

Nuno Augusto da Silva Alves

Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas institucionalizadas

Tese de Mestrado em Temas de Psicologia do Desenvolvimento sob orientação da Professora
Doutora Margarida Pedroso Lima

Novembro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Esta etapa da minha vida é dedicada incondicionalmente aos meus Pais.

Serão eternamente os meus Amigos para a vida, e, como não podia ser de maneira diferente, elevo a gratidão, a lealdade e o caráter que fazem parte do manual de valores, verdadeiros pilares onde tenho edificado a vida que me passaram. Daí que este trabalho também é deles.

Mas desta vez os meus agradecimentos vão essencialmente para a minha esposa Paulinha - como é tratada carinhosamente há muitos anos - sem sombra de dúvida um ser humano encantador, baluarte da família, que coloca os outros continuamente em primeiro lugar em detrimento do seu bem-estar. Há minha Irmã Rosarinho, ao Tio Artur aos meus sogros à Tia Catarina e à Amélia.

À Sra. Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, minha orientadora, o meu profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, apoio, críticas construtivas, sugestões e conhecimento que contribuiram para enriquecer este trabalho.

A todos os que participaram voluntariamente nesta investigação, aos profissionais de saúde e às respetivas direções que decisivamente prestaram o seu inestimável contributo.

À Sra. Professora Dra. Margarida Pocinho por todo o apoio e colaboração. Aos meus Amigos José Viterbo e José Martins que generosa e prontamente estão ao lado do Diogo e lhe têm proporcionado momentos de extrema felicidade que não conseguimos quantificar mas que guardaremos perduravelmente nos nossos corações.

Ao meu filho Afonso que desde bem cedo evidenciou uma sensibilidade extrema, e que indubitavelmente faz dele um irmão peculiar, e nos enche de orgulho. (Vai em frente, as barreiras são para ser vencidas! Quando tiveres dúvidas, pergunta, questiona e decide sempre na procura da tua felicidade. Por isso é que vos adoro e carinhosamente vos apelido de “Potinhos de Ouro”, Diogo e Afonso.

A todos o meu obrigado por contribuírem na concretização desta investigação.

LISTA DE SIGLAS

EUROSTAT – Estatísticas Oficiais da União Europeia

OMS- Organização Mundial de saúde

MBI – HSS - Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI)

AMOS- Is a dialect of the BASIC programming language

AAD - Auxiliar de Ação direta

SPSS – Statistical Package for the Social Science versão 22

RESUMO

As emoções são fundamentais na vida humana e organizacional, uma vez que contribuem para a regulação do comportamento e, conseqüentemente, para a forma como interagimos com os outros. Este reconhecimento é particularmente importante para as profissões que requerem um contacto direto com o público/utentes, como é o caso dos profissionais de saúde. Estes profissionais lidam diariamente com situações de desgaste físico e psíquico que podem desencadear exaustão emocional e física e ineficácia profissional, levando por vezes ao Burnout.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a presença de esgotamento nos cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas e identificar as suas dificuldades na prestação destes cuidados.

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza descritiva, com uma amostra constituída por 79 indivíduos que trabalham em instituições de apoio a idosos na cidade de Coimbra.

Como resultados a idade e o tipo de cuidador foram os fatores que revelaram ter mais influência na realização pessoal dos referidos cuidadores. A antiguidade na função, a idade e o tipo de cuidador são as variáveis que prevalecem, no caso da despersonalização.

As conclusões apontam para que, a vivência emocional e a realização pessoal de quem cuida, bem como a despersonalização advém quer de aspetos intrínsecos quer extrínsecos aos cuidadores que, submetidos a uma carga emocional elevada, devido à especificidade do seu trabalho, enfrentam enormes exigências psicológicas.

Palavras - Chave: Cuidador Formal, Trabalho Emocional, Burnout.

ABSTRACT

Emotions are essential in the human and organizational aspects of our lives since they play a role in regulating behavior and the way in which we interact with each other. This is particularly important in professions which involve coming into contact with the general public, as is the case with healthcare professionals. These professionals deal with situations which wear them out, both physically and psychologically, on a daily basis. This in turn, can trigger emotional and physical exhaustion as well as professional inefficiency, which may result in Burnout.

The aim of this study is to assess whether formal healthcare providers of the elderly in institutions suffer from exhaustion, with a view to identifying the challenges they face whilst they are doing their jobs.

The study was carried out with 79 participants who work in institutions in the city of Coimbra which provide support for the elderly, and is a quantitative study which is descriptive in nature.

The results pertaining to the age and type of healthcare provider were the factors which proved to have the greatest impact on their feelings of self-fulfilment. The length of time they have been doing their job, their age and the type of healthcare provider are the predominant variables in situations of depersonalization.

The findings appear to indicate that the emotional experiences and self-fulfilment of the healthcare providers, as well as the depersonalization they feel, stem from factors which are intrinsic and extrinsic to the healthcare professional, who face huge psychological demands due to the highly emotional nature and the specificity of their work

Key words: Formal Healthcare Provider, Emotional Work, Burnout.

Índice de tabelas

Tabela 1: Características biográficas cuidadores formais.....	39
Tabela 2: Características gerais dos cuidadores formais.....	40
Tabela 3: Caracterização da amostra segundo a idade.....	40
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o tipo de cuidador.....	41
Tabela 5: Distribuição da síndrome de burnout medida pelo MBI.....	42
Tabela 6: Distribuição da amostra segundo a dimensão exaustão emocional.....	43
Tabela 7: Distribuição da amostra segundo a dimensão <i>despersonalização</i>.....	44
Tabela 8: Distribuição da amostra segundo na dimensão realização pessoal.....	45
Tabela 9: Valores médios das dimensões do MBI.....	46
Tabela 10: Idade versus Síndrome de burnout.....	46
Tabela 11: Estado civil versus exaustão emocional.....	47
Tabela 12: Estado civil versus despersonalização.....	47
Tabela 13: Estado civil versus realização pessoal.....	48
Tabela 14: Médias da síndrome de burnout versus tipo de cuidadores.....	49
Tabela 15: Contingência entre tipo de cuidadores e exaustão emocional.....	49
Tabela 16: Contingência entre tipo de cuidadores e despersonalização.....	50
Tabela 17: Contingência entre tipo de cuidadores e realização pessoal.....	50
Tabela 18: Horas de trabalho versus exaustão emocional.....	52
Tabela 19: Horas de trabalho versus despersonalização.....	52
Tabela 20: Horas de trabalho versus realização pessoal.....	53
Tabela 21: Síndrome de Burnout versus experiencia dos cuidadores.....	53

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
CAPÍTULO I-ENVELHECIMENTO	10
1.1.CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO	10
CAPITULO II. REDES DE APOIO	13
2.1. REDE DE APOIO SOCIAL	13
2.2.REDE SOCIAL PESSOAL.....	13
2.3. REDES PRIMÁRIAS	13
2.4. A FAMÍLIA	14
2.5. REDES SECUNDÁRIAS	15
2.6. REDES DE SUPORTE SOCIAL	15
2.7. REDES DE APOIO FORMAL.....	16
CAPITULO III. CUIDADORES FORMAIS	18
3.1. CUIDADOR FORMAL.....	18
3.2. FORMAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL	19
3.3. COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR FORMAL.....	20
CAPITULO IV. TRABALHO EMOCIONAL.....	22
4.1.TRABALHO EXIGENTE EMOCIONALMENTE.....	25
CAPITULO V.BURNOUT	27
5.1. DEFINIÇÃO DE BURNOUT	27
5.2. CAUSAS E SINTOMAS DO BURNOUT.....	28
5.3. BURNOUT/ STRESSE.....	30
5.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	32
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	33
CAPITULO VI – MATERIAL E MÉTODOS	34
6.1.CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO	34
6.1.1.Problema	34
6.1.2.Objectivos	34
6.2.MODELO DE ANÁLISE.....	35
6.3.HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	35
6.4.POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	36
6.5.INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	36
6.6.PROCEDIMENTOS.....	38
6.6.1.Procedimentos Formais e Éticos	38
6.7.TRATAMENTO ESTATÍSTICO	39
6.8.CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	39
6.8.1.Caracterização sociodemográfica da amostra	39
CAPITULO VII. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	42
7.2.CARACTERIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT MEDIDA PELO MBI	42
7.2.1.Estatísticas Descritivas.....	42
7.2.2.Estatísticas inferenciais	46

CAPITULO VIII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
8.1.DISSCUSSÃO DE RESULTADOS	55
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	63

INTRODUÇÃO

Nas instituições de apoio a pessoas idosas os seus funcionários ao desempenharem as suas atividades interagem naturalmente como com os utentes. A necessidade de lidar com as vivências emocionais dos trabalhadores (neste caso dos cuidadores) e suas consequências é, com efeito, uma realidade incontornável no domínio organizacional e um domínio de interesse para muitos investigadores (Carvalho, Serra, Silva, & Figueiredo, 2011).

As alterações do mundo contemporâneo, da economia à política levaram as Instituições a reconsiderar a forma como lidar com os seus colaboradores. O mercado de trabalho conduz a uma mudança contínua nas organizações resultado de uma economia global: novos métodos, novos conceitos de aprendizagem. Numa época em que as tensões e pressões económicas exigem uma maior participação e envolvimento das pessoas, as aptidões humanas são essenciais para lidar com as nossas próprias emoções. Compreender o funcionamento das nossas emoções é fundamental para a compreensão do comportamento humano, tanto a nível pessoal, como a nível das relações entre indivíduos (Torres, Méjias, & Milán, 2006).

Na última década, foram desenvolvidas linhas orientadoras de intervenção com cuidadores informais e formais com o intuito de melhorar o conhecimento e compreensão da qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas. As intervenções são fundamentalmente de natureza formativa/educativa, com a finalidade de promover, nos cuidadores formais, conhecimentos e competência (Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012).

Quem cuida está eminentemente sujeito a funções que exigem um esforço elevado, visto estarem em contato direto e contínuo com pessoas doentes e vulneráveis. Na maioria das situações, sob uma elevada pressão, lidando com as emoções que nem sempre são fáceis de gerir. As emoções vividas ao extremo levam à exaustão emocional ao esgotamento (burnout) e ao stresse.

Neste contexto a finalidade deste estudo, tem como objetivo geral avaliar o esgotamento nos cuidadores formais de instituições de apoio a pessoas idosas institucionalizadas e identificar as dificuldades, por eles encontradas, na prestação de cuidados. Com o intuito de avaliar o impacto das diferentes dimensões da emoção no trabalho, a saber: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal atendendo a que estas podem ter várias implicações no comportamento do cuidador e, conseqüentemente, na pessoa idosa e na dinâmica da organização (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

A opção metodológica deste trabalho orientou-se para uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva.

Este trabalho está dividido em duas partes: A parte um corresponde ao enquadramento teórico e esta distribuída por cinco capítulos. No capítulo I caracteriza-se o envelhecimento. No capítulo II aborda-se as redes de apoio. No capítulo III versa-se os cuidadores formais: a sua formação e competências. No capítulo IV analisa-se o tema trabalho emocional, por fim o capítulo V aborda a síndrome de burnout, causas, sintomas, stresse e quais as estratégias de intervenção.

A parte dois corresponde ao estudo empírico, delineado no capítulo VI, a metodologia implementada para a sua consecução, desde a contextualização do estudo em que se definiram as questões de investigação e, conseqüentemente, os objetivos e a formulação de hipóteses, até à operacionalização das variáveis, apresentação do instrumento de colheita de dados e respetivos procedimentos éticos, a população e a amostra, até à previsão do tratamento estatístico. O capítulo VII aborda a apresentação dos dados e respetiva análise estatística, descritiva e inferencial. O capítulo VIII destina-se à discussão dos resultados onde narramos algumas limitações.

O estudo finaliza com uma conclusão e propostas para novos estudos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I-ENVELHECIMENTO

1.1.CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é o desafio central do século XXI. Nas últimas décadas do século passado houve um aumento exponencial do número de pessoas idosas transformando as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. A diminuição da fecundidade, o aumento da esperança média de vida e o aumento da emigração nas décadas de 60/70, foram fatores determinantes para o envelhecimento da população na sociedade portuguesa. Segundo os dados do EUROSTAT, três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos em 2050 (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

O decréscimo das taxas de mortalidade e de natalidade, os avanços científicos, tecnológicos e médicos permitiram o prolongar da vida da população. Consequência destes fatores, constata-se que a pirâmide etária foi-se invertendo ao longo dos anos, gerando assim um perfil demográfico marcado pelo progressivo envelhecimento da população portuguesa, conduzindo a desafios sociais, como a reforma, que num contexto de crise económica se agravam (Lemos, 2013).

O envelhecimento e as transformações a ele associadas constituem um dos assuntos de maior importância no campo da investigação científica atual. Têm-se procurado soluções para diferentes questões que têm vindo a ser colocadas, nomeadamente, que mudanças ocorrem na idade avançada e qual a sua extensão, quais as causas destas mudanças, que intervenções se revelam eficazes no protelar do envelhecimento patológico.

A velhice representa a última fase de um processo dinâmico de desenvolvimento que tem início na concepção e prossegue ao longo da vida do indivíduo até à morte (Andrade, 2009).

