

BURNOUT EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

Sandra Cristina da Silva Meireles

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo

Orientação Científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Doutora Paula Cristina Fernandes Pimentel

Bragança, Maio 2016

BURNOUT EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

Sandra Cristina da Silva Meireles

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo

Orientação Científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Doutora Paula Cristina Fernandes Pimentel

Bragança, Maio 2016

Resumo

O Síndrome de *Burnout* é, na atualidade, uma das consequências mais marcantes do stress profissional, pelo que se revela importante a investigação acerca da mesma, sobretudo nos denominados grupos de risco, como é o caso dos cuidadores formais de idosos institucionalizados.

Com o objetivo de estudar os níveis de *Burnout* nos colaboradores de uma estrutura residencial, desenhou-se um estudo descritivo, analítico de caráter transversal, com recurso à metodologia quantitativa, tendo-se estudado uma amostra de 37 colaboradores.

Para tal, aplicou-se um questionário construído para o efeito e que incluía a escala de avaliação MBI-HSS (Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey), que revela os níveis de *Burnout* através de três dimensões: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal.

Os resultados obtidos na escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI), na amostra em estudo, indicam que, grande parte dos cuidadores foram classificados como possuindo níveis baixos de *Burnout* nas três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização; e Realização Pessoal. Apesar disso, verificou-se que 16,2% dos participantes evidenciaram níveis moderados de Exaustão Emocional e 10,8% níveis altos na mesma dimensão; 16,2% apresentaram nível moderado de Despersonalização; 21,6% evidenciaram níveis moderados e 10,8% níveis altos de Realização Pessoal.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*, cuidadores formais.

Abstract

Burnout syndrome is currently one of the most outstanding consequences of the professional stress, and so, it's relevant to further investigate its cause, mainly on the so called risk groups like Formal Caregivers of institutionalized elderly.

The overall objective is to study the levels of *Burnout* within the Formal Caregivers of a nursing home.

Regarding methodology, this is a quantitative, descriptive analytical and cross-sectional study, with a sample of 37 collaborators.

The data collection instrument used was the scale of MBI-HSS (Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey), that shows the levels of *Burnout* through its three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

The results obtained in this scale of Maslach *Burnout* Inventory (MBI), for the studied sample, show that most of the formal caregivers were classified as having low levels of *Burnout* in its three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Nevertheless, it was verified that 16,2% of the sample have showed moderate levels of emotional exhaustion and 10,8% high levels at the same dimension; 16,2% have showed moderate levels of depersonalization; 21,6% have showed moderate levels and 10,8% high levels of personal accomplishment.

Keywords: *Burnout* syndrome; Formal Caregivers.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CC – Centro de convívio

CD – Centro de Dia

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESSa – Escola Superior de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

MBI – Maslach Burnout Inventory

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Dedicatória

Aos meus pais,

Ao meu amigo João Kol...

Agradecimentos

É com muita satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível.

Gostaria antes de mais de agradecer a Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata e a Doutora Paula Cristina Fernandes Pimentel orientadoras deste trabalho pelo apoio e disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Gostaria ainda de agradecer:

- Em especial aos meus pais Manuel Meireles e Maria Ermelinda Meireles pelo apoio incondicional, amizade, carinho e paciência demonstrada ao longo desta fase.
- A minha irmã Joana Meireles pelas suas palavras de incentivo e apoio, carinho e compreensão.
- À minha tia Ana Maria in memória que foi cuidadora e que me proporcionou saber a importância do ato de cuidar.
- Ao meu amigo João Kol pelo companheirismo, amizade incondicional, ajuda e motivação na realização deste trabalho.
- A minha amiga e colega Flávia Rebelo pelo apoio incondicional, companheirismo, ajuda e motivação ao longo deste trabalho.
- A minha amiga e colega Emília Fernandes pelo apoio incondicional, companheirismo e compreensão.
- Aos meus amigos e colegas, Amélia Pimenta, Andreia Emídio, Daniela Moreira, Soraia Silva, Raquel Pimenta, pela paciência manifestada e pelo incentivo.
- Agradeço à Direção da Instituição Fundação Betânia que me permitiu a recolha de dados, oferecendo-me todas as condições necessárias para levar este trabalho de projeto avante, e a todos os colaboradores pela sua disponibilização e participação.
- Aos funcionários da biblioteca da Escola Superior de Saúde.

A todos um muito obrigado!

Índice

Introdução.....	1
PARTE I -ENQUADRAMENTO TÉORICO.....	3
Capítulo I- Respostas sociais	4
1.1-A Institucionalização	7
1.2- Cuidadores Formais	8
Capitulo II - O Stress	10
Capitulo III - O Síndrome de <i>Burnout</i>	13
3.1 – Modelos de <i>Burnout</i>	16
3.2 – Fatores Desencadeadores de <i>Burnout</i>	23
3.3 – Sinais e Sintomas de <i>Burnout</i>	28
3.4 – <i>Coping</i>	31
3.5 – Estratégias de <i>Coping</i>	35
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	38
4 – Metodologia	39
4.1 – Contextualização e Objetivos do Estudo.....	39
4.1.1 – <i>Local do Estudo</i>	40
4.1.2 – <i>Objetivos do Estudo</i>	41
4.2 – Participantes	41
4.2.1 – <i>Seleção da Amostra</i>	41
4.2.2 – <i>Amostra - colaboradores</i>	42

4.3 – Procedimentos	45
4.3.1 – Desenho de Estudo	45
4.3.2 – Procedimentos Éticos e Deontológicos	46
4.3.3 – Procedimentos de Recolha de Dados	47
4.4 – Instrumento de Recolha de Dados	47
4.5 – Metodologia de Tratamento de Dados	53
4.5.1 – Operacionalização das Variáveis	53
5 – Apresentação e Análise dos Resultados	57
6 – Discussão dos Resultados	77
Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo	82
Referências Bibliográficas	85
Anexos	91
Anexo I – Autorização para efectuar o estudo na Fundação Betânia de Bragança	92
Anexo II – Consentimento Informado	94
Anexo III – Questionário Sociodemográfico	96
Anexo IV – Escala MBI Maslach <i>Burnout</i> Inventory (Maslach e Jackson, 1986) ..	98
Anexo V – Distribuição da amostra de acordo com a doença e medicação	102
Anexo VI – Proposta de Projeto de Intervenção	104

Índice de quadros

Quadro 1. Dimensões do MBI: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal.....	50
Quadro 2. Scores consoante as 3 Dimensões da Escala MBI.....	51
Quadro 3. Dimensões do MBI, Mínimo, Máximo.....	52
Quadro 4. Coeficiente de fiabilidade das subescalas do MBI-HSS	52

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra atendendo às variáveis sociodemográficas, profissionais e absentismo.....	44
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a presença de doença e toma de medicação	45
Tabela 3. Valores teóricos e valores observados em cada dimensão da escala MBI	57
Tabela 4. Resultados MBI e suas dimensões	59
Tabela 5. Distribuição por categoria em cada dimensão do MBI na amostra.....	60
Tabela 6. Distribuição da amostra segundo o sexo e dimensões do <i>Burnout</i>	61
Tabela 7. Distribuição da amostra segundo o estado civil e dimensões do <i>Burnout</i>	62
Tabela 8. Distribuição da amostra segundo a faixa etária e dimensões do <i>Burnout</i>	63
Tabela 9. Distribuição da amostra segundo o local de residência e dimensões do <i>Burnout</i>	63
Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a parentalidade e dimensões do <i>Burnout</i>	64
Tabela 11. Distribuição da amostra segundo horário praticado por turnos e dimensões do <i>Burnout</i>	64
Tabela 12. Distribuição da amostra segundo a situação contratual e dimensões do <i>Burnout</i>	65
Tabela 13. Distribuição da amostra segundo o desejo de sair da instituição e dimensões do <i>Burnout</i>	66
Tabela 14. Distribuição da amostra segundo a vontade de mudar de profissão e dimensões do <i>Burnout</i>	67
Tabela 15. Distribuição da amostra segundo presença de patologia e dimensões do <i>Burnout</i>	67
Tabela 16: Diferenças entre sexo por subescalas	68

Tabela 17: Diferenças entre estado civil por subescalas	69
Tabela 18: Diferenças entre faixa etária por subescala	70
Tabela 19: Diferenças entre habilitações literárias por subescala	71
Tabela 20: Diferenças entre local de residência por subescalas	72
Tabela 21: Diferenças de filhos por subescala	72
Tabela 22: Diferenças de turnos por subescala.....	73
Tabela 23: Diferenças de situação contratual por subescala	74
Tabela 24: Diferenças de profissão por subescala	75
Tabela 25: Diferenças por sofrer de doença por subescala	76
Tabela 26: Distribuição da amostra segundo a presença de patologia e dimensões do <i>Burnout</i>.....	103

Introdução

O envelhecimento populacional, enquanto fenómeno social do século XXI, exige aos Estados, às Entidades Sociais e à Sociedade Civil um esforço conjunto no sentido de providenciar mecanismos básicos de assistência, em consequência dos desafios sociais, económicos e políticos que se impõem (Jacob, 2012).

As redes sociais de apoio ao idoso assumem especial relevância, contribuindo para a prevenção da doença e promoção da saúde dos indivíduos, uma vez que se estabelecem relações humanas estruturadas na partilha dos recursos existentes. (Gottlieb, 1981, citado por Paúl, 1997).

Os cuidadores, e concretamente os cuidadores formais, assumem, neste âmbito, um papel de destaque, na medida em que as alterações na estrutura familiar determinam que, muitas vezes, a tarefa do cuidado aos idosos seja relegada às Instituições de apoio a este grupo etário da população.

A transferência de competências da família para as Instituições exige uma aposta, cada vez maior, em profissionais qualificados e capacitados, que auxiliem na manutenção da qualidade de vida e bem-estar do idoso (Pereira & Marques, 2014).

São estes profissionais que mais facilmente estão expostos a exigências profissionais, pessoais e emocionais que, não raras vezes, se traduzem em situações de tensão emocional e stress laboral.

Este stress, muitas vezes contínuo, no âmbito profissional, ao qual Freudenberguer (1980, citado por Queirós, p. 27, 2005) denominou de Síndrome de *Burnout*, traduz-se num “estado de fadiga ou frustração causado por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada”.

Quando se manifesta, geram-se alterações emocionais que se consubstanciam em sentimentos de vazio, fracasso e incapacidade do indivíduo no desempenho das suas funções. Este estado emocional de exaustão, é, descrito por Chacon (1997, citado por Campos, 2005) como sendo mais comum nos profissionais que se relacionam

diretamente com pessoas no âmbito das profissões de assistência, dada a natureza das funções que desempenham.

Entendemos, em consequência, que o presente estudo poderia, de algum modo, contribuir para o conhecimento da realidade vivenciada o nível de *Burnout*, propondo posteriormente por um grupo de cuidadores formais inseridos numa Estrutura Residencial para Idosos, propondo, posteriormente estratégias de prevenção e combate a esta situação que, em última análise pode intervir na saúde e bem-estar dos cuidadores e, concomitantemente, na sua qualidade de vida.

Desta feita, recorrendo à metodologia quantitativa, foi desenhado um estudo de cariz descritivo, analítico e transversal. Para tal, foi utilizado, um questionário como método de recolha de informação, composto por duas partes essenciais. A primeira visou obter informação sociodemográfica dos cuidadores formais, enquanto a segunda era composta pela escala de MBI – Maslach *Burnout* Inventory, de 1986.

O presente estudo está desenvolvido em duas partes essenciais, onde, a primeira compreende o enquadramento teórico enquanto fundamentação científica da investigação, e nela são abordados aspetos como: Respostas Sociais para idosos; o Stress, e Síndrome de *Burnout*.

Da segunda parte do estudo consta a investigação empírica e nela se descreve todo o percurso metodológico percorrido para concretizar os objetivos previamente definidos.

PARTE I -ENQUADRAMENTO TÉORICO

Capítulo I- Respostas sociais

O envelhecimento populacional constitui, além de um dos maiores êxitos da humanidade, um enorme desafio quanto às suas consequências sociais, económicas e políticas (Jacob, 2012).

Urge, conseqüentemente, encontrar respostas sociais, que criem e organizem condições para acolher um número significativo de idosos.

É reconhecida, de acordo com Gottlieb (1981, citado por Paúl, 1997) portanto, a relevância do papel desempenhado pelas redes de apoio social junto dos idosos, contribuindo ainda para a prevenção da doença e promoção da saúde dos indivíduos, na medida em que se estabelecem relações humanas que se estruturam através de sistemas de apoio e recursos partilhados.

Procede-se, neste âmbito, e de acordo com a classificação referida no Relatório da Carta Social 2014 (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social), à distinção jurídica das entidades proprietárias de equipamentos sociais, entre: (1) entidades lucrativas; (2) e entidades não lucrativas. As primeiras são integradas pelas entidades particulares com fins lucrativos. Nas segundas, por seu turno, integram-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos, Entidades Oficiais, Serviços Sociais de Empresas e, ainda, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Ministério da Solidariedade, 2014).

Assistiu-se, na última década, a um crescimento significativo das entidades proprietárias de equipamentos sociais, quer sejam entidades lucrativas, quer entidades não lucrativas. As entidades lucrativas registam, contudo, um crescimento contínuo desde 2000 reflexo do crescimento do setor privado no contexto ação social.

Quanto às entidades lucrativas registam, contudo um crescimento moderado desde 2005, constituindo o principal suporte de desenvolvimento das Redes de Serviço e Equipamentos Sociais (RSES) (Ministério da Solidariedade, 2014).

Em 2014, tendo por referência o dia 31 de Dezembro, registaram-se, no continente, cerca de 5500 entidades proprietárias de equipamentos sociais, representando a entidades não lucrativas 70% (Ministério da Solidariedade, 2014).

A distribuição espacial de respostas sociais no território continental retrata a distribuição populacional, pelo que os distritos com maior densidade populacional, e com maiores respostas sociais, são os da faixa litoral norte e da área metropolitana de Lisboa. A população idosa, as crianças e os jovens são os grupos alvo com maior número de disseminação existentes no território continental (Ministério da Solidariedade, 2014).

Segundo o Relatório da Carta Social existem duas modalidades de cuidar: o cuidado informal, que é prestado por determinada pessoa, com base na solidariedade, ou sentimento pessoal, como amizade, ou outras; ou, ainda, um vínculo de parentesco, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras; o cuidado formal, consiste numa prestação de cuidados baseada numa relação contratual, ou seja, numa relação utente/cliente, que se caracteriza pelo profissionalismo e prestação de cuidados específicos, em troca de uma recompensa pecuniária (Ministério da Solidariedade, 2009).

As respostas sociais de apoio formal centram-se na proteção social e disponibilizam uma diversidade de serviços de apoio, com intuito de manter e promover a saúde e qualidade de vida da pessoa dependente, fomentando, assim, a sua integração social (Paúl, 1997; Jacob, 2013).

Existem, em Portugal, inúmeras respostas sociais de carácter formal, nomeadamente:

1 – Centro de Convívio (CC) - resposta social que se materializa através de centros locais, cujo objetivo é apoiar o desenvolvimento de diversas atividades sócio-recreativas e culturais que se destinam aos idosos de determinada comunidade (Grácio, 1999).

2 – Famílias de Idosos - resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas que não possam permanecer no seu meio natural (Chichorro, Marques & Ferreira, 2006);

3 – Centro de Dia (CD) - resposta social que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Chichorro, Marques & Ferreira, 2006);

4 – Centro de Noite - resposta social que tem por finalidade o acolhimento noturno de pessoas idosas que vivenciam situações de solidão, isolamento ou insegurança (Chichorro, Marques & Ferreira, 2006);

5 – Serviços de Apoio Domiciliário (S.A.D) - resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a pessoas que não conseguem suprir a satisfação das necessidades básicas (Chichorro, Marques & Ferreira, 2006);

6 – Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos - resposta social que se desenvolve em equipamento cuja estrutura está, normalmente, pré-estabelecida e que consiste no acolhimento temporário de idosos em situações de emergência social, procurando, posteriormente o seu encaminhamento para a família ou para outra resposta social permanente que se mostre mais adequada. (MTSS, 2006)

7 – Estrutura Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) - estabelecimentos que desenvolvem atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando, o convívio e a ocupação e a ocupação dos tempos livres dos sêniores (Ministério da Solidariedade, 2014);

A valência ERPI em 2014 detinha a resposta com maior taxa de utilização, constando acima de 90%. Em 2014, a ERPI apresentava uma taxa de utilização de 91,5%, constituindo a resposta de maior procura no conjunto das respostas para idosos, seguindo-se o CC (80,9%), o SAD (73,9%) e o CD (66%). É de salientar, relativamente ao SAD, que o aumento do ritmo da oferta não é acompanhado pela procura, o que poderá explicar a diminuição na utilização desta resposta (Ministério da Solidariedade, 2014).

No que foi exposto, constata-se que existe, em Portugal uma ampla rede de equipamentos disponíveis no apoio aos idosos, que colmatam as diversas necessidades e originam, não raras vezes, processos de institucionalização.

1.1-A Institucionalização

O processo de institucionalização descreve-se, essencialmente, pela saída dos idosos das suas casas, podendo ser de longa ou curta duração, e compreende a tomada de decisão de institucionalizar, a escolha da instituição e a adaptação a esta nova fase (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

O idoso é confrontado, durante o processo de institucionalização, com problemas diversos, que afetam de forma distinta a sua autonomia funcional e capacidades. As incapacidades físicas e psicológicas, tendem a aumentar, a sua superação diminui, tornando-se necessário enfrentar a hipótese de internamento numa institucionalização (Fernandes, 2000).

No âmbito desta temática, Buss (1992, citado por Fernandes, 2000), refere que, não raras vezes, evidencia-se, a par da debilidade do idoso, a diminuição dos recursos financeiros e emocionais das famílias, o que potencia a necessidade de institucionalização.

Para Oliveira (2005 p.88), “estar num lar não significa necessariamente uma fatalidade (...) porque um idoso que fique com a família, não sendo apoiado pode sentir muito mais a solidão do que a institucionalização”.

Lobo (2006, citado por Silva, 2011), entende que, e embora muitas vezes os idosos sejam institucionalizados com um nível de autonomia elevado, a institucionalização nem sempre permite a garantia de uma vida ativa de forma plena.

Segundo Fernandes (2000), a institucionalização caracteriza-se como um recurso importante para o idoso, tem em consideração o estado de saúde em geral e a sua autonomia, e uma vez institucionalizado, importa a prevenção dos fatores negativos.

Para os idosos, o viver na sua própria casa, constitui uma dimensão integral da sua independência e salvaguarda da sua integridade pessoal (Sousa et.al 2004).

O facto de o idoso residir na sua própria casa, pode, a dada altura, transformar-se numa situação de vulnerabilidade.

Existem, contudo, três momentos em que o realojamento se torna emergente: na morte do conjugue; após uma queda ou doença; quando ocorre o isolamento da residência. A institucionalização é quase sempre derivada por um dos momentos referidos, e é também uma decisão que deve preservar e fomentar a qualidade de vida (Sousa et al, 2004).

Considerando a participação do idoso na escolha do lar, de acordo com Reed *et.al.*, (2003, citado por Sousa et al, 2004), surgem quatro tipologias de escolha, a saber: a preferencial, na qual o idoso exerce o direito de decisão; a estratégica, na qual existe um planejamento dos idosos ao longo da vida que deriva em determinada opção; a relutante, que evidencia as situações em que o idoso não partilha a opção, tornando-se assim mais dolorosa; e, finalmente, a passiva, na qual a tomada de decisão é detida por terceiros, existindo um assentimento por parte do idosos, o que ocorre, normalmente, em idosos com demência ou resignados.

As alterações ao nível do conceito e estrutura da família determinam que a tarefa do cuidado ao idoso venha sendo relegada às Instituições Sociais, o que exige uma aposta, cada vez maior, em profissionais devidamente qualificados, que auxiliam na manutenção da qualidade de vida e bem-estar do idoso (Pereira & Marques, 2014).

1.2- Cuidadores Formais

A designação “cuidadores” assume uma distinção essencial, concretamente entre cuidador formal e cuidador informal. Nos cuidadores formais, incluem-se os serviços sociais estatais e locais, nomeadamente os lares, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia ou centros de convívio, bem ainda, as institucionalização privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos (Paúl, 1997).

O aumento crescente e constante da população idosa, coloca, portanto, novos e diversificados desafios às instituições de apoio à terceira idade e, conseqüentemente, aos cuidadores formais (Pereira & Marques, 2014).

Segundo Sequeira (2010), este tipo de preparação de cuidados é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados, como sendo os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc. Os cuidadores formais caracterizam-se por deterem uma preparação específica para o desempenho do papel que lhe foi

encarregue e estão integrados no âmbito laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional, sendo remunerados e /ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.

Carilho (2012, citado por Pereira & Marques, 2014), refere que um dos fatores determinantes na prestação de cuidados formais, é a formação dos profissionais, que estão, normalmente, integrados em equipas multidisciplinares de cuidados, e desempenham o seu trabalho com a competência e sensibilidade que se lhes exige.

De acordo com Medeiros (2010, citado por Lemos, 2012), o cuidador formal consubstancia-se num profissional preparado por uma entidade de ensino para prestar determinado cuidado ao idoso, de acordo com as suas necessidades, sendo que este cuidado se realiza em contexto profissional com o auxílio das diversas respostas sociais e equipas multidisciplinares, direcionadas à prestação de cuidados.

Os cuidadores formais auxiliam os idosos nas suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, constituindo pilares essenciais em qualquer instituição. Os cuidados prestados aos idosos são, em regra, uma tarefa árdua e complexa, resultante das exigências das tarefas de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, gerando, neste âmbito, situações de stress no trabalho. Este processo caracteriza-se pela variabilidade e não ocorre em todos os cuidadores, pois alguns cuidadores sentem satisfação quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psicológicos que se lhe exigam (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009).

Do exposto, pode-se deduzir que as exigências profissionais, emocionais e pessoais que se colocam aos cuidadores formais, no âmbito dos cuidados que prestam aos idosos no seu processo de envelhecimento, são, quase sempre, fonte de stress e atritos.

Capítulo II - O Stress

O termo stress deriva do verbo latino “*stringo, stringero, strinix, strichum, que tem como significado apertar, comprimir, restringir*” (p.12). Na língua inglesa, a expressão stress existe desde o século XIV, sendo utilizada para exprimir uma pressão ou constrição da natureza física Mazare e Druss (1955, citado por Vaz-Serra, 2011).

É somente no século XIX que o conceito se alarga e passa também a ter significado relativamente às pressões que se incidem sobre um órgão corporal ou mente humana, sendo o uso desta terminologia de fácil aplicação para os seres humanos relativamente àquilo que acontece no mundo físico (Vaz-Serra, 2011).

