de nacionalidade portuguesa enquanto 10.8% são de nacionalidade brasileira e 0.8% responderam outro (0.8% não respondeu a esta questão). Por fim, 89.0% responderam que residem em Portugal, 7.6% residem no Brasil e 3% respondeu outro (0.4% não respondeu a esta questão), conforme podemos observar na Tabela 1.

TABELA 1
Caracterização dos Participantes (N=1095)

			n (%)
Género	Amostra	Feminino	756 (69%)
		Masculino	332 (30.3%)
		Não responderam	6 (0.6%)
Orientação Sexual	Amostra	Heterossexual	978 (89.3%)
		Bissexual	67 (6.2%)
		Homossexual	47 (4.3%)
		Não responderam	3 (0.3%)
Estado Marital	Amostra	Solteiro(a)	493 (45%)
		Compromisso afetivo	298 (27.2%)
		Casado(a)	168 (15.3%)
		União de fato	77 (7%)
		Divorciado(a)	48 (4.4%)
		Viúvo	7 (0.6%)
Escolaridade	Amostra	Até os 4 anos	13 (1.2%)
		Até os 9 anos	56 (5.1%)
		Até os 12 anos	441 (40.3%)
		Licenciatura/Bacharelado	443 (40.5%)
		Mestrado/Doutorado	133 (12.1%)
		Outra	9 (0.8%)
Região Geográfica	Amostra	Uma pequena cidade	494 (45.1%)
		Uma grande cidade	236 (21.6%)
		Um pequeno meio rural	237 (21.6%)
		Um grande meio rural	123 (11.2%)
Situação Profissional	Amostra	Estudantes	492 (44.9%)
		Trabalhador conta outrem	369 (33.7%)
		Desempregado	85 (7.8%)
		Trabalhadores-estudantes	78 (7.1%)
		Trabalhador conta própria	49 (4.5)
		Reformado	11 (1%)
		Outro	7 (0.6%)
Nacionalidade	Amostra	Portuguesa	959 (87.6%)
		Brasileira	118 (10.8%)
		Outra	9 (0.8%)
País que reside	Amostra	Portugal	975 (89%)
		Brasil	83 (7.6%)
		Outro	33 (3%)

2.2 Instrumentos

Os dados da investigação foram recolhidos com recurso a um Questionário Sóciodemográfico, para as variáveis sociodemográficas, O indicador de depressão foi obtido com recurso ao fator depressão do Inventário de Saúde Mental (BSI 18) (Derogatis, 2000; Canavarro et al., 2017). Este inventário tem por objetivo avaliar a psicossintomatologia experienciada pelo indivíduo na última semana, com foco na investigação das dimensões depressão, ansiedade e somatização. Por sua vez a ICP foi avaliada com recurso à Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal (PGIS-II) (Robitschek et al., 2012, Freitas et al., 2016; Loureiro et al., 2020).

A consistência interna do BSI 18 para o domínio da depressão revelou ser forte ($\alpha = .884$). Os valores da consistência interna referentes à Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal revelaram ser fortes ($\alpha = .942$), e para seus quatro domínios resultaram: prontidão para mudança ($\alpha = .854$), planeamento ($\alpha = .902$), utilização de recursos ($\alpha = .792$) e comportamento intencional ($\alpha = .861$).

2.3 Procedimentos

O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior. Posteriormente a esse processo de aprovação, foi disseminado um inquérito online, através de um *link* criado para tal. A aplicação respeitou todos os critérios éticos aplicáveis, nomeadamente a apresentação dos objetivos da pesquisa, o tempo estimado para responder e a garantia de anonimato nas respostas.

Os dados obtidos através desse procedimento foram utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Como critérios para inclusão na recolha de dados foram considerados: ter idade igual ou superior a 18 anos e saber ler e escrever português. Dessa forma, obteve-se a participação de 1.895 respondentes, embora o valor final da amostra tenha contado apenas com 1.095 respondentes, uma vez que foram excluídos aqueles que não preenchiam os critérios expostos.

Os dados obtidos através do inquérito *online* foram introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®, v. 24.0), para a elaboração da base de dados a fim de desenvolver a análise estatística.

Inicialmente, foram realizadas análises estatísticas com o objetivo de explorar os dados demográficos para elaborar um perfil dos participantes. Para isso realizou-se uma análise descritiva e o cálculo das estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão), e valores extremos (valores mínimo e máximo).