O envelhecimento revela os efeitos no organismo (envelhecimento somático) e no psiquismo (envelhecimento psíquico) da interação entre as nossas experiências e a passagem do tempo. O envelhecimento é considerado pela biologia como a involução morfológica e funcional que irá alterar os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. Esta involução não impede, no entanto, que a pessoa se mantenha ativa, autónoma e feliz. A nível psíquico, representa a possibilidade da aquisição da sabedoria e da compreensão plena do sentido da vida (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

Costa (2002) considera o envelhecimento como um processo experiencial subjetivo que pode explicar-se como a auto regulação praticada através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de senescência, ou seja os sinais de deficiências funcionais vão surgindo de maneira discreta no decorrer da vida, sem comprometer as relações e a gestão de decisões.

Birren (referido por Lima, 2010; p.13), refere três tipos de envelhecimento:

- O **envelhecimento biológico**, que advém do aumento da vulnerabilidade e de uma probabilidade acrescida para falecer (senescência);
- O **envelhecimento psicológico**, definido pela autorregulação do indivíduo, alterações nas funções psicológicas como a memória, a tomada de decisões;
- O **envelhecimento social**, diz respeito à maneira como a sociedade encara os idosos, às expectativas e aos papéis sociais que lhes são atribuídos.

Analisando estas perspectivas, a autora refere que o envelhecimento é um “processo universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Lima 2010; p.14). Processo complexo que difere de indivíduo para indivíduo, dependendo de fatores genéticos e externos, tais como: o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o indivíduo habita. Os domínios biológicos, psicológicos e sociais estão intimamente relacionados. Contudo, parece consensual que o envelhecimento será o processo contínuo que ocorre desde a concepção até à morte, enquanto a velhice é uma “fase da vida, a última, designando-se por idoso o indivíduo que se encontra neste período de vida” (Lima 2010; p.15).

Correia (2012) refere que sempre se envelheceu, pois o “ser velho” é uma realidade comum na sociedade. Este termo era utilizado para caracterizar o envelhecimento individual, recentemente o termo de envelhecimento coletivo emerge e começa a ser conotado como parte integrante do envelhecimento. Ainda que com características comuns, são termos com significados distintos:

- **Envelhecimento individual**—caracterizado em termos cronológicos (idade) ou biopsicológicos (cada pessoa é única e envelhece de maneira diferente).
- **Envelhecimento coletivo**— caracterizado em termos demográfico (população) e societal (sociedade).

A verdade é que ainda não conhecemos os nossos limites (Neri, 2006). Como referiu Pereira (2012), para que um envelhecimento seja bem-sucedido, passaria por um estilo de vida saudável, fomentado por ambientes e contextos proactivos e desenvolvimentistas. O

envelhecimento ativo é um processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002). O envelhecimento ativo referencia o nível dos comportamentos promotores de saúde; tendo em consideração os fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde. As condicionantes que envolvem o envelhecimento, são: a família, a comunidade e a sociedade, que exercem um impacto efetivo no processo de como se envelhece (Cabral et al., 2013).

CAPITULO II. REDES DE APOIO

O envelhecimento populacional coloca à sociedade atual diversos desafios no sentido de dar resposta a questões prementes tais como: a promoção da saúde e a prevenção da doença dos cidadãos. Existem vários fatores de risco que podem comprometer a saúde dos mais velhos tais como: a saúde – funcionalidade e a incapacidade, ambientais e pessoais. Neste sentido é que as respostas sociais preventivas são fundamentais, de entre estas encontram-se os equipamentos de apoio aos idosos que têm alcançado, nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, crescente atualidade e relevância.

2.1. REDE DE APOIO SOCIAL

O conceito de rede social começou por ser estudado pela Antropologia e pela Sociologia e só mais tarde surge nas áreas da Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social entre outras. De um modo geral as redes sociais podem ser consideradas como sistemas particulares de relações que unem atores sociais, que assumem diferentes formas dependendo dos laços e tipo de atores sociais que estão implicados. No entanto, nas redes, nem todos os indivíduos que as compõem mantêm relações entre si.

2.2. REDE SOCIAL PESSOAL

Segundo Sluzki citado por Guadalupe (2009) rede social pessoal é um conjunto de pessoas com quem interagimos de forma regular, conversamos, permutamos sinais que nos tornam reais, ou seja, é o conjunto de todas as relações que um indivíduo encara como significativas.

Guadalupe (2009) considera ainda a existência nas redes sociais de um nível comunitário onde estão incluídos os contatos sociais mantidos pelas pessoas e, outro nível, onde estão as transações que ocorrem num contexto de relações íntimas. Com uma grande facilidade se percebe que um membro de uma rede tem também um grupo de segundo nível, neste sentido é que o sistema de redes inclui a rede social pessoal e as interações com outras redes e níveis de rede.

2.3. REDES PRIMÁRIAS

As redes primárias são um conjunto de indivíduos em interação uns com os outros, com afinidades pessoais num contexto não institucional. Os vínculos nesta rede são de natureza afetiva,

podendo assumir uma carga positiva ou negativa, não existindo qualquer sentido de dever ou formalidade na relação.

Estas redes vão-se alterando e flutuando com o tempo e com a mobilidade das relações, tendo sempre em consideração fatores como a idade, a doença, as mobilidades residencial e laboral, entre outros.

As redes primárias têm uma dimensão espaço-temporal e as alterações acontecem dependendo do leque de relações estabelecidas em determinado contexto e circunstâncias. No entanto, segundo Guadalupe (2009) há um “núcleo duro” da rede primária que se apresenta mais perene. É este o lugar geralmente reservado à família. Nem que estejamos inseridos naquilo a que não chamaríamos uma família tradicional, os nossos primeiros passos são dados numa família, independentemente do seu tipo.

2.4. A FAMÍLIA

A família é uma rede de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de ser pensados da mesma forma que o estudo dos indivíduos isolados. A simples descrição dos elementos de uma família não chega para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.

A família é um conjunto de pessoas ligadas emocionalmente compreendendo duas ou mais gerações que interagem entre si, trocando com o meio ambiente experiências e informações. Esta divide-se em subsistemas familiares em que cada um deles tem funções específicas para o seu funcionamento não sendo conseqüentemente uma unidade fechada.

Segundo Alarcão (2002; citada por Guadalupe, 2009) os subsistemas são unidades mais pequenas que integram o sistema e têm as mesmas propriedades que este possui:

- O subsistema individual é composto pelo indivíduo que para além do seu estatuto e função familiar tem, também, funções e papéis noutros sistemas;
- O subsistema conjugal, composto por marido e mulher, e em cuja complementaridade e a adaptação recíproca são aspetos importantes do seu funcionamento;
- O subsistema parental, habitualmente constituído pelos mesmos adultos mas agora com funções executivas, visa a educação e proteção das gerações novas;
- O subsistema fraternal, constituído pelos irmãos, representa, fundamentalmente, um lugar de socialização e de experimentação de papéis face ao mundo extrafamiliar, primeiro em relação à escola e, depois, em relação ao grupo de amigos e ao mundo do trabalho.

2.5. REDES SECUNDÁRIAS

As redes secundárias correspondem a um conjunto de pessoas agrupadas para uma determinada função num quadro institucionalizado (Guadalupe, 2009). Podem ser formais e informais dependendo do nível, da estrutura, de objetivos e de relações estabelecidas. Quando se faz referência a redes secundárias formais, estas são laços institucionais, que permitem fornecimento de serviços e cumprimento de funções. As relações são estáveis e estruturadas segundo normas precisas ordenadas pelo papel de cada indivíduo, mas sem depender necessariamente do indivíduo. No entanto, as redes secundárias informais também têm essencialmente um papel funcional como as anteriores.

Estas tipologias de rede são de menor durabilidade e mais restritas, logo estão mais adaptadas às necessidades dos indivíduos (Guadalupe, 2009). Assim pronunciaremos sobre as redes de suporte social.

2.6. REDES DE SUPORTE SOCIAL

Como já foi referido, a rede social é um conjunto de relações interpessoais e sociais diferenciadas pelo indivíduo. A rede social pode ser inserida em forma de um mapa que abrange todos os indivíduos com os quais uma determinada pessoa interage.

Os elementos que constituem a rede social são organizados em quatro quadrantes principais: família, escola/ profissão, amizade, comunidade vizinhança e instituições (Alarcão, 2006: 354; citada Guadalupe, 2009). As funções que a rede social desempenha têm um importante papel de suporte.

Segundo Guadalupe (2009) o suporte social envolve transações interpessoais e engloba um vasto tipo de apoios prestados por indivíduos, grupos ou instituições. De salientar que uma rede social não é sinónimo de existência de apoio social. Segundo a mesma autora, o suporte social compreende três dimensões que se relacionam num processo de trocas existentes entre o indivíduo e o contexto. Os comportamentos de apoio consistem em diferentes formas de prestar ajuda às pessoas, ou seja, preenchem a função de apoio; As apreciações de apoio seriam avaliações ou valorações subjetivas relativamente aos comportamentos de apoio disponíveis.

Guadalupe (2009) refere que o apoio social é considerado em três perspetivas:

- Estrutural que destaca os aspetos estruturais da rede (tamanho, densidade, reciprocidade e a homogeneidade);

- Funcional que é centrada nas funções que são cumpridas pelas relações sociais (apoio emocional, apoio material ou instrumental, apoio informativo);
- Contextual que considera os aspetos ambientais e sociais em que acontece o apoio social (duração, finalidade, momento de apoio). O suporte social é um fator importante de minimização dos efeitos stressantes no desenvolvimento da família.

2.7. REDES DE APOIO FORMAL

Os cuidados formais compreendem uma diversidade de instituições e profissionais, uns remunerados e outros voluntários, das quais se distinguem as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), na sua maioria ligadas direta ou indiretamente à igreja católica, pelo que não têm fins lucrativos e são designadas por terceiro sector. Ferreira (2012) considera que o terceiro sector incorpora aquelas organizações que, não sendo Estado, criam bens e serviços de interesse geral e que, sendo privadas, não têm como objetivo principal a apropriação individual do lucro.

Batista (2012) menciona que as redes de apoio formal, enquanto estruturas, incluem os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia criados para servir a população.

A legislação do diário da república nº 26/94,1ª Série A, refere aspetos obrigatórios que devem ser tomados em consideração pelas organizações:

- Prevenir riscos profissionais e promover a saúde do trabalhador;
- Identificar e avaliar riscos de forma a elaborar estratégias de prevenção;
- Atualizar os serviços;
- Sempre que necessário articular com outras organizações serviços e profissionais.

Estas medidas dependem sempre da sua aplicabilidade na organização do número de trabalhadores e do tipo de serviço desempenhado por estes. O profissional, a quem é atribuído um conjunto de tarefas ligadas ao trabalho com pessoas idosas institucionalizadas, é designado por ajudante de ação direta, ou ajudante de lar.

As estruturas que acolhem pessoas institucionalizadas têm ao seu dispor equipamentos sociais (PARES) que, tal como a designação indica, visa o alargamento da rede de equipamentos sociais das condições de vida das pessoas, traduzindo-se na criação de novos lugares em respostas sociais essenciais para a promoção do bem-estar e para a melhoria das condições de vida das

peças e famílias. Assim, há uma clara aposta numa estratégia de parceria com as instituições Privadas de Solidariedade Social e de incentivo ao investimento privado.

A maioria das pessoas institucionalizadas solicita dos cuidadores formais elevadas exigências que poderão conduzir a problemas de saúde - consequências dos altos níveis de stresse sobretudo nos técnicos mais novos na área da geriatria que apresentam dificuldades em lidar com situações adversas, principalmente devido à sua falta de experiência.

Podemos concluir este capítulo enfatizando que face às alterações da estrutura familiar, devido ao progressivo envelhecimento da população, o aumento do recurso a instituições de acolhimento tornou-se uma resposta 'fácil', tornando imperioso a criação de estratégias para a formação e o apoio dos cuidadores formais (Freitas, Alves, Simões, & Santana, 2013).

CAPITULO III. CUIDADORES FORMAIS

3.1. CUIDADOR FORMAL

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial decorrente da diminuição da fecundidade e mortalidade, do controlo das doenças infecciosas, progresso científico e o aumento das novas tecnologias de saúde. As alterações de saúde que ocorrem em alguns idosos gera posteriormente a um estado de dependência. Emergindo assim, a necessidade de alterar a forma e o local de cuidados (IPSS, Instituições hospitalares e Lares). É neste sentido, que se destacam os cuidadores que prestam cuidados a estas pessoas(Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012).

Os idosos que são institucionalizados, atendendo a que o isolamento e a falta de recursos económicos e habitacionais são determinantes. A preocupação de não recorrer à institucionalização é ainda comum por parte dos familiares e idosos, visto existir uma opinião redutiva generalizada em relação aos lares (Pimentel, 2013).

No âmbito do cuidar, a prestação de cuidados é habitualmente realizada por profissionais habilitados (psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de ação direta), sendo designados de cuidadores formais. Atendendo a que existe uma preparação prévia, de acordo com as suas competências profissionais, estão integrados numa atividade profissional, sendo remunerados pelos serviços que prestam (Sequeira, 2007).