O entendimento sobre o tema do stress tal como o conhecimento atualmente, é possível devido a inúmeros autores que contribuíram para o estabelecimento deste como conceito (Vaz-Serra, 2011).

Dos autores, o primeiro de todos foi o fisiologista francês Claude Bernard, no século XIX, considerado um teórico do método experimental e precursor da Biologia Moderna (Vaz-Serra, 2011).

Claude Bernard (s/d, citado por Vaz-Serra, 2011) ressalta ainda que a vida depende, de modo crítico, da capacidade do ser vivo “manter constante o meio interno perante qualquer modificação do meio externo”(p.2), isto é, para se manterem vivos, os organismos deverão possuir meios de autoproteção, quer sejam para a adaptação às mudanças de temperatura do exterior, bem como para o confronto com os outros seres.

Nos finais do século XIX e início do século XX, Walter Cannon, professor de Fisiologia em Harvard, seguindo a ideologia de Claude Bernard, investiga os mecanismos específicos de respostas do organismo às modificações que ocorrem no ambiente externo. Walter Cannon deu início ao conceito de homeostase, o qual se refere à capacidade que um organismo tem em manter estável o ambiente interno, tendo em conta as modificações do ambiente externo (Vaz-Serra, 2011).

Hans Selye, século XX, médico endocrinologista, citado por Vaz-Serra (2011), foi o primeiro a introduzir o conceito de stress de forma estruturada, tendo-lhe dedicado

cerca de 50 anos de estudo, com particular interesse na atividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal.

O trabalho pioneiro de Selye (1956, citados por Pinto, Lima & Silva 2008), faz referência à abordagem que define o stress do ponto de vista das respostas do indivíduo, sendo o mais mencionado no estudo do stress, apesar da sua perspectiva de cariz fisiológica propor a compreensão do fenómeno.

Selye (1979), definiu o stress como uma reação não específica do corpo contra qualquer exigência sobre si feita. Exemplos de reações específicas são por exemplo, o suar quando estamos com calor ou o tremer com o frio. A cada exigência do meio exterior é evocada uma reação específica. Porém existe um determinador em cada situação de stress, ele requer uma adaptação independente para o problema que se apresenta.

Selye (s/d), faz a distinção entre distress e eustress, no qual o distress assume as respostas de valência negativa o que leva a prejuízos em termos de doença, e o eustress assume as respostas positivas, que fomentam o fortalecimento da saúde e bem-estar.

Hans Selye foca a sua investigação não nos estímulos que exercem pressão sobre os organismos, mas sim nas respostas biológicas que estes apresentam quando sofrem pressões. Constatou que a resposta é sempre a mesma, independentemente do tipo de agente agressor, seja ele de natureza física ou psicológica (Vaz-Serra, 1988).

Pondo isto, Selye (s/d citado por Vaz-Serra, 1988), definiu de forma simples stress sendo este “ a resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação”(p.301). As manifestações são sempre as mesmas, podendo estas variar em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica De acordo Lazarus (1966, 1981); Lazarus e Launier (1978); Lazarus e Folkman (1984) citados por Lazarus (1993), traçaram uma distinção entre três níveis distintos de stress, sendo eles, dano, ameaça e desafio. O dano, refere-se a danos físicos que já aconteceram e são perdas irrevogáveis A ameaça é o resultado da antecipação de um dano que ainda não aconteceu, porém poderá estar iminente. O desafio é resultante das difíceis exigências que confiamos ultrapassar devido a mobilizarmos e aplicarmos de forma eficiente os nossos recursos de *coping*.

Segundo os autores acima referidos, a ameaça é respeitante à “antecipação de acontecimento desagradável que pode vir a acontecer mas que ainda não surgiu”(p.23).

Caracteriza-se por uma projeção para o futuro. O dano diz respeito a situações penosas que já ocorreram, tendo o indivíduo que aceitar o ocorrido, ou reinterpretar de forma positiva o seu significado ou consequências. Este facto encontra-se relacionado com o passado. Por fim, o desafio reproduz uma circunstância na qual o indivíduo sente que as exigências que se estabelecem poderão ser alcançadas ou ultrapassadas. É uma situação ligada ao presente (Vaz Serra, 2011).

Segundo Lazarus e Folkman (1984, citado por Vaz-Serra, 1988), para que um stress seja considerado de natureza psicológica é necessário que a avaliação que resulta dos dados sensoriais, constate que a situação é agradável ou lesiva do próprio bem-estar.

Estes dados relevam, não apenas pelo interesse descritivo que lhes é inerente, mas também pelo facto de neles se subentender que a ausência de mecanismos de gestão do stress pode acarretar consequências físicas e psicopatológicas.

De acordo com Selye (s/d), os agentes perturbadores não são apenas de natureza física. As emoções como o amor, ódio, alegria, raiva, desafio e medo, são também características do síndrome de stress.

Em geral, as respostas hormonais do organismo aos agentes agressores físicos ou emocionais, adaptam-se às mudanças externas ou estímulos. Porém, por vezes podem ser causa de doença, especialmente se o estado de stress é prolongado ou intenso. Neste último caso, o corpo entrará no que se designa por síndrome de adaptação geral.

Capítulo III - O Síndrome de *Burnout*

Segundo Freitas (1999, citado por Queirós, 2005), *Burnout* surge como uma metáfora que define um estado de fadiga física e mental, ocorrido em inúmeros profissionais, transmitindo a ideia da imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada”.

O Síndrome de *Burnout* foi primeiramente atribuído nos serviços humanos, talvez porque o estereótipo negativo perante utentes, ocorre dramaticamente contra o que é considerado uma atitude profissional. O conceito de *Burnout* ainda é muito relevante para estes grupos (Maslach & Schaufeli, 1993).

Até aos anos 1980 o *Burnout* foi exclusivamente estudado nos Estados Unidos, iniciando-se gradualmente a sua expansão para outros países, nos quais a investigação sobre *Burnout* estava assente na conceção de instrumentos de medida e sua operacionalização. Assim, para os pesquisadores que usavam Maslach *Burnout* Inventory (MBI), por definição, *Burnout* é um síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach & Schaufeli, 1993).

Maslach (1982, citado por Pinto & Chambel, 2008), afirma que as exigências emocionais que são impostas aos profissionais de ajuda são a principal causa fundamental do *Burnout*.

Da análise realizada por Maslach (1982/1993, citado por Pinto & Chambel, 2008), relativamente às exigências emocionais, decorrentes da relação de ajuda, Maslach refere que é necessária a atenção para a estrutura desta, e para o desequilíbrio dos papéis assumidos pelos profissionais de ajuda, que nem sempre usufruem de competências técnicas adequadas para lidarem com as exigências emocionais e obterem um bom desempenho.

Segundo Maslach (1982, citado por Pinto & Chambel, 2008), a par do que foi mencionado, também a carência de recursos, sobrecarga de trabalho e a falta de apoio social contribuem para esta incapacidade de lidar com as exigências profissionais.

Como resultado de uma situação de stress por parte do profissional de ajuda, está o aumento do sentimento de exaustão emocional, desgaste dos recursos emocionais e diminuição da energia psicológica na execução do seu trabalho (Pinto & Chambel, 2008).

Em meados de 1974, Herbert Freudenberger constatou que muitos dos voluntários com quem trabalhava nas unidades de saúde, apresentavam sintomas comuns que se caracterizavam pela perda progressiva das suas emoções, motivação e desempenho. Estes sentimentos surgiram a par de sintomas físicos e mentais, de entre os quais se destaca o estado de exaustão (Castro, Paredes, Vitoria, 2004, citado por Queirós, 2005).

Este estado emocional de exaustão, que se traduz pelo termo *Burnout*, é, segundo Chacon (1997, citado por Campos, 2005), mais comum naqueles profissionais que mantêm uma relação de ajuda constante e direta com as pessoas, principalmente no âmbito das profissões de assistência, dada a natureza stressante das funções que desempenham.

Analisando morfologicamente o termo *Burnout*, Ballone (2002, citado por Campos, 2005), constata que se trata de um conceito formado por duas palavras concretamente *burn* (queima) e *out* (exterior), o que sugere que o indivíduo que padeça deste tipo de stress, se consome física e emocionalmente, evidenciando manifestações de comportamentos agressivos e de irritação constante.

A partir de estudos desenvolvidos por Freudenberger (1974, citado por Pinto & Chambel, 2008), atendendo a uma abordagem individual acerca da problemática inerente ao *Burnout*, encontramos uma série de modelos que se expõem como sendo denominadores comuns nas variáveis e processos de foro pessoal.

Relativamente à vertente interpessoal, evidencia-se um perfil típico do indivíduo que experiencia o *Burnout*; traduzindo-se num domínio da autoimagem idealizada a partir de elevadas expectativas e ambições pessoais, bem ainda a partir de envolvimento e dedicação extrema. Trata-se de indivíduos que mostram ser extremamente competentes, dinâmicos, inesgotáveis, agindo ativamente, mesmo quando não alcançam os resultados que seriam de esperar. O *Burnout* surge, portanto, como um processo gradual de desvanecimento da energia e dos recursos emocionais (Pinto & Chambel, 2008).

Freudenberguer e Richelson (1980, citados por Maslach & Schaufeli, 1993), descrevem um conjunto de sintomas clínicos, resultantes do *Burnout*, e que incluem a exaustão, desapego, tédio, cinismo incompetência e irritabilidade aumentada, sensação de onipotência, sentimento de desvalorização, paranóia, desorientação, sentimento de negação e queixas psicossomáticas.

Maslach, psicóloga social e investigadora, estudou a forma como as pessoas lidavam com a excitação emocional no local de trabalho, demonstrando particular interesse nas estratégias cognitivas, nomeadamente a preocupação individual e a desumanização e autodefesa, verificando que quer a excitação quer as estratégias cognitivas se traduzem em alterações ao nível do comportamento da identidade individual e do desempenho profissional dos indivíduos (Maslach & Schaufeli, 1993).

Originalmente, Maslach e Jackson (1986, citados por Pinto, Lima & Silva, 2008), conotaram o Síndrome de *Burnout* como sendo próprio e exclusivo dos profissionais de ajuda, e as suas dimensões foram definidas por exaustão emocional, despersonalização e perda da realização pessoal, que se traduziam numa crise na sua relação com o trabalho.

Segundo Leiter (1991, citado por Cox, Kuk & Leiter, 1993), o ambiente de trabalho, no qual se incluem o local, os colegas de trabalho e os utentes, o número de horas de trabalho excessivas, as baixas remunerações, a gestão das emoções entre equipas e utentes, e a necessidade de gestão dos recursos, são potenciadores na manifestação do Síndrome de *Burnout*.

Maslach (1976, citado por Queirós, 2005), detinha neste âmbito, um particular interesse acerca dos estímulos emocionais originados em contexto laboral, concretamente ao nível das estratégias cognitivas que surgem nos próprios indivíduos (afastamento e desumanização). Constatou, em consequência, a presença de uma conexão entre as emoções e o comportamento dos indivíduos ao nível do trabalho.

Segundo Alvarez *et al.*, (1993, citado por Queirós, 2005), uma das características particulares do síndrome é a sua manifestação em indivíduos que trabalham com e para pessoas, especialmente nas profissões de ajuda e assistência, nas quais se assume essencial o contacto interpessoal.

3.1 – Modelos de *Burnout*

A evolução da investigação no âmbito do Síndrome de *Burnout* tem sido caracterizada pelo surgimento de diversos modelos que buscam uma unidade e consistência do conceito, bem ainda a explicação do síndrome, das suas manifestações, dos seus antecedentes e precedentes (Queirós, 2005).

Discriminam-se como mais significativos os seguintes modelos:

a) Modelo de House e Wells (1978)

De acordo com Pereira (1992) e Gomes (1995, citados por Queirós, 2005), as três dimensões do *Burnout* refletem as três categorias de stresse e os seus principais sintomas:

- Fisiológicos – focam os sintomas físicos (exaustão física);
- Afetivo-cognitivos – focam as atitudes e os sentimentos (exaustão emocional e despersonalização);
- Comportamentais – focam os comportamentos sintomáticos (despersonalização e diminuição da produtividade no trabalho);

Segundo este modelo, o *Burnout* apresenta quatro fases:

- Primeira fase – Intensidade em que a situação é orientada ao stresse. Existem duas ocasiões nas quais se pode originar o stresse: a aptidão inadequada e discrepância entre o indivíduo; e o meio de trabalho.
- Segunda fase – A passagem a esta fase encontra-se dependente do passado do indivíduo, da sua personalidade, bem como de variáveis organizacionais, relacionando-se com a perceção do stresse.
- Terceira fase – Resposta ao stresse.
- Quarta fase – Resultados do stresse.

b) Modelo do processo de *Burnout* de Cherniss (1980)

Este modelo resulta de um estudo realizado em profissionais de áreas diversas, concretamente profissionais da saúde, de entre os ligados à saúde mental e enfermeiros de saúde pública, profissionais de ensino, professores do ensino secundário e de Direito (Silvério, 1995).

Segundo Cherniss (1980), Gomes (1995), Correia (1997), e Garcia (1900), citados por Queirós, 2005), o *Burnout* surge como um processo constituído por diferentes estados que se sucedem entre si, temporalmente consequentes, e que se evidenciam uma forma de adaptação ou *coping* aos fatores específicos do stress.

Identificam-se, segundo Cherniss (1980, citado por Carlotto, 2011), quatro fatores determinantes no desenvolvimento do Síndrome de *Burnout*: sentimentos nobres em relação às mudanças sociais, poucas habilidades e recursos, formação inadequada e, finalmente, a falta de consciência sobre a existência de risco de *Burnout*.

Cherniss (1980, citado por Silvério, 1995), afirma que as características do ambiente de trabalho interagem com os indivíduos, originando fatores de stress que são experienciados em diversos graus por aqueles. Os trabalhadores aprendem, portanto, a gerir o stress através de técnicas e estratégias que podem ser designadas de resolução ativa de problemas, sendo que outros evidenciam mudanças negativas nas suas atitudes.

c) Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980)

De acordo com Carlotto e Gobbi (2001), o modelo proposto por Edelwich e Brodsky (1980) desenvolve-se em quatro etapas distintas, nomeadamente:

A primeira etapa – é marcada pelo idealismo e entusiasmo - fase inicial onde o indivíduo demonstra uma energia e disponibilidade para o trabalho, expectativas pouco realistas acerca do mesmo, desconhecendo as suas potencialidades. O indivíduo estabelece relações interpessoais marcadas pelo envolvimento excessivo, o que se traduz numa sobrecarga do trabalho voluntário. No início da carreira, o indivíduo evidencia grandes motivações intrínsecas, não reconhecendo, contudo, as limitações internas e externas que lhe estão subjacentes. A frustração das expectativas que ocorrem nesta etapa inicial conduz ao aparecimento de sentimentos de desilusão, que determinam a passagem do trabalhador à segunda etapa.

A segunda etapa – é definida pela estagnação - pressupõe uma diminuição das atividades desenvolvidas quando o indivíduo constata a frustração das suas expectativas, o que origina uma diminuição da proatividade e empenho no trabalho. O indivíduo depara-se com a necessidade de realizar algumas alterações, repensando, deste modo, a sua vida profissional. As dificuldades em superar esta etapa podem determinar a passagem do indivíduo para a próxima fase.

A terceira etapa – caracteriza-se pela apatia - esta etapa considera-se o núcleo central do Síndrome de *Burnout*. A frustração das expectativas determina a incapacidade do indivíduo na execução das suas funções, o que conduz a uma paralisação da atividade laboral, desenvolvendo sentimentos de apatia e de falta de interesse. Surgem, nesta fase, os problemas emocionais, comportamentais e físicos. Uma das respostas comuns nesta fase é a tentativa de fuga da situação frustrante. O contacto com os pacientes é evitado, o que origina o absentismo no trabalho e, não raras vezes, ocorre o abandono do posto de trabalho ou mesmo da profissão. Quando estes comportamentos começam a ser uma constante, estamos já na quarta e última etapa do *Burnout*.

A quarta etapa – define-se pelo distanciamento – nesta fase a pessoa encontra-se frustrada de forma crónica no âmbito laboral, o que se traduz num vazio total de sentimentos de satisfação e realização profissional, que se podem manifestar sob a forma de distanciamento emocional e de desvalorização profissional. Há, nesta etapa, uma reversão do tempo dedicado ao trabalho, que definia a primeira etapa. O entusiasmo e idealismo profissional dão lugar à fuga dos desafios e até dos próprios pacientes. Os indivíduos tentam, contudo, não arriscar a segurança do seu posto de trabalho, pois acreditam que pese embora inadequado, as compensações justificam a perda da satisfação.

d) Modelo de Meier (1983)

Meier (1983, citado por Silvério, 1995), baseou o seu modelo em Bandura (1977), definindo o *Burnout* como um estado resultante de experiências nas quais os indivíduos evidenciam:

- Baixas expectativas perante reforços positivos e altas expectativas perante a presença de punições em contexto laboral;
- Baixas expectativas no controlo dos reforços existentes no meio laboral;
- Baixas expectativas sobre a competência pessoal no controle dos reforços;
- Processamento de informação contextualizado, que determina o modo de aprendizagem e modificação das expectativas.

Parreira (1998, citado por Queirós, 2005), defende que os indivíduos que demonstram uma diminuição nas expectativas, exibem, não raras vezes, sentimentos negativos, o que se traduz, geralmente, em comportamentos de inatividade. Meier (1983, citado por Silvério, 1995) defende um modelo que enfatize os aspetos cognitivos e comportamentais inerentes ao Síndrome de *Burnout*.

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

Golembiewski et.al (1988) citado por Lee e Ashforth (1993), estruturou o modelo do *Burnout* em 8 fases, baseadas em valores altos e baixos das 3 dimensões do *Burnout*, nas quais cada participante era associado a uma das 8 fases.

Golembiewski et.al (1988) citado por Lee e Ashforth (1993), não afirmam, categoricamente, que todos os indivíduos passem pelas oito fases acima mencionadas, mas que apenas aqueles com valores mais altos são mais suscetíveis a experienciar os efeitos do *Burnout*. Esta abordagem por fases levou que Golembiewski et.al, se baseassem numa análise de contraste entre os diversos subgrupos.

Golembiewski e Munzenrider (1988), afirmam a existência de um modelo do processo de *Burnout* constituído por quatro das oito fases referidas: 1) baixo em todas as três dimensões de *Burnout* (na qual os níveis da realização pessoal surgem invertidos na escala) 2) alto na despersonalização 3) alto na despersonalização e na realização pessoal (inverso), e, ainda, 4) alto em todas as três dimensões (Lee & Ashforth, 1993).

f) Modelo de fases de *Burnout* de Leiter (1988, 1989)

Segundo Leiter (1998, 1989., García, 1990), os profissionais experienciam exaustão emocional no decurso da exposição constante ao stress no trabalho, enfrentando esta situação, despersonalizando a sua relação com os utentes e com os colegas de trabalho (Queirós, 2005). A exaustão emocional surge como consequência direta de um meio laboral extremamente exigente, aumentando a despersonalização como estratégia de combate àquela e desenvolvendo, a par, a falta de realização pessoal (Silvério, 1995). No modelo apresentado, Leiter utiliza a extensão total das três escalas, sem dicotomizar, admitindo quatro fases possíveis. Na opinião de Leiter, este modelo permite assegurar toda a riqueza do MBI, sem perda de informação (Queirós, 2005).

g) Modelo existencial de Pines (1993)

O modelo de Pines (1993, citado por Castro & Zanelli, 2007), esclarece que o processo de desenvolvimento do Síndrome de *Burnout* pode ser entendido do seguinte modo: inicialmente, existem objetivos e expectativas pessoais que se incluem em expectativas de grupos específicos e no universo profissional, exprimindo a busca de um significado existencial do trabalho no âmbito da vida do indivíduo; em seguida, o indivíduo é sujeito a um embate com uma realidade stressante, caracterizada pela presença de características negativas (alta sobrecarga, interferências burocráticas que geram ambiguidade e conflito de papéis) e pela ausência de características positivas (falta de suporte de colegas, supervisores e falta de autonomia).

De acordo com Pines (1993, citado por Castro & Zanelli, 2007), este confronto resulta a frustração das expectativas do indivíduo e a experimentação do fracasso laboral, conduzindo à diminuição da realização pessoal, à despersonalização e ao esgotamento das energias necessárias para enfrentar situações stressantes de trabalho.

h) Modelo bi-dimensional de *Burnout* (Shaufeli & Van Dierendonck, 1993)

Este modelo define-se por um construto bidimensional e polarizado, marcado pela exaustão emocional e pelas atitudes negativas. A exaustão emocional afere-se

através de queixas somáticas e da tensão psicológica evidenciada pelo indivíduo. No que concerne às atitudes negativas, evidenciam-se sentimentos de despersonalização e de diminuição do desempenho pessoal dos indivíduos (Dierendonck, Schaufeli, & Sixma, 1994).

i) Modelo geral explicativo de *Burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)

Este modelo, segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996, citados por Queirós, 2005), surge em consequência das exigências profissionais, concretamente o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, a par da diminuição do controlo social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões. Estas circunstâncias geram o aparecimento de exaustão, cinismo e profissionalismo, resultando na diminuição do empenho por parte da organização, no *turnover* e no aparecimento de doenças físicas.

As relações de exaustão no âmbito da despersonalização definem, essencialmente, este modelo. A exaustão não surge apenas relacionada com a despersonalização (ou cinismo), mas faz a ponte entre os fatores organizacionais e aquela. Em consequência, são vários os autores que entendem que a sobrecarga de trabalho não tem um impacto direto na despersonalização, mas apenas no que à exaustão diz respeito (Queirós, 2005).

Os circunstancialismos do envolvimento organizacional podem agravar a exaustão emocional e reduzir a realização pessoal ou, ainda, atuar simultaneamente. A realização não é evidenciada através da exaustão, embora a experiência de exaustão diminua o sentido de realização, pois que os sentimentos de desânimo que ocorrem no trabalho não decorrem, necessariamente, da exaustão. O trabalho não se assume, sempre, como meio de alteração na realização dos indivíduos ou da sua eficácia no trabalho (Queirós, 2005).

j) Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski & Gargiulo, 1997)

Este modelo é marcado por fatores de stress situacionais e pelo desempenho do profissional, surgindo, entre ambos, uma variável mediadora, nomeadamente a tensão que resulta de períodos prolongados e frequentes de exposição à mesma.