Considerando a dimensão do grupo de participantes ($N = 1.095$), foi invocado o Teorema do Limite Central (TLC) para assumir a distribuição normal dos dados, e o uso de testes paramétricos, uma vez que se entende que à medida que o N aumenta, aumenta a aproximação da distribuição dos dados à curva normal, dispensando-se a verificação do tipo de distribuição em amostra com um N igual ou maior do que 30 (Hall et al., 2011).

Posteriormente, verificou-se o indicador de consistência interna *Alfa de Cronbach*, com o objetivo de analisar a confiabilidade dos constructos teóricos. Ainda, com a finalidade de estabelecer a relação entre a sintomatologia depressiva e a ICP utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson que indica a força de associação entre duas variáveis (Hair et al., 2005), permitindo explorar a associação e o seu significado, direção (positiva ou negativa) e o grau de intensidade (variações entre +1 e -1) das variáveis em questão (Martins, 2011).

Por fim, recorreu-se à Regressão Linear Simples com o objetivo de observar o modelo preditivo entre o comportamento da ICP a partir dos valores de sintomatologia depressiva.

3. RESULTADOS

Análise da relação da Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia depressiva

Os resultados apresentados para o *score total* da PGIS-II e a escala de sintomatologia depressiva, expostos na Tabela 2, mostram que o coeficiente de relação é estatisticamente significativo ($p < .001$) e uma correlação negativa ($r = -.272$). Desse modo, o resultado indica que indivíduos com maiores níveis de sintomatologia depressiva tendem a apresentar menores níveis de ICP.

Os resultados entre a sintomatologia depressiva e os quatro fatores da PGIS-II, propostos por Robustchek (2003a) – Prontidão para mudança, planejamento, utilização de recursos e comportamento intencional – também foram similares ao *score total* da ICP, conforme exposto na Tabela 2.

TABELA 2

Análise da Relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e Sintomatologia Depressiva

	BSI depressão	EICP Prontidão	EICP Planejamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI depressão	1					
EICP Prontidão	-.202**	1				
EICP Planejamento	-.279**	.845**	1			
EICP Recursos	-.152**	.581**	.590**	1		
EICP Comportamento	-.264**	.725**	.739**	.598**	1	
EICP Total Score	-.272**	.896**	.903**	.808**	.874**	1

** $p < .01$

Dessa forma, percebe-se que os resultados possuem uma relação estatisticamente significativa, uma vez que o valor da probabilidade é inferior a .01. Consequentemente, conclui-se que há associação entre os níveis de ICP e a sintomatologia depressiva, com uma correlação negativa Baixa. Portanto, entende-se que conforme os níveis de sintomatologia depressiva se elevam há uma diminuição dos níveis de ICP, e vice-versa.

Com a finalidade de analisar de que forma as variáveis se relacionam num modelo preditivo, foi realizada a regressão linear simples. Os resultados obtidos entre a associação entre a sintomatologia depressiva e a ICP demonstraram um coeficiente de regressão com significância estatística ($\beta = -.261$, $p < .001$), sugerindo uma relação negativa moderada. Além disso, o coeficiente de determinação (R^2) foi de .068, o que significa que a ICP tem um efeito preditor em relação à sintomatologia depressiva.

TABELA 3

Análise da Regressão Linear Simples para as Variáveis Iniciativa de Crescimento Pessoal e Sintomatologia Depressiva

	Resumo do modelo		Coeficientesa		
	R^2	R^2 ajustado	B	β	p
Iniciativa de Crescimento Pessoal	.068	.067	-.224	-.261	.000

a. Variável dependente: sintomatologia depressiva

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a análise da relação entre a ICP e a sintomatologia depressiva, bem como verificar um possível efeito preditivo entre as duas variáveis.

Na literatura há estudos que relacionam a ICP com o bem-estar e a saúde mental. No que diz respeito à ICP, sabe-se que é relevante para todos os indivíduos, pois a capacidade de mudança e adaptação é uma forte característica de uma personalidade com funcionamento saudável e uma habilidade necessária nas diversas esferas da vida (Robitschek et al., 2012).

A ICP compreende quatro fatores: prontidão para a mudança, planeamento, utilização de recursos e comportamento intencional. Esses fatores, os quais detêm uma forte correlação entre si, implicam a parte cognitiva e comportamental do sujeito, tornando-se estritamente ativos no seu processo de mudança (Robitschek, 1999).