Cuidar de pessoas em situação de dependência é duro e esgotante uma vez que requer um conjunto de competências sociais, psicológicas e físicas que permitam lidar com dramas, falta de autonomia e doença. Os cuidadores ficam mais suscetíveis a vivenciar estados de ansiedade, fadiga, irritabilidade e desgaste físico (Real, 2012).

O processo de cuidar é complexo, intensamente exigente e desgastante, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente da sua saúde mental. Daí que nunca nos possamos esquecer que o cuidador, enquanto pessoa que é, tem também necessidades que devem ser satisfeitas, numa perspetiva holística, com vista a atingir o seu bem-estar (Lage, 2005).

Este cuidado surge como resultado da vivência de situações de permanente tensão psicológica, estando associado muitas vezes à excessiva carga horária sendo mais visível em profissionais que trabalham por turnos (Pereira, 2012).

As exigências dos diversos tipos de trabalho dos diferentes cuidadores podem implicar desgaste conduzindo não só a um mal-estar entre os funcionários e a quem gere as instituições, mas também a um mal-estar provocado por doenças ligadas à profissão diminuindo a capacidade funcional e conseqüentemente a sua capacidade para o trabalho (Fonseca, 2011).

O sujeito que cuida da pessoa idosa dependente ou institucionalizada é designado de cuidador, tendo desenvolvido capacidades e técnicas, para prestar cuidados. Os especialistas e técnicos, que lidam diretamente com as pessoas institucionalizadas, deverão possuir um equilíbrio emocional, empatia e desembaraço para que, quando confrontados com quem tem que cuidar estejam profissionalmente aptos. As capacidades éticas e morais são atributos necessários para permitir relações que promovem a confiança e a dignidade do paciente, isto é, competências para trabalhar com indivíduos que requerem cuidados diários. Em relação às aptidões técnicas devem ser detentores de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, obtidos por via de instrução de profissionais especializados, com o intuito de os formar para a prestação de cuidados às pessoas institucionalizadas (Rodrigues, 2011).

Cuidadores formais são profissionais que possuem competência técnica e clínica, e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística (Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha, 2010).

Dito de outra forma, cuidadores formais são indivíduos com uma preparação específica para o desempenho de uma determinada intervenção, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares instituições comunitárias (Batista, 2012).

Cuidadores formais de idosos são aqueles que prestam cuidados no sentido de assistir na incapacidade funcional temporária ou definitiva da pessoa idosa, com o intuito de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. O cuidador está sujeito a um trabalho ininterrupto com pessoas que estão em situação de dependência e vulnerabilidade, física, cognitiva e social. O cuidado dispensado ao idoso transforma-se particularmente numa intervenção delicada e complexa levando o cuidador em determinadas situações a um desgaste emocional (Monteiro, 2013).

3.2. FORMAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL

Batista (2012) define formação profissional como um ato de transmissão de conhecimentos teóricos, práticos e relacionais. Ministrado por um especialista, com o intuito de o formando iniciar uma atividade profissional, ou no desempenho de uma função. Só com formação coerente e coordenada é possível atingir os objetivos de qualidade e competitividade atualmente exigidos. Os profissionais mais jovens são mais vulneráveis, dado serem menos experientes, e sentirem-se mais inseguros.

O autor supra citado refere que as profissões sociais, como é o caso dos cuidadores formais, são exceção, necessitando de uma formação inicial e contínua para aprendizagem de capacidades, competências e saberes para lidarem com os indivíduos. Sendo uma profissão de forte cariz relacional, o saber ser, estar, sentir e pensar são essenciais para um bom desempenho profissional.

O cuidador formal deverá ser sujeito a projetos de intervenção programada tendo como objetivos (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011):

- Promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto da prestação de cuidados;
- Desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado;
- Gestão do stresse e sobrecarga emocional.

Contudo, os autores supra citados acrescentam que os programas atuais para os cuidadores formais tem aumentado, porém o conteúdo da formação, a intensidade e a duração não são suficientes e específicos para as necessidades e expectativas destes profissionais.

Cuidadores formais são aqueles que prestam serviços com carácter profissional em instituições direcionadas para o cuidado, onde a prestação de cuidados é normalmente executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, pois tem uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade diversificada consoante o contexto laboral (lares, instituições comunitárias...) (Sequeira, 2010).

3.3. COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR FORMAL

A noção de competências é polissémica, podendo assumir vários significados. Quer no ramo da educação quer no mundo do trabalho, o conceito de competências expressa as características e os interesses sociais, políticos, culturais e pedagógicos da equipa.

Santos (2009) define competência como uma “aptidão; idoneidade; capacidade; faculdade que uma pessoa tem para resolver um assunto”. Contudo, não se deve confundir competência com habilidade ou aptidão, com os quais nascemos e desenvolvemos ao longo da vida e que dão lugar

a determinadas competências as quais sofrem influência de uma série de fatores, entre os quais os conhecimentos que vamos adquirindo.

Competência pode ser definida como tendo três componentes essenciais: conhecimento, atitudes e habilidades. A noção de competência pode ser entendida como uma construção social, e, por isso, é motivo de disputas em torno do seu significado, que divide as opiniões. Para descrever as competências profissionais do cuidador formal, convém descrever o termo competência que advém da palavra “skill” que na língua Inglesa significava “aquele que tinha discernimento no conhecimento”. Mais tarde significou “perícia numa determinada arte, no comércio e na técnica”, do latim “*competentia*”, significa aptidão, idoneidade, faculdade que a pessoa tem para avaliar ou resolver um assunto(Dias, 2010).

O cuidador formal é um profissional a quem se exigem competências básicas tais como (Corte, Pereira, & Marques, 2014):

- Identificar as necessidades do idoso;
- Saber distingui-las;
- Saber lidar com a doença e os seus sintomas;
- Identificar alterações cognitivas ou problemas sociais, de personalidade ou de natureza familiar e contextual.
- Intervir no processo de transição saúde /doença.

O cuidador formal é, por isso, um profissional a quem se exigem competências, desde as mais básicas como o saber as necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual. Contudo, o apoio na realização de atividades de vida diárias como a higiene e a alimentação são também intervenções que integram a atividade profissional dos cuidadores formais de idosos (Corte et al., 2014).

Assim um cuidador formal para além de um trabalho físico tem também um trabalho emocionalmente exigente.

CAPITULO IV. TRABALHO EMOCIONAL

A compreensão do mundo das emoções implica o seu estudo numa perspetiva transdisciplinar. As reflexões mais antigas são provenientes da Filosofia, na época antes de Cristo com Aristóteles e, no séc. XVII, com Descartes e Espinosa. Os estudos atuais, da Psicologia e da Medicina, têm origem nos ideais destes filósofos, como podemos constatar na obra de António Damásio (Diogo, 2012). Segundo Damásio, existem dois tipos de emoções: as primárias e as secundárias. As primárias são inatas, universais, evolutivas, partilhadas por todos e relacionadas a processos neurobiológicos específicos. Já as secundárias são sociais e resultam da aprendizagem, tal como a vergonha (Damásio, 2004).

Emoções são impulsos neurais que movem o organismo para uma ação (Almeida, Soncin, Lopes, & Cristina, 2008). A gestão das emoções em contexto de trabalho é essencial para as organizações em geral e as organizações de saúde em particular. A exaustão emocional acontece quando os profissionais se esforçam por alterar e gerir as suas emoções (sobretudo as negativas) com o intuito de exteriorizarem unicamente as emoções que julgam ser socialmente aceitáveis e desejáveis para a prática das suas funções.

O constructo “Trabalho emocional” (*Emotional Labor*) foi definido inicialmente, em 1983, por Hochschild como a gestão de sentimentos com o propósito de gerar uma expressão facial ou corporal adequada à situação, ou seja, no seu desempenho profissional um indivíduo na interação e contacto com os outros, tende a gerar um estado emocional noutro indivíduo. O conceito é proveniente da Sociologia, e refere-se à postura profissional necessária para lidar com as emoções de teor negativo e ao conflito interno daí resultante (Hochschild, 2012).

Morris e Feldman (1996) definem trabalho emocional como um esforço, planeamento, e controlo essenciais ao anseio de expressar emoções nas organizações durante permutas interpessoais (Silva, 2007).

Etimologicamente, a palavra *emoção* deriva do Latim *emotionem*, "movimento, comoção, ato de mover". *Labor*, significa trabalho; faina; labor, ou seja *Emotional Labor* traduzido para português significa *Trabalho Emocional*. A elaboração emocional está relacionada com fatores organizacionais e individuais:

- Regras e normas para a expressão de emoções desejáveis no âmbito de um trabalho ou contexto específico;
- Forças/exigências e pressões de um dado trabalho;
- Autocontrolo e responsabilidade no cumprimento das exigências associadas às intervenções atribuídas.

Estes fatores podem ter um impacto positivo ou negativo no bem-estar individual, como por exemplo, na satisfação e empenho no trabalho, no stress e burnout experienciados e no envolvimento afetivo (Carvalho et al., 2011).

Trabalho emocional é “o processo no qual as pessoas tomam como referência um padrão de sentimento ideal construído na interação social, e procuram manusear e administrar suas emoções profundas para adequá-las a essa expectativa quando não estão sentindo assim internamente” (Bonelli, 2004, p. 357), dando-se, assim, uma dissonância emocional entre o que se sente e o que deve ser expresso. A Dissonância emocional é um conceito clássico da Psicologia Social e diz respeito a uma incoerência entre a condição afetiva e o que a pessoa pretende ou deseja sentir, gerando uma sensação de desconforto, que, vulgarmente, estimula o indivíduo a se esforçar para modificar sua condição afetiva (Bonfim & Gondim, 2010).

Este processo retrata o exercício realizado pelos indivíduos envolvendo um elevado contacto interpessoal e a indução de um estado emocional noutro indivíduo, ou seja, é uma forma de regulação emocional, esforço, planeamento e controlo indispensáveis para a expressão das emoções do profissional e ajustadas ao ambiente de trabalho.

Segundo a literatura (Brotheridge & Grandey, 2002; Grandey, 2000), não existe uma definição global e consensual para este constructo, na medida em que diversos autores se focam na gestão interna dos sentimentos, enquanto outros destacam a expressão exterior das emoções, ou seja, a conduta observável e comportamental. Não obstante as variadas opiniões quanto à definição e mesmo quanto à operacionalização do constructo, afigura-se, contudo, haver algum consenso no que respeita ao facto de as emoções serem dirigidas e controladas, com o intuito de se alcançar os resultados esperados e desejados. Cuidar de pessoas, nomeadamente quando estas estão doentes ou por terem necessidades acrescidas, envolve uma significativa carga emocional exigindo aos profissionais a necessidade de ter estratégias para lidar com as suas emoções e com as das pessoas a quem prestam os cuidados, no sentido de encontrarem um equilíbrio emocional

e de respeitarem as normas (explícitas ou implícitas) organizacionais para estas situações (Carvalho et al., 2011).

4.1. TRABALHO EXIGENTE EMOCIONALMENTE

Após revisão da literatura podemos referir que existem dois tipos ou fatores que influenciam o Trabalho emocional: os organizacionais e as diferenças individuais (Diefendorff & Gossierand, 2003). Os antecedentes organizacionais – dizem respeito às características e exigências emocionais da profissão. As diferenças individuais – que incluem diferenças na afetividade negativa, características da personalidade, a experiência profissional e as estratégias face ao stress. As características da personalidade (tais como a auto monitorização; a auto consciência; e a empatia) são essenciais para perceber como as pessoas lidam com a tensão.

A expressão trabalho emocional pode, então, assinalar a totalidade do trabalho emocional efetuado em círculo profissional, tanto ao nível da previsão e da regulação emocional, como do desenvolvimento do potencial de tomada de consciência e recriação dos estados emocionais (Silva, 2007).

Deste modo há uma diversidade de resultados, funcionais e disfuncionais. Os vínculos interpessoais, especialmente entre profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) e pacientes, são, por vezes, emocionalmente esgotantes e exigem enorme competência, empatia e envolvimento emocional, daí que em profissões, relacionadas com a saúde a gestão das emoções seja tida como parte integrante e importante na gestão do trabalho.

De acordo com Morris e Feldman (1996; citado por Silva, 2007) quanto maior for a obstinação das interações, a intensidade da emoção, a duração da interação, e a multiplicidade de emoções mais trabalho emocional é exigido e o risco de desenvolver burnout torna-se mais elevado. Este aspeto era já reforçado por Maslach (1993), que fundamentava que a exposição às exigências emocionais era fator desencadeante do burnout. Cuidar de pessoas, especialmente quando estas estão numa situação de fragilidade ou estão doentes, envolve uma carga emocional acrescida. Contudo os profissionais na área da saúde: enfermeiros, auxiliares, terapeutas, assistentes sociais e psicólogos deparam-se frequentemente com a necessidade de regular as suas próprias emoções e das pessoas a quem prestam cuidados.

Com efeito, tem-se perdido, cada vez mais, a perceção do prestador de cuidados como ser humano, aparecendo “coisificado” entre máquinas, estudos e atuações. Esta desvalorização profissional leva a uma privação de auto estima e afeta diretamente a forma como aqueles sujeitos se relacionam com a sociedade e com as pessoas que requerem cuidados diários, bem como a uma exaustão emocional ou esgotamento.