Na génese da exaustão emocional encontramos a dificuldade das tarefas desempenhadas. A especificidade da tarefa evidencia-se quando o trabalho significativo surge no contexto de uma relação de ajuda, existindo uma discrepância entre as necessidades e os recursos, uma problemática da morte e um grande número de insucessos. Os fatores de stress individuais identificados são as expectativas individuais e institucionais, o envolvimento no trabalho, os centros de interesse da vida e a idade. Relativamente aos fatores de stress institucionais, identificam-se a sobrecarga do trabalho, o conflito de papéis e, ainda, as interações pessoais (Queirós, 2005).

k) Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998)

O stress decorrente do trabalho exige que se criem uma série de estratégias de *coping* que devem ser aplicadas para manipular o stress e eliminar os fatores inerentes ao mesmo, uma vez que os indivíduos contactam, diariamente, com esta fonte de stress.

Quando as estratégias de *coping* inicialmente utilizadas se frustram, originam um fracasso profissional e uma diminuição nas relações interpessoais, com os pacientes e os seus familiares. Consequentemente, surgem sentimentos de baixa realização pessoal no trabalho e o esgotamento emocional, ou seja, evidenciam-se atitudes de despersonalização como uma nova forma de *coping*.

Assim, se o indivíduo não consegue eliminar de forma eficaz os fatores de stress, seja através de estratégias ativas, de estratégias focadas nas emoções, ou outras, e atendendo a que não os pode evitar, desenvolve sentimentos de esgotamento emocional e baixa realização pessoal e, posteriormente, atitudes de despersonalização (Gil-Monte, 2003).

1) Modelo de sistema interativo de *Burnout* (Marques-Teixeira, 2002)

Neste modelo e de acordo com Cortes e Dougherty (1993) in Marques-Teixeira (2002), a exaustão emocional caracteriza-se no âmbito organizacional, pela sobrecarga e pelos conflitos laborais, enquanto no âmbito pessoal se define pelos requisitos que os indivíduos colocam a si mesmos quanto ao desempenho. Define-se, ainda, pelo papel de algumas dimensões qualitativas e quantitativas das relações interpessoais. O indivíduo emocionalmente exausto, utiliza a despersonalização dos pacientes como uma estratégia de *coping*, surgindo como uma espécie de expediente alternativo para lidar com a exaustão emocional, quando outros recursos se frustram (Queirós, 2005).

3.2 – Fatores Desencadeadores de *Burnout*

Segundo o entendimento Selye (1956, citado por Pinto et.al., 2008), e tal como já foi referido, o stress constitui a resposta inespecífica do organismo às exigências que o meio lhe coloca, constituindo, portanto, o resultado de uma experiência fisiológica de tensão.

Segundo Maslach e Schaufeli (1993), numa pesquisa empírica sobre *Burnout*, tende a centralizar-se mais nos fatores de trabalho do que outros tipos, ou seja, é consistente com a maior parte dos modelos conceptuais que têm vindo a ser propostos.

Assim, os pesquisadores estudaram variáveis tais como a satisfação no trabalho, stress no trabalho (carga de trabalho, conflito de papéis e ambiguidade), a rotatividade e absentismo ao trabalho, expectativas de trabalho, as relações com colegas e supervisores (apoio social no trabalho), relações com clientes, tipo de posição que o indivíduo ocupa, tempo no trabalho, política da empresa, entre outros aspetos.

Os fatores pessoais estudados são, frequentemente, variáveis demográficas concretamente (sexo, idade, estado civil, entre outros). Tem-se dado, também, atenção às variáveis de personalidade (*locus* de controle, robustez), saúde pessoal, relação com a família e amigos (apoio social em casa) valores pessoais e compromisso. De um modo geral, podemos afirmar que os fatores de trabalho estão mais fortemente relacionados com o *Burnout* do que os fatores biográficos ou pessoais (Maslach & Schaufeli, 1993).

Cherniss (1980, citado por Queirós, 2005), enumera, atendendo ao local de trabalho, aspetos susceptíveis de provocar stress: sobrecarga no trabalho, orientação e hierarquia a que o indivíduo está sujeito, isolamento social, objetivos da instituição, autonomia, tipo de liderança e supervisão, estimulação e contato com os utentes.

E mais, Cherniss (1980, citado por Queirós, 2005), menciona que o suporte social que é recebido pelo indivíduo fora do local de trabalho e, ainda a, carreira profissional, no qual o stress é originado pela combinação de elementos stressantes, se traduzem em problemas com os utentes, burocracia, carência de incentivo, dúvidas relativamente à competência e falta de participação no grupo.

Ainda no âmbito de fatores extrínsecos, Maslach e Jackson (1985), Cordes e Dougherty (1993) e Garcia (1990), citados por Parreira (1998), referem que o apoio familiar é essencial na resistência á exaustão emocional e despersonalização, na medida em que os indivíduos casados acrescentam menores níveis de *Burnout*, o que evidencia o apoio social que o casamento proporciona.

Tal como refere Ramos (2001, citado por Queirós, p.49, 2005), “em função da centralidade destes dois domínios da vida, é de esperar que as pessoas sejam bastante afetadas quando algo não esta bem em qualquer um deles”.

Maslach e Leiter (1997, citados por Maslach & Leiter, 2008), identificam meios de construção seis aspetos profissionais, a saber: sobrecarga de trabalho, controle, recompensa, comunidade, justiça e valores. Um dos indicadores da validade das escalas consubstancia-se na oportunidade que é dada aos indivíduos de comentarem determinado incidente das suas vidas profissionais, e, quando escrevem reclamações nos seus tópicos, estes correspondem ao aspeto profissional no qual haviam sido avaliados negativamente.

De acordo com Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001), o *Burnout* é tido como uma experiência individual num contexto de trabalho específico. Segundo os autores, existem fatores situacionais que permitem dar resposta à questão de onde ocorre o *Burnout* e fatores individuais que condizem à questão de quem experiencia o *Burnout*.

Consequentemente, e no que se refere aos fatores situacionais, identificam-se as características do trabalho, das ocupações e das organizações, enquanto nos fatores individuais se identificam atributos como a idade, sexo, estado civil, a personalidade e atitudes perante o trabalho.

Atendendo agora às características demográficas, e concretamente à idade de acordo com Cordes e Dougherty (1993, citados por Parreira, 1998), há uma estreita relação com a experiência profissional, sendo que os indivíduos mais jovens apresentam níveis mais elevados do Síndrome de *Burnout*. No mesmo sentido, Anderson e Iwanicki (1984, citados por Parreira, 1998) entendem que os indivíduos com mais experiência de trabalho, apresentam níveis menores nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização.

Vários autores, Golembiewski et al. (1986, citados por Queirós, 2005), verificaram evidências nas ligações entre baixo *Burnout* o tempo de trabalho dos indivíduos com menos de dois anos e não mais de dez anos de trabalho. Já Hoch (1988 in Parreira, 1998, citados por Queirós, 2005) não encontra qualquer tipo de relação entre estes dois fatores.

Cordes e Dougherty, citado por Parreira (1998), ainda no referente às características demográficas, relativamente ao sexo, regista-se uma diversidade entre homens e mulheres, no que às três dimensões de *Burnout*, diz respeito, ainda que verificada uma confusão quanto ao tipo de complexidade das relações.

Maslach et.al (2001, citados por Silva & Gomes, 2009), afirmam, na literatura internacional, a possibilidade de indivíduos solteiros serem mais sensíveis os problemas de stress ocupacional do que os casados e divorciados.

Corsby (1982 in Mendes, 1995, citados por Queirós, 2005), relaciona o casamento com uma maior satisfação profissional. Também nas suas pesquisas, Maslach e Jackson (1985), referem que os indivíduos com filhos demonstram níveis mais baixos nas componentes de *Burnout*.

Friedman e Rosenman (1959, citados por Vaz-Serra, 2011), defendem a existência de indivíduos que, pela sua personalidade, em sete a dez vezes maior probabilidade de desenvolverem doenças cardíacas coronárias, em comparação com indivíduos que vivem de forma mais descontraída. Chamaram-lhes, em consequências, indivíduos de “personalidade do tipo A” caracterizando-se por: serem altamente competitivos; extremamente motivados para atingirem objetivos selecionados por si, ainda que pouco definidos; revelaram desejos de reconhecimento e prestígio; envolveram-se em várias atividades ao mesmo tempo, o que se traduz em limitações de

tempo; procurarem uma rápida execução de múltiplas tarefas físicas e mentais, vivendo num estado acentuado de ativação fisiológica.

No que se refere à psique, são indivíduos que vivem uma situação de permanente ansiedade, ainda que discreta: a linguagem corporal e gestual é rápida; são pessoas impacientes e que desejam tudo rapidamente; originando situações de agressividade e irritação; são facilmente induzidos em erro (Vaz-Serra, 2011).

Diz, em consequência, que indivíduos com estas características são fruto da própria sociedade, uma vez que se tratam de hábitos e não, propriamente, de características intrínsecas. Atualmente utiliza-se, em detrimento daquela expressão acima referida, a de “padrão comportamento do tipo A”.

Para Vaz-Serra (1989, citado por Parreira 1998), estes indivíduos, de personalidade designada “abrasiva”, têm maior predisposição para sofrer de stress no trabalho, pelo que Sutherland e Cooper (1990, citados por Parreira, 1998) os caracterizem como sendo pessoas mais insatisfeitas, ansiosas e deprimidas.

Pines e Krafy (1981, citados por Carlotto & Câmara, 2008), entendem que estratégias ativas e direcionadas diretamente aos problemas são mais efetivas no combate ao Síndrome de *Burnout*.

Segundo Maslach et.al (2001), o *Locus* de controlo é uma das outras características da personalidade, que na dimensão interna se associa a um baixo nível de *Burnout*, enquanto, pelo contrário, na dimensão externa evidencia níveis mais elevados do síndrome.

Cordes e Dougherty (1993, citado por Tamayo & Tróccoli, 2002), entendem que as elevadas expectativas laborais, as recompensas, o reconhecimento, o avanço na carreira, entre outras, podem gerar sentimentos de stress e conduzir ao *Burnout*.

Quando os indivíduos comparam as suas expectativas com aquilo que efetivamente o trabalho lhes proporciona, os resultados discrepantes que possam surgir, podem influenciar, negativamente, o comportamento das pessoas no trabalho.

Segundo Maslach et.al. (2001) as elevadas expectativas, no âmbito do trabalho, conduzem as pessoas a trabalhar demasiado, levando à sua exaustão emocional e ao cinismo, quando aquelas se frustram.

Quanto as características do trabalho, segundo Maslach, et.al. (2001), entendem que os empregos com elevados níveis de produtividade e trabalho em excesso,

conduzem ao aparecimento do Síndrome de *Burnout*, particularmente na sua dimensão de exaustão.

Também a ausência de feedback está relacionada com todas as três dimensões de *Burnout*, pois que, pessoas menos participativas e autónomas no seu local de trabalho têm maior tendência para padecer deste síndrome.

Os estudos inicialmente realizados acerca do *Burnout* fizeram-se, essencialmente, nas profissões relacionadas aos serviços humanos e de educação, constituindo até à data o *focus* primário de estudo. Avaliam-se, principalmente, as consequências emocionais que estes profissionais evidenciam no âmbito das relações interpessoais.

A evolução na literatura internacional alargou o estudo acerca desta temática a outras profissões que se caracterizam pelo contacto com pessoas, como os bancários, ou eventualmente profissões cujo contacto interpessoal é praticamente inexistente, como os programadores informáticos.

Já em 1974, Freudenberguer citado por Queirós (2005), menciona como causa do *Burnout*, a baixa implicação laboral, falta de apoio da supervisão e direção, a pressão do trabalho, idade, características determinadas pelo posto de trabalho, incluindo a falta de suporte social, indefinição de tarefas, fracos níveis de autonomia no trabalho, incomodidade física, mudanças tecnológicas e alta pressão no trabalho.

Uma investigação realizada por Mendes (1996, citado por Queirós, 2005), atribui à disparidade que se verifica na satisfação de necessidades relacionadas com a autonomia e a autorrealização, uma maior insatisfação no trabalho.

No que concerne aos fatores extrínsecos agrupam-se em três dimensões, sendo elas segundo Alvares, et, al. (1993, citados por Queirós, 2005):

- A dimensão física – inclui as condições referentes ao ambiente físico no qual se efetua a atividade (ruído, humidade, luminosidade, temperatura, funcionalidade de espaço e arquitetura);
- A dimensão social – abrange os relacionamentos profissionais, nomeadamente com utentes, colegas, chefes ou supervisores, que a par de fatores intrínsecos, são preponderantes no desgaste laboral;

- A dimensão organizacional – refere-se ao tempo dispensado com burocracias, dimensão e estrutura hierárquica, e as ordens implícitas ou explícitas nas normas e regulamentos.

3.3 – Sinais e Sintomas de *Burnout*

O Síndrome de *Burnout* é caracterizado pelos surgimentos de determinados sinais e sintomas, organizados e classificados consoante os investigadores que se debruçam sobre a temática (Queirós, 2005).

Alvarez et al., (1993, citados por Queirós, 2005), agrupam os sintomas do Síndrome de *Burnout* em quatro grupos distintos, nomeadamente o grupo dos sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e, ainda, os defensivos.

Os sintomas psicossomáticos traduzem-se em cansaço crónico, cefaleias, gastralgias, perturbações do foro gástrico, emagrecimento, tensão arterial, quadros de asma, dores musculares e, relativamente às mulheres, verifica-se, também, a ausência de ciclo menstrual.

Nos sintomas comportamentais, verifica-se o absentismo laboral, incremento dos comportamentos violentos de alto risco, os quais se podem refletir em condução descuidada, atos suicidas, incapacidade de relaxamento, dependências de substâncias e discórdias matrimoniais e familiares.

Nos sintomas emocionais salienta-se o afastamento afetivo, impaciência e irritabilidade, o receio de não ser aceite e estimado, facto que poderá conduzir a sentimentos paranóicos, dificuldades de concentração, perda da capacidade de memorização, elaboração de raciocínios abstratos e construção de juízos. Este conjunto de sintomas promove as dúvidas acerca do próprio indivíduo e a distorção da perceção em relação ao outro.

Os sintomas defensivos, evidenciam-se através da negação das próprias emoções, supressão consciente da informação, desconexão relativamente a coisas e situações e como mecanismo de evitar a experiência negativa, a atenção seletiva e intelectualizada.

Ainda na linha de pensamento dos autores acima referidos, no plano laboral manifestam-se sintomas como a falta de energia e entusiasmo, diminuição de interesse

relativamente aos clientes, percepção dos clientes como frustrante e crónicos, absentismo elevado e desejo de abandono do local de trabalho procurando outra ocupação.

Segundo Groach e Olsen, (1995, citados por Roque & Soares, 2012), este manifesta-se através de sintomatologia variada, que se discrimina em: sintomas fisiológicos, como a fadiga, irritabilidade, dores de cabeça; sintomas comportamentais, como a perda de entusiasmo, atrasos no trabalho, frustração e raiva; sintomas psicológicos, como a depressão, diminuição de auto-estima, pessimismo, culpa; e, finalmente, sintomas clínicos, como o cinismo interpessoal, alheamento durante o trabalho, hostilidade, trato agressivo.

De acordo com Schaufeli e Enzmann (1998, citados por Queirós, 2005), a sintomatologia do *Burnout* poderá ser caracterizada em cinco grupos, nomeadamente: os sintomas afectivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais, que se manifestam a nível individual, interpessoal e organizacional.

Quanto às manifestações a nível individual, no campo afetivo, destacam-se os estados depressivos, estados de choro, a exaustão emocional, variações de humor, sensação de medo, aumento da tensão emocional e do estado de ansiedade. No que respeita ao campo cognitivo, regista-se a diminuição da energia, diminuição da tolerância a frustração, medo de ficar louco, sentimentos de impotência e insucesso, pobre auto-estima, culpa, pensamentos suicidas, falta de capacidade de concentração, dificuldade na execução de tarefas complexas, ideias fixas, falta de pragmatismo, pensamentos fantasiosos.

Por sua vez, no campo físico destacam-se as enxaquecas, tonturas, náuseas, nervosismo, as dores musculares, problemas do foro sexual, dificuldade em dormir, alterações no peso, aumento da tensão pré-menstrual, ausência do ciclo menstrual, cansaço crónico, hiperventilação, sensação de fraqueza, úlceras, perturbações gastrointestinais, problemas cardíacos, frequentes estados gripais, lesões, hipertensão arterial, problemas dérmicos, aumento de níveis de colesterol sérico inflamações bruscas. No campo comportamental, salientam-se os estados de hiperatividade, a impulsividade, a diminuição da vontade de executar tarefas, aumento do consumo de tabaco, café, álcool, medicamentos calmantes, drogas ilícitas, incremento de comportamentos de alto risco, aumento de acidentes, estados queixosos sistemáticos e isolamento social. Finalmente, e relativamente aos sintomas motivacionais são de

salientar a perda de entusiasmo e do idealismo, a desilusão e frustração, os sentimentos de raiva e a baixa na moral. (Queirós, 2005).

Ao nível interpessoal, refira-se, antes de mais, que não se verificam manifestações no campo físico. No campo afetivo salientam-se os estados de irritabilidade, super-sensibilidade, frieza e ausência de emoções, falta de empatia emocional com os utentes. No campo cognitivo, sintomas como o cinismo, a falta de humanismo, o negativismo e pessimismo em relação aos utentes, a diminuição da empatia e o aumento dos preconceitos e estereótipos, culpabilização dos utentes, hostilidade e estados de paranóia. No campo dos comportamentos, destacam-se as explosões violentas, a agressividade em relação aos utentes, conflitos do foro pessoal e interpessoal, o isolamento e afastamento social, indiferença em relação aos utentes, abandono ou distanciamento em relação aos utentes e sentimentos de ciúme. No campo motivacional, refiram-se a perda de interesse, a tristeza e desânimo, a indiferença perante os utentes, uso dos utentes em benefício das próprias necessidades. (Queirós, 2005).

Por último, ao nível organizacional, não se registam alterações na sintomatologia física. Ao nível dos sintomas afectivos destaca-se a insatisfação com o trabalho. No campo cognitivo, salientam-se os sintomas relacionados com comportamentos cínicos no trabalho, auto-depreciação e desconfiança. No que aos comportamentos diz respeito, fala-se de sintomas que se caracterizam pela redução de eficiência, diminuição do rendimento no trabalho, absentismo e falta de pontualidade, roubo, frustração e falta de organização. Já no campo motivacional destacam-se os sintomas como a diminuição de motivação, ausência de vontade de trabalhar, diminuição da iniciativa e pró-atividade. (Queirós, 2005).

Para Maslach e Schaufeli (1993, Sclaufeli & Bunnk 2003 citado por Oliveira, 2008) o Síndrome de *Burnout* surge na fase final de um processo que se caracteriza por ser longo e multifacetado, produto da exposição do indivíduo a tensões laborais.

Maslach e Schaufeli (1993); Schaufeli e Buunk (1996 & 2003) e Schaufeli e Enzmann (s/d), citados por Pinto et.al., (2008), entendem que o Síndrome de *Burnout* se expressa através de sintomas disfóricos, particularmente ao nível emocional, mental e comportamental e não tanto a nível físico, onde impera a exaustão. O *Burnout* está portanto, relacionado com o trabalho e acarreta atitudes e comportamentos negativos

relativamente ao mesmo, bem ainda um decréscimo no desempenho e na eficácia profissional. O *Burnout* afeta indivíduos “ normais”, ou seja, indivíduos que previamente nunca experienciarem as manifestações do síndrome nem apresentarem qualquer psicopatologia.

3.4 – *Coping*

Atualmente quando se utiliza o termo *coping*, este tem um significado preciso, sendo referente às estratégias utilizadas pelo ser humano de modo a lidar com ocasiões indutoras de stress.

Atendendo à utilização do termo *coping* como conceito psicológico diferenciado detém um passado de cariz recente. Tendo em consideração Snyder e Dynof (1999, citados por Snyder, 1999), é apenas a partir de 1967, com uma publicação no *Psychological Abstracts* que o termo *coping* aparece como uma categoria diferenciada.

Richard Lazarus (1999, citados por Vaz-Serra, 2011), na mesma linha de pensamento, emite uma opinião semelhante, onde questiona que se o termo despoletava interesse, porque só em finais da década de 60, este começava a receber notoriedade devido a vários fatores.

De acordo com Snyder (1999), dos fatores foi o facto de o termo *coping* ter tido outros nomes presente no modelo psicanalítico.

Foi Freud que enfatizou o papel das defesas perante a perceção de circunstâncias de stress inerentes ao “ *self*”, e ao focar-se no ambiente pessoal interno (*self*), pode ter prefigurando o nosso atual conhecimento do papel de avaliação de *coping* (Snyder, 1999).

Do ponto de vista histórico, é de salientar a diferença de opinião que surgir entre Freud e Alfred Adler. Este, de modo mais específico, concetualizava os mecanismos de defesas como “guarda-costas” e postulou que estas estratégias de *coping* serviam para proteger o Eu de ameaças externas e ambientais, por sua vez Freud sugeria que essas mesmas estratégias protegeriam o ego contra forças internas e instintivas (Snyder, 1999).

É a partir da década de 30, que as definições de defesa de encontro com a perspectiva de Adler nas quais os mecanismos eram julgados como sendo uma

ferramenta que as pessoas utilizavam para lidar com ameaças externas. Em parte, esta mudança reflete a idade de Anna Freud que admitia que os mecanismos de defesa protegiam tanto de ameaças internas como externas (Snyder, 1999).

Ana Freud enfatiza mais as propriedades negativas aos mecanismos de defesa em comparação ao atual funcionamento dos mecanismos de *coping*, nomeadamente refere que estes mecanismos têm uma estrita ligação com os incidentes que aconteceram no passado e que estes são inconscientes, rígidos e podem distorcer a realidade. Em contrapartida, o *coping* supostamente é mais focado no futuro, flexível, amplamente consciente e mais inserto na realidade (Snyder, 1999).

Após uma revisão de trabalhos por parte de Snyder e Dinoff (1999, citados por Vaz-Serra, 2011), concluíram que os mecanismos de defesa do Eu possuem mais características negativas, estando inerentes aos aspetos que advém do passado, sendo rígidos na sua forma de atuação, considerando-os inconscientes, e em algumas das suas modalidades, favorecem a visão da realidade de forma negativa. Contudo é aceite que o termo *coping* se encontra mais orientado para o presente e futuro, correspondendo a estratégias com maior flexibilidade e conscientes, mais atentas à realidade que circunda o indivíduo.

O impulso para desvincular o termo *coping* das suas raízes analíticas, partiu de Richard Lazarus, iniciando-se na década de 60. Em um livro publicado em 1966 “Psychological Stress and the *Coping*” e um outro com coautoria de Susan Folkman, intitulado de “Stress Appraisal and *Coping*”, no qual o *coping* surgiu como um processo ativo de transição cognitiva entre o indivíduo e o meio ambiente, tendo em consideração o contexto onde o ser humano se encontra (Vaz-Serra, 2011)

De acordo o que acima foi referido, segundo Lazarus e Folkman (s/d, citados por Vaz-Serra, 2011), por um lado este impulso apoiou o desvinculo do termo das velhas raízes do modelo dinâmico, e por outro relativamente ao stress, conduziu a que este se separasse da resposta automática face aos contextos prejudiciais do meio ambiente, inserindo a dimensão humana de avaliação, que detém um cariz importante no que concerne a apreciação das situações.