Adicionalmente, sabe-se que o processo de mudança, o qual objetiva a ICP, também pode estar relacionado aos níveis de bem-estar e desenvolvimento positivo do indivíduo (Robitschek, 1999). Os níveis mais elevados desse construto demonstram bons valores de bem-estar subjetivo e entende-se que o sujeito é capaz de delimitar e alcançar os seus objetivos (Robitschek & Keyes, 2009).

Conforme os resultados encontrados no presente estudo, a ICP apresenta uma correlação negativa com a sintomatologia depressiva. Observa-se que quanto mais elevado for um valor, menor será o outro, e dessa forma, corrobora com o que também foi encontrado na literatura, onde os níveis de depressão e sofrimento psíquico eram menores comparativamente aos altos índices de ICP (Ayub & Iqbal, 2012; Sultan, 2011).

Os resultados deste estudo permitiram verificar que a ICP possui um efeito preditivo negativo da sintomatologia depressiva, explicando 6.7% da sua variância. Entende-se que o baixo valor pode ser expresso devido ao fato da sintomatologia depressiva ser uma perturbação com várias manifestações e diferentes fatores biopsicossociais. Entretanto, a importância desse resultado não deve ser ignorada, uma vez que investigações prévias indicam que os altos níveis de ICP são associados a satisfação pessoal e felicidade e menores níveis de depressão, sofrimento psíquico e percepção de estigma. Supõe-se, ainda, que a ICP seja capaz de reduzir o risco de sofrimento psicológico (Ayub & Iqbal, 2012; Negovan, 2010; Sultan, 2011).

Em 2017, o relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental – 2017”, publicado pela DGS, apontava que 17% da população portuguesa sofria de depressão (DGS, 2017a). Este problema afeta indivíduos das mais diversas idades. Estima-se que 10 a 20% dos adolescentes vivenciam

problemas de saúde mental, essencialmente as perturbações depressivas (WHO, 2018). A literatura enfatiza que a depressão afeta de forma prejudicial a qualidade de vida dos sujeitos. Existe uma relação inversa entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, fazendo com que se verifique que um baixo nível de percepção de qualidade de vida seja expressa por altos níveis da sintomatologia depressiva (Ay-Woan et al., 2006; Rubio, 2002).

A amostra do presente trabalho é normativa, o que pode ter levado a que os resultados das correlações tenham sido expressos por valores baixos. Sugere-se assim que, a fim de uma melhor caracterização da relação estudada, se possa efetuar uma réplica deste estudo com uma amostra clínica, apontando, nesse caso, a possibilidade de correlações mais elevadas. Outro fator que influenciou muito no decorrer da presente pesquisa foi a escassez de materiais referentes à ICP, uma vez que o construto tem um caráter novo no campo das pesquisas em Psicologia.

No entanto, evidencia-se a importância de observar o impacto das duas variáveis e a relevância desse tema para a Psicologia. Tal como já evidenciado, a depressão afeta diretamente o funcionamento saudável dos indivíduos, o que acaba por interferir no seu processo de mudança conforme os pressupostos da ICP e constitui um fator de risco para a saúde mental, remetendo para a promoção da ICP como um recurso preventivo.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5^a ed). American Psychiatric Publishing.
- Ayub, N., & Iqbal, S. (2012). The relationship of personal growth initiative, psychological well-being, and psychological distress among adolescents. *Journal of Teaching and Education*, 1(6), 101–107.
- Ay-Woan, P., Sarah, C., LyInn, C., Tsy-Jang, C., & Ping-Chuan, H., (2006). Quality of life in depressions: predictive models. *Quality of Life Research*, 15, 39-48. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0381-x>
- Beri, N., & Jain, M. (2016). Personal growth initiative among undergraduate students: influence of emotional self-efficacy and general well-being. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, VIII (2), 44-55. <http://dx.doi.org/10.21659/rupkatha.v8n2.05>
- Bhattacharya, A., & Mehrotra, S. (2013). The journey of personal growth: A qualitative exploration of personal growth processes in young adulthood. *Psychological Studies*, 58(4), 456-463. <https://doi.org/10.1007/s12646-013-0222-x>
- Chyczij, F. F., Ramo, C., Santos, A. L., Jesus, L., & Pereira, J. P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress in patients of a family health unit in northern Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, serV(2), e19094. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). Pearson.
- Direção Geral da Saúde. (2017) *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Programa nacional para a saúde mental: 2017. Lisboa, Portugal. Recuperado de http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., Tobo, P. R., Kamei, H. H., & Koller, S. H. (2016). Personal Growth Initiative Scale – II: adaptation and psychometric properties of the brazilian version. *Paidéia*, 28, e2806. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2806>
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe5), 8-12. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0160>
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (2005). *Análise multivariada de dados*. (5.^a ed). Bookman.
- Hall, A., Neves, C., & Pereira, A. (2011) *Grande maratona de estatística no SPP*. Escolar Editora.
- Loureiro, M., Pereira, H., Monteiro, S., & Afonso, R. (2020). *Validity of PGIS-II Scores with Portuguese University Students*. Manuscript in preparation.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilibrios Edições.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M., (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18. *Análise Psicológica*, 35(2), 213-230. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1287>
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 6, 85-104. <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.186>

- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183-198. <https://doi.org/10.1080/07481756.1998.12068941>
- Robitschek, C. (1999). Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.
- Robitschek, C. (2003). Validity of Personal Growth Initiative Scale scores with a Mexican American college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 496-502. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.4.496>
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321-329. <https://doi.org/10.1037/a0027310>
- Robitschek, C., Ashton, M. W., Spering, C. C., Geiger, N., Byers, D., Schotts, G. C., & Thoen, M. A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 274-287. <https://doi.org/10.1037/a0027310>
- Rubio, H. (2002). Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3 (1), 58-85.
- Sultan, S. (2011). Stigmatization: addressing self-esteem and personal growth in patients with psychological and physiological illness. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 31(1), 29-36.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva.
- World Health Organization. (2018). *Adolescents Mental Health*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

AUTHOR INSTRUCTIONS

Elaboration and submission of articles

The preparation and submission of papers for the *Psique* journal abides to international scientific standards, contingent upon the fulfillment of several requirements listed below:

1. Papers submitted for publication must be original. The authors sign a declaration (Appendix 1) where they warrant that:

A) are in fact the authors and are fully responsible for the content of their paper;

B) that their work abides to the international ethical and methodological standards within the field of Psychology proposed by the American Psychological Association – APA) and by the European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research);

C) and that, they have not simultaneously submitted the paper for publication elsewhere.

D) The journal will use all means to guarantee the above criteria, namely, to request proof of documents and through the use of plagiarism software (Urkund). Authors will be informed in case of indicators of plagiarism, and can comment on these indicators before the rejection of the manuscript.

2. Copyright of the publication is vested in *Psique*, while the copyright of texts rests with the individual author(s); in case of later republication elsewhere, reference to the *Psique* publication should be indicated. The journal does not carry out any embargo on the articles. The author(s) may disclose the article in auto archive systems or in institutional repositories.

3. Submitted papers may be sent as an attached file to the Editorial Coordination of the journal *Psique*: João Hipólito (jhipolito@autonoma.pt; psique@autonoma.pt).

4. The first page of the paper must contain the author(s)' identification, institution, city and country, as well as a contact e-mail address of all the authors of the paper.

5. Texts may be presented in Portuguese, Castilian, French or English.

6. Proposed papers will be subjected to blind peer review carried out by at least two specialists (PhD in Psychology) from the journal's Editorial Council, the majority of whom are external referees to Universidade Autónoma de Lisboa.

7. These are the steps involved in the process of manuscript submission and acceptance:

Manuscripts are received by the journal's editor and sent to reviewers, specialists in Psychology. Our is a double-blind peer-review system: both reviewers' and author's anonymity is preserved;

Reviewers will assess manuscripts and express their opinion on their quality and pertinence for the journal's aim and scope and may should suggest specific improvements. In case both reviewers disagree on their assessment, the editor may assess the manuscript and decide about its publication or request the opinion of a third reviewer;

Authors will be informed of the editorial decision, which may be:

a) Accepted (the manuscript is accepted for publication as it is);

b) Conditionally accepted (requires minor revisions), in this case the paper may be accepted by

the editor once the author introduces minor revisions;

c) Invited to re-submit after major revisions (the theme is of interest, yet the manuscript needs major revisions). In this case, authors are advised to rewrite the manuscript in accordance to reviewers' suggestions and re-submit it. Re-submitted manuscripts are sent to reviewers for re-assessment;

d) Rejected (when the manuscript does not meet the criteria for publication).