CAPITULO V.BURNOUT

5.1. DEFINIÇÃO DE BURNOUT

O burnout é considerado uma síndrome de esgotamento profissional e surge como fenómeno psicológico nos Estados Unidos em meados dos anos 70 por Hebert Freudenberger, psicanalista nova-iorquino. Foi Freudenberger (1974), quem introduziu o conceito de burnout na literatura científica com o intuito de descrever uma síndrome que considerava ser frequente nos profissionais de saúde, tendo como consequência a tensão emocional e o esforço elevado, consequente do contacto direto e contínuo com pessoas doentes e vulneráveis. Define-o como um estado de fadiga ou frustração, percebido como resultado da dedicação excessiva a uma intervenção ou trabalho, em que a pessoa se confronta com a não realização das expectativas esperadas. É em geral, acompanhado de sentimentos de sobrecarga e perda de motivação para o trabalho. Este conceito aparece para explicar o processo de deterioração nos cuidados e na atenção profissional dos trabalhadores das organizações de saúde (Fonte, 2011; Ribas, 2010).

A síndrome de burnout não tem uma definição unânime embora se apresente consensual enquanto processo que se dá em resposta ao stress ocupacional, provocando um impacto negativo quer ao nível individual, como profissional, familiar e social (Benevides-Pereira, 2003).

O termo burnout deriva da conjugação de burn (queima) e out (exterior), sugerindo um consumo físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente (Fonte, 2011).

Na década de 80, o número de estudos sobre o burnout aumentou exponencialmente, bem como a sua credibilidade, enquanto área de investigação (Ferreira, 2008).

Burnout é uma síndrome que tem merecido muita atenção por parte dos investigadores em Psicologia Organizacional devido às suas implicações a nível organizacional (Afonso, 2008). Com efeito, a exaustão física e emocional, em função do trabalho, tem-se tornado uma situação cada vez mais comum dentro das organizações (Demeneck, 2011).

Atualmente, a síndrome de burnout é baseada na perspetiva social-psicológica de Maslach. Este é um conceito constituído por três dimensões relacionadas, mas independentes: exaustão

emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Moreno, Gil, Haddad, & Vannuchi, 2011):

- A *exaustão emocional* é caracterizada por falta de energia e entusiasmo, por sensação de esgotamento de recursos ao qual se pode acrescentar o sentimento de frustração e stresse nos profissionais, por perceberem que já não têm capacidades de fornecer mais energia para assistir as pessoas como faziam anteriormente.
- A *despersonalização* caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma apatia emocional, fazendo com que o profissional aborde os clientes, profissionais e a organização de uma maneira desumanizada.
- A *diminuição da realização profissional* caracteriza-se pela tendência do profissional a autoavaliar-se negativamente, ficando infeliz e insatisfeito com a sua atitude enquanto profissional, e conseqüentemente uma diminuição dos seus sentimentos de competência e sucesso, assim como da sua capacidade de interação com os outros (Carlotto & Câmara, 2007).

5.2. CAUSAS E SINTOMAS DO BURNOUT

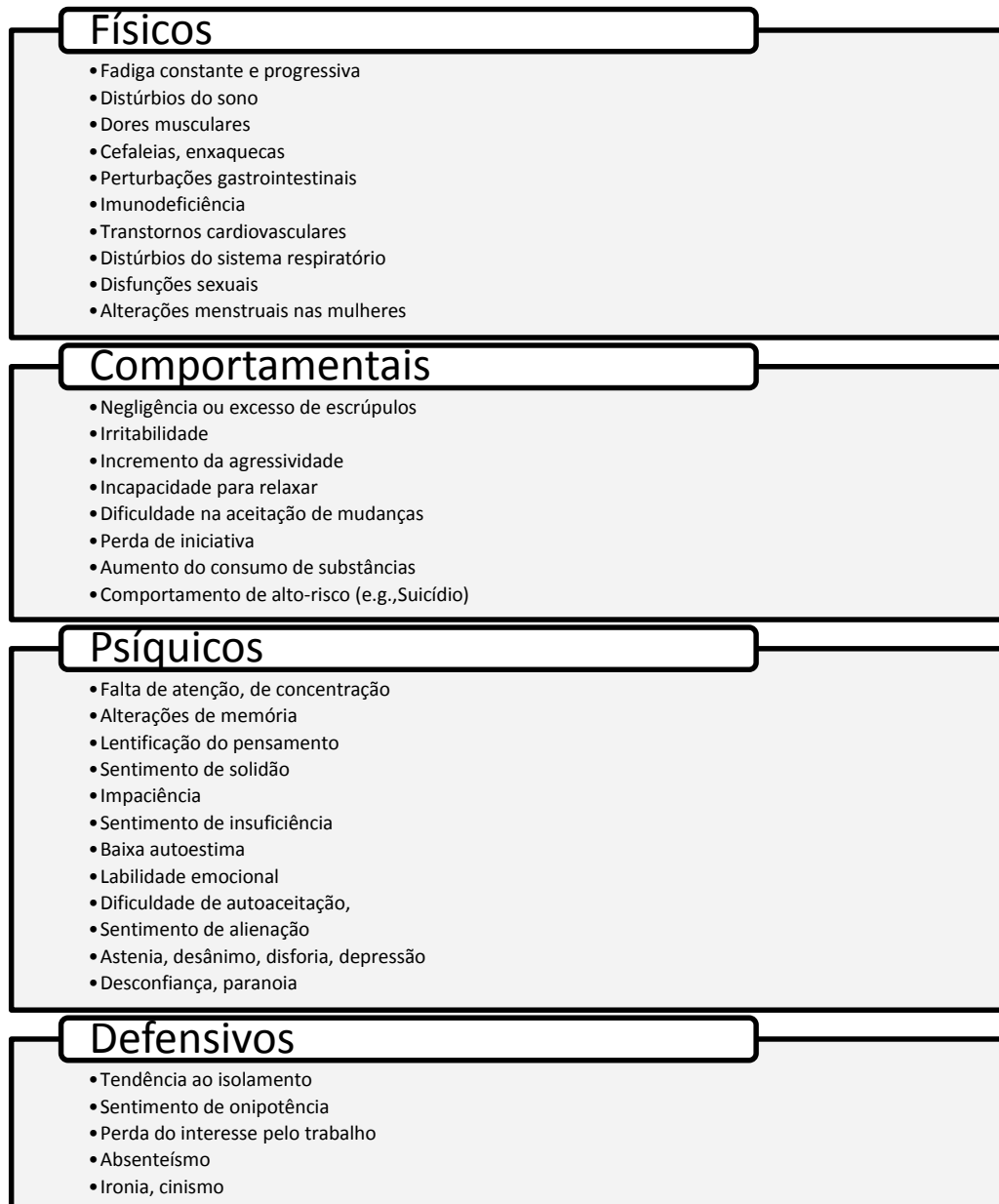
As principais causas do burnout podem aglutinar-se em dois fatores de risco: situacionais e pessoais (Maslach & Leiter, 2008).

1. Situacionais:

- A carga de trabalho – uma incompatibilidade entre a carga de trabalho e a pessoa;
- O controlo – surge frequentemente quando os indivíduos não têm a autonomia para realizar o seu trabalho da forma que entendem ser a melhor (falta de realização pessoal);
- A recompensa – há falta de recompensas adequadas pelo trabalho desenvolvido, que podem ser de âmbito financeiro ou social. Relaciona-se com a falta de realização pessoal;
- A justiça – esta sensação pode advir de uma iniquidade de pagamento ou carga de trabalho, quando comparado como os outros profissionais, bem como de avaliações e promoções realizadas inapropriadamente.

2. Individuais/pessoais: a idade, o género, a diminuição da auto estima, o locus de controlo e exíguo sentimento de controlo.

Silva (2006), recorrendo aos estudos de Benevides-Pereira (2003), afirma que os sintomas do burnout podem ser físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos como se elucida no esquema que se segue:



Adaptado de Silva (2006)

5.3. BURNOUT/ STRESSE

O burnout surge quando o stresse laboral é muito intenso e a satisfação pessoal muito primária (Rosa & Carlotto, 2005).

O stresse é uma experiência fisiológica de pressão, onde existe uma interação entre o indivíduo e o meio que o rodeia. Alguns reagem positivamente, utilizando-os como trampolim para a satisfação profissional e para seu contentamento, outros, reagem negativamente, desgastando-se e sofrendo em termos psíquicos e físicos. Apesar da relação existente entre stresse e burnout, os conceitos são distintos. No stresse existe um fenómeno de adaptação provisória, enquanto no burnout emerge um processo de diminuição de adaptação resultante da exposição prolongada ao stresse profissional e a um estado final de disfuncionamento permanente (Miranda, 2011).

Segundo Vaz Serra (1989), citado por Moura (2007), são considerados sujeitos de personalidade A, os mais propensos ao stresse, não complacentes perante a lentidão, muitíssimo competitivos, com objetivos bem definidos, normalmente indivíduos bastante ativos, permanentemente com sentido de pressa no tempo são pouco razoáveis, audaciosos incapazes de repousar traduzindo-se em mudanças a nível individual, familiar, social e profissional.

O burnout ao inverso do stresse profissional é uma síndrome multidimensional que, para além do desgaste de energia, inclui o aumento e atitudes dos comportamentos negativos. Contudo, Silva (2007), mencionando Maslach (1993), afirma que embora a exaustão emocional se assemelhe a uma experiência subjetiva de stresse, o fenómeno de burnout transcende-o, na medida em que acrescenta duas novas dimensões, relativas às conceções e atitudes do sujeito face aos outros (despersonalização/cinismo) e face a si próprio (perda ou diminuição da realização pessoal/eficácia). O stresse é uma experiência vital, vivida por todos os seres humanos, e tanto pode ter resultados negativos como positivos. Ao invés, o burnout apenas ocorre em indivíduos motivados, apresentando inicialmente elevadas expectativas e objetivos muito envolvidos no seu trabalho, só tendo efeitos negativos.

Sempre que se fala de stresse, pensamos imediatamente em saúde, nas consequências que esse fenómeno pode provocar no organismo e na vida do ser humano (Sousa, 2013). Segundo o autor supra citado o stresse pode ser analisado em três dimensões:

1. Como um estímulo - sempre que alguma situação vivenciada requer uma atitude;
2. Como uma resposta - quando há uma reação psicológica ou comportamental causada pelo stresse;
3. Como uma relação entre o estímulo e a resposta - sempre que há interações entre os estímulos geradores do stresse e as respostas individuais aos estímulos.

Na literatura não existe um consenso em relação à génese da síndrome de burnout e stresse. Estes dois conceitos embora relacionados são diferentes (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, & Kristensen, 2002). Uma das características que diferencia o stresse do burnout é que o stresse genericamente tem efeitos positivos e negativos na vida do indivíduo, enquanto o burnout apenas apresenta efeitos negativos (Vara & Queirós, 2008).

Contudo, as autoras supra citadas descrevem que existem determinados aspetos que distinguem os dois conceitos:

- O burnout é uma defesa caracterizada por um afastamento, já o stresse é caracterizado por um empenho excessivo;
- O burnout provoca um desânimo enquanto o stresse provoca a desintegração;
- O burnout é percebido como uma privação de ideias e expectativas, no stresse é percebido como uma falta de combustível e energia física;
- O burnout gera despersonalização e indiferença enquanto o stresse provoca pânico, fobia e desordens de ansiedade.

Apesar das relações entre stresse e o burnout a nossa focalização converge para o conceito de burnout, que apresenta especificidades singulares, assinaladas pelo contexto profissional.

Os agentes stressantes que podem provocar o estado de exaustão são: um ambiente físico de trabalho desadequado; fatores de stresse relacionados com o trabalho por turnos; conflitos no trabalho; dever tomar decisões de interesse superior em prazos demasiado curtos; conflitos no trabalho - família; ter falta de competências elementares em termos de "gestão" de direção e de tomada de decisão; ter falta de oportunidades para observar desenvolvimentos no trabalho; estar incluído e inserido num ambiente de trabalho pobre em termos comunicativos. Quanto maior a lacuna entre o indivíduo e a sua profissão, maior o risco de sofrer de burnout (D. Silva, 2007).

As pesquisas efetuadas apontam para que 60% a 80% dos acidentes ou mal-estar vivenciado pelos indivíduos nas organizações onde desempenham as suas funções estão relacionados com o stresse (Amorim, 2012).

5.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Segundo Monte (2003), as estratégias de prevenção e tratamento do burnout podem ser agrupadas em três categorias: individuais, de grupo, organizacionais.

- As *estratégias individuais* que englobam a educação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo.
- As *estratégias de grupo* que consistem na procura de apoio dos colegas e superiores (deste modo, os indivíduos melhoram as suas capacidades, obtêm novas informações e recebem apoio emocional ou outro tipo de ajuda).
- As *estratégias organizacionais*, que são muito importantes, uma vez que o problema se encontra no contexto de trabalho, permitem o desenvolvimento de medidas de prevenção de forma a melhorar o clima organizacional. Poderão ser programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais.