Uma vez que o *coping* se fundamenta na interação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente, o termo registou impacto num outro campo, o do conhecimento da

importância relativa, no caso do stress no fator “personalidade” ou “situação” (Vaz-Serra, 2011).

De acordo com Lazarus (1999); Latack (1986); Meichenbaum e Turk (1982) e Pearlin e Schooler (1978), citados por Vaz-Serra, 2011, as estratégias utilizadas para lidar com o stress consideram-se um fator mediador dos efeitos que os acontecimentos sociais têm sobre um indivíduo.

Folkman e Lazarus (1980, 1985, citados por Vaz-Serra, 2011), referem que as estratégias de *coping* podem ser direcionadas para dois objetivos distintos, sendo um deles a resolução de problema e um outro para o controlo das emoções. No primeiro objetivo, os indivíduos direcionam os seus esforços para a resolução da situação que provoca o stress, no segundo caso, solicita-se a diminuição da tensão emocional suscitada interiormente. Assim, as estratégias evidenciadas nas emoções designam-se frequentemente por mecanismos redutores dos estados de tensão.

Ao que já foi referido relativamente aos tipos de estratégias, DeLongis e Newth (1998, citados por Vaz-Serra, 2011), adicionam uma nova dimensão, referente à natureza interpessoal, que concerne à forma como o indivíduo lida e mantém o relacionamento social com os outros em situações de stress.

Segundo Vaz-Serra (2011), as estratégias que se utilizam nas situações indutoras de stress, na sua essência classificam-se em duas classes, nas quais uma implica a abordagem e o confronto do problema e outra o evitamento de uma situação adversa.

Para Dorothy Cotton (1990, citado por Vaz-Serra, 2011), os homens enquadram-se com maior frequência no primeiro tipo de estratégias e as mulheres no segundo tipo de estratégias.

De acordo com Vaz-Serra (2011), as emoções originadas a partir do stress, são as que mais importunam o indivíduo, sendo geradas em função da forma como o ser humano compreende o acontecimento, e cumprem um papel de cariz importante no que diz respeito à motivação, sendo responsáveis pelo modo como o indivíduo lida com a situação que o inquieta. As emoções introduzidas pelo stress nem sempre são as mesmas, contudo, possuem sempre um cariz negativo.

No ano de 1985, Monat e Lazarus citados por Vaz-Serra (2011), referem que *coping* se relaciona com os esforços realizados para lidar com as situações de dano, de ameaça e de desafio, sempre que o indivíduo não dispõe no seu conjunto de

comportamentos, uma atitude, rotina ou resposta automática adequada de forma a confrontar a situação.

No que diz respeito ao estudo do stress e compreensão do fenómeno de *Burnout*, é fundamental referir o modelo de avaliação cognitiva, stress e *coping*, desenvolvido por Lazarus e Folkman (citados por Pinto et al., 2008).

Neste modelo, a ameaça direciona a um processo de avaliação cognitiva, na qual existe a avaliação primária (ameaça) e a avaliação secundária (recursos), que levam a um processo de *coping*, com o intuito de resolução do problema e regulação emocional, e onde quer o processo de avaliação cognitiva que o processo de *coping* se relaciona com o stress do qual resulta uma reação fisiológica, cognitiva emocional e comportamental (Pinto et., 2008).

Os autores em cima referidos, Lazarus e Folkman (1984, citados por Pinto et al., 2008), conceptualizam o stress como sendo um processo dinâmico, resultante da relação bidirecional e recíproca entre o indivíduo e o meio ambiente, afirmando que, um acontecimento só tem carácter stressante se assim for entendido e interpretado pelo indivíduo.

O processo de avaliação cognitiva (*cognitive appraisal*) intervém na transição do indivíduo com o meio e a sua reação, abrange a avaliação dos acontecimentos exteriores no que diz respeito aos significados, relevâncias e implicações que tem para o próprio indivíduo, sendo a avaliação primária, e por outro, uma avaliação da sua própria capacidade de lidar com determinada situação, sendo a avaliação secundária (Pinto et.al., 2008).

Assim a resposta ao stress, apenas ocorre face ao acontecimento que o indivíduo conta como sendo relevante e negativo (constituindo um dano ou perda, uma ameaça ou desafio), e com os quais não é capaz de lidar (Pinto et al., 2008).

Para Lazarus e Folkman (1984, citados por Pinto et al., 2008), estes dois processos são considerados como interdependentes, o que leva à reavaliação sucessiva, tendo em consideração a perspectiva transaccional que foi adotada.

Segundo Vaz-Serra (2011), os recursos que um indivíduo possui são relativos e de aspetos diversos, nos quais se incluem as experiências pessoais, características e forma de ser, apoio da rede social onde o indivíduo se insere, entre outros. Assim quanto maior é o número de recursos, menos relevante e perturbadora será a situação.

3.5 – Estratégias de *Coping*

Segundo Lazarus (1999), Latack (1986); Meichenbaum e Turk (1982); Pearlin e Schooler (1978), citados por Vaz-Serra (2011), as estratégias para lidar com o stress, são conotados como um fator mediador dos efeitos de acontecimentos sociais que tem sobre o indivíduo.

Folkman e Lazarus (1980, 1985, citados por Vaz-Serra, 2011), referem que as estratégias de *coping* podem-se direccionar para dois objetivos distintos, sendo um deles a resolução do problema e o outro o controlo das emoções que o acompanham.

Para Folkman e Lazarus (1985); Folkman et.al., (1986) citados Lazarus (1993), o *coping* atua como um poderoso mediador de emoções, emoções positivas estão associadas a algumas estratégias de *coping*, as negativas, com outras estratégias.

As várias estratégias de *coping* adaptam-se de um estado complexo de encontro com o stress para o outro. Se compilarmos os vários estados de *coping* em um estado complexo de encontro, estaremos a ter uma falsa noção do processo de *coping*. Algumas estratégias de *coping* estão direccionadas para situações de stress no seu geral, enquanto outras estratégias são utilizadas para um contexto particular indutor de stress.

A respeito do que foi referido, Pearlin e Schooler (1978, citados por Vaz-Serra, 2011), mostram que as estratégias de *coping* que condizem à busca de informação e resolução do problema, acarretam efeitos benéficos a nível do funcionamento psicológico, que atenuam a influência adversa das modificações negativas da vida, como indutoras de stress, que tendem a reaparecer ao longo do tempo.

Segundo Michell, Cronkite e Moss (1983, citados por Vaz-Serra, 2011), demonstram que as pessoas que tendem a utilizar estratégias de resolução de problemas, tem uma maior inclinação que as restantes pessoas de ficarem deprimidas.

De acordo com o referido anteriormente, as situações de stress, são acompanhadas de emoções desagradáveis. Ao alcançarem uma intensidade elevada, tornam-se difíceis de controlar, desorganizando as rotinas dos indivíduos, interferindo com o seu bem-estar (Vaz-Serra, 2011).

Existem inúmeros tipos de estratégias que o ser humano dispõe e utiliza para a redução da tensão emocional que sente. Por vezes procura falar os seus problemas com

alguém, na tentativa de que o facto de partilhar possa atenuar o peso da carga que sente. Noutras situações, a fuga, de forma real ou imaginária, das situações desagradáveis pelas quais passa, é também uma opção. Por exemplo, o facto de se envolverem atividades alternativas, pode dar-lhe prazer (ao indivíduo), podendo ser essas atividades ir a um espetáculo, ou apenas ouvir música ou ver um vídeo, que faz com que o indivíduo se entretenha por algum tempo, esse distraia das suas preocupações. Existem pessoas que não toleram, de forma muito desagradável o stress, que se deitam e deixam-se ficar na cama por dias seguidos (Vaz-Serra, 2011).

Por outro lado, existem formas de fuga mais subtis, as quais se realizam pelo desenvolvimento de atividades profissionais, enquanto que ao se manterem ativos e a realizarem algumas tarefas que prendam a atenção do indivíduo, durante esse mesmo período em que focam as atenções nessa atividade, afastam-se daquilo que lhe provoca desgaste (Vaz-Serra, 2011).

Existem também indivíduos que buscam fugir no tempo e no espaço, e para tal, organizam viagens, que os afastem temporariamente dos locais que lhe relembram acontecimentos penosos (Vaz-Serra, 2011).

Já outros indivíduos buscam o afastamento desses acontecimentos, atuando diretamente nas emoções, fumando ou ingerindo bebidas alcoólicas, tomar calmantes com regularidade, ingerindo alimentos em excesso, praticando ioga, praticando exercício físico e fazendo relaxamentos (Vaz-Serra, 2011).

Pearlin e Schooler (1978, citado por Vaz-Serra, 2011), particularizam o controlo percetivo relativamente à situação se exerce através de vários processos. Um desses processos, centra-se na neutralização da ameaça, na qual o indivíduo elabora comparações positivas acerca do problema em relação com o outro, explicando que “poderia ser pior” ou, “...apesar de tudo correu bem”(p.450). Um outro processo, surge por interposto de uma ignorância seletiva, na qual a ocorrência é minimizada, sendo-lhe atribuída uma pequena orientação hierárquica: “isto não tem importância nenhuma. Não é nada em comparação com outras coisas...”(p.450). Outro processo, é o adiamento do confronto: “Mais vale não fazer nada porque o tempo ajuda a resolver o problema...”(p.450). Por fim, o último processo, constitui numa estratégia de evitamento ativo da situação: “Mas para que hei-de preocupar com isto se não é um problema que me diz verdadeiramente respeito...”(p.450).

Latack (1986, citado por Vaz-Serra, 2011), destaca que os mecanismos redutores dos estados de tensão, são díspares na sua finalidade. Por vezes são úteis, quando permitem um determinado afastamento dos problemas, o que ajuda os indivíduos a realizarem uma análise com maior subjetividade relativamente aos acontecimentos e à tomada de decisões. Por outro lado, podem ser úteis “se nada mais houver a fazer”(p.450) quando diante de uma situação indutora de stress. Em outras alturas, relaciona-se com o objetivo que leva o ser humano a fugir, quer seja de forma real ou imaginária da situação desagradável em que este vive, com o único intuito da atenuação da dor moral. Assim sendo, neste caso, o tipo de estratégias acarreta um teor prejudicial, caso o indivíduo adie o confronto e a solução para um problema concreto que carece de ser solucionado. Em outras situações, o indivíduo procura apenas uma redução imediata das emoções indesejáveis.

Assim, na tentativa imediata de esbater as emoções, existem processos que se tornam benéficos, tais como ouvir música, praticar ioga, relaxamento ou exercício físico. Outros, por seu lado, são prejudiciais e capazes de compor uma fonte secundária de stress, que são originários de complicações físicas, sociais ou psicológicas, que poderão levar ao consumo de drogas ilícitas, fumar, beber ou comer em excesso (Vaz-Serra, 2011).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4 – Metodologia

A etimologia da palavra “metodologia” resulta da combinação de duas palavras de origem grega, *méthodos* (organização) e *lógos* (estudo/razão). Assim sendo, metodologia é o estudo da organização e trajeto a ser percorrido para que se efetue uma pesquisa ou estudo (Reis, 2010).

De modo geral, a investigação é caracterizada pela utilização de conceitos, teorias, linguagem, técnicas e instrumentos com o intuito de responder a problemas que surgem no âmbito do trabalho. É uma imposição para que um trabalho científico siga um rumo, podendo ser analisado de modo crítico por outros.

Assim sendo, a metodologia é o modo como o trabalho é estruturado, tendo em conta os objetivos a atingir, ou seja, é o processo racional que permite alcançar conhecimentos, demonstrar a verdade, sempre, seguindo uma lógica.

Uma das principais preocupações por parte de quem realiza uma pesquisa é a escolha da metodologia adequada, uma vez que esta terá de ser ajustada aos objetivos e hipóteses de investigação, e para tal, a metodologia desenrola-se em duas etapas: etapa teórica e etapa empírica (Reis, 2010).

4.1 – Contextualização e Objetivos do Estudo

A institucionalização crescente dos idosos surge como consequência direta do envelhecimento populacional e das alterações resultantes da evolução das estruturas familiares, exigindo, conseqüentemente, que os profissionais de assistência sejam altamente qualificados, auxiliando quer na manutenção da qualidade de vida, quer do bem-estar (Pereira & Marques, 2014).

Assim, e seguindo o entendimento de Gonçalves *et al.*, (1992, citado por Sequeira 2010), os cuidadores formais assumem preponderância no auxílio ao idoso na realização das atividades e tarefas quotidianas, estando, por isso, sujeitos a pressões de ordem social e profissional, que conduzem, não raras vezes, a estados emocionais de exaustão.

O estado de exaustão emocional e o stress vivenciado pelos cuidadores formais no âmbito da sua atividade laboral, integra aquela designação clínica que segundo

Freitas (1999, citado por Queirós, 2005), surge como uma metáfora que define um estado de fadiga física e mental – O *Burnout*.

Segundo Alvarez, *et al.*, (1993, citado por Queirós, 2005), uma das características do *Burnout* é a sua manifestação em sujeitos que normalmente desempenham funções de ajuda e assistência, nos quais se geram alterações emocionais que se consubstanciam em sentimentos de vazio, fracasso e incapacidade para o trabalho.

O *Burnout* é um síndrome caracterizado pela verificação de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Entendemos, portanto, com Maslach (1982, citada por Pinto & Chambel, 2008), que as exigências emocionais e profissionais impostas aos profissionais de assistência são causa direta e principal do *Burnout*.

4.1.1 – Local do Estudo

O estudo realizado teve lugar na Fundação Betânia - Centro Apostólico de Acolhimento e Formação, fundada a 31 de Dezembro de 1996. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos.

Esta instituição encontra-se ao serviço da população idosa e contempla três respostas sociais: Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia (CD). A sua área de intervenção abrange todo o distrito de Bragança.

Presentemente a sua Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) conta com 66 utentes, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) com 33 utentes e o Centro de Dia (CD) 10 utentes. A equipa técnica de apoio à Fundação é composta por 41 colaboradores.

4.1.2 – Objetivos do Estudo

Para a realização deste estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar os níveis de *Burnout* nas suas diferentes dimensões numa amostra de colaboradores de uma Estrutura Residencial para Idosos;
- Estudar a distribuição dos níveis de *Burnout* segundo variáveis de atributo;
- Desenhar um projeto de intervenção tendo em mente a prevenção e/ou diminuição do *Burnout*.

4.2 – Participantes

Os participantes do presente estudo desenvolvem a sua atividade profissional na Estrutura Residencial para Idosos caracterizada anteriormente.

4.2.1 – Seleção da Amostra

De acordo com Fortin (2009), a amostra é uma fração de uma população, é sobre esta que se realiza um estudo. Esta deverá representar a população, ou seja, as características dessa população devem estar representadas em todos os elementos constituintes.

Utilizar uma amostra detém determinadas vantagens no plano prático, contudo é necessário que esta representação seja fiel da população em estudo.

Para a sua seleção foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Colaboradores da instituição Fundação Betânia, com contato direto com os utentes e que os voluntários acessem a participar no estudo.

Dos 41 colaboradores existentes, 37 responderam ao questionário aplicado para o diagnóstico da situação. Dos 4 não participaram, os motivos da sua não participação prendem-se com: 1 não preencheu por não pretender, 1 não preencheu por não fazer parte dos quadros da Fundação Betânia e 2 não tem contato direto com os utentes. Assim, para o diagnóstico de situações de *Burnout* a amostra resultou em 37 colaboradores.

4.2.2 – Amostra - colaboradores

A amostra é constituída por 37 colaboradores que exercem funções na Fundação Betânia em Bragança. Destes, 32 (86,5%) são do sexo feminino e os restantes do masculino. A maioria dos colaboradores é casada (n=23, 62,2%), apenas um é divorciado ou separado e os restantes 13 (35,1%) são solteiros. A idade varia entre os 22 e 58 anos sendo a idade média de 38,19 anos e o desvio padrão 10,28 anos. Por faixas etárias, registaram-se 40,5% (n=15) dos colaboradores com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, há 21,6 (n=8) com idade inferior a 30 anos, e os restantes repartem-se de forma igual pelas faixas etárias 40 a 49 anos e 50 ou mais anos.

Aproximadamente 30% (n=11) têm o 3.º ciclo, 27% (n=10) completaram o ensino secundário e os restantes 16 (43,2%) têm habilitação superior. A grande maioria dos colaboradores 83,8% (n=31) reside em meio urbano.

Dos 37 colaboradores, a maioria (56,8%; n=21) tem filhos, e destes, 12 têm 2 filhos e os restantes 9 têm um filho. Cinco colaboradores têm outros dependentes (um ou dois).

Quanto à profissão, 35,1% (n=13) estão incluídos nos trabalhadores qualificados e 64,9% (n=24) nos não qualificados. No primeiro grupo estão contemplados os profissionais de saúde, especialistas de trabalho social e ainda conservador/restaurador. Nos não qualificados foram incluídos os trabalhadores dos cuidados pessoais e similares, trabalhadores dos serviços gerais, limpeza e da cozinha.

Quanto ao tempo de exercício da profissão, obteve-se uma variação entre 0,4 anos (aproximadamente 5 meses) e os 25 anos, sendo a média 9,62 desvio padrão 6,39 anos. E, ainda, o tempo de exercício de funções na instituição varia entre 0,3 anos e 18 anos, sendo a média 8,85 anos e o desvio padrão 5,51 anos.

Dos 37 colaboradores, há dois que exercem funções a tempo parcial noutra instituição, tendo indicado 4 e 10 horas semanais. A maioria dos colaboradores trabalha por turnos (n=20; 54,1%), o horário de trabalho é 40 horas semanais (n= 29; 78,4%), são efetivos ou do quadro (n=26; 70,3%). No que concerne ainda a situação contratual, há 10,8% de colaboradores com vínculo precário a termo, 8,1% estão em prestação de serviços e há 4 (10,8) que estão a realizar um estágio profissional. Quanto ao tipo de cuidados prestados um colaborador faz apenas apoio domiciliário, há 14 (37,8%) que

exercem funções como internos na instituição e os restantes 59,5% exercem ambos os tipos de funções. De uma maneira geral, podemos afirmar que os colaboradores faltam pouco ao serviço, pois no último ano 70,3% refere nunca ter faltado e no último mês 86,5% nunca faltou. A grande maioria refere também que não sairia da instituição e que não mudaria de profissão (89,2% e 83,8%, respetivamente). Estes resultados constam da tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra atendendo às variáveis sociodemográficas, profissionais e absentismo

		N	%	
Sexo	Masculino	5	13,5	
	Feminino	32	86,5	
Estado Civil	Solteiro	13	35,1	
	Casado/união de facto	23	62,2	
	Divorciado/Separado	1	2,7	
Idade	≤29 anos	8	21,6	
	30 – 39 anos	15	40,5	
	40 – 49 anos	7	18,9	
	≥50 anos	7	18,9	
	Estatísticas descritivas	Min. =22; Max. =58 $\bar{x} \pm s = 38,19 \pm 10,28$		
Habilitações literárias	3.º ciclo	11	29,7	
	Ensino secundário	10	27,0	
	Ensino superior	16	43,2	
Local de residência	Rural	6	16,2	
	Urbano	31	83,8	
Filhos	Não	16	43,2	
	Sim	21	56,8	
Profissão	Qualificados	13	35,1	
	Não qualificados	24	64,9	
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Anos de profissão	0,4	25	9,62	6,39
Anos na instituição	0,3	18	8,85	5,51
			N	%
Trabalho por turnos	Não	17	45,9	
	Sim	20	54,1	
Situação contratual	Efetivo/quadro	26	70,3	
	Vínculo precário a termo	4	10,8	
	Prestação de serviços	3	8,1	
	Estágio profissional	4	10,8	
Tipo de cuidados prestados	Domiciliários	1	2,7	
	Internos na instituição	14	37,8	
	Ambos	22	59,5	
Absentismo no último ano	Nunca	26	70,3	
	Raramente	5	13,5	
	Algumas vezes	5	13,5	
	Bastantes vezes	1	2,7	
Absentismo no último mês	Nunca	32	86,5	
	Raramente	4	10,8	
	Algumas vezes	1	2,7	

Na amostra em estudo, a maioria referiu não sofrer de qualquer doença (n=25; 67,6%) e não toma medicação (n=22; 59,5%). Dos que tomam medicação (n=15; 40,5%), 3 automedicam-se, 8 tomam medicamentos prescritos por um médico e os restantes 4 referem que às vezes a medicação é prescrita por um médico (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a presença de doença e toma de medicação

Variável		N	%
Presença de doença	Não	25	67,6
	Sim	12	32,4
Toma de medicação	Não	22	59,5
	Sim	15	40,5
Medicamentos prescritos pelo médico (n=15)	Não	3	20,0
	Sim	8	53,3
	Às vezes	4	26,7

Cada um dos 12 colaboradores que referiram padecer de alguma doença referiu como exemplo de patologia: ansiedade, artrite reumatóide, asma e alergias, doença renal, hipertensão, problemas de tiróide. Da mesma forma, também a medicação apresentada é muito variada, tendo-se registado a pílula anticoncepcional em 8,1%, hormonas tiróideas e inibidor de bomba de protão em 5,4%.

4.3 – Procedimentos

No seguinte subcapítulo, descrevem-se todos os procedimentos necessários para se proceder à realização do estudo, os quais se referem ao desenho de estudo, procedimentos éticos e deontológicos, procedimentos de recolha de dados e os instrumentos de medida.

4.3.1 – *Desenho de Estudo*

As componentes nobres de estudo são o desenho e os métodos de investigação, sendo a partir destes permitido, ou não, dar respostas à questão de investigação inicial,

possibilitando assim a recolha de informação essencial, a partir de procedimentos e modos adequados, o que possibilita o estabelecimento dos pontos fulcrais da investigação (Ribeiro, 2010).

No que diz respeito a análise da problemática em causa, existem as seguintes classificações qualitativa e quantitativa (Reis, 2010).

Para o presente estudo a metodologia selecionada foi a quantitativa. Para Patton (1990, citado por Ribeiro, 2010), nas técnicas qualitativas é possível ao investigador abordar um assunto com maior detalhe e profundidade. Por outro lado, as técnicas quantitativas necessitam de utilizar medidas e métodos padronizados, que se convertem em números, e assim, não é possível a expressão da panóplia de perspetivas e experiências das pessoas, tendo em conta que as opções de resposta, logo à partida se encontram limitadas.