8. The common indicator for sending the original files is “.doc”.

9. There is a 30 pages limit to the size of papers, excluding the reference list, tables and illustrations.

10. The images, (diagrams, maps, tables and graphs) should be indicated and identified in accordance with the last edition of the Publication Manual of America Psychological Association (APA).

11. The structure of the paper should follow the guidelines set forth in the last edition of the Publication Manual of APA. The title, the summary, and the keywords, should be presented in the original language of the paper and in English. The summary should not exceed 200 words and the keywords should not be more than five.

12. Text quotations and bibliography references shall be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA, for example:

A. Scientific Journal Papers: Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology, 24*, 225-229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

B. Books: Mitchell, T. R., & Larson, J. R., Jr. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3rd ed.). McGraw-Hill.

C. Book Chapters: Bjork, R. A. (1989). Retrieval inhibition as an adaptive mechanism in human memory. In H. L. Roediger III & F. I. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory & consciousness* (pp. 309–330). Erlbaum.

13. Whenever necessary, and without any interference to its inclusion in the “.doc” document, the original files of tables and figures may be sent separately, in JPEG, TIFF or XLS format.

14. Footnotes should be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA.

15. *Psique* publishes five types of papers:

A) Empirical papers that present reports of original research.

B) Literature reviews papers that develop research synthesis, meta-analyses, and critical evaluations of material that has already been published.

C) Theoretical papers in which the author develops advances in theory based on previous published literature.

D) Methodological papers that present new methodological approaches, modifications of existing methods or discussions of quantitative and qualitative data analytic approaches to scientific research.

E) Case studies, reports of case material obtained while working with an individual, a group, a community or an organization.

16. The journal *Psique* has a limit of one paper by the same author in each issue.

17. The editorial board of *Psique*, responsible for the evaluation of the manuscripts to be published, is constituted by, at least, 75% members from academic institutions outside the hosting institution of *Psique*.

18. The publication of *Psique* is semi-annual, from the year of 2018, with publication date from January 1st to June 30th and from July 1st to December 31st.

19. *Psyche* subscribes to the codes of ethics and good editorial practices, namely:

The Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors, from the Committee on Publication Ethics: Committee on Publication Ethics (2011). Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors. Retrieved from http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf

The White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications, Council of Science Editors – Scott-Lichter, D. & Editorial Policy Committee, Council of Science Editors (2012). CSE's White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications. Retrieved from https://www.councilscienceeditors.org/wp-content/uploads/entire_whitepaper.pdf

In case of publication they permit the use of their work under a CC-BY license [<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>], which allows others to copy, distribute and transmit the work as well as to adapt the work and to make commercial use of it.

For more details on the ethical obligations of authors, reviewers and editorial coordination, consult the Publication Ethics and Best- Practice Guidelines tab.

21. The editorial process is totally free of costs for the authors. *Psyche* is a non-profit scientific publication.

APPENDIX 1

Lisbon, xx xx 20xx

Dear authors

The editorial coordination of Psique asks the authors of the manuscript titled “xxx”, to be published in volume xxx, to sign below in agreement to granting Psique the Copyright for the publication of the paper in printed and online forms. The granting of the copyright to Psique is only legitimate if all authors sign this

agreement.

By signing this document, the authors guarantee that the article submitted for publication is original, exclusively of their authorship and that it respected the international ethical and methodological standards in the scientific field of Psychology, namely the ones proposed by the American Psychological Association (APA) and the European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research). Authors are fully responsible for what is written in the articles and ensure that they do not submit the work simultaneously to another journal for publication.

Psyche holds the copyright of the entire publication. However, each author has the copyright of his own text. If authors decide to later republish it elsewhere, they are asked to refer to the publication in Psique. The journal publishes in open access, does not carry out any embargo on the articles and authors can share the article in auto file systems or in institutional repositories.

Below are the full names of the authors for signature:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

João Hipólito
Editor in Chief of Psique

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Elaboração e submissão de artigos

A elaboração e submissão de artigos para a revista *Psique* subordina-se aos padrões científicos internacionais, de acordo com as seguintes condições:

1. Os artigos submetidos para publicação têm de ser originais e inéditos. Os autores assinam uma declaração (Anexo 1) onde garantem:

A) Que realizaram o trabalho que apresentam e que são integralmente responsáveis pelo que está escrito nos artigos;

B) Que respeitaram os padrões éticos e metodológicos internacionais vigentes na área científica da Psicologia, propostos pela *American Psychological Association (APA)* e pela *European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research)*;

C) E que não submeteram o trabalho simultaneamente a outra revista para publicação;

D) A revista usará de todos os meios para garantir os anteriores critérios, designadamente, podendo pedir prova de documentos e através do uso de um software de plágio (Urkund). Os autores serão informados no caso de existirem indicadores de plágio, podendo pronunciar-se sobre esses indicadores antes da rejeição do artigo.