O aumento dos custos com o stresse ocupacional tem levado as instituições a adotar estratégias promotoras de prevenção, nomeadamente através de intervenções que intervenham nos processos de mudança dos agentes geradores de stresse (Sousa, 2013).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO VI – MATERIAL E MÉTODOS

6.1.CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo, pretendemos fazer uma descrição sistematizada dos passos que percorremos ao longo do nosso estudo de carácter descritivo, demonstrando a sua estruturação e organização. Assim apresentamos a população do estudo, os instrumentos de recolha de dados, a análise e apresentação dos resultados.

6.1.1.Problema

Como qualquer processo de investigação, iniciámos este estudo com a formulação de um problema que, por sua vez, foi transformado em objetivo o que permitiu criar um modelo de análise (hipóteses). A pergunta de partida foi, então: o que influencia a forma como os cuidadores formais, que lidam diariamente com pessoas institucionalizadas, gerem as suas emoções no trabalho?

6.1.2.Objectivos

Após a revisão da literatura, passamos a definir os objetivos deste estudo.

6.1.2.1 Objetivo Geral

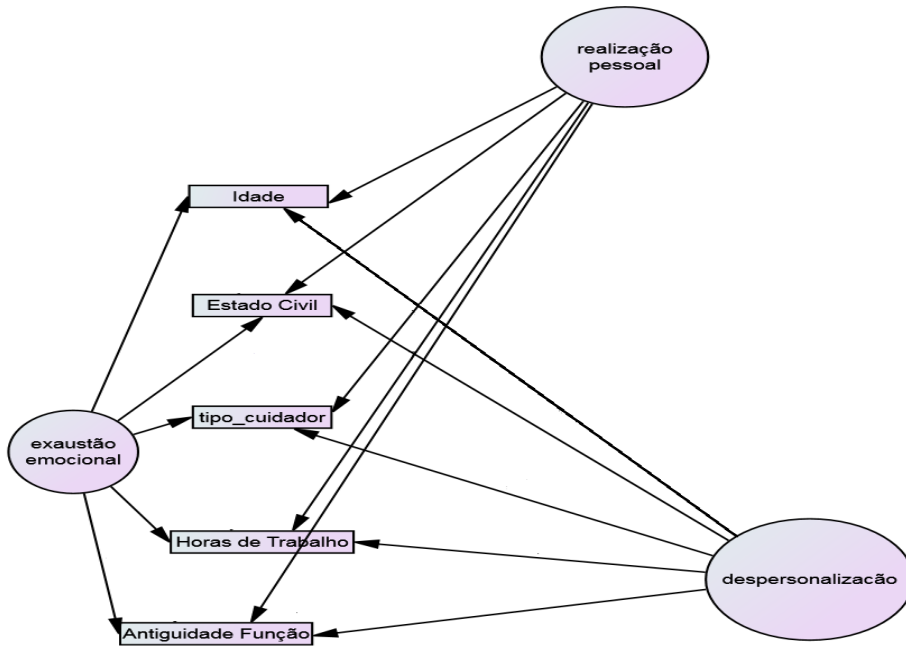
Com a elaboração deste estudo pretendemos avaliar a presença de esgotamento nos cuidadores formais das instituições de apoio a pessoas institucionalizadas e identificar as dificuldades na prestação de cuidados.

6.1.2.2 Objetivo Especifico

Tendo em consideração a finalidade do estudo, identifica-se seguidamente o objetivo específico: Avaliar o impacto das diferentes dimensões da emoção no trabalho; exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

6.2.MODELO DE ANÁLISE

De acordo com o problema desenhamos o seguinte modelo de análise teórico



Neste modelo colocamos a hipótese que a variável idade, a antiguidade na função e a carga laboral tem relação negativa com as dimensões da síndrome de burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Acreditamos também que o estado civil e o tipo de cuidador tem impacto no esgotamento sentido no trabalho. Face ao exposto colocámos as seguintes hipóteses de trabalho.

6.3.HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Neste estudo, formulamos cinco hipóteses de investigação:

H₁ : Há relação entre a idade dos cuidadores e a síndrome de burnout.

H₂ : Há relação entre o estado civil dos cuidadores e a síndrome de burnout.

H₃ : Há relação entre o tipo de cuidadores (principais/ secundários) e a síndrome de burnout.

H₄ : Há relação entre a carga laboral dos cuidadores e a síndrome de burnout.

H₅:.Há relação entre a experiencia dos cuidadores e a síndrome de burnout.

6.4. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população alvo deste estudo corresponde a todos os cuidadores formais que trabalham diariamente com pessoas institucionalizadas em instituições de solidariedade social, públicas e privadas no concelho de Coimbra, compreendido entre 20 de Junho e 20 Outubro de 2014.

Após as devidas autorizações (anexo 1) a amostra ficou constituída por todos os cuidadores formais (79 indivíduos) que exercem funções na associação Fernão Mendes Pinto, Centro Social de Pereira, Centro Social e Paroquial da Carapinheira e por último Solar das Chãs.

Crítérios de inclusão:

- Ser cuidador formal a trabalhar diariamente com pessoas institucionalizadas nas instituições selecionadas para fazerem parte deste estudo;
- Aceitar fazer parte desta investigação (anexo 2);
- Responder aos questionários escolhidos para a recolha de dados.

Crítérios de exclusão:

- Todos os profissionais que não cumpriam os critérios de inclusão.

6.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A escolha dos instrumentos e técnicas de recolha de dados é uma etapa importante no planeamento de uma investigação, pois estes são o meio utilizado para obter todas as informações adequadas e pretendidas da população selecionada, que posteriormente serão submetidas a um tratamento que proporcione a obtenção de conclusões, tendo em conta a fundamentação teórica prévia.

Para obter elementos que permitam caracterizar a população e algumas variáveis independentes, elaboramos um questionário de dados sociodemográficos e profissionais (anexo 3) que contempla as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, habilitações profissionais, função profissional, tempo de experiência e tipo de horário de trabalho.

Os dados referentes ao nosso objeto de estudo, a síndrome de burnout, serão obtidos com a utilização da escala MBI-HSS, versão para investigação em população portuguesa (MBI-Profissionais de Saúde), cedido por Azeredo (anexo 4).

O MBI-HSS é constituído por 22 itens. A resposta dada em cada item corresponde à frequência com que cada sentimento ocorre e pode variar num intervalo de 7 pontos, que vão de 0 a 6 sendo que: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por

mês), 4 (uma e subdivide-se em vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

Com a finalidade de evitar que o indivíduo seja influenciado por uma tendência particular de resposta determinados itens estão organizados de forma sintomaticamente positiva e outras negativas.

A escala total subdivide-se em 3 subescalas: a de exaustão emocional, a de despersonalização e a de realização pessoal:

- A subescala de exaustão emocional é composta por 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), e refere-se a sentimentos de desgaste emocional do indivíduo provocados pelo seu trabalho. Para esta dimensão obtém-se um valor total que varia entre 0 e 54 pontos;
- A subescala de despersonalização possui 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22), descrevendo sentimentos e atitudes impessoais e de indiferença do indivíduo para com os utentes. Os valores podem variar entre 0 e 30 pontos;
- A subescala de realização pessoal é constituída por 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Esta diz respeito aos sentimentos de competência e sucesso, na realização do trabalho. Na subescala obtém-se um valor total que varia entre 0 e 48 pontos.

Segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996), o MBI não produz uma medida de burnout única. A síndrome de burnout não é vista como uma variável dicotómica, que está presente ou ausente mas sim como uma variável contínua, que pode assumir valores como baixo, moderado ou alto conforme os sentimentos vivenciados:

- Um elevado grau de burnout traduz-se por valores altos nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e um valor baixo na sub-escala de realização pessoal;
- Um grau médio de burnout equivale a valores médios nas três sub-escalas;
- Um baixo grau de burnout corresponde a valores baixos nas sub-escalas de exaustão emocional e de despersonalização e um valor alto na sub-escala de realização pessoal.

Portanto para se concluir da presença de burnout, os autores preconizam que cada subescala seja dividida em três terços. Considera-se que existe burnout quando o sujeito obtém pontuações no terço superior das subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e no terço inferior da subescala de realização pessoal (Maslach, Jackson e Leiter, 1996). A síndrome de burnout é tanto mais elevada quanto maior for a pontuação obtida nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e quanto menor for a pontuação obtida na subescala de realização profissional.

No que se refere à fidelidade da escala, os coeficientes de alpha de Cronbach estimados pelos autores da escala Maslach, Jackson e Leiter (1996) foi de 0,90 para a exaustão emocional, 0,79 para a despersonalização e 0,71 para a realização pessoal. A versão portuguesa validada por Azeredo apresentou valores entre 0,64 (para a despersonalização) e 0,90 (para a exaustão emocional).

Um nível baixo de burnout reproduz-se em pontuações baixas nas escalas de exaustão emocional e despersonalização e pontuações elevadas na realização pessoal. Um nível médio de burnout é representado por valores médios das pontuações das três escalas.

Para a exaustão emocional considera-se um nível de burnout elevado sempre que são encontrados valores ≥ 27 pontos, valores entre 19 e 26 pontos indicam níveis médios de burnout e valores ≤ 18 pontos correspondem a níveis de burnout baixos.

Quanto à despersonalização pontuações ≥ 10 pontos indicam níveis altos de burnout, valores entre 6 e 9 pontos indicam para níveis médios de burnout e valores ≤ 5 pontos indicam níveis baixos de burnout.

Por último, em relação a realização pessoal, a sua leitura é oposta as anteriores, isto é, valores ≥ 40 pontos indicam níveis baixos de burnout, valores entre 34 e 39 pontos revelam níveis médios de burnout e ≤ 33 pontos indicam níveis altos de burnout (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997)

6.6. PROCEDIMENTOS

O primeiro passo consistiu no aprofundamento teórico sobre a temática a ser tratada. Pesquisou-se e consultou-se bibliografia relacionada com o tema, procedendo a uma seleção da informação que nos pareceu mais pertinente por forma a, mais tarde, serem relacionados com os resultados da investigação. A seleção dos questionários teve por base os objetivos definidos para a investigação, assim como a bibliografia consultada.

6.6.1. Procedimentos Formais e Éticos

Na investigação científica a colheita de dados deve ser precedida de procedimentos ético-legais que salvaguardem os direitos das pessoas envolvidas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam neste estudo.

6.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para realizar as análises estatísticas, utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22, SPSS Inc., 2013, para Windows 7, edição 32 bits. A decisão dos testes estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos pré-requisitos que regem a sua escolha: simetria, curtose e normalidade na distribuição. A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são simétricas e mesocúrticas. Esta análise e os valores encontrados no teste de Kolmogorov - Smirnov com a correção de Lilliefors ($p < 0,05$), associada a dimensão da amostra ($n=79$) permitem - nos concluir que a amostra segue uma distribuição normal, assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos. Para rejeitar a hipótese nula foi considerado um nível de significância $\leq 0,05$, para rejeição da hipótese nula. Utilizamos os testes estatísticos R de Pearson para conhecer a correlação entre as variáveis quando as mesmas eram quantitativas e o V de Cramer para tabelas com mais de 2 linha e ou 2 colunas, quando estávamos a analisar variáveis qualitativas. Utilizámos, ainda, o t de student para analisar as diferenças entre a variável independente dicotómica e as dependentes quantitativas. Por fim recorremos ao AMOS para testar empiricamente o nosso modelo de análise criado teoricamente.

6.8. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

6.8.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Iniciamos a análise descritiva pela apresentação dos dados da amostra selecionada. A amostra em estudo é de 79 cuidadores formais, a prestar cuidados nas instituições de solidariedade social selecionadas.

Relativamente ao género, a distribuição é maioritariamente do género feminino (93,7%), com idades compreendidas entre os 17 e os 66 anos (tabela 1) e os cuidados são prestados maioritariamente por cuidadoras (es) casadas (os).

Tabela 1: Características biográficas cuidadores formais

		N	%
Sexo	M	5	6,3%
	F	74	93,7%
Estado Civil	Solteiro	14	17,7%
	Casado	46	58,2%
	Divorciado	11	13,9%
	Separado	1	1,3%
	Outro	7	8,9%

A designação encontrada para adjetivar de cuidadores secundários foi propositadamente escolhida, para distinguir os cuidadores formais na qualidade auxiliares de ação direta, ou seja são aqueles que lidam diariamente com pessoas institucionalizadas em relação aos outros cuidadores. Na tabela 2 pode-se observar que os cuidadores são na maioria de tipologia principal, (70,9%) trabalham entre as 40 e as 45 horas por semana, (64,6%) e tem na maioria antiguidade na função e na instituição entre 5 a 10 anos, (41,8% e 34,2% respetivamente)

Tabela 2: Características gerais dos cuidadores formais

		N	%
Tipo cuidador	Principal	56	70,9%
	Secundário	23	29,1%
Horas de Trabalho	<40 horas	24	30,4%
	40-45 horas	51	64,6%
	46-50horas	2	2,5%
	51-60horas	0	0,0%
	>60horas	2	2,5%
Antiguidade Função	<6 meses	10	12,7%
	]6-12] meses	2	2,5%
	]1-3] anos	10	12,7%
	]3-5] anos	8	10,1%
	]5-10] anos	33	41,8%
Antiguidade Instituição	> 10 anos	16	20,3%
	<6 meses	10	12,7%
	]6-12] meses	3	3,8%
	]1-3] anos	8	10,1%
	]3-5] anos	12	15,2%
	]5-10] anos	27	34,2%
	> 10 anos	19	24,1%

Como se pode observar (Tabela 3) os inquiridos têm idades compreendidas entre os 17 e os 66anos. A média de idades é de 41,1 anos, com um desvio padrão de 11,209.