Na presente investigação optou-se por desenhar um estudo descritivo, analítico de carácter transversal.

Os estudos descritivos têm a particularidade de permitir a obtenção de informações relevantes acerca da população alvo do estudo. Diferentemente, os estudos analíticos permitem aferir da necessidade dessas mesmas características, podendo tomar um carácter transversal. Assim, dizemos que os estudos analítico-transversais pretendem explicitar os resultados através de correlações estatísticas ou do exame das relações estatísticas, entre diversas variáveis, num dado momento (Ribeiro, 2010).

4.3.2 – Procedimentos Éticos e Deontológicos

Quando se trata da execução de uma investigação, os aspetos éticos e deontológicos assumem um carácter de especial importância. Ao não se seguir um código de ética que direcione as etapas a concretizar, a investigação poderá ser posta em causa (Ribeiro, 1999).

Para a realização do presente estudo, começou-se por apresentar um pedido de autorização à direção da Estrutura Residencial para Idosos para a realização do presente trabalho o qual obteve resposta favorável (Anexo1).

Ao realizar uma investigação, é necessário adotar uma postura de responsabilidade, competência e cuidado, relativos ao bem-estar dos participantes. É da

responsabilidade de quem investiga executar apenas tarefas para as quais está habilitado (Ribeiro, 1999).

Ao dar início à investigação, o investigador deve abordar os participantes de forma a esclarecer o intuito, objetivos definidos e a responsabilidade que cabe às partes integrantes no processo de investigação. É fornecido um consentimento informado a todos os que participam, redigido com linguagem clara e objetiva, esclarecendo a razão da investigação, e alertando-os para a liberdade de participar ou desistir a qualquer momento do processo. Garantiu-se ainda total anonimato e que a sua participação não lhe acarreta nenhuma despesa ou inconveniente (Ribeiro,1999) (Anexo 2).

4.3.3 – Procedimentos de Recolha de Dados

A aplicação do instrumento de recolha de dados decorreu no mês de janeiro de 2015. O tempo despendido pelos participantes no preenchimento do instrumento foi de aproximadamente de 20 minutos.

Houve casos em que os colaboradores solicitaram a presença da investigadora para o esclarecimento de algumas questões. Esses esclarecimentos foram prestados em local reservado para evitar distrações e/ou intromissões, garantindo assim a confidencialidade e anonimato.

4.4 – Instrumento de Recolha de Dados

Para o desenvolvimento do presente estudo selecionou-se o questionário como instrumento de recolha de dados.

Um questionário contempla questões sobre um tema concreto e é aplicado a um grupo que reproduza a população em estudo (Sousa & Baptista, 2011). O questionário, enquanto instrumento de recolha de informação, torna mais fácil o tratamento e análise da informação. Importante salientar que os questionários do tipo fechado apresentam um cariz mais objetivo exigindo um esforço relativamente menor por parte de quem os preenche (Sousa & Baptista, 2011).

O questionário elaborado para o presente estudo contempla duas partes distintas: a primeira visa a obtenção de informação sociodemográfica e profissional, enquanto a segunda é referente à temática estudada, o *Burnout* (Anexo III).

A **Escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI)** é o instrumento utilizado para a obtenção de dados relativos o Síndrome de *Burnout*. O MBI constitui a ferramenta de recolha mais conhecida no estudo e análise do síndrome, providenciando uma visão Multidimensional. Trata-se, pois, de uma escala psicométrica de medida do *Burnout*. Gil-Monte e Pieró (1999). (Anexo IV).

Originariamente, a escala de MBI era constituída por 4 dimensões, com 25 itens: a Exaustão Emocional (9itens); a Despersonalização (5itens); e, ainda, a Realização Pessoal (8itens) e o Envolvimento (3itens).

Em 1986, e após a realização de estudos de investigação, o MBI foi revisto, retirando-lhe a dimensão Envolvimento, pelo que a escala passou a ser composta por três dimensões de 22 itens, como se pode observar nos quadros 1, 2 e 3, relativamente às dimensões (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993) .

Os itens são escritos como sendo sentimentos ou atitudes pessoais, e são respondidos, em termos de frequência, numa escala de 7 pontos. Todo o item deve ser pontuado segundo uma escala tipo Likert, que varia de zero a seis, com sete opções de resposta sendo “zero” para “nunca” e “seis” para “todos os dias”. (Maslach,1993)

Para avaliar o síndrome de *Burnout* foi utilizado o inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-HSS), questionário este validado por Maslach e Jackson, sendo que a sua versão definitiva surge em 1986. A consistência interna da versão original consubstanciava-se em 0.90 para a exaustão emocional; 0,79 para a despersonalização; e 0.71 para a realização pessoal, revelando, assim, uma boa consistência. (Vicente, Oliveira,&Maroco2013).

O facto de o *Burnout* ser entendido como uma construção multidimensional e contínua, exige que os níveis de medição do MBI sejam definidos como altos, moderados ou baixos, para cada uma das três subescalas (Micklevitz,2001). Conceptualiza-se o *Burnout* como uma variável contínua, o que significa que pode ser experienciado em termos de grau (baixo, moderado ou elevado) e não como uma variável dicotómica, que ora está presente, ora ausente. Assim sendo, nas subescalas relativas à exaustão emocional e à despersonalização, os valores altos correspondem a

níveis altos de *Burnout*. Inversamente, baixos níveis na subescala da realização pessoal, correspondem a altos níveis perceptíveis de *Burnout*. (Kowalski & Podlesny, s/d)

A dimensão de exaustão emocional que se refere a sentimentos que ultrapassam os limites emocionais levando a exaustão dos recursos emocionais. A dimensão é composta por 9 itens. A despersonalização consubstancia-se numa resposta negativa, de insensibilidade e afastamento perante os outros, concretamente aqueles a quem a assistência ou os cuidados são prestados. A dimensão é composta por 5 itens. A realização pessoal é referente à diminuição da mesma, nomeadamente no respeitante aos sentimentos de competência e sucesso profissional sentidos pelos cuidadores. A dimensão é composta por 8 itens (Maslach, 1993).

Quadro 1. Dimensões do MBI: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal

Dimensão	Questões
Exaustão Emocional	1. Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho
	2. Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho
	3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego
	6. Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me
	8. O meu trabalho deixa-me completamente exausto
	13. Sinto-me frustrado(a) no trabalho
	14. Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego
	16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me muito stresse
	20. Sinto-me como uma corda esticada até ao fim
Despersonalização	5. Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objetos pessoais
	10. Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que atualmente desempenho
	11. Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura
	15. Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da organização onde trabalho
	22. Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas
Realização Pessoal	4. Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho
	7. Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da organização onde trabalho
	9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas
	12. Sinto-me cheio(a) de energia
	17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço
	18. Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço
	19. No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor
	21. No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais

Fonte: Gil-Monte e Peiró (1999)

O *Burnout* deve ser entendido como uma construção multidimensional e, por isso mesmo, as subescalas não devem ser combinadas, de modo a revelar os seus níveis absolutos (Micklevitz, 2001).

O facto de o *Burnout* ser entendido como uma construção multidimensional e contínua, exige que os níveis de medição do MBI sejam definidos como altos, moderados ou baixos, para cada uma das três subescalas. Assim sendo, nas subescalas relativas à exaustão emocional e à despersonalização, os valores altos correspondem a altos níveis perceptíveis de *Burnout*. Inversamente, baixos níveis na subescala da realização pessoal, correspondem a altos níveis perceptíveis de *Burnout* (Micklevitz, 2001).

O quadro abaixo indica vários níveis de percepção de *Burnout* para cada subescala, bem ainda os seus resultados:

Quadro 2. Scores consoante as 3 Dimensões da Escala MBI

	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	7-12	13+
Realização Pessoal	39+	32-38	0-31

Fonte: Micklevitz (2001)

Maslach e Jackson (1986) citado por Gil-Monte e Peiró (1999) entendem que a dimensão da exaustão emocional apresenta 9 questões (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), assumindo um nível mínimo de 0 e um nível máximo de 54. Assim, a pontuação mais elevada no âmbito desta dimensão corresponde a uma tensão que vai para além dos limites do indivíduo. A dimensão da despersonalização apresenta 5 questões (5, 10, 11, 15, 22), assumindo um nível mínimo de 0 e um nível máximo de 30, sendo que a pontuação mais elevada evidencia que o indivíduo tende a distanciar-se dos outros e a perspetivá-los como se de objetos se tratassem. A dimensão realização pessoal apresenta 8 questões (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), assumindo um nível mínimo de 0 e o máximo de 48. (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993)

Um nível alto de *Burnout* exige que o profissional obtenha um nível alto nas dimensões relativas à exaustão emocional e à despersonalização, aliados a um nível baixo na dimensão da realização pessoal (Micklevitz, 2001).

Um nível médio de *Burnout* consubstancia-se na evidência de valores intermédios nas três subescalas, pelo que, conseqüentemente, um nível baixo de *Burnout* traduz-se em níveis baixos nas dimensões da exaustão emocional e da despersonalização e altos na dimensão da realização pessoal (Micklevitz, 2001).

Assim, e atendendo aos dados plasmados no quadro 3, podemos analisar a distribuição das dimensões do MBI, as questões que lhes estão subjacentes, bem ainda, os seus valores mínimos e máximos.

Quadro 3. Dimensões do MBI, Mínimo, Máximo

Dimensão da MBI	Questões	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0	54
Despersonalização	5,10,11,15,22	0	30
Realização Pessoal	4,7,9,12,17,18,19,21	0	48

Fonte: (Gil-Monte e Peiró (1999); Schaufeli, Maslach, et al. (1993))

O MBI-HSS, na sua versão original apresenta uma boa consistência interna, dado que os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram:

Quadro 4. Coeficiente de fiabilidade das subescalas do MBI-HSS

Dimensões	Estudo Original (Maslach Jackson,1986) (n=1316)
Exaustão Emocional	0.90
Despersonalização	0.79
Realização Pessoal	0.71

Fonte: (Vicente, Oliveira, & Maroco, 2013)

4.5 – Metodologia de Tratamento de Dados

Para o tratamento estatístico dos dados fez-se uso do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, versão 22*) e calcularam-se:

- Medidas de tendência central e de dispersão, bem como frequências absolutas e relativas tendo em mente a caracterização da amostra;
- Para verificar se as variáveis seguem a distribuição normal recorreu-se à utilização do teste de Shapiro-Wilk, atendendo a que a amostra é constituída por menos de 50 pessoas;
- Para a comparação de médias, e atendendo à não normalidade das variáveis, recorreu-se à utilização do teste U de Mann - Whitney (2 amostras independentes) e Kruskal Wallis (mais que 2 amostras independentes).

4.5.1 – Operacionalização das Variáveis

De acordo com Reis (2010) variável representa algo que se altera, que se distingue.

Para Fortin (2009, p.48) variáveis são: “qualidades propriedades ou características de objetos, de pessoas, ou de situações, que são estudadas numa investigação”, as quais podem assumir valores distintos.

Dependendo da sua utilização numa investigação, as variáveis podem ser classificadas de forma diferentes.

No presente estudo, a variável dependente diz respeito aos níveis de *Burnout* em Cuidadores Formais, tendo recorrido à Escala Maslach *Burnout* Inventory como instrumento de medida do *Burnout* nas suas três dimensões. As variáveis independentes correspondem às variáveis sociodemográficas, clínicas e laborais do Questionário Sociodemográfico.

Atendendo ao tratamento estatístico efectuado, houve necessidade de proceder à operacionalização de algumas variáveis. Tal foi o caso de:

Idade: variável questionada de forma aberta e posteriormente agrupada em classes de amplitude 10.

Sexo: variável nominal com duas categorias: Feminino e Masculino.

Estado Civil: variável nominal composta por cinco opções de resposta: “Solteira/o”; “Casada/o”; “União de Facto”; “Divorciada/o” e “Viúva/o”. Posteriormente, aquando da aplicação dos testes de hipóteses, foi necessário dicotomizar esta variável em casados e outros.

Local de Residência: variável nominal composta por duas opções de resposta: Rural e Urbano.

Filhos: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não. Quando a resposta é sim, a subquestão é de resposta aberta, agrupando-se posteriormente consoante a semelhança de respostas

Dependentes: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não. Quando a resposta é sim, as subquestões são de resposta aberta e, como na variável anterior, as respostas foram agrupadas de acordo com as suas semelhanças.

Habilitações Literárias: variável ordinal, de carácter fechado com sete possibilidades de resposta: “Não sabe ler nem escrever”; “Sabe ler e/ou escrever mas não completou o 1º Ciclo”; “1º Ciclo”; “2º Ciclo”; “3º Ciclo”; “Ensino Secundário”; e “Ensino Superior”. No entanto, verificou-se posteriormente que os cuidadores tinham níveis de escolaridade iguais ou superiores ao terceiro ciclo do ensino básico e, como tal, utilizada desta forma para os testes de hipóteses.

Profissão: Questionada inicialmente de forma aberta, foi posteriormente operacionalizada em duas categorias: trabalhadores qualificados e não qualificados.

Anos de profissão: variável questionada de forma aberta e tratada estatisticamente enquanto variável numérica contínua.

Atividade desempenhada: variável nominal de resposta aberta agrupada posteriormente de acordo com a semelhança de actividades.

Tempo exercício da função na instituição: variável nominal de resposta aberta tratada estatisticamente enquanto variável numérica contínua.

Trabalho parcial noutra instituição: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não.

Trabalho por turnos: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não.

Número de horas de trabalho semanais: variável questionada de forma aberta tratada estatisticamente enquanto variável numérica contínua.

Situação contratual: variável nominal composta por quatro opções de resposta: “Do quadro/efetivo”; “Vínculo precário e termo”; “Prestação de serviços”; e “Estágio Profissional”. Tendo em consideração o tratamento estatístico a efectuar, esta variável foi posteriormente dicotomizada em “Do quadro/efectivo” vs outros.

Tipo de Cuidados Prestados: variável nominal composta por três opções de resposta: “Domiciliários”; “Internos na Instituição”; e “Ambos”.

Absentismo no último ano: variável ordinal de carácter fechado com quatro opções de resposta: “Nunca”; “Raramente”; “Algumas vezes”; e “Bastantes vezes”.

Absentismo no último mês: variável ordinal de carácter fechado com quatro opções de resposta: “Nunca”; “Raramente”; “Algumas vezes”; e “Bastantes vezes”.

Presença de doença: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não. Quando a resposta é sim, a subquestão é de resposta aberta, agrupando de acordo com a semelhança de resposta.

Toma de medicação: variável nominal composta por duas opções de resposta: Sim e Não. Quando a resposta é sim, as subquestões são de resposta aberta. agrupando de acordo com a semelhança de resposta.

5 – Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo começa-se por apresentar a análise descritivas dos níveis de *Burnout*, analisando a sua distribuição pelas dimensões bem como a identificação dos itens onde o *Burnout* é mais evidente.

Na tabela 3 apresentamos os resultados registados em cada dimensão da escala MBI e estabelece-se a sua comparação com os valores teóricos das dimensões da escala. A dimensão exaustão emocional regista uma média de 13,73 pontos numa variação de 4 a 41 pontos, valores claramente inferiores aos valores teóricos da escala, média de 27 pontos numa variação de 0 a 54 pontos. Na dimensão despersonalização, observa-se que, da mesma forma os valores obtidos ($\bar{x} = 3,81$; min: 0; máx:12) são muito inferiores aos valores teóricos da dimensão. Contrariamente, na dimensão de realização pessoal, os valores obtidos ($\bar{x} = 39,11$; min: 7; máx: 47) são superiores aos valores teóricos da dimensão.

Tabela 3. Valores teóricos e valores observados em cada dimensão da escala MBI

Dimensões	Valores teóricos			Valores observados		
	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx
Exaustão Emocional	27	0	54	13,73	4	41
Despersonalização	15	0	30	3,81	0	12
Realização pessoal	24	0	48	39,11	7	47

Estabelecendo a análise por cada item das dimensões, tabela 4, pode observar-se que na exaustão emocional, a resposta mais frequente foi “Algumas vezes por ano”. A exceção, foi no item “Sinto-me frustrado no trabalho” em que 43,2% dos inquiridos respondeu “Nunca”. Ainda nesta dimensão os itens com maior *Burnout* correspondente percentual acumulado das classificações indicativas de *Burnout* são: “sinto-me exausto no fim de um dia de trabalho” (18,9%); “Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego” (13,5%); “O meu trabalho

deixa-me completamente exausto” (16,6%) e “Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego” (16,2).

Nos cinco itens da dimensão despersonalização a resposta mais frequente foi “Nunca” com percentagens bastante elevadas, exceto no item “Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura” cujas repostas ficaram mais repartidas pelo “Nunca” (43,2%) e “Algumas vezes por ano” (40,5%). Globalmente a média registada nesta dimensão foi de 3,85 com um desvio padrão de 3,65 pontos.

Na dimensão realização pessoal, as respostas dos inquiridos centram-se “algumas vezes por semana” (com percentagens a variar entre 16,2 e 59,5) e “Todos os dias” (8,1 a 18,9%). A média registada foi de 39,11 pontos com um desvio padrão de 9,18 pontos. Nesta dimensão os itens com maior *Burnout* são: “Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas” (16,2%); “Sinto-me entusiasmado após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço” (18,9%) e “No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor” (13,5%).

Tabela 4. Resultados MBI e suas dimensões

	0	1	2	3	4	5	6	4+5+6	
	%	%	%	%	%	%	%		
Exaustão Emocional	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu Trabalho	8,1	62,2	8,1	21,6	-	-	-	-
	Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho	-	51,4	2,7	27,0	-	13,5	5,4	18,9
	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego	29,7	40,5	5,4	8,1	2,7	10,8	2,7	13,5
	Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me	32,4	45,9	5,4	8,1	-	2,7	5,4	8,1
	O meu trabalho deixa-me completamente exausto	5,4	64,9	5,4	8,1	-	10,8	5,4	16,6
	Sinto-me frustrado(a) no trabalho	43,2	37,8	5,4	10,8	2,7	-	-	2,7
	Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego	18,9	54,1	2,7	8,1	-	10,8	5,4	16,2
	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me muito Stress	21,6	59,5	2,7	5,4	-	5,4	5,4	10,8
	Sinto-me como uma corda esticada até ao fim	37,8	40,5	2,7	10,8	-	8,1	-	8,1
	$\bar{x} \pm s = 13,73 \pm 9,02$								
Despersonalização	Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objetos impessoais	83,8	2,7	-	8,1	-	-	5,4	5,4
	Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que atualmente desempenho	78,4	10,8	2,7	-	-	-	8,1	8,1
	Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura	43,2	40,5	2,7	5,4	-	-	8,1	8,1
	Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da instituição onde trabalho	78,4	10,8	2,7	2,7	-	-	5,4	5,4
	Sinto que os clientes/utentes da instituição me culpam por alguns dos seus problemas	56,8	29,7	-	5,4	-	5,4	2,7	8,1
	$\bar{x} \pm s = 3,81 \pm 3,65$								
								0+1+2	
Realização Pessoal	Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho	-	8,1	-	13,5	-	18,9	59,5	8,1
	Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da instituição onde trabalho	2,7	8,1	-	-	2,7	29,7	56,8	9,8
	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas	2,7	13,5	-	5,4	2,7	16,2	59,5	16,2
	Sinto-me cheio(a) de energia	2,7	5,4	2,7	16,2	2,7	54,1	16,2	10,8
	Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço	-	8,1	2,7	2,7	-	27,0	59,5	10,8
	Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço	-	10,8	8,1	-	2,7	29,7	48,6	18,9
	No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor	-	10,8	2,7	2,7	2,7	24,3	56,8	13,5
	No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais	2,7	8,1	2,7	2,7	2,7	29,7	51,4	13,5
	$\bar{x} \pm s = 39,11 \pm 9,18$								

Legenda: 0 – Nunca; 1 – Algumas vezes por ano; 2 – Uma vez por mês; 3 – Algumas vezes por mês; 4 – Uma vez por semana; 5 – Algumas vezes por semana; 6 – Todos os dias

Na tabela 5 apresentamos a distribuição da amostra segundo os níveis de *Burnout* em cada uma das dimensões. Na dimensão exaustão emocional 73% regista um *Burnout* baixo, em 16,2% é moderado e 10,8% apresentam um *Burnout* elevado. Na despersonalização, a grande maioria dos colaboradores (83,8%) apresenta *Burnout* baixo e os restantes (16,2%) *Burnout* moderado. Por último, na dimensão realização pessoal, 67,6% apresentam *Burnout* baixo, em 21,6% é moderado e nos restantes 10,8% é elevado.

Atendendo ao referido, não há indivíduos com *Burnout* elevado na dimensão Despersonalização.

Tabela 5. Distribuição por categoria em cada dimensão do MBI na amostra

		N	%
Exaustão Emocional	Baixo	27	73,0
	Moderado	6	16,2
	Alto	4	10,8
Despersonalização	Baixo	31	83,8
	Moderado	6	16,2
	Alto	-	-
Realização pessoal	Baixo	25	67,6
	Moderado	8	21,6
	Alto	4	10,8

Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e o MBI

Na tabela 6 apresentamos as frequências absolutas e as relativas por sexo, nas várias dimensões do *Burnout*.

A análise da tabela permite verificar que, do total do sexo feminino 5 (16,0%) e 3 (9,0%) evidenciaram respectivamente níveis moderados e elevados de exaustão emocional, verificando-se que no sexo masculino existe um homem com nível moderado de *Burnout* nesta dimensão e outro com elevado nível na mesma dimensão.

No que diz respeito à despersonalização, os dados expressos na tabela permitem verificar que 6 do sexo feminino (19%) evidenciam moderados níveis de *Burnout*, não existindo ninguém do sexo masculino que tivesse sido classificado neste nível. De igual forma não foram obtidos resultados que permitissem classificar os colaboradores com elevados níveis nesta dimensão.

Na realização pessoal existem 7 colaboradoras (22,0%) e 1 colaborador (20,0%) classificados com nível moderado de *Burnout*, observando-se ainda que 4 do sexo feminino (12%) evidenciaram níveis elevados nesta dimensão, e não se tendo obtido nenhum do sexo masculino com este nível de *Burnout*.