2. A *Psique* detém os direitos de autor sobre a publicação, no entanto, cada autor tem o copyright do seu próprio texto; no caso de o republicar mais tarde noutra local, pede-se a referência à publicação na *Psique*. A revista não procede a qualquer embargo dos artigos. O(s) autor(s) pode divulgar o artigo em sistemas de auto arquivo ou em repositórios institucionais.

3. Os artigos enviados para submissão devem ser remetidos em suporte eletrónico à Coordenação Editorial: João Hipólito (jhipolito@autonoma.pt;psique@autonoma.pt).

4. Na primeira página do artigo deve constar a nome completo do(s) autor(es), sem siglas, a respetiva filiação, local e país, bem como o(s) e-mail(s) de contacto de todos os autores do artigo.

5. Os textos podem ser apresentados em português, castelhano, francês e inglês.

6. Os artigos propostos são submetidos a um processo de arbitragem científica, de revisão cega por pares (*blind peer review*) feita por, pelo menos, dois especialistas (Doutorados em Psicologia) que fazem parte do Conselho Editorial da revista, e cuja maioria é externa à Universidade Autónoma de Lisboa.

7. O processo de submissão e avaliação dos manuscritos submetidos seguirá os seguintes passos:

Os artigos são recebidos pelo Editor da revista e enviados para dois revisores. Os artigos serão enviados sem o nome dos autores para os revisores. Todo o processo de avaliação dos artigos é feito sob o anonimato dos autores para garantir uma “revisão cega por pares”. No processo de avaliação, os revisores também serão mantidos anónimos para os autores;

Os revisores avaliarão os artigos e expressarão a sua opinião sobre a qualidade do artigo, sobre a pertinência da sua publicação na revista e poderão indicar sugestões de melhoria tão específicas quanto possível para a reformulação do artigo. No caso das opiniões dos revisores serem discordantes, o Editor poderá decidir sobre a publicação, após a sua própria análise ao artigo, ou pode pedir um outro parecer a um terceiro revisor;

Os autores serão informados da decisão editorial, num período médio de três meses, que pode consistir em:

- A) Aceite (o manuscrito foi aceite para publicação na sua forma atual);
- B) Aceite condicionalmente, mediante pequenas reformulações, neste caso, após as alterações introduzidas, o artigo reformulado pode ser aceite pelo editor;
- C) Convidado a re-submeter após reformulações substanciais (o tema interessa à revista, porém, o artigo necessita de uma reformulação profunda). Nestes casos, os autores são convidados a reformular o artigo de acordo com as sugestões dos revisores e a re-submeter à revista. Após a reformulação dos artigos, estes serão enviados novamente aos revisores para uma segunda avaliação;
- D) Rejeitado (quando foi considerado que o manuscrito não cumpriu os critérios para publicação na revista).

8. A linguagem de base para o envio dos ficheiros originais é “.doc”.

9. A dimensão dos artigos tem um limite de 30 páginas, excluindo a lista de referências bibliográficas, tabelas e figuras.

10. As imagens (esquemas, mapas, tabelas e gráficos) deverão ser referidos e identificados em obediência à última edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA).

11. A estrutura dos artigos deve obedecer às regras da última edição do Manual de Publicações da APA. O título e o resumo devem ser escritos na língua original do artigo e em inglês, bem como as palavras-chave do artigo. O resumo tem uma dimensão limite até 200 palavras e seguem-se-lhe as palavras-chave, no máximo de cinco.

12. As citações e referências bibliográficas são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA, por exemplo:

- A) Artigos de Revista Científica: Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology, 24*, 225-229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>
- B) Livros de Autor: Mitchell, T. R., & Larson, J. R., Jr. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3rd ed.). McGraw-Hill;
- C) Capítulos de Livros: Bjork, R. A. (1989). Retrieval inhibition as an adaptive mechanism in human memory. In H. L. Roediger III & F. I. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory & consciousness* (pp. 309-330). Erlbaum.