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo a idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	79	17	66	41,1	11,209

Quanto ao tipo de cuidador (Tabela 4) a maioria dos cuidadores principais, (87,5%) são auxiliares de ação direta (AAD) enquanto os cuidadores secundários são na maioria enfermeiras (os) e fisioterapeutas (26,1%).

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o tipo de cuidador

Função		Tipo cuidador			
		Principal		Secundário	
		N	%	N	%
A.A.D		49	87,5%	0	0,0%
Assistente Social		1	1,8%	0	0,0%
Animador		0	0,0%	2	8,7%
Auxiliar		4	7,1%	0	0,0%
Costureira		0	0,0%	1	4,3%
Cozinheira		0	0,0%	1	4,3%
Encarregada		0	0,0%	2	8,7%
Enfermeira/o		0	0,0%	6	26,1%
Estagiária		1	1,8%	0	0,0%
Farmacêutica		0	0,0%	1	4,3%
Fisioterapeuta		1	1,8%	3	13,0%
Lavadeira		0	0,0%	2	8,7%
Psicóloga/o		0	0,0%	1	4,3%
Responsável		0	0,0%	1	4,3%
Secretária		0	0,0%	1	4,3%
Técnica de Manutenção		0	0,0%	1	4,3%
Telefonista		0	0,0%	1	4,3%

CAPITULO VII. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.2.CARACTERIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT MEDIDA PELO MBI

7.2.1.Estatísticas Descritivas

Como já referimos o MBI-HSS é constituído por 22 itens, que se agrupam em 3 subescalas: a de exaustão emocional, a de despersonalização e a de realização pessoal.

Como se pode observar (Tabela 5) o desgaste emocional dos cuidadores provocados pelo seu trabalho - **exaustão emocional** – é sentido de forma acentuada por mais de 30% dos cuidadores e os sentimentos e atitudes impessoais e de indiferença do indivíduo para com os utentes – **despersonalização** – por mais de 44%. Quanto aos sentimentos de competência e sucesso, na realização do trabalho - **realização pessoal**- são percecionados como baixos em quase 76% dos cuidadores.

Tabela 5:Distribuição da síndrome de burnout medida pelo MBI

		N	%
Exaustão Emocional	Baixo	38	48,1%
	Médio	17	21,5%
	Alto	24	30,4%
Despersonalização)	Baixo	14	17,7%
	Médio	30	38,0%
	Alto	35	44,3%
Realização pessoal	Alto	9	11,4%
	Médio	10	12,7%
	Baixo	60	75,9%

As tabelas que se seguem mostram quais os itens que mais contribuíram para estes sentimentos.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo a dimensão exaustão emocional

	N	%		
Sinto-me emocionalmente esgotada (o) pelo meu trabalho	Nunca	15	19,00%	
	Algumas vezes por ano	26	32,90%	
	Todos os Meses	5	6,30%	
	Algumas vezes por mês	18	22,80%	
	Todas as semanas	4	5,10%	
	Algumas vezes por semana	10	12,70%	
	Todos os dias	1	1,30%	19,10%
Sinto-me desgastada (o) no fim do dia de trabalho	Nunca	8	10,10%	
	Algumas vezes por ano	22	27,80%	
	Todos os Meses	5	6,30%	
	Algumas vezes por mês	22	27,80%	
	Todas as semanas	6	7,60%	
	Algumas vezes por semana	13	16,50%	
	Todos os dias	3	3,80%	27,90%
Sinto-me fatigada (o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho	Nunca	24	30,40%	
	Algumas vezes por ano	18	22,80%	
	Todos os Meses	9	11,40%	
	Algumas vezes por mês	12	15,20%	
	Todas as semanas	3	3,80%	
	Algumas vezes por semana	11	13,90%	
	Todos os dias	2	2,50%	20,20%
O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante	Nunca	24	30,40%	
	Algumas vezes por ano	30	38,00%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	10	12,70%	
	Todas as semanas	4	5,10%	
	Algumas vezes por semana	6	7,60%	
	Todos os dias	1	1,30%	14,00%
Sinto-me exausta (o) pelo meu trabalho	Nunca	14	17,70%	
	Algumas vezes por ano	30	38,00%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	16	20,30%	
	Todas as semanas	5	6,30%	
	Algumas vezes por semana	9	11,40%	
	Todos os dias	1	1,30%	19,00%
Sinto-me frustrada (o) com o trabalho que realizo	Nunca	45	57,00%	
	Algumas vezes por ano	18	22,80%	
	Todos os Meses	1	1,30%	
	Algumas vezes por mês	10	12,70%	
	Todas as semanas	2	2,50%	
	Algumas vezes por semana	2	2,50%	6,30%
	Todos os dias	1	1,30%	
Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego	Nunca	28	35,40%	
	Algumas vezes por ano	19	24,10%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	10	12,70%	
	Todas as semanas	3	3,80%	
	Algumas vezes por semana	11	13,90%	22,80%
	Todos os dias	4	5,10%	
Trabalhar diretamente com os utentes faz-me sentir demasiado em stresse	Nunca	41	51,90%	
	Algumas vezes por ano	21	26,60%	
	Todos os Meses	3	3,80%	
	Algumas vezes por mês	5	6,30%	
	Todas as semanas	3	3,80%	
	Algumas vezes por semana	6	7,60%	
	Todos os dias	0	0,00%	11,40%
Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência	Nunca	40	50,60%	
	Algumas vezes por ano	28	35,40%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	2	2,50%	
	Todas as semanas	1	1,30%	
	Algumas vezes por semana	5	6,30%	
	Todos os dias	1	1,30%	8,90%

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo a dimensão *despersonalização*

		N	%	
Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais	Nunca	59	74,70%	
	Algumas vezes por ano	12	15,20%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	2	2,50%	
	Todas as semanas	1	1,30%	
	Algumas vezes por semana	2	2,50%	
	Todos os dias	1	1,30%	5,10%
Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas	Nunca	48	60,80%	
	Algumas vezes por ano	11	13,90%	
	Todos os Meses	1	1,30%	
	Algumas vezes por mês	1	1,30%	
	Todas as semanas	2	2,50%	
	Algumas vezes por semana	4	5,10%	
	Todos os dias	12	15,20%	22,80%
Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente	Nunca	24	30,40%	
	Algumas vezes por ano	26	32,90%	
	Todos os Meses	7	8,90%	
	Algumas vezes por mês	10	12,70%	
	Todas as semanas	2	2,50%	
	Algumas vezes por semana	7	8,90%	
	Todos os dias	3	3,80%	15,20%
Não me importo grandemente com o que acontece a alguns doentes	Nunca	58	73,40%	
	Algumas vezes por ano	5	6,30%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	4	5,10%	
	Todas as semanas	1	1,30%	
	Algumas vezes por semana	4	5,10%	
	Todos os dias	5	6,30%	12,70%
Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	Nunca	46	58,20%	
	Algumas vezes por ano	19	24,10%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	5	6,30%	
	Todas as semanas	3	3,80%	
	Algumas vezes por semana	3	3,80%	
	Todos os dias	1	1,30%	8,90%

No que diz respeito à *dimensão exaustão emocional* (Tabela 6) é no fim do dia de trabalho e a pressão no emprego que mais contribui para a mesma, com 27,9% e 22,8% respetivamente. Não deixa de ser relevante o facto de quase 9% dos cuidadores formais se sentirem no limite da sua resistência

Os resultados da *dimensão despersonalização* (Tabela 7) são muito marcados pelo facto de quase 23% dos cuidadores se sentirem mais insensíveis para com os problemas das pessoas, destacando-se também nesta dimensão o efeito negativo que a pressão exerce sobre os cuidadores no desempenho das suas intervenções.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo na dimensão realização pessoal

		N	%	
Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca de coisas que acontecem	Nunca	2	2,50%	20,20%
	Algumas vezes por ano	6	7,60%	
	Todos os Meses	3	3,80%	
	Algumas vezes por mês	5	6,30%	
	Todas as semanas	12	15,20%	
	Algumas vezes por semana	15	19,00%	
	Todos os dias	36	45,60%	
Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes	Nunca	1	1,30%	26,60%
	Algumas vezes por ano	14	17,70%	
	Todos os Meses	1	1,30%	
	Algumas vezes por mês	5	6,30%	
	Todas as semanas	4	5,10%	
	Algumas vezes por semana	19	24,10%	
	Todos os dias	35	44,30%	
Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	Nunca	2	2,50%	17,70%
	Algumas vezes por ano	6	7,60%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	4	5,10%	
	Todas as semanas	5	6,30%	
	Algumas vezes por semana	13	16,50%	
	Todos os dias	47	59,50%	
Sinto-me cheio (a) energia	Nunca	1	1,30%	24,10%
	Algumas vezes por ano	8	10,10%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	6	7,60%	
	Todas as semanas	6	7,60%	
	Algumas vezes por semana	23	29,10%	
	Todos os dias	31	39,20%	
Posso de criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes	Nunca	5	6,30%	27,80%
	Algumas vezes por ano	5	6,30%	
	Todos os Meses	3	3,80%	
	Algumas vezes por mês	9	11,40%	
	Todas as semanas	5	6,30%	
	Algumas vezes por semana	12	15,20%	
	Todos os dias	40	50,60%	
Sinto-me estimulada (o) após de trabalhar ao pé dos meus utentes	Nunca	0	0,00%	25,30%
	Algumas vezes por ano	5	6,30%	
	Todos os Meses	2	2,50%	
	Algumas vezes por mês	13	16,50%	
	Todas as semanas	10	12,70%	
	Algumas vezes por semana	8	10,10%	
	Todos os dias	41	51,90%	
No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas	Nunca	0	0,00%	17,80%
	Algumas vezes por ano	3	3,80%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	7	8,90%	
	Todas as semanas	8	10,10%	
	Algumas vezes por semana	10	12,70%	
	Todos os dias	47	59,50%	
No meu trabalho, lido com problemas emocionais de uma forma muito calma	Nunca	1	1,30%	33,00%
	Algumas vezes por ano	10	12,70%	
	Todos os Meses	4	5,10%	
	Algumas vezes por mês	11	13,90%	
	Todas as semanas	8	10,10%	
	Algumas vezes por semana	15	19,00%	
	Todos os dias	30	38,00%	

Por fim o facto da *dimensão realização pessoal* ser baixa na maioria dos cuidadores (Tabela 8), podemos constatar que se deve ao sentimento do cuidador não lidar de forma eficaz com os problemas dos utentes. Têm falta de energia e de capacidade em criar uma atmosfera relaxante com os utentes, bem como não são capazes de lidar com os problemas emocionais de uma forma eficaz (26,6%,24,1%,27,8%,33% respetivamente).

7.2.2. Estatísticas inferenciais

Dedicamos esta análise inferencial à verificação de hipóteses. Assim antes de cada tabela apresentamos a hipótese que pretendemos testar e por baixo da tabela analisaremos os resultados, aceitando ou rejeitando a hipótese em estudo.

H₁. Há relação entre a idade dos cuidadores e a síndrome de burnout.

Tabela 9: Valores médios das dimensões do MBI

	Média	Dp	N
EE	23,8608	10,59358	79
D	10,5063	5,82627	79
RP	45,1139	8,66468	79

Tabela 10: Idade versus Síndrome de burnout

		Idade (N=79)
Exaustão emocional	R de Pearson	,163
	p	,152
Despersonalização	R de Pearson	,010
	p	,927
Realização Pessoal	R de Pearson	-,022
	p	,848

Como se pode observar (Tabela 9/10), não há correlação entre a idade e a síndrome de burnout no trabalho em nenhuma das dimensões em análise, o que nos remete para a rejeição na hipótese em estudo.

H₂. Há relação entre o estado civil dos cuidadores e a síndrome de burnout.

Tabela 11: Estado civil versus exaustão emocional

		Estado Civil					Total	
		Solteiro	Casado	Divorciado	Separado	Outro		
Exaustão Emocional	Baixo	N	6	23	7	0	2	38
		%	42,9%	50,0%	63,6%	0,0%	28,6%	48,1%
	RA	-,4	,4	1,1	-1,0	-1,1		
	Médio	N	4	10	0	0	3	17
		%	28,6%	21,7%	0,0%	0,0%	42,9%	21,5%
	RA	,7	,1	-1,9	-,5	1,4		
Alto	N	4	13	4	1	2	24	
	%	28,6%	28,3%	36,4%	100,0%	28,6%	30,4%	
RA	-,2	-,5	,5	1,5	-,1			
Total	N	14	46	11	1	7	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,224

p=0,443

RA= resíduos ajustados

A análise da tabela 11 demonstra que, em termos gerais, não há associação entre estado civil e exaustão emocional.

A análise dos resíduos ajustados também reforça que não existem diferenças significativas entre os valores observados e os esperados em nenhuma das células uma vez que nenhum dos RA é ≥ 2 .

Face ao exposto aceitamos a hipótese nula de que a exaustão emocional e o estado civil são independentes.