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo o sexo e dimensões do *Burnout*

		sexo	
		Feminino	Masculino
Exaustão emocional	Baixo	24 (75%)	3 (60%)
	Moderado	5 (16%)	1 (20%)
	Alto	3 (9%)	1 (20%)
Despersonalização	Baixo	26 (81%)	5 (100%)
	Moderado	6 (19%)	- (0%)
Realização pessoal	Baixo	21 (66%)	4 (80%)
	Moderado	7 (22%)	1 (20%)
	Alto	4 (12%)	- (0%)

Quanto ao estado civil, tabela 7, os divorciados ou separados são os que apresentam menor *Burnout*, em cada dimensão, pois nem todas as dimensões apresentam nível baixo. Na exaustão emocional há 15% (2) de indivíduos solteiros que apresentam *Burnout* moderado e 8% (1) com nível elevado; nos casados ou em união de facto, registou-se 17% (4) com nível moderado e 13% (3) com nível alto. Na despersonalização nenhum colaborador solteiro apresenta *Burnout* moderado ou alto, mas nos casado ou em união de facto registaram-se 26% (6) com nível moderado de *Burnout*. Na realização pessoal contabilizaram-se 23% (3) de colaboradores solteiros com *Burnout* moderado e nenhum com nível alto, e nos casados ou em união de facto 22% (5) apresentaram nível moderado e 17% (4) nível alto.

Tabela 7. Distribuição da amostra segundo o estado civil e dimensões do *Burnout*

		Estado civil		
		Solteiro	Casado/união de facto	Divorciado /separado
Exaustão emocional	Baixo	10 (77%)	16 (70%)	1 (100%)
	Moderado	2 (15%)	4 (17%)	- (0%)
	Alto	1 (8%)	3 (13%)	- (0%)
Despersonalização	Baixo	13 (100%)	17 (74%)	1 (100%)
	Moderado	- (0%)	6 (26%)	- (0%)
Realização pessoal	Baixo	10 (77%)	14 (61%)	1 (100%)
	Moderado	3 (23%)	5 (22%)	- (0%)
	Alto	- (0%)	4 (17%)	- (0%)

Quanto ao *Burnout* evidenciado pelas várias faixas etárias dos colaboradores, apresentamos na tabela 8 as frequências absolutas e relativas pelas várias categorias. Na exaustão emocional os colaboradores com menos de 30 anos registaram-se 25% com nível moderado de *Burnout* e nenhum com nível elevado. Nos colaboradores com idade entre 30 a 39 anos observaram-se 20% com nível moderado e 13% com nível alto, e, nos colaboradores com idades entre 40 a 49 anos apenas 1 evidenciou nível alto de *Burnout* e nos restantes, com idade superior ou igual a 50 anos, contabilizaram-se um com nível moderado e outro com nível alto.

Na despersonalização nenhum colaborador com idade inferior a 30 anos apresentou nível moderado ou elevado de *Burnout*. Mas, dos colaboradores com 30 a 39 anos contabilizaram-se dois (13%) com *Burnout* moderado, e, nos restantes colaboradores 2 (29%) em cada faixa etária.

Na realização pessoal, 12% dos colaboradores com idade inferior a 30 anos evidenciaram nível moderado de *Burnout*, nos colaboradores com 30 a 39 anos 33% foram contabilizados com *Burnout* moderado e 7% com elevado, nos colaboradores com 40 a 49 anos nenhum foi mensurado com nível moderado ou elevado e nos restantes colaboradores houve 29% com nível moderado e 42% com nível alto.

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo a faixa etária e dimensões do *Burnout*

		Faixas etárias			
		≤29	30 – 39	40 – 49	≥50
Exaustão emocional	Baixo	6(75%)	10 (67%)	6 (86%)	5 (71%)
	Moderado	2 (25%)	3 (20%)	- (0%)	1 (14%)
	Alto	- (0%)	2 (13%)	1 (14%)	1 (14%)
Despersonalização	Baixo	8 (100%)	13 (87%)	5 (71%)	5 (71%)
	Moderado	- (0%)	2 (13%)	2 (29%)	2 (29%)
Realização pessoal	Baixo	7 (88%)	9 (60%)	7 (100%)	2 (29%)
	Moderado	1 (12%)	5 (33%)	- (0%)	2 (29%)
	Alto	- (0%)	1 (7%)	- (0%)	3 (42%)

Quanto ao local de residência, tabela 9, na exaustão emocional contabilizaram-se nos residentes em meio rural 17% com *Burnout* moderado e igual percentagem com *Burnout* alto, e nos residentes em meio urbano essa percentagens foram de 16% e 10%, respetivamente.

Na despersonalização registaram-se 33% e 13% com *Burnout* moderado, nos residentes em meio rural e urbano, respetivamente.

Na realização pessoal 33% dos residentes em meio rural evidenciaram nível moderado de *Burnout* e também 33% com nível alto; no meio urbano, com nível moderado foram contabilizados 19% e com nível alto 7%.

Tabela 9. Distribuição da amostra segundo o local de residência e dimensões do *Burnout*

		Local de Residência	
		Rural	Urbano
Exaustão emocional	Baixo	4 (67%)	23 (74%)
	Moderado	1 (17%)	5 (16%)
	Alto	1 (17%)	3 (10%)
Despersonalização	Baixo	4 (67%)	27 (87%)
	Moderado	2 (33%)	4 (13%)
Realização pessoal	Baixo	2 (33%)	23 (74%)
	Moderado	2 (33%)	6 (19%)
	Alto	2 (33%)	2 (7%)

Na exaustão emocional, nos colaboradores sem filhos, foram contabilizados 25% com *Burnout* moderado e 6% com *Burnout* alto; sendo essas frequências relativas de 10% e 14%, respetivamente, nos colaboradores com filhos.

Na despersonalização, nenhum colaborador sem filhos foi mensurado com nível moderado de *Burnout*, mas 29% dos que têm filhos apresentaram *Burnout* moderado.

Na realização pessoal, 25% dos colaboradores sem filhos apresentaram *Burnout* moderado, e nos que têm filhos, registaram-se 19% com nível moderado e 19% com nível alto. Estes resultados são apresentados na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a parentalidade e dimensões do *Burnout*

		Filhos	
		Não	Sim
Exaustão emocional	Baixo	11 (69%)	16 (76%)
	Moderado	4 (25%)	2 (10%)
	Alto	1 (6%)	3 (14%)
Despersonalização	Baixo	16 (100%)	15 (71%)
	Moderado	- (0%)	6 (29%)
Realização pessoal	Baixo	12 (75%)	13 (62%)
	Moderado	4 (25%)	4 (19%)
	Alto	- (0%)	4 (19%)

Na tabela 11 consta a distribuição da amostra pelas categorias de *Burnout* em cada dimensão atendendo ao trabalho por turnos. Na exaustão emocional 15% dos trabalhadores por turnos apresentaram *Burnout* moderado e 10% *Burnout* alto; já nos colaboradores que não trabalham por turnos 18% foram mensurados com nível moderado e 12% com nível alto.

Na despersonalização, 12% dos colaboradores que não trabalham por turnos e 20% dos que trabalham por turnos foram contabilizados com *Burnout* moderado.

Nos colaboradores que não trabalham por turnos 12% apresentaram *Burnout* moderado na realização pessoal e também 12% *Burnout* alto. Já nos que trabalham por turnos, 30% registaram *Burnout* moderado e 10% *Burnout* alto.

Tabela 11. Distribuição da amostra segundo horário praticado por turnos e dimensões do *Burnout*

		Trabalho por turnos	
		Não	Sim
Exaustão emocional	Baixo	12 (71%)	15 (75%)
	Moderado	3 (18%)	3 (15%)
	Alto	2 (12%)	2 (10%)
Despersonalização	Baixo	15 (88%)	16 (80%)
	Moderado	2 (12%)	4 (20%)
Realização pessoal	Baixo	13 (77%)	12 (60%)
	Moderado	2 (12%)	6 (30%)
	Alto	2 (12%)	2 (10%)

Na tabela 12 apresentamos a distribuição da amostra no que toca à situação contratual.

Na exaustão emocional, 19% dos colaboradores do quadro/efetivos evidenciaram *Burnout* moderado e 15% *Burnout* alto. Nos colaboradores com vínculo precário e termo 25% apresentaram *Burnout* moderado e nenhum foi mensurado com *Burnout* alto. Nos restantes colaboradores nenhum evidenciou nível moderado ou alto de *Burnout* na exaustão emocional.

Na despersonalização 19% dos colaboradores do quadro/efetivos e 25% dos que têm vínculo precário e termo forma contabilizados com *Burnout* moderado e nenhum com *Burnout* alto. Nos restantes colaboradores nenhum foi mensurado com nível moderado ou alto.

Na realização pessoal, 23% e 15% dos colaboradores do quadro/efetivos foram contabilizados com *Burnout* moderado e alto, respetivamente. Nos colaboradores com vínculo precário e termo 50% evidenciaram *Burnout* moderado e nenhum com alto. Nos restantes colaboradores nenhum foi mensurado com nível moderado ou alto de *Burnout*.

Tabela 12. Distribuição da amostra segundo a situação contratual e dimensões do *Burnout*

		Situação contratual			
		Do quadro/efetivo	Vínculo precário e termo	Prestação de serviços	Estágio profissional
Exaustão emocional	Baixo	17 (65%)	3 (75%)	3(100%)	4 (100%)
	Moderado	5 (19%)	1 (25%)	- (0%)	- (0%)
	Alto	4 (15%)	- (0%)	- (0%)	- (0%)
Despersonalização	Baixo	21 (81%)	3 (75%)	3 (100%)	4 (100%)
	Moderado	5 (19%)	1 (25%)	- (0%)	- (0%)
Realização pessoal	Baixo	16 (62%)	2 (50%)	3 (100%)	4 (100%)
	Moderado	6 (23%)	2 (50%)	- (0%)	- (0%)
	Alto	4 (15%)	- (0%)	- (0%)	- (0%)

Na tabela 13 apresentamos o cruzamento entre a variável deixar a instituição e as dimensões do *Burnout*. Dos colaboradores que não deixariam a instituição, 21% e 9% apresentaram nível moderado e alto de *Burnout*, respetivamente, nas dimensões

exaustão emocional e realização pessoal, sendo essas percentagens de 25% nas duas categorias nos colaboradores que deixariam a instituição.

Na despersonalização foram contabilizados 18% dos colaboradores que não deixariam a instituição com *Burnout* moderado e nenhum dos restantes colaboradores foi mensurado nessa categoria.

Tabela 13. Distribuição da amostra segundo o desejo de sair da instituição e dimensões do *Burnout*

		Deixaria a instituição	
		Não	Sim
Exaustão emocional	Baixo	23 (70%)	2 (50%)
	Moderado	7 (21%)	1 (25%)
	Alto	3 (9%)	1 (25%)
Despersonalização	Baixo	27 (82%)	4 (100%)
	Moderado	6 (18%)	- (0%)
Realização pessoal	Baixo	23 (70%)	2 (50%)
	Moderado	7 (21%)	1 (25%)
	Alto	3(9%)	1 (25%)

Dos colaboradores que afirmam que não mudariam de profissão 19% e 10% foram mensurados com *Burnout* moderado e alto, respetivamente, na dimensão exaustão emocional; sendo que apenas um colaborador que mudaria de profissão foi contabilizado com *Burnout* alto. Na despersonalização 18% dos colaboradores que não mudariam de profissão apresentaram *Burnout* moderado e nenhum dos restantes foi contabilizado nesta categoria. Na dimensão realização pessoal, 19% e 10% dos que não mudariam de profissão foram contabilizados com *Burnout* moderado e alto, respetivamente, sendo essas frequências relativas de 33% e 17%, nos colaboradores que mudariam de profissão. Estes resultados constam da tabela 14.

Tabela 14. Distribuição da amostra segundo a vontade de mudar de profissão e dimensões do *Burnout*

		Mudaria de profissão	
		Não	Sim
Exaustão emocional	Baixo	22 (71%)	5 (83%)
	Moderado	6 (19%)	- (0%)
	Alto	3 (10%)	1 (17%)
Despersonalização	Baixo	27 (82%)	4 (100%)
	Moderado	6 (18%)	- (0%)
Realização pessoal	Baixo	22 (71%)	3 (50%)
	Moderado	6 (19%)	2 (33%)
	Alto	3(10%)	1 (17%)

Dos colaboradores que padecem de alguma doença 17% e 8% foram mensurados com *Burnout* moderado e alto, respectivamente, na dimensão exaustão emocional. Nos colaboradores que não padecem de qualquer patologia, 16% apresentaram *Burnout* moderado e 12% alto.

Na despersonalização, 12% dos que não padecem de doença e 25% dos restantes apresentaram *Burnout* moderado, e nenhum colaborador apresentou *Burnout* alto.

Na realização pessoal, 12% e 8% dos que não padecem de doença foram contabilizados com *Burnout* moderado e alto, respectivamente. Nos restantes colaboradores, 42% foram contabilizados com *Burnout* moderado e 17% com alto. Estes resultados constam da tabela 15.

Tabela 15. Distribuição da amostra segundo presença de patologia e dimensões do *Burnout*

		Doença	
		Não	Sim
Exaustão emocional	Baixo	18 (72%)	9 (75%)
	Moderado	4 (16%)	2 (17%)
	Alto	3 (12%)	1 (8%)
Despersonalização	Baixo	22 (88%)	9 (75%)
	Moderado	3 (12%)	3 (25%)
Realização pessoal	Baixo	20 (80%)	5 (42%)
	Moderado	3 (12%)	5 (42%)
	Alto	2 (8%)	2 (17%)

5.1 Análise Inferencial

Burnout segundo o sexo

Ao analisar os níveis de *Burnout* segundo o sexo, verificou-se que na Exaustão emocional os do sexo masculino evidenciavam níveis mais elevados de *Burnout* (feminino: $\bar{x}=13,59$; masculino: $\bar{x} = 14,60$). Aquando da aplicação do teste U de Mann - Whitney, verificou-se que as diferenças existentes não apresentavam relevância estatística (U Mann- Whitney = 80,00; p = 1,00)

Na Despersonalização observou-se que do sexo feminino apresentavam médias mais elevadas de *Burnout* nesta dimensão (feminino: $\bar{x} = 4,22$; masculino: $\bar{x} = 1,20$). Estas diferenças foram confirmadas pela aplicação do teste U Mann - Whitney (35,00; p=0,046) que demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nesta dimensão segundo o sexo.

No que à realização pessoal diz respeito, verificaram de igual forma médias mais elevadas nas pessoas do sexo feminino, evidenciando níveis mais baixos de *Burnout* (feminino: $\bar{x} = 38,88$; masculino: $\bar{x} = 40,60$). A aplicação do teste U Mann-Whitney (70,00; p = 0,682), não evidenciou a existência de diferenças significativas dos níveis de *Burnout* nesta dimensão segundo os sexos (tabela 16).

Tabela 16: Diferenças entre sexo por subescalas

Dimensão	Sexo	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Exaustão emocional	Feminino	32	19,00	80,00	1,00
	Masculino	5	19,00		
	Total	37			
Despersonalização	Feminino	32	20,41	35,00	0,046
	Masculino	5	10,00		
	Total	37			
Realização pessoal	Feminino	32	19,31	70,00	0,682
	Masculino	5	17,00		
	Total	37			

***Burnout* segundo o estado civil**

A análise estabelecida aos níveis de *Burnout* nas diferentes dimensões segundo o estado civil permite verificar que as pessoas casadas evidenciaram níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões da escala. (Exaustão emocional: solteiros/divorciados: $\bar{x} = 13,14$; casados: $\bar{x} = 14,09$; Despersonalização: solteiros/divorciados: $\bar{x} = 2,29$; casados: $\bar{x} = 4,74$; Realização pessoal: solteiros/divorciados: $\bar{x} = 41,43$; casados: $\bar{x} = 37,70$). No entanto, após a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias em nenhuma das dimensões segundo o estado civil ($p > 0,005$) (Tabela17).

Tabela 17: Diferenças entre estado civil por subescalas

Dimensão	Estado civil	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Exaustão emocional	Solteiros + divorciados	14	20,50	140,0	0,509
	casados/união de facto	23	18,09		
	Total	37			
Despersonalização	Solteiros+divorciados	14	15,00	105,0	0,076
	casados/união de facto	23	21,43		
	Total	37			
Realização pessoal	solteiros+divorciados	14	20,32	142,5	0,560
	casados/união de facto	23	18,20		
	Total	37			

***Burnout* segundo a faixa etária**

Os dados expressos na tabela 18 permitem verificar que as pessoas com 50 e mais anos apresentaram níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões: Exaustão emocional ($\bar{x} = 16,14$); Despersonalização ($\bar{x} = 5,29$) e realização pessoal ($\bar{x} = 32,00$).

Pelo teste de Kruskal Wallis verificou-se que as diferenças nas médias é estatisticamente significativa na dimensão de realização pessoal (Kruskal Wallis = 8,266; $p = 0,041$).

Tabela 18: Diferenças entre faixa etária por subescala

Dimensão	Grupo etário	N	Mean Rank	Média	Kruskal Wallis	p
Exaustão emocional	<=29 anos	8	19,06	11,88	2,812	0,421
	30-39 anos	15	20,17	14,27		
	40-49 anos	7	13,21	12,29		
	>= 50 anos	7	22,21	16,14		
	Total	37		13,73		
Despersonalização	<=29 anos	8	19,19	3,50	1,992	0,574
	30-39 anos	15	16,27	3,27		
	40-49 anos	7	21,29	3,86		
	>= 50 anos	7	22,36	5,29		
	Total	37		3,81		
Realização pessoal	<=29 anos	8	22,31	42,50	8,266	0,041
	30-39 anos	15	16,43	38,13		
	40-49 anos	7	27,21	44,43		
	>= 50 anos	7	12,50	32,00		
	Total	37		39,11		

Burnout segundo as habilitações literárias

Os dados expressos da tabela 19 permitem verificar que as pessoas do 3º ciclo são as que apresentam níveis mais elevados de *Burnout* nas três dimensões. Exaustão Emocional ($\bar{x} = 15,36$); Despersonalização ($\bar{x} = 5,09$); Realização Pessoal ($\bar{x} = 36,73$). Apesar disso a aplicação do teste de Kruskal Wallis não demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das diferentes dimensões segundo as habilitações literárias ($p > 0,005$).

Tabela 19: Diferenças entre habilitações literárias por subescala

Dimensão	Habilitações Literárias	N	Mean Rank	Média	Kruskal Wallis	p
Exaustão emocional	3º Ciclo (9º ano)	11	19,41	15,36	1,100	0,577
	Ensino Secundário	10	16,05	10,30		
	Ensino Superior	16	20,56	14,75		
	Total	37		13,73		
Despersonalização	3º Ciclo (9º ano)	11	22,32	5,09	2,261	0,323
	Ensino Secundário	10	19,90	4,10		
	Ensino Superior	16	16,16	2,75		
	Total	37		3,81		
Realização pessoal	3º Ciclo (9º ano)	11	16,68	36,73	0,814	0,666
	Ensino Secundário	10	19,20	37,30		
	Ensino Superior	16	20,47	41,88		
	Total	37		39,11		

Burnout segundo o local de residência

Os dados expressos na tabela 20 permitem verificar a não existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de *Burnout* nas distintas dimensões segundo o local de residência ($p > 0,005$). No entanto, pela análise descritiva, pode verificar-se que as pessoas que vivem em ambiente rural evidenciaram níveis mais elevados em todas as dimensões (Exaustão emocional: Rural= 15,83: urbano=13,32; Despersonalização: Rural=5,00: Urbano=3,58; Realização pessoal: Rural=36,50: urbano=39,61).

Tabela 20: Diferenças entre local de residência por subescalas

Dimensão	Local de residência	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Exaustão emocional	Rural	6	21,25	79,500	0,577
	Urbano	31	18,56		
	Total	37			
Despersonalização	Rural	6	20,42	84,500	0,723
	Urbano	31	18,73		
	Total	37			
Realização pessoal	Rural	6	13,83	62,000	0,198
	Urbano	31	20,00		
	Total	37			

***Burnout* segundo a existência de filhos**

A análise das médias de *Burnout* nas suas três dimensões segundo a existência de filhos permitiu verificar que os colaboradores com filhos evidenciavam médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões despersonalização (sim: $\bar{x} = 4,90$; não: $\bar{x} = 2,38$) e de realização pessoal (sim: $\bar{x} = 37,81$; não: $\bar{x} = 40,819$). Na Exaustão emocional observou-se situação inversa (sim: $\bar{x} = 13,48$; não: $\bar{x} = 14,06$). Apesar das diferenças observadas, o teste U de Mann-Whitney não confirmou a existência de diferenças significativas nas médias de *Burnout* segundo a existência de filhos ($p > 0,005$) (tabela 21).

Tabela 21: Diferenças de filhos por subescala

Dimensão	Têm filhos	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão emocional	Não	16	22,09	118,50	0,128
	Sim	21	16,64		
	Total	37			
Despersonalização	Não	16	15,09	105,50	0,052
	Sim	21	21,98		
	Total	37			
Realização pessoal	Não	16	18,84	165,50	0,938
	Sim	21	19,12		
	Total	37			

***Burnout* segundo o trabalho por turnos**

A tabela 22 expressa a distribuição dos níveis de *Burnout* por dimensão e trabalho por turnos. Apesar de, numa análise descritiva se verificar que quem trabalha por turnos evidenciou níveis mais baixos de Exaustão Emocional (sim: $\bar{x} = 12,80$; não: $\bar{x} = 14,82$); quem trabalha por turnos apresentou níveis mais elevados de Despersonalização (sim: $\bar{x} = 4,40$; não: $\bar{x} = 3,12$) e, um nível de *Burnout* ligeiramente inferior a quem trabalha em horário fixo (sim: $\bar{x} = 38,90$; não: $\bar{x} = 39,35$) na Realização pessoal. A aplicação do teste U de Mann-Whitney não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *Burnout* segundo esta variável.

Tabela 22: Diferenças de turnos por subescala

Dimensão	Trabalha por turnos?	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Exaustão emocional	Não	17	19,74	157,50	0,702
	Sim	20	18,38		
	Total	37			
Despersonalização	Não	17	17,09	137,50	0,316
	Sim	20	20,63		
	Total	37			
Realização pessoal	Não	17	19,00	170,00	1,00
	Sim	20	19,00		
	Total	37			

***Burnout* segundo situação contratual**

As pessoas efectivas na instituição demonstraram possuir médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões de Exaustão emocional ($\bar{x} = 14,81$) e de Realização pessoal ($\bar{x} = 37,50$). Já na Despersonalização foram as pessoas com vínculo precário à instituição que evidenciaram níveis de *Burnout* nesta dimensão ($\bar{x} = 6,25$). As diferenças nas médias observadas não foram, no entanto, comprovadas pela aplicação do teste de Kruskal Wallis ($p > 0,005$) (tabela 23).