13. Sempre que se justifique, sem prejuízo da sua inclusão no documento em “.doc”, os ficheiros originais dos quadros e figuras podem ser enviados em separado, em formato JPEG, TIFF ou XLS.

14. As notas de rodapé são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA.

15. A Psique publica cinco tipos de artigos:

- A) Artigos empíricos que apresentam relatórios de investigações científicas originais.
- B) Artigos de revisão de literatura que desenvolvem análises críticas de material anteriormente publicado.
- C) Artigos teóricos em que o autor desenvolve avanços sobre teorias inovadoras ou anteriormente publicadas.
- D) Artigos metodológicos que apresentam novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre as abordagens quantitativas ou qualitativas na investigação científica.

E) Estudos de caso que reportam material de casos obtidos ao longo do trabalho com indivíduos, grupos, uma comunidade ou uma organização.

16. A revista *Psique* tem um limite máximo de publicação de um artigo de um mesmo autor em cada volume.

17. O conselho editorial da *Psique*, responsável pela avaliação dos artigos publicados, é constituído em, pelo menos, 75% por membros de instituições académicas externas à instituição de acolhimento da *Psique*.

18. A publicação é semestral, com data de publicação de 1 de janeiro a 31 de junho e de 1 de julho a 31 de dezembro.

19. A *Psique* subescreve os códigos de ética e boas práticas editoriais, designadamente:

O Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors, do Committee on Publication Ethics – Committee on Publication Ethics (2011). Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors. Retrieved from http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf

O White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications, da Council of Science Editors – Scott-Lichter, D. & Editorial Policy Committee, Council of Science Editors (2012). CSE's White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications. Retrieved from https://www.councilscienceeditors.org/wp-content/uploads/entire_whitepaper.pdf

Para mais detalhes sobre obrigações éticas dos autores, revisores e coordenação editorial, consultar o separador *Ética Editorial e Boas Práticas*.

20. Em nenhuma etapa do processo editorial se estabelecem custos para os autores. A *Psique* é uma publicação científica sem fins lucrativos.

21. Em caso de publicação, os autores permitem o uso do seu trabalho através da utilização da licença creative commons, CC-BY [<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>], que permite a cópia, distribuição e transmissão do conteúdo, assim como a sua adaptação para uso comercial.

APÊNDICE 1

Lisboa, x de x de 20xx

A Revista Psique solicita que os autores do manuscrito intitulado “xxx”, a ser publicado no volume xxx, concedam os direitos autorais do manuscrito para publicação na forma impressa e eletrónica. Informamos que a concessão dos direitos autorais só será legítima, se todos os autores assinarem a presente carta.

Ao assinar o presente documento os autores garantem que o artigo submetido para publicação é original, é exclusivamente da sua autoria e que respeitou os padrões éticos e metodológicos internacionais vigentes na área científica da Psicologia, propostos pela American Psychological Association (APA) e pela European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research). Os autores são integralmente responsáveis pelo que está escrito nos artigos e garantem que não submeteram o trabalho simultaneamente a outra revista para publicação.

A Psique detém os direitos de autor sobre o conjunto da publicação, no entanto, cada autor tem os direitos de autor do copyright do seu próprio texto. No caso de o republicar mais tarde, noutra local, pede-se a referência à publicação na Psique. A revista publica em acesso aberto, não procede a qualquer embargo dos artigos e os autores podem divulgar o artigo em sistemas de auto arquivo ou em repositórios institucionais.

Seguem abaixo os nomes completos dos autores por extenso para assinatura:

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

João Hipólito
Editor Diretor Psique

REVIEWERS INSTRUCTIONS

Article Review

The articles submitted to be published in *Psique* will be evaluated by two experts in the scientific domain of the paper, Ph.D in Psychology.

These are the steps involved in the process of manuscript submission and acceptance/rejection:

1. Manuscripts are received by the journal's editor in chief and after a preliminary analysis will be sent to two reviewers, in a double-blind peer-review system. Both reviewers' and author's anonymity is preserved;
2. Reviewers will assess the manuscripts and express their opinion on the quality and pertinence for the journal's aims and scope and should suggest specific reformulations to improve the quality of the manuscript.
3. In case both reviewers disagree on their assessment, the editor in chief may assess the manuscript and decide about its publication or request the opinion of a third reviewer.