Tabela 12: Estado civil versus despersonalização

		Estado Civil					Total	
		Solteiro	Casado	Divorciado	Separado	Outro		
Despersonalização	Baixo	N	0	10	3	0	1	14
		%	0,0%	21,7%	27,3%	0,0%	14,3%	17,7%
	RA	-1,9	1,1	,9	-,5	-,2		
	Médio	N	5	19	4	0	2	30
		%	35,7%	41,3%	36,4%	0,0%	28,6%	38,0%
	RA	-,2	,7	-,1	-,8	-,5		
Alto	N	9	17	4	1	4	35	
	%	64,3%	37,0%	36,4%	100,0%	57,1%	44,3%	
RA	1,7	-1,6	-,6	1,1	,7			
Total	N	14	46	11	1	7	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,215

p=0,501 RA= resíduos ajustados

A análise da tabela 12 demonstra que, em termos gerais, não há associação entre estado civil e despersonalização no trabalho em nenhuma das dimensões em análise.

A análise dos resíduos ajustados também reforça que não existem diferenças significativas entre os valores observados e os esperados em nenhuma das células uma vez que nenhum dos RA é ≥ 2 .

Face ao exposto aceitamos a hipótese nula de que o estado civil e a despersonalização são independentes.

Tabela 13: Estado civil versus realização pessoal

			Estado Civil					Total
			Solteiro	Casado	Divorciado	Separado	Outro	
Realização pessoal	Alto	N	3	3	2	0	1	9
		%	21,4%	6,5%	18,2%	0,0%	14,3%	11,4%
	Médio	RA	1,3	-1,6	,8	-,4	,3	
		N	3	3	2	1	1	10
	Baixo	%	21,4%	6,5%	18,2%	100,0%	14,3%	12,7%
		RA	1,1	-1,9	,6	2,6	,1	
	Total	N	8	40	7	0	5	60
		%	57,1%	87,0%	63,6%	0,0%	71,4%	75,9%
	Total	RA	-1,8	2,7	-1,0	-1,8	-,3	
		N	14	46	11	1	7	79
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,295

p=0,089 RA= resíduos ajustados

A análise da tabela 13 demonstra que, em termos gerais, não há associação entre estado civil e a Realização pessoal.

A análise dos resíduos ajustados leva-nos a destacar a diferença entre os valores observados e os esperados na contingência entre a realização baixa e o estado civil de casados uma vez que as células tem RA ≥ 2 , ainda assim, não podemos rejeitar a hipótese nula de que a realização pessoal e o estado civil são independentes.

Fica a tendência para futuras hipóteses.

H₃. Há relação entre o tipo de cuidadores (principais/ secundários) e a síndrome de burnout.

Tabela 14: Médias da síndrome de burnout versus tipo de cuidadores.

Tipo cuidador		N	Média	Dp	p
EE	Principal	56	23,7500	10,71829	,886
	Secundário	23	24,1304	10,51538	
D	Principal	56	10,9643	5,82460	,278
	Secundário	23	9,3913	5,80548	
RP	Principal	56	44,9821	9,45129	,835
	Secundário	23	45,4348	6,53540	

Como se pode observar (Tabela 14), não existem diferenças significativas entre médias ($p > 0,05$). Para uma informação mais detalhada fomos analisar as contingências entre o tipo de cuidador e as dimensões do MBI. As tabelas que se seguem mostram os resultados

Tabela 15: Contingência entre tipo de cuidadores e exaustão emocional

			Tipo cuidador		Total
			Principal	Secundário	
Exaustão Emocional	Baixo	N	28	10	38
		%	50,0%	43,5%	48,1%
		RA	,5	-,5	
	Médio	N	11	6	17
		%	19,6%	26,1%	21,5%
		RA	-,6	,6	
	Alto	N	17	7	24
		%	30,4%	30,4%	30,4%
		RA	,0	,0	
Total	N	56	23	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,076

$p = 0,795$ RA= resíduos ajustados

A análise da tabela 15 demonstra que, em termos gerais, não há associação entre o tipo de cuidador e a exaustão emocional.

A análise dos resíduos ajustados também reforça que não existem diferenças significativas entre os valores observados e os esperados em nenhuma das células uma vez que nenhum dos RA é ≥ 2 . Face ao exposto aceitamos a hipótese nula de que a exaustão emocional não é influenciada pelo tipo de cuidador.

Tabela 16:Contingência entre tipo de cuidadores e despersonalização

			Tipo cuidador		Total
			Principal	Secundário	
Despersonalização	Baixo	N	11	3	14
		%	19,6%	13,0%	17,7%
	Médio	RA	,7	-,7	
		N	16	14	30
	Alto	%	28,6%	60,9%	38,0%
		RA	-2,7	2,7	
	Total	N	29	6	35
		%	51,8%	26,1%	44,3%
			RA	-2,1	
			N	56	79
			%	100,0%	100,0%

V de Cramer = 0,304

p=0,026 RA= resíduos ajustados

Podemos constatar (Tabela 16),que há associação entre a despersonalização e o tipo de cuidadores ($p<0,05$), sendo os cuidadores principais os que apresentam índices de despersonalização mais altos, enquanto que a maioria dos cuidadores secundários situam-se, maioritariamente, em níveis considerados médios para qualquer tipo de pessoa.

Tabela 17:Contingência entre tipo de cuidadores e realização pessoal

			Tipo cuidador		Total
			Principal	Secundário	
Realização pessoal	Alto	N	9	0	9
		%	16,1%	0,0%	11,4%
	Médio	RA	2,0	-2,0	
		N	5	5	10
	Baixo	%	8,9%	21,7%	12,7%
		RA	-1,6	1,6	
	Total	N	42	18	60
		%	75,0%	78,3%	75,9%
			RA	-,3	,3
			N	56	79
			%	100,0%	100,0%

V de Cramer = 0,272

p=0,054 RA= resíduos ajustados

A análise da tabela 17 demonstra que, em termos gerais, existe uma associação tendencialmente significativa entre tipo de cuidadores e a Realização pessoal.

A análise dos resíduos ajustados leva-nos a destacar a diferença entre os valores observados e os esperados na contingência entre a realização alta e os cuidadores principais uma vez que as células tem $RA \geq 2$, com apenas 16% destes a sentirem que estão pessoalmente realizados, ainda assim, ao contrário dos secundários em que nenhum se sente fortemente

realizado. Apesar de não podemos rejeitar a hipótese nula de que a realização pessoal e o o tipo de cuidadores são independentes, consideramos que deve ser futuramente explorada questões de satisfação e realização pessoal deste tipo de trabalhadores. Fica a tendência para futuras hipóteses.

Relativamente à H_3 e após as análises intermédias consideramos que só a podemos aceitar parcialmente. Com efeito a despersonalização depende do tipo de cuidadores e a realização pessoal apresenta uma tendência de relação com o tipo de cuidador.

H₄: Há relação entre a carga laboral dos cuidadores e a síndrome de burnout.

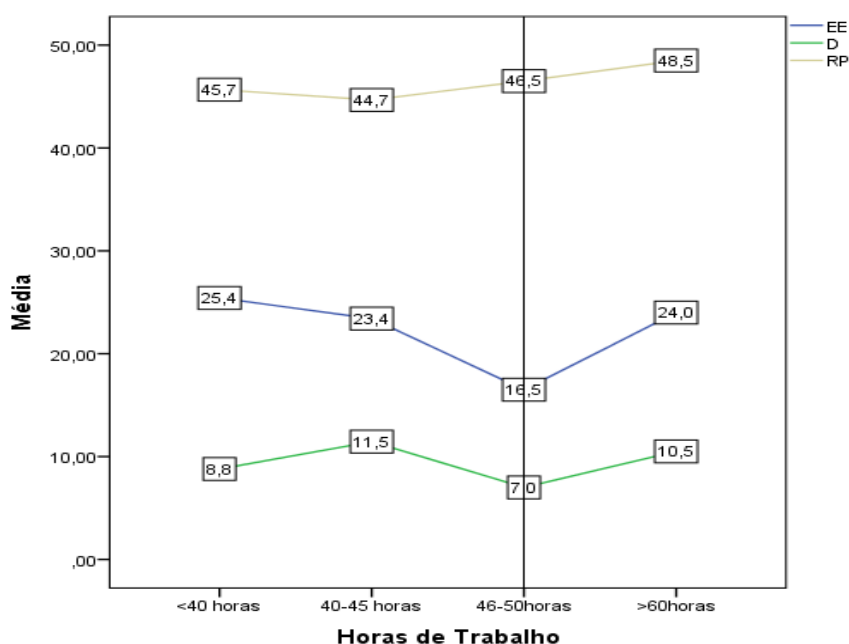


Figura 1: Média de burnout por carga laboral

Perante a análise da figura 1 podemos realçar que os níveis de exaustão e de despersonalização são mais baixos quando a carga laboral aumenta até ao limite máximo de 50 horas. Este facto, aparentemente contraditório, pode remeter-nos para a interpretação de que se os prestadores de cuidados se sentirem sem pressão, sem exaustão emocional e realizados no seu contexto de trabalho conseguem trabalhar mais horas sem esgotamento, se não ultrapassar a barreira das 50 horas de carga laboral, já que esta poderá levar a um desgaste em termos emocionais, físicos, etc..

Apesar do exposto, não podemos aceitar a hipótese, já que as diferenças entre médias não foram estatisticamente significativas. Para tentar perceber o porquê da ausência desta significância recorremos a uma análise de contingência entre as variáveis. Os resultados podem observar-se de seguida.

Tabela 18: Horas de trabalho versus exaustão emocional

		Horas Trabalho				Total	
		<40 Horas	40-45 Horas	46-50Horas	>60Horas		
Exaustão Emocional	Baixo	N	10	25	2	1	38
		%	41,7%	49,0%	100,0%	50,0%	48,1%
		RA	-,8	,2	1,5	,1	
	Médio	N	6	11	0	0	17
		%	25,0%	21,6%	0,0%	0,0%	21,5%
		RA	,5	,0	-,8	-,8	
	Alto	N	8	15	0	1	24
		%	33,3%	29,4%	0,0%	50,0%	30,4%
		RA	,4	-,3	-,9	,6	
Total	N	24	51	2	2	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,144 p=0,773 RA= resíduos ajustados

Como se pode verificar (Tabela 18), não há associação entre carga de trabalho e a exaustão emocional.

Com efeito existem apenas dois cuidadores com carga laboral entre as 45-50 horas, o que justifica a ausência das diferenças supra anunciadas. Parece, pois, que uma amostra grande poderia colmatar e esclarecer a interpretação que adiantamos junto à figura 1.

Tabela 19: Horas de trabalho versus despersonalização

		Horas Trabalho				Total	
		<40 Horas	40-45 Horas	46-50horas	>60horas		
Despersonalização	Baixo	N	4	10	0	0	14
		%	16,7%	19,6%	0,0%	0,0%	17,7%
		RA	-,2	,6	-,7	-,7	
	Médio	N	9	18	2	1	30
		%	37,5%	35,3%	100,0%	50,0%	38,0%
		RA	-,1	-,7	1,8	,4	
	Alto	N	11	23	0	1	35
		%	45,8%	45,1%	0,0%	50,0%	44,3%
		RA	,2	,2	-1,3	,2	
Total	N	24	51	2	2	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

V de Cramer = 0,158 p=0,684 RA= resíduos ajustados

Como se pode analisar (Tabela 19), não há associação entre carga de trabalho e a despersonalização. As razões acima apontadas são as mesmas que aqui observamos.

Tabela 20: Horas de trabalho versus realização pessoal

			Horas Trabalho				Total
			<40 Horas	40-45 Horas	46-50horas	>60horas	
Realização pessoal	Alto	N	2	7	0	0	9
		%	8,3%	13,7%	0,0%	0,0%	11,4%
			RA	-,6	,9	-,5	-,5
	Médio	N	4	6	0	0	10
		%	16,7%	11,8%	0,0%	0,0%	12,7%
			RA	,7	-,3	-,5	-,5
Baixo	N	18	38	2	2	60	
	%	75,0%	74,5%	100,0%	100,0%	75,9%	
		RA	-,1	-,4	,8	,8	
Total			N	24	51	2	79
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

V de Cramer = 0,114

p=0,914 RA= resíduos ajustados

A tabela 20 mostra uma vez mais que não existe associação entre carga de trabalho e realização pessoal.

Em conclusão podemos rejeitar a nossa **H₄** de que existe relação entre carga laboral e a síndrome de burnout.