Tabela 23: Diferenças de situação contratual por subescala

Dimensão	Situação contratual:	N	Mean Rank	Média	Kruskal Wallis	p
Exaustão emocional	Do quadro/efectivo	26	19,31	14,81	1,074	0,783
	Vínculo precário e termo	4	21,25	12,75		
	Prestação de serviços	3	13,17	9,00		
	Estágio profissional	4	19,13	11,25		
	Total	37		13,73		
Despersonalização	Do quadro/efectivo	26	17,96	3,54	2,320	0,509
	Vínculo precário e termo	4	25,63	6,25		
	Prestação de serviços	3	22,50	4,00		
	Estágio profissional	4	16,50	3,00		
	Total	37		3,81		
Realização pessoal	Do quadro/efectivo	26	16,96	37,50	6,581	0,087
	Vínculo precário e termo	4	15,88	39,50		
	Prestação de serviços	3	28,50	44,67		
	Estágio profissional	4	28,25	45,00		
	Total	37		39,11		

***Burnout* segundo tipo de profissão**

As pessoas qualificadas na instituição demonstraram possuir médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões de Exaustão emocional ($\bar{x} = 14,54$) e de Realização pessoal ($\bar{x} = 42,31$). Já na Despersonalização foram as pessoas não qualificadas que evidenciaram maiores níveis de *Burnout* nesta dimensão ($\bar{x} = 4,29$). As diferenças nas médias observadas não foram, no entanto, comprovadas pela aplicação do teste U de Mann-Whitney ($p > 0,005$) (tabela 24).

Tabela 24: Diferenças de profissão por subescala

Dimensão	Profissão	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Exaustão emocional	Qualificado	13	20,65	134,50	0,499
	Não qualificado	24	18,10		
	Total	37			
Despersonalização	Qualificado	13	16,58	124,50	0,321
	Não qualificado	24	20,31		
	Total	37			
Realização pessoal	Qualificado	13	21,50	123,50	0,306
	Não qualificado	24	17,65		
	Total	37			

***Burnout* segundo a presença de doença**

A análise estabelecida aos níveis de *Burnout* nas diferentes dimensões segundo a existência de doença permite verificar que as pessoas com doença evidenciaram níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões da escala. (Exaustão emocional: Não: $\bar{x} = 13,48$; Sim: $\bar{x} = 14,25$; Despersonalização: não $\bar{x} = 3,60$; sim: $\bar{x} = 4,25$; Realização pessoal: não: $\bar{x} = 40,84$; sim: $\bar{x} = 35,50$). Após a aplicação do teste U Mann-Whitney comprovou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias na realização pessoal ($p=0,041$) entre os grupos. Na exaustão emocional e na despersonalização as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,005$) (Tabela25).

Tabela 25: Diferenças por sofrer de doença por subescala

Dimensão	Sofre doença	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão emocional	Não	25	18,52	138,00	0,713
	Sim	12	20,00		
	Total	37			
Despersonalização	Não	25	18,86	146,50	0,911
	Sim	12	19,29		
	Total	37			
Realização pessoal	Não	25	21,50	87,50	0,041
	Sim	12	13,79		
	Total	37			

6 – Discussão dos Resultados

Apresentamos, agora, os resultados obtidos no âmbito do presente estudo, contrapondo-os com diversos estudos acerca da temática.

A consciência sobre as dificuldades a que, diariamente, os cuidadores formais estão sujeitos, a sua exposição a situações desgastantes e, ainda, a sua perceção do *Burnout*, exige que se aprofunde o conhecimento acerca dos métodos e instrumentos essenciais para a melhoria do bem-estar destes profissionais.

No presente estudo, e usando o questionário MBI-HSS, escala original Americana, conseguiu-se avaliar a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal, nos 37 colaboradores que participaram no estudo.

Os dados sociodemográficos, demonstram uma desigualdade no que se refere ao sexo uma vez que 86,5% dos colaboradores da Instituição em estudo são do sexo feminino e 13,5% masculino, com uma média de 38,19% anos (min.:22 anos; máx.:58 anos), pertencentes maioritariamente ao grupo etário dos 30 a 39 anos (40,5%). Estes resultados são semelhantes ao estudo de Ferreira (2014), que avaliou a qualidade de vida, vulnerabilidade, ao stress e o *Burnout* dos cuidadores formais de idosos com Alzheimer, numa amostra de 30 cuidadores formais, e verificou de igual forma uma maior predominância do género feminino, com uma percentagem de 73,2%, e 26,7 do género masculino.

Considerando a distribuição dos colaboradores por estado civil, verificamos que maioritariamente a amostra estudada é constituída por pessoas casados/união de facto (62,2%), solteiros (35,1%), divorciados ou separados (2,7%). Estes resultados corroboram com o estudo obtido por Monteiro, Queirós, e Marques (2014), sobre empatia e *engagement* como preditores do *Burnout* em cuidadores formais, numa amostra de 71 cuidadores de idosos, tendo verificado que maioritariamente os indivíduos da amostra eram também casados (83,3%).

Relativamente às habilitações literárias da amostra estudada podemos constatar maior predominância de colaboradores licenciados com 43,2%, com 3º ciclo 29,7%, e

27,0% com ensino secundário. Estes resultados contrariam o estudo efectuado por Marques (2013), sobre o *Burnout* nos Ajudantes de Acção Direta que Trabalham em Lares Residenciais para Idosos, numa amostra de 71 participantes onde a autora refere que 42,3% dos indivíduos possuem o 3º ciclo, 29,6% o ensino secundário, 9,9% o 1º ciclo completo, 8,5% 2º ciclo, e 4,2% o ensino superior.

Na amostra estudada podemos verificar que a maioria (56,8%) tem filhos, resultados concordantes com os obtidos por Almeida (2013), sobre o Síndrome de *Burnout* de cuidadores formais (auxiliares de acção direta) de idosos institucionalizados, numa amostra de 100 cuidadores em que cerca de 88,9% tem pelo menos 1 filho.

No que concerne a situação contratual 70,3% dos colaboradores são efetivos ou encontram-se no quadro, realidade semelhante ao estudo efectuado por Vaz (2013), sobre Síndrome de *Burnout* em prestadores de cuidados de saúde em lares da terceira idade, numa amostra de 173 profissionais, em que a maioria se encontra como efectivo (80,3%), estando os restantes com o contrato a termo.

Na análise do tipo de horário de trabalho praticado podemos verificar que a maioria dos colaboradores trabalha por turnos com uma percentagem de 54,1%, em que o horário semanal se traduz em 40 horas (78,4%). Este facto vai de encontro ao estudo de Gregório (2015), no estudo que desenvolveu acerca da qualidade de vida, estratégias de *coping Burnout*, sobrecarga e sintomas psicopatológicas, junto de uma amostra de 40 cuidadores formais, onde 47,5% dos indivíduos estudados trabalhavam também por turnos.

Na avaliação MBI, verificou-se que os colaboradores da instituição (n=37) evidenciaram baixos níveis de *Burnout* em todas as dimensões que a escala avalia Exaustão emocional: $\bar{x} = 13,73$; Despersonalização: $\bar{x} = 3,81$ e Realização Pessoal: $\bar{x} = 39,11$.

Uma vez analisados os resultados segundo os níveis de *Burnout* em todas as dimensões da escala, verificou-se que, no global de colaboradores, 16,2 e 10,8% evidenciam, respectivamente, níveis médios e elevados de exaustão emocional. Na dimensão de despersonalização, 16,2% evidenciaram nível médio de *Burnout*, enquanto na Realização Pessoal 10,8% obtiveram classificação compatível com altos níveis de *Burnout* nesta dimensão.

Os resultados do presente estudo evidenciam níveis de *Burnout* mais baixos aos obtidos por Marques (2013) que obteve proporções superiores de níveis médio e elevado nas três dimensões.

Uma vez avaliados os níveis de *Burnout* segundo o sexo, e analisando os resultados obtidos na amostra referente à subescala Exaustão Emocional, podemos observar que os homens apresentam maiores níveis de *Burnout* na dimensão Exaustão Emocional, contudo sem significado estatístico. Quanto às mulheres, podemos afirmar que as mesmas evidenciam níveis mais elevados que os homens na subescala Despersonalização, verificando-se diferenças estatisticamente significativas. Na subescala Realização pessoal, as mulheres apresentam maiores níveis de *Burnout* que os homens mas não existem diferenças estatisticamente significativas. No estudo de Maslach (1981) citado por Queirós (2005), as mulheres apresentam níveis mais elevados que os homens em exaustão emocional, e os homens níveis mais elevados na Despersonalização e Realização pessoal. Nos estudos efectuados por Dikx (1999) citado por Queirós (2005) verificou-se que as mulheres apresentavam níveis mais elevados de *Burnout* do que os homens, derivado ao seu duplo papel. A este respeito Mendes (1995) cita estudos de Kandolin (1993) citado por Queirós (2005), nos quais se afirma uma preponderância maior ou menor da variável sexo no Síndrome de *Burnout* em função do papel social desempenhado pelas mulheres, que variará dependendo da comunidade e dos intervenientes em causa. Em consequência, se a comunidade valoriza principalmente o papel da mulher enquanto pilar da estrutura familiar, é natural que surjam tensões a nível laboral. Refira-se, ainda, que os estudos citados não coincidem com a amostra em estudo. Quanto à análise dos níveis de *Burnout* em função do estado civil dos colaboradores, podemos afirmar que os casados evidenciam níveis mais elevados em todas as suas dimensões, não existindo, contudo, diferenças estatisticamente significativas. Os resultados descritos não são coincidentes com os afirmados em Maslach, et.al (1985), Garcia (1990, citados por Queirós (2005)), segundo os quais os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de *Burnout*. Em contraposição, Queirós (2005) afirma que os profissionais casados são aqueles que apresentam mais propensão ao stress, originando situações de esgotamento.

No que diz respeito ao local de residência, verificamos, em função dos resultados obtidos, que os colaboradores residentes em ambiente rural evidenciam

níveis mais elevados de *Burnout*, em todas as suas dimensões, não existindo, contudo, diferenças estatisticamente significativas. Já Silva (2016), num estudo acerca do Síndrome de *Burnout* em cuidadores formais, utilizando a escala CBI, numa amostra de 77 participantes, obtivera-se níveis baixos de *Burnout* em função da variável do meio rural, este estudo não corrobora com resultados obtidos na amostra.

Os colaboradores com idade igual ou superior a 50 anos são aqueles que apresentam níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões, verificando-se estatisticamente relevante na dimensão Realização Pessoal. Ferreira (2014) desenvolveu um estudo sobre Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e *Burnout* nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer, tendo como amostra um grupo de 30 cuidadores, e verificou que os mais novos são aqueles que evidenciam maiores níveis de *Burnout*. Também Prata (2014), no seu estudo acerca do *Burnout*, *Coping* e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação, com uma amostra de 94 trabalhadores, verificou que com o avanço da idade, ocorre uma tendência para a diminuição dos níveis de Exaustão Emocional. Por outro lado os estudos desenvolvidos por Seltzer e Numerof (1988, in Parreira, 1998) citados por Queirós (2005), afirmam que a característica da experiência profissional evidencia a existência de uma relação linear positiva, entre o *Burnout* e a experiência profissional.

Na situação contratual constatamos que os colaboradores efetivos ou com uma relação contratual mais duradoura, são aqueles que evidenciam níveis mais elevados de *Burnout* nas dimensões Exaustão Emocional e Realização Pessoal. Na dimensão Despersonalização, os colaboradores com vínculo contratual mais precário ou instável são aqueles que evidenciam níveis de *Burnout* mais elevados. Pese embora os resultados descritos, não podemos afirmar que se verifiquem dados estatisticamente significativos.

Vaz (2013), num estudo acerca do Síndrome de *Burnout* em prestadores de cuidados de saúde em lares de terceira idade, com uma amostra de 173 profissionais, utilizando a escala SMBM, constatou que os trabalhadores com vínculo laboral a termo, apresentam menores níveis de *Burnout* em comparação com aqueles com um vínculo efetivo à entidade patronal, resultados que contrariam parcialmente os obtidos no presente estudo.

Nas habilitações literárias, constatamos que os colaboradores com habilitações correspondentes ao 3º ciclo, evidenciam níveis de *Burnout* mais elevados, nas três

dimensões, não se verificando, contudo, diferenças estatisticamente significativas. Silva (2016) afirma, no seu estudo, que o Síndrome de *Burnout* não sofre influências decorrentes das habilitações literárias dos seus participantes, no que diz respeito às três dimensões do CBI.

A variável relacionada com a existência de filhos permite inferir que os colaboradores com filhos demonstram médias mais elevadas de *Burnout*, nas dimensões Despersonalização e Realização Pessoal. Quanto à dimensão Exaustão Emocional, constatou-se precisamente o inverso.

Maslach, et., al (1985, citado por Queirós 2005), refere, atendendo às pesquisas efetuadas que os indivíduos com filhos apresentam níveis mais baixos de *Burnout*, contrariando parcialmente os resultados desta investigação.

Constatamos ainda que as pessoas que trabalham por turnos evidenciam níveis mais baixos de exaustão emocional e de realização pessoal, e mais elevados de despersonalização, relativamente a quem trabalha em horário fixo. A este respeito, Vasques- Garcia, Esperón e González-Losa (2013), num estudo sobre Síndrome de *Burnout* em Cuidadores de idosos que trabalham em casas de assistência social, junto de 46 trabalhadores, verificaram que os indivíduos que trabalham em horário rotativo noturno são mais afetados pelo *Burnout*, contrariando os resultados por nós obtidos. Gregório (2015) entende que não existem diferenças na perceção do *Burnout* em função do trabalho rotativo, reportando-se ao seu estudo acerca da Qualidade de Vida, Estratégias de *Coping Burnout*, sobrecarga e sintomas psicopatológicos, realizado junto de 40 cuidadores formais, com a aplicação da escala IBC.

Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo

Como referido anteriormente, o presente estudo teve com objetivo a análise dos níveis de *Burnout* nos colaboradores de uma estrutura residencial para idosos segundo variáveis de atributo.

Com a realização do presente estudo pretendeu-se ainda, com base nos resultados obtidos, desenhar um projeto de intervenção no âmbito das estratégias de *coping* do *Burnout*, como recomendação da sua implementação na Estrutura Residencial onde o estudo foi desenvolvido.

Em consequência da análise efectuada, podemos afirmar que os resultados obtidos indicam que grande parte dos cuidadores foram classificados como possuindo níveis baixos de *Burnout*, nas suas três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização; e Realização Pessoal. No entanto, realça-se a existência de 16,2% dos participantes que evidenciaram níveis moderados de Exaustão emocional e de Despersonalização, bem como 21,6% que foram classificados no mesmo nível de Realização Pessoal.

Verificou-se ainda a existência de 10,8% de colaboradores classificados como possuindo alto nível de Exaustão emocional e de Realização pessoal, dados que indicam claramente a necessidade de intervenção preventiva neste grupo de profissionais.

Os dados obtidos permitem, ainda, concluirmos na dimensão Despersonalização, o sexo feminino apresentam níveis mais elevadas de *Burnout* que o sexo masculino com diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas pelos dois sexos.

Os colaboradores com mais de 50 anos apresentam níveis mais elevados de *Burnout*, comparativamente aos mais jovens nas três dimensões analisadas, revelando-se que as diferenças de médias é estatisticamente significativa na dimensão Realização Pessoal.

Também aqueles que referiram padecer de alguma doença, evidenciaram médias mais elevadas de *Burnout*, na dimensão Realização Pessoal, com diferenças estatisticamente significativas entre quem referiu padecer de alguma doença e quem afirmou não possuir tal situação.

Apesar de se terem verificado diferentes níveis de *Burnout* segundo as restantes variáveis estudadas, as diferenças observadas nas médias de *Burnout* nas distintas dimensões não revelaram significado estatístico.

Assim, e atendendo aos resultados acima evidenciados, é possível inferir da necessidade de intervenção neste grupo profissional, apostando primariamente na promoção da saúde dos trabalhadores e, concretamente na prevenção e combate ao Síndrome de *Burnout*, com a adoção de estratégias de *coping*, que permitam, de alguma forma, atenuar os efeitos nefastos que se evidenciam sempre e quando os colaboradores experienciem níveis de stress prolongados. Estão descritas na literatura inúmeras estratégias e instrumentos que, se utilizados de forma contínua concorrem para a redução dos níveis de tensão emocional que se revelam prejudiciais para a sua saúde física e mental do ser humano. Falar e expor os problemas a alguém de confiança é, muitas vezes, o primeiro passo na tentativa de atenuar o peso que o stress gera no indivíduo.

E mais, assistir a algum tipo de espetáculo, ouvir música ou ver um filme, são atividades quotidianas que permitem, de algum modo, distrair o indivíduo durante algum tempo, afastando a sua atenção dos problemas que o perturbam. Neste sentido, Vaz Serra (2011) entende existirem formas mais subtis de atingir esse estado emocional de inatividade, nomeadamente através da realização de atividades profissionais, dado que, enquanto os indivíduos se mantêm ativos com tarefas que concentrem a sua atenção, retiram o foco daquilo que lhes causa desgaste e sofrimento.

Refere, ainda o mesmo autor, que alguns indivíduos procuram uma fuga no tempo e no espaço, organizando viagens que lhes permitam um afastamento, ainda que temporário, dos locais que lhes recordem sucessos penosos e frustrantes. Refere também aqueles, que atuando diretamente sobre as suas emoções, buscam a fuga através da ingestão de bebidas alcoólicas, toma de calmantes com regularidade, ingestão de alimentos em excesso, uso de tabaco, prática de ioga ou outros exercícios físicos, ou através da utilização de técnicas de relaxamentos (Vaz Serra, 2011).

Existem, portanto, variadíssimos processos que são benéficos no esbater das emoções e que permitem, de forma satisfatória, combater o stress e *Burnout*.

De entre as estratégias de *coping* referidas, julgamos que o exercício físico se revela como um dos instrumentos mais eficazes, na medida em que deve ser encarado

como forma de terapêutica no controlo dos níveis de stress e do *Burnout*. A prática de exercício físico deve ser, conseqüentemente, fomentada pelas organizações de modo a criar rotinas que sustentem uma vida psíquica de qualidade nos seus trabalhadores e permitam um rendimento profissional mais satisfatório.

Apesar o sentimento do “dever cumprido” por mais uma etapa da vida pessoal ter sido concretizada, entende-se que o presente estudo evidencia algumas limitações. Tal é o caso de, o mesmo, ter sido realizado apenas junto dos colaboradores duma Estrutura Residencial para Idosos, condicionando, desta forma o tamanho da amostra estudada e, como tal, a impossibilidade de extrapolar os dados para o restante grupo de profissionais da área que desenvolvem a sua atividade noutras instituições.

Entendemos portanto, que seria pertinente estender este tipo de estudo a uma amostra de maior dimensão e num período de tempo mais alargado, recorrendo-se de igual forma ao instrumento de avaliação MBI. A implementação de um projeto de intervenção após a realização do diagnóstico inicial junto do grupo estudado, com avaliação posterior e comparando a mesma com um grupo controlo (sem intervenção), permitiria seguramente a verificação da efetividade do projeto de intervenção estabelecido.

Assim, e porque a realização do presente estudo, os estimulou ainda mais o interesse pela temática, desenvolvemos, um projeto de intervenção que, em nosso entender poderia ser adotado pelas diferentes instituições com vista à manutenção, e se possível, promoção da saúde física e mental dos seus colaboradores, pois é nosso entendimento que as organizações poderiam implementar estratégias que permitam aos seus colaboradores dedicar parte do seu tempo ao fomento de atividades que aumentem a sua qualidade de vida e bem estar.

Tal é o caso da prática de exercício físico de forma continuada, como meio de atenuar, de forma eficaz, os efeitos decorrentes do stress e Exaustão Emocional a que estão sujeitos os cuidadores de pessoas idosas, na sua maioria dependentes.

Desta feita, o estudo culmina com a projeção de um projeto de intervenção, composto por diversas sessões e apoiado na prática de exercício físico, como método de prevenção e combate do Síndrome de *Burnout*, para eventual aplicação junto dos cuidadores formais que exercem funções na Instituição onde os participantes do presente estudo desenvolvem a sua atividade profissional. (Anexo VI

Referências Bibliográficas

- Almeida, A.R.C.B. (2013). *A Síndrome de Burnout em Cuidadores Formais (auxiliares de ação direta) de Idosos Institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado) Universidade da Beira Interior, Covilhã. Consultado em 21 de abril de 2015. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1649>
- Campos, R.G. (2005). *Burnout: Uma Revisão Integrativa na Enfermagem Oncológica*. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Carlotto, M.S (2011). Fatores de Risco da Síndrome de Burnout em Técnicos de Enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14.
- Carlotto, M.S & Câmara, S.G. (2008). Síndrome de Burnout e Estratégias de Enfrentamento em Professores de Escolas Públicas e Privadas. *Psicologia da Educação*.
- Carlotto, M.S & Gobbi, S.G. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout - Un Employment and Burnout Syndrome. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10.
- Castro, F.G. & Zanelli, J.C (2007). Síndrome de burnout e projeto de ser. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10.
- Chichorro, A.M, Marques,C., & Ferreira, S.P. (2006). *Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos*. Lisboa: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Cox, T., Kuk,G., & Leiter,M.,P. (1993). 11- Burnout, Health, Work Stress and Organizaqtional Healthiness. In W. B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 177-193).
- Dierendonck, D.V., Schaufeli, W.B & Sixma. (1994). Burnout Among General Practitioners: A Prespective from Equity Theory. *Jornal of Social and Clinical Psychology*, 13.Consultado em 20 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/051.pdf>
- Fernandes. P (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra. Editora Quarteto

- Ferreira, J.M.R.T.P (2014). *Qualidade de Vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos Cuidadores Formais de Idosos com Alzheimer: Um Estudo Correlacional* (Dissertação de Mestrado) Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, T.L.B Oliveira, A.C.B.L Lima, Melo, J.K.F & Silva, R.A.R. (2014). Síndrome de Burnout: Características, Diagnóstico, Fatores de Risco e Prevenção. *Revista de enfermagem UFPE*, 8.
- Gil-Monte, P.R (2003). El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*.
- Gil-Monte, P.R, & Peiró. (1999). Validez Factorial Del Maslach Burnout Inventory en la Muestra Multiocupacional. *Psicothema*, 11, 679-689.
- Grácio, E.I.T. (1999). Apoio Social e Financiamento na Terceira Idade. In Formasal (Ed.), *O Idoso - Problemas e Realidades* Coimbra.
- Gregório, J.M. (2015). *Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Cuidadores Formais* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Jacob, L (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idoso*. Viseu: Psicossoma
- Jacob, L (2013). *Animação Para Idosos* (2ª Edição.). Lisboa: Legis Editota/Livpsic
- Kowalski, K.M & Podlesny. (s/d). The Effects of Disaster on Workers: A Study of Burnout In *Investigators of Serious Accidents and Fatalities in the U.S.: Mining Industry*.
- Lazarus, R.S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annu. Rev. Psychol.*
- Lee, R.T e Ashforth, B.E. (1993). A Longitudinal Study of Burnout among Supervisors and Managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewsk et al. (1986) Models. *Organizational Behavior and Human Decisions Processes*, 54.
- Lemos, J (2012). *Avaliação Das Dificuldades Dos Cuidadores Informais De Idosos Dependentes*. (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

- Marques, C.I.F (2013). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que Trabalham em Lares Residenciais para Idosos no Distrito de Viseu* (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Maslach, C (1993). 2 - Burnout : A Multidimensional Perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32).
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles, 12*.
- Maslach, C., & Leiter, M.P (2008). Early Predictores of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology, 9*, 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.498
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B (1993). 1 - Historical and Conceptual Development of Burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16).
- Maslach, C Schaufeli, W.B., & Leiter. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.*
- Micklevitz, S.A. (2001). Professional Burnout. *Special Focus*.
- Ministério da Solidariedade. (2014). *Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos 2014*. Consultado em 23 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial>.
- Ministério da Solidariedade. (2009). *Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos A Dependência: Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Consultado em 23 de abril de 2015. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 2-11.
- Moreno, F.N Gil, G.P Haddad, M.C.L., & Vannuchi, M.T.O (2011). Estratégias e Intervenções no Enfrentamento da Síndrome de Burnout *Revista de Enfermagem UERJ, 19*.
- MTSS, (2006). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2006*.
- Oliveira, J.H.B (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (Legis Ed.).
- Oliveira, M.M.C.M.Q (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, Porto.