Each reviewer should carefully read the manuscript and issue a justified and reasoned report on the appropriateness of manuscript for publication in *Psique*. The dimensions to consider in the evaluation process are the following:

1. Relevance and up to date of the theme of the manuscript for the scientific field of Psychology;
2. Coverage, adequacy and up to date of the analyzed scientific literature;
3. Appropriateness of the methodological procedures in relation to the objectives of the study;
4. Clarity of writing and correction of the article structure, according to the APA structure criteria;
5. Validity of the results obtained in relation to the objectives and the methodological procedures developed;
6. Scope, articulation and in depth of the discussion of the results obtained;
7. Formal correction of bibliographical references, formulas and tables; according to the APA formal criteria.

For guidelines on the ethical criteria in the editorial process please read the Publication Ethics and Best-Practice Guidelines.

Authors will be informed of the editorial decision, usually during the period of three months, which may be:

- a) Accepted (the manuscript is accepted for publication as it is);
- b) Conditionally accepted (requires minor reformulations), in this case the paper may be accepted by the editor once the author introduces the minor reformulations;
- c) Invited to re-submit after major revisions (the theme is of interest, yet the manuscript needs major revisions). In this case, authors are advised to rewrite the manuscript in accordance to reviewers' suggestions and re-submit it. Re-submitted manuscripts are sent to reviewers for re-assessment;
- d) Rejected (when the manuscript does not meet the criteria for publication).

On the link below you will find the evaluation format for the evaluation of manuscripts submitted to *Psique* [Manuscript Evaluation Sheet](#).

INSTRUÇÕES AOS REVISORES

Revisão de artigos

Os artigos submetidos para serem publicados em *Psique* serão avaliados por dois especialistas no domínio científico do estudo, doutorados em Psicologia.

As etapas envolvidas no processo de submissão e aceitação / rejeição dos manuscritos são as seguintes:

1. Os manuscritos são recebidos pelo editor da revista e, após uma análise preliminar, serão enviados para o parecer de dois revisores, sob um sistema de revisão de pares anônimo duplo. É preservado o anonimato tanto dos autores, como dos revisores.
2. Os revisores avaliarão os manuscritos e emitirão o seu parecer sobre a qualidade e pertinência dos manuscritos, face aos objetivos e âmbito da revista e devem sugerir reformulações específicas para melhorar a qualidade dos manuscritos.
3. Caso os dois revisores não estejam de acordo sobre a avaliação de um manuscrito, o editor pode avaliar o manuscrito e decidir sobre sua publicação ou solicitar a opinião de um terceiro revisor.

Cada revisor deve ler cuidadosamente o manuscrito e emitir um relatório justificado e fundamentado sobre a adequação do manuscrito para publicação na *Psique*. As dimensões a considerar no processo de avaliação são as seguintes:

1. Pertinência e atualidade do tema para o campo científico da Psicologia;
2. Cobertura, adequação e atualidade da literatura científica analisada;
3. Adequação dos procedimentos metodológicos face aos objetivos do estudo;
4. Clareza da escrita e correção da estrutura do artigo, de acordo com os critérios APA;
5. Validade dos resultados obtidos face aos objetivos e aos procedimentos metodológicos desenvolvidos;
6. Abrangência, articulação e profundidade na discussão dos resultados obtidos;
7. Correção formal das referências bibliográficas, fórmulas e tabelas, de acordo com os critérios formais APA.

Para instruções sobre os critérios éticos no processo editorial, por favor, leia o separador *Ética Editorial e Boas Práticas de Publicação*.

Os autores serão informados da decisão editorial, geralmente durante o período de três meses, que pode ser:

- a) Aceite (o manuscrito foi aceite para publicação na sua forma atual);
- b) Aceite condicionalmente, mediante pequenas reformulações. Neste caso, após as alterações introduzidas, o artigo reformulado pode ser aceite pelo editor;
- c) Convidado a re-submeter após reformulações substanciais (o tema interessa à revista, porém, o artigo necessita de uma reformulação profunda). Nestes casos, os autores são convidados a reformular o artigo de acordo com as sugestões dos revisores e a re-submeter à revista. Após a reformulação dos artigos, estes serão enviados novamente aos revisores para uma segunda avaliação;
- d) Rejeitado (quando foi considerado que o manuscrito não cumpriu os critérios para publicação na revista).

Em seguida para download, encontra a ficha de avaliação de manuscritos para publicação na *Psique*
Ficha de Avaliação de Manuscritos