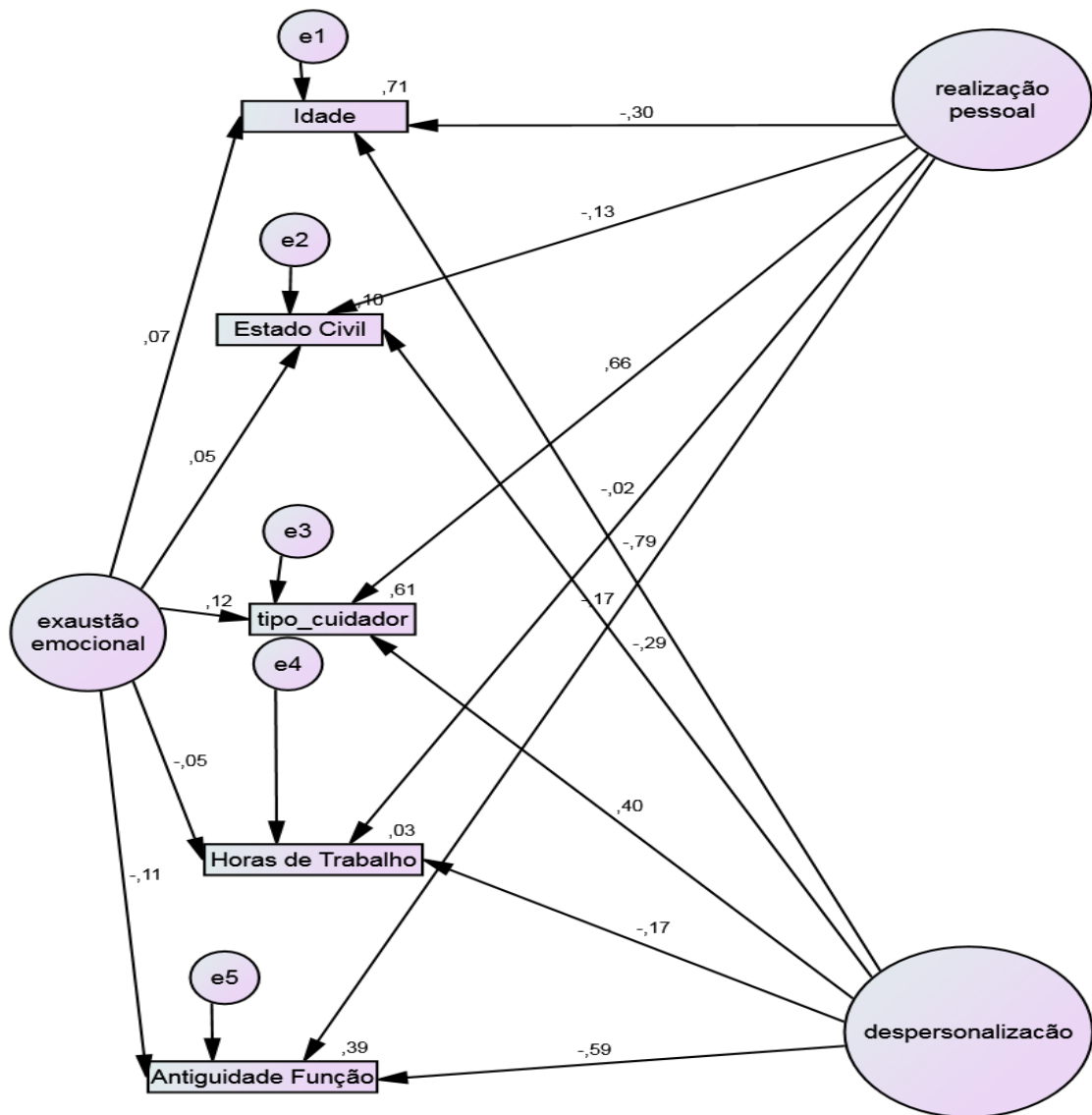
H₅: Há relação entre a experiência dos cuidadores e a síndrome de burnout.

Tabela 21: Síndrome de Burnout versus experiência dos cuidadores

		Experiência
Exaustão Emocional	R de pearson	-,168
	p	,138
Despersonalização	R de pearson	-,121
	p	,289
Realização pessoal	R de pearson	,113
	p	,322

A tabela 21 mostra que não há correlação entre carga de trabalho e o MBI em nenhuma das dimensões em análise, o que nos leva a rejeitar a nossa hipótese experimental 5.

Após termos analisado individualmente, de forma bivariada cada uma das hipóteses, decidimos fazer uma “path analysis” (análise de caminhos) para testar o nosso modelo teórico de forma conjunta.



Podemos afirmar que idade e o tipo de cuidadores são os fatores que têm maior impacto na realização pessoal dos cuidadores. No caso da despersonalização, a antiguidade na função e a idade são as que prevalecem. Podemos constatar que a exaustão emocional não se relaciona com nenhuma das variáveis, ou seja não há relação/correlação entre a idade, exaustão emocional e o trabalho.

CAPITULO VIII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1.DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este estudo de caráter descritivo, cujo objetivo foi analisar a presença de Burnout nos cuidadores formais das instituições de apoio a pessoas institucionalizadas, bem como conhecer o impacto das diferentes dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) no trabalho, partiu-se de um modelo de análise teórico que previa que a síndrome de burnout estava relacionado com a idade, antiguidade na função, a carga laboral, o estado civil e o tipo de cuidador.

Para cumprir com os seguintes propósitos recorreu-se a 79 cuidadores formais a exercer funções nas instituições de apoio já referidas. Como instrumento de recolha de dados utilizámos o MBI.HSS que avalia respetivamente: exaustão, despersonalização e realização pessoal.

A amostra era maioritariamente constituída por mulheres com uma amplitude de idades de 49 anos (17-66). Estes profissionais que trabalham maioritariamente entre 40 a 45 horas, têm uma antiguidade na função e na Instituição entre 5 a 10 anos.

Em termos de cuidadores principais a maioria é constituída por auxiliares de ação médica enquanto os secundários são maioritariamente enfermeiros e terapeutas. Em termos de desgaste emocional dos cuidadores, a exaustão emocional é sentida de forma acentuada por mais de 30% dos cuidadores e em termos de nível médio, aproximadamente 22%. A despersonalização possui uma média alta composta por mais de 82% dos trabalhadores sendo a realização pessoal baixa, em 76% dos inquiridos.

Quanto à relação entre a idade dos cuidadores formais e a Síndrome de Burnout (H_1), verificámos a sua inexistência em qualquer das dimensões em análise, ao contrário dos estudos de França e Ferrari (2012) e de Ferreira(2014), referindo que os mais velhos têm maior Síndrome de Burnout, mas a falta de consenso é grande. Com efeito os estudos de Simões (2012) e Ferreira (2014), mostraram ao contrário dos anteriores, que os mais jovens apresentam níveis mais elevados de Burnout.

Quanto à relação entre o estado civil dos cuidadores (H_2) e a síndrome de Burnout, esta não se verificou, com exceção da contingência entre os casados e a baixa realização pessoal. Indo ao

encontro do estudo de França e de Ferrari (2012) que esta relação. Consideraram que o estudo desta Síndrome, em cuidadores, deve ser relacionado com a qualidade da relação conjugal e não com a extensão da mesma.

Na análise entre a Síndrome de Burnout e o tipo de cuidadores (**H₃**) apenas se verificou que existia associação entre a despersonalização e o tipo de cuidadores, sendo que os cuidadores secundários apresentaram maior despersonalização, enquanto os cuidadores principais apresentaram maior realização pessoal. Numa linha semelhante o estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), referem que os cuidadores se sentem sobrecarregados pela exigência de cuidados que preenche o dia e a noite da pessoa que presta cuidados, intensificando a sua entrega na função de cuidar. Expondo assim, o cuidador a consequências negativas dessa atividade. A análise entre a carga laboral e a Síndrome de Burnout (**H₄**) demonstrou que são independentes tal como a experiência dos cuidadores e a Síndrome em estudo (**H₅**). Tal como nos estudos HahnMary e Carlotto(2008) que mencionam que quanto maior a carga laboral maior a despersonalização e menor a realização pessoal.

Esperávamos que os cuidadores formais que trabalham com pessoas institucionalizadas apresentassem uma relação negativa entre exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal com a idade, a antiguidade na função e a carga laboral. Quando iniciámos o estudo, acreditávamos também que o tipo de cuidador e o seu estado civil tinham uma influência no esgotamento sentido no trabalho. Contudo obtivemos como resultados que a idade, os tipos de cuidados, exercem uma maior influência na realização pessoal de quem cuida deste grupo de cuidadores. No caso da despersonalização apesar de a idade prevalecer com elevado impacto, a antiguidade na função, acresce-lhe influência negativa. Já a exaustão emocional ao contrário do que esperávamos não é influenciada de forma significativa por nenhuma das variáveis isoladamente. Estes resultados estão em linha com Ferreira(2014) que salienta que os cuidadores de idosos apresentam baixa despersonalização, moderada exaustão emocional e elevada realização pessoal.

CONCLUSÃO

No século XXI, tem sido dada uma atenção especial e gradualmente crescente por parte da comunidade científica, no que diz respeito aos desafios do aumento exponencial do número de pessoas idosas. Se por um lado põem em causa a sustentabilidade social, por outro demonstra a evolução da intervenção multidimensional junto destas populações. Neste processo, têm sido mais esquecidos os efeitos que o envelhecimento da população tem nos cuidadores, quando os idosos por falências várias são institucionalizados.

Neste contexto é fundamental compreender o impacto que cuidar pode ter nas emoções que se relevam em contexto de trabalho, quer em termos pessoais quer em contacto com os utentes. Esta duplicidade de desgaste derivado do controlo e do trabalho emocional, torna-se não raras vezes esgotante sendo as competências versus esgotamento emocional serem fundamentais para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Muitas situações não são passíveis de planeamento, são inesperadas, não têm hora marcada e ocorrem muitas vezes em locais e momentos pouco adequados. Aqui toda a rede de cuidadores formais ou informais, principais e secundários pode vir a ter um papel mais interventivo se se mantiverem ligadas emocional e fisicamente com os utentes e os prestadores de cuidados. As estruturas sociais acolhem as pessoas e colocam ao seu dispor os equipamentos sociais que dispõem. A finalidade é assim, alargar a rede em vez de substituir o sistema/subsistema à institucionalização. Contudo os utentes, ficam na maioria das vezes sob o cuidado dos profissionais com quem diretamente convivem nas instituições, e que não têm estratégias de formação e de apoio aos cuidadores formais que permita que estes não se esgotem no exercício das suas funções. Fica assim ao critério e à capacidade cognitiva para auto formar, sempre fruto de um processo voluntário, deliberado e alicerçado em competências de autoconsciência, empatia, gestão de emoções e na relação com outro.

Pelo exposto, constatamos que as variáveis como a idade, o estado civil, o tipo de cuidador, as horas de trabalho e a antiguidade na função não têm relação direta com a exaustão emocional.

Devemos ter uma visão holística no sentido de uma lógica da requalificação das relações a nível individual e profissional. Não podemos deixar de realçar que mais de 50% dos profissionais estudados apresentam exaustão emocional, contudo esta é pouco influenciada por questões de ordem biográfica ou de carga de trabalho. Urge por isso a necessidade de investigações, nomeadamente o estudo das interações críticas entre a bioética, a inteligência emocional, a responsabilidade clínica e a responsabilidade familiar, ou de um subsistema próprio.

No que diz respeito à dimensão despersonalização, parece de facto decrescer ao longo do tempo, isto é, os mais jovens e os mais inexperientes apresentam maiores níveis de despersonalização.

Este facto poderá estar relacionado, uma vez mais, com a falta de formação que ajude o profissional a abordar os idosos, os colegas, a organização de uma forma mais humanizada. Estamos atualmente numa era em que o idoso é considerado um inativo sendo tanto mais acentuada esta ideia quanto mais dependente o idoso se torna. É imprescindível perante tais factos que se criem programas de intervenção com os cuidadores formais que visem não só a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados, assim como o

desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão do stresse e sobrecarga emocional (Barbosa et al., 2011).

O facto de o jovem profissional estar no auge da sua vida, não tendo ainda atingido a maturidade inerente do desenvolvimento pessoal de cada um, faz com que não se reveja no papel de cuidando, trocando desta forma a empatia pela apatia, tal como refere França e Ferrari (2012) profissionais com mais maturidade têm maior domínio em situações de stresse.

Neste processo de síndrome não se podem descurar as questões que envolvem a realização profissional já que a inexistência desta leva à infelicidade, insatisfação, diminuição de sentimento de competências e sucesso levando conseqüentemente, à sua capacidade de interação com os outros. Assim apesar de Maslach e Leiter (2008) referirem que as causas de Burnout se devem essencialmente a fatores situacionais e pessoais. Como a carga de trabalho, no caso dos primeiros e a idade, no caso dos segundos, serão provavelmente mais importantes as questões da realização pessoal. Não é por acaso que Amorim (2012) refere que 60 a 80% dos acidentes e o mal-estar vivenciado pelos profissionais no desempenho das suas funções estão relacionados com a pressão no trabalho. A literatura revista que efetuamos nesta temática, possibilitou apurar que muitos indivíduos passam a vida a desempenhar funções que obrigam a uma elevada pressão emocional, particularmente os profissionais de saúde que estão submetidos a cargas laborais elevadas tendo repercussões físicas e psicológicas a quem cuida.

Limitações do estudo e sugestões

A amostra depois de sujeita às diversas partições para as necessárias análises apresentou subgrupos demasiado pequenos para que as conclusões pudessem ser mais representativas, pelo que se sugere, em estudos idênticos, que a seleção seja feita em função dos subgrupos a trabalhar.

Parece-nos ainda relevante que, em estudos futuros, a análise da síndrome de burnout seja complementada com a análise das estratégias de coping, formação académica e profissional diversificada e tipos de personalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, K. L. De, Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., & Kristensen, C. H. (2002). Stresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 22(2), 22–29. doi:10.1590/S1414-98932002000200004
- Afonso, P. J. (2008). *