- Parreira, P.M.S.D (1998). *Contacto com a Morte e Síndrome de Burnout: Estudos Comparativos com três grupos de Enfermeiros de Oncologia*. (Dissertação de Mestrado), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Paúl, M.C (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina
- Pereira, S.A.S & Marques,E.M.B.G (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 133-140.
- Pinto, A.M & Chambel,M.J (2008). Capítulo 2 - Abordagens Teóricas no Estudo do Burnout e do Engagement. In A. M. Pinto e M. J. Chambel (Eds.), *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional - Estudo com Amostras Portuguesas* (Livros Horizonte ed., pp. 53-83). Lisboa.
- Pinto, A.M Lima,M.L & Silva.A.L (2008). Capítulo 1 - Delimitação do Conceito de Burnout. In A. M. Pinto e M. J. Chambel (Eds.), *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional - Estudo com Amostras Portuguesas* (Livros Horizonte ed., pp. 15-52). Lisboa.
- Prata, L.I.N (2014). *Burnout, Coping e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Queirós, P.J.P (2005). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses* Coimbra. Ed. S. Vitais
- Reis, F.L.P (2010). *Como elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor
- Ribeiro, J.L.P (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Ed. ed.). Porto: Legis Editora/ Livpsic.
- Ribeiro, L.P (1999). Aspectos Éticos da Investiação. In Climepsi (Ed.), *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (pp. 67-71). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, M.T.F Ferreira,R.C Magalhães,C.S. Moreira,A.M & Ferreira.E.F (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875.
- Roque, L & Soares, L. (2012). Burnout Numa Amostra de Psicólogos Portugueses da Região Auónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12, 2-14.

- Schaufeli, W.B, Enzmann, D & Girault.N (1993). Measurement of Burnout: A Review. In T. Francis (Ed.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 208).
- Schaufeli, W.B Maslach,C & Marek,T (1993). 14 - Burnout as a Developmental Process: Consideration of Model. In M. P. Leiter (Ed.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 237-249).
- Selye, H (s/d). The Nature of Stress. *Journal Reprint Edition Professional/Researcher Edition*.
- Selye, H (1979). A Personal Message from Hans Selye.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa.: Lidel
- Silva, A.P.S (2011). *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado*. (Projeto de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, J.M.F (2016). *Burnout em Cuidadores Formais*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, M.C.M & Gomes.A.R.S (2009). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros Portugueses. *Estudos de Psicologia, 14*.
- Silvério, J.M.A (1995). *Burnout no Desporto: Estudo Comparativo em Atletas do Triatlo, Natação, Ciclismo e Atletismo*. (Mestre), Universidade do Minho, Braga.
- Snyder, C.R (1999). *Coping - Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press.
- Sousa, M.J & Baptista,C.S (2011). *Como fazer Investigações, Dissertações, Teses e Relatórios* (3ª Ed). Lisboa. Pactor
- Sousa, L., Figueiredo,D & Cerqueira,M (2004). *Envelhecer em Família - Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ligis Edirora/ Livpsic
- Tamayo, M.R & Tróccoli, B.T (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia, 7*.
- Vaz-Serra, A (2011). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra
- Vaz-Serra, A (1988). Um estudo sobre coping : O Invetário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica, 302-303*.
- Vaz, M.J.F(2013). *Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados de Saúde em Lares de Terceira Idade*. Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Vázquez-García,C., Esperón,R & González-Losa,M.R (2013). Síndrome de Burnout en Cuidadores de Adultos Mayores que Trabajan en Casas de Asistencia Social. *Revista de Investigación Clínica, Vol. 65*, Pp 510-514.

Vicente, C.S Oliveira,R.A & Maroco, J. (2013). Análise Fatorial Do Inventário De Burnout De Maslach (MBI-HSS) Em Profissionais Portugueses. *Psicologia,Saúde & Doenças, 14 (1)*, 152-167.

Anexos

Anexo I – Autorização para efectuar o estudo na Fundação Betânia de Bragança

Exma. Dr.^a Paula Pimentel
Diretora da Fundação Betânia

Eu, Sandra Cristina da Silva Meireles, aluna do 2.º ano do Mestrado de Envelhecimento Ativo, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretendo desenvolver um estudo no âmbito do “*Burnout* em Cuidadores Formais de Idosos” sob orientação da Doutora Maria Augusta Pereira da Mata e Doutora Paula Cristina Pimentel.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a aplicação do Questionário em anexo junto dos colaboradores da Instituição que dirige.

Bragança, 3 de Dezembro de 2014

Pede deferimento,
Atenciosamente,

A Mestranda

(Sandra Cristina da Silva Meireles)



Anexo II – Consentimento Informado

Consentimento Informado

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo avaliar os níveis de *Burnout* em Cuidadores Formais de idosos dependentes.

De forma a que o objetivo do estudo possa ser atingido a sua colaboração é essencial. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou inconveniente. Toda a informação recolhida será feita a partir de um instrumento de avaliação não invasivo.

Todas as informações obtidas serão confidenciais, não irão ser reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente, sendo a sua participação neste estudo voluntária, podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Assim sendo:

Aceito participar da colheita de dados do Trabalho de Projeto do Mestrado em Envelhecimento Ativo da aluna Sandra Cristina da Silva Meireles, sob a orientação da Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata e da Doutora Paula Cristina Fernandes Pimentel, cujo tema é “*Burnout* em Cuidadores Formais de Idosos”, que decorrerá na Fundação Betânia – Centro Apostólico de Acolhimento e Formação. É garantida a total confidencialidade dos dados.

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Género: ___ Feminino / ___ Masculino

Estado Civil: ___ Solteira(o); ___ Casada(o); ___ União de Facto; ___ Viúva(o); ___ Separada(o); ___ Divorciada(o);

Local de Residência? ___ Rural; ___ Urbano

Tem Filhos? ___ Não; ___ Sim; Se Sim

quantos? _____

Outros Dependentes? ___ Não; ___ Sim; Quantos? _____;

Habilitações Literárias: ___ Não sabe ler nem escrever; ___ Sabe ler e/ou escrever mas não completou o 1º Ciclo; ___ 1º Ciclo; ___ 2º Ciclo; ___ 3º Ciclo; ___ Ensino Secundário; ___ Ensino Superior

Profissão: _____

Que actividade desempenha na Instituição? _____

Número de Anos que exerce a sua profissão? _____

Há quanto tempo exerce a sua função na Instituição? _____

Trabalho parcialmente em mais alguma instituição? ___ Não; ___ Sim

Se Sim, diga quantas horas trabalha por semana nessa mesma instituição: _____

Trabalha por turnos? ___ Não; ___ Sim

Número de horas de trabalho semanais? _____

Situação contratual: ___ Do quadro/effectivo; ___ Vínculo precário e termo; ___ Prestação de serviços

Tipo de Cuidados Prestados aos Idosos: ___ Domiciliários; ___ Internos na Instituição; ___ Ambos

No último ano faltou ao serviço? ___ Nunca; ___ Raramente; ___ Algumas vezes; ___ Bastantes vezes

No último mês faltou ao serviço? ___ Nunca; ___ Raramente; ___ Algumas vezes; ___ Bastantes vezes

Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha? ___ Não; ___ Sim

Se pudesse mudaria de profissão? ___ Não; ___ Sim

Sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico? ___ Não; ___ Sim

Se sim, qual? _____

Costuma tomar medicamentos? ___ Não; ___ Sim

Se sim, são prescritos pelo médico? ___ Não; ___ Sim; ___ Às Vezes

Se sim, que tipo de medicamentos toma habitualmente? _____

Anexo IV – Escala MBI Maslach *Burnout* Inventory (Maslach e Jackson, 1986)

Escala MBI - Maslach *Burnout* Inventory (Maslach e Jackson, 1986)

	0 (Nunca)	1 (Algumas vezes por ano)	2 (Uma vez por mês)	3 (Algumas vezes por mês)	4 (Uma vez por semana)	5 (Algumas vezes por semana)	6 (Todos os dias)
Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho							
Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho							
Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia no meu emprego							
Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho							
Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objectos impessoais							
Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me							
Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da instituição onde trabalho							

	0 (Nunca)	1 (Algumas vezes por ano)	2 (Uma vez por mês)	3 (Algumas vezes por mês)	4 (Uma vez por semana)	5 (Algumas vezes por semana)	6 (Todos os dias)
O meu trabalho deixa-me completamente exausto							
Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas							
Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que actualmente desempenho							
Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura							
Sinto-me cheio(a) de energia							
Sinto-me frustrado(a) no trabalho							
Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego							
Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes da instituição onde trabalho							

	0 (Nunca)	1 (Algumas vezes por ano)	2 (Uma vez por mês)	3 (Algumas vezes por mês)	4 (Uma vez por semana)	5 (Algumas vezes por semana)	6 (Todos os dias)
Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stresse							
Conseguo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço							
Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço							
No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor							
Sinto-me como uma corda esticada até ao fim							
No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais							
Sinto que os clientes/utentes da instituição me culpam por alguns dos seus problemas							

Obrigado(a) pela sua colaboração!!

Anexo V – Distribuição da amostra de acordo com a doença e medicação

Tabela 26: Distribuição da amostra segundo a presença de patologia e dimensões do *Burnout*

	n	Frequência relativa (%)
Doenças	Ansiedade	2,7
	Artrite reumatóide	2,7
	Asma e alergias	2,7
	Doença Renal	2,7
	Esófago digestivo	2,7
	Extrassístoles ventriculares	2,7
	Hipertensão	2,7
	Hipotiroidismo	2,7
	Musculoesquelal	2,7
	Obstipação Crónica	2,7
	Síndrome de Manier	2,7
	Tiroide	2,7
Medicamentos	Analgésicos	2,7
	Análogo da histamina	2,7
	Ansiolíticos	2,7
	Betabloqueantes	2,7
	Hormonas tiróideas	5,4
	Inibidor de bomba de protão	5,4
	Laxantes	2,7
	Medicamento para os rins	2,7
	Moduretic	2,7
	Pilula anticoncepcional	8,1

Anexo VI – Proposta de Projeto de Intervenção

MOVE-TE...RELAXANDO

1. Âmbito

O projeto Move-te...Relaxando tem como principal objetivo prevenir ou combater os níveis de *Burnout* evidenciados nos cuidadores formais de uma estrutura residencial para idosos, fomentando, para tal, estilos de vida saudáveis e a prática regular de exercício físico, atuando, conseqüentemente, ao nível dos sinais e sintomas do síndrome que, não raras vezes, têm conseqüências pessoais e profissionais indesejáveis.

O Síndrome de *Burnout* é, na atualidade, uma das conseqüências mais marcantes do stress profissional, com impacto económico, social e humano, pelo que se revela essencial uma visão alargada e multidisciplinar com foco, sobretudo, na prevenção da síndrome. Atendendo à realidade exposta, o projeto que se propõe tem por objeto intervenções específicas no âmbito da prevenção e combate do *Burnout*, através da promoção de estratégias de *coping*, concretamente as que se consubstanciam na prática de exercício físico e atividades lúdicas. Projeto este que se pretende, efetivamente, útil aos cuidadores formais, permitindo-lhes tomar mão de instrumentos e ferramentas consciencializadoras da necessidade da adoção de estilos de vida saudáveis, que promovam qualidade de vida física, emocional e psíquica. Sabemos, hoje, que as conseqüências do stress prolongado nos cuidadores formais se evidenciam no seio familiar, laboral e, até mesmo, nos cuidados prestados, pelo que se reconhece, igualmente, a necessidade de uma intervenção articulada junto das organizações na promoção do bem-estar e qualidade de vida dos seus colaboradores.

2. Enquadramento

Os cuidadores formais, assumem na atualidade, e no âmbito das redes de suporte social ao idoso, um papel de destaque, determinado em função das alterações que se foram introduzindo, ao longo dos tempos na estrutura familiar. Facto é que os cuidados aos idosos são, cada vez mais, prestados por Instituições. Esta transferência de competências, exige uma aposta, cada vez maior, em profissionais qualificados,

preponderantes na manutenção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos. (Pereira & Marques, 2014).

São, portanto, estes profissionais, enquanto prestadores de cuidados, quem mais facilmente estão expostos a exigências profissionais, pessoais e emocionais que, quase sempre, se consubstanciam em situações geradoras de tensão emocional e stress laboral.

Os estudos acerca do Síndrome de *Burnout* têm-se sucedido no panorama internacional da investigação científica, culminando no delineamento de diversas estratégias de prevenção, quer de ordem organizacional, quer de ordem individual. No âmbito destas estratégias, entende-se que a prática de exercício físico se assume como instrumento altamente eficaz na prevenção individual da sintomatologia inerente ao *Burnout*.

França, Oliveira, Lima, Melo, e Silva (2014) entendem que a adoção de estratégias individuais e organizacionais passam, necessariamente, pela necessidade de uma monitorização constante da saúde mental e física dos trabalhadores, promovendo-se a prática de exercícios físicos, os hábitos saudáveis de alimentação, de sono, os momentos de lazer e outros.

Para Moreno, Gil, Haddad e Vannuchi (2011, p. 143), as principais estratégias de prevenção ou de *coping*, de acordo com os resultados obtidos num estudo realizado junto de psicólogos, passam pela prática de algum exercício físico, conversar com pessoas de confiança, ter uma vida social ativa e um sentido de humor apurado. Estas medidas

... podem prevenir o aparecimento do síndrome, ao proporcionar uma fuga do indivíduo em relação ao stress quotidiano no ambiente de trabalho, além disso, os trabalhadores produzem mais e melhor se estiverem em perfeita harmonia com o corpo e a mente.

Assim, entendemos, que a prática de exercício físico se assume como instrumento essencial na prevenção individual da sintomatologia inerente ao *Burnout* (Roque & Soares, 2012).

3. Onde se evidenciam mais os níveis de *Burnout* nos colaboradores da instituição

Partindo das premissas acima referidas, e atendendo ao estudo efetuado junto de um grupo de cuidadores formais, em correlação com as diversas variáveis sociodemográficas, verificou-se que, na dimensão Exaustão Emocional, o sexo masculino evidenciam níveis mais elevados de *Burnout*. Na dimensão Despersonalização, observou-se que o sexo feminino apresenta médias mais elevadas de *Burnout* que o sexo masculino. Na dimensão Realização Pessoal verificou-se, de igual forma, médias mais elevadas no sexo feminino.

A análise estabelecida aos níveis de *Burnout* nas diferentes dimensões segundo o estado civil permite verificar que as pessoas casadas evidenciam níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões da escala.

Quanto à faixa etária, são os colaboradores com 50 anos e mais que apresentam níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões.

Os dados recolhidos permitem ainda verificar que os colaboradores com habilitações literárias ao nível do 3º ciclo são aqueles que apresentam níveis mais elevados de *Burnout* nas três dimensões.

No referente ao local de residência, pode verificar-se que os colaboradores que vivem em ambiente rural evidenciam níveis mais elevados de *Burnout* em todas as dimensões.

A análise das médias de *Burnout*, nas suas três dimensões, segundo a existência de filhos permitiu verificar que os colaboradores com filhos evidenciam médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões despersonalização e de realização pessoal. Na dimensão Exaustão emocional observou-se situação inversa.

Quanto à distribuição dos níveis de *Burnout* por dimensão e trabalho por turnos, verificou-se que quem trabalha por turnos evidencia níveis mais baixos de Exaustão Emocional, e de Realização Pessoal, e mais elevados de Despersonalização, relativamente a quem trabalha por horário fixo.

Relativamente à situação profissional, os colaboradores com vínculo efetivo na instituição demonstram possuir médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões de

Exaustão emocional e Realização pessoal, enquanto na Despersonalização os colaboradores com vínculo precário evidenciaram níveis mais elevados de *Burnout*.

No que se refere ao tipo de profissão, os colaboradores qualificados demonstram possuir médias mais elevadas de *Burnout* nas dimensões de Exaustão emocional e de Realização pessoal. Já na Despersonalização são os colaboradores não qualificados que evidenciam maiores níveis de *Burnout*.

Relativamente à presença de doença, a análise efetuada permite inferir que os colaboradores com doença são aqueles que apresentam níveis de *Burnout* mais elevados em todas as dimensões da escala.

Os dados recolhidos ao longo do projeto de investigação, em articulação com os conhecimentos científicos acerca da Síndrome de *Burnout* surgem como ponto de partida para a projeção de um programa de intervenção baseado na prática de atividades e exercício físico, para eventual implementação junto dos cuidadores formais da Fundação Betânia e cujo plano de exercícios se discrimina:

- **Zumba** – programa para fitness inspirado, principalmente, pela dança latina;
- **Kizomba** – género musical e de dança originário de Angola;
- **Técnicas de Relaxamento** – método que busca eliminar as tensões físicas, mentais e emocionais;
- **Step** – exercício aeróbico praticado com o uso de uma pequena plataforma designada step;
- **Caminhadas** – melhorar o convívio social e reduzir o stress
- **Passagem de um vídeo com as atividades e lanche convívio** – melhorar o convívio social.

4. Organização

Gestor do Projeto: Fundação Betânia de Bragança

Cliente: Colaboradores da Fundação Betânia

Intervenientes: Equipa Multidisciplinares da Fundação Betânia

Níveis de Intervenientes: Diagnóstico e prevenção do *Burnout*

Sujeitos da ação: Colaboradores formais

5. Ressalva de Aplicação

Refira-se, finalmente, que na eventualidade de se concretizar a execução do projeto de intervenção Move-te...Relaxando, ao longo de um ano, seria importante a reaplicação da escala MBI junto dos cuidadores formais, de modo a aferir da eficácia do programa na prevenção e combate do Síndrome de *Burnout*. Este estudo pós-intervenção revela-se importante na afinação dos programas de intervenção, pois permite ter uma visão complementar e alargada do projeto, essencial no êxito de futuros trabalhos de investigação.

PROPOSTA DE ATIVIDADES /PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão		
Local	Fundação Betânia	
Destinatários	Cuidadores Formais da Fundação Betânia	
Recursos Materiais	Técnica de Desporto e Educação Social; Computador e Colunas; Colchões; Máquina fotográfica	
Periodicidade	Duas vezes por semana	
Horários		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos
Técnica de Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> → Deitar-se de costas, palmas das mãos no chão, pernas juntas e estendidas. → Levar os joelhos ao tórax, calcanhares próximos às nádegas, mantendo as pernas juntas; → Esticar as pernas para cima, formando um ângulo reto, pernas juntas e esticadas até voltar à posição inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> → Reduzir o Stress (Mental emocional) → Diminuir a ansiedade → Aumentar a energia → Diminuir a tensão muscular → Melhorar o convívio social → Melhorar a autoestima
Danças Latinas – Zumba	<ul style="list-style-type: none"> → Acompanhada de músicas inspiradas nas danças latinas. → Sequências curtas de dança → O rebolado é a base da dança latina os outros movimentos principais são saltos e giros acabando com alguns minutos de alongamento. 	<ul style="list-style-type: none"> → Melhorar a memória enquanto decora os passos enquanto dança → Melhorar o convívio social → Sensação de bem-estar após aula físico e psicológico)
Danças Afro – Kizomba	<ul style="list-style-type: none"> → Requer flexibilidade de joelhos, uma vez que a dança consiste em movimentos verticais frequentes, alternados entre o sobe e desce das pernas. 	<ul style="list-style-type: none"> → Melhoria na coordenação e equilíbrio → Melhor qualidade de vida → Influencia nos aspetos psicossociais

Sessão		
Local	Fundação Betânia	
Destinatários	Cuidadores Formais da Fundação Betânia	
Recursos Materiais	Técnica de Desporto e Educação Social; Computador, Colunas; Colchões e Steps; Máquina fotográfica	
Periodicidade	Duas vezes por semana	
Horários		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos
Técnicas de Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> → Deitar-se de costas, palmas das mãos no chão, pernas juntas e estendidas. → Levar os joelhos ao tórax, calcanhares próximos às nádegas, mantendo as pernas juntas; → Esticar as pernas para cima, formando um ângulo reto, pernas juntas e esticadas até voltar à posição inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> → Reduzir o Stress (Mental e emocional) → Diminuir a ansiedade → Aumentar a energia → Diminuir a tensão muscular → Melhorar o convívio social → Melhorar a autoestima
Step	<ul style="list-style-type: none"> → Pés afastados à largura dos ombros; → Manter bom alinhamento corporal; → Não girar sobre a perna de apoio ao subir no step → Manter contato visual e procurar pisar no centro do step; → Ao subir, não deverá hiperestender os joelhos; → Os pés devem estar totalmente dentro do step; 	<ul style="list-style-type: none"> → Melhorar a memória ao decorar a sequência de passos; → Além de ser um exercício aeróbico que traz benefícios para o corpo o step ainda se torna uma distração para a mente por serem aulas divertidas.

Sessão		
Local	Fundação Betânia	
Destinatários	Cuidadores Formais da Fundação Betânia	
Recursos Materiais	Técnica de Educação Social; Computador, Colunas; Máquina fotográfica	
Periodicidade	2 vezes por mês	
Horários		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos
Caminhada	→ Caminhada teria início na Praça de Camões até a Fundação Betânia em marcha moderada	<ul style="list-style-type: none"> → Reduzir o Stress (Mental emocional) → Diminuir a ansiedade → Aumentar a energia → Diminuir a tensão muscular → Melhorar o convívio social → Melhorar a auto-estima
Lanche de Convívio	→ Lanche convívio na Fundação Betânia com a apresentação de um vídeo das atividades realizadas ao longo da intervenção	→ Melhorar o convívio social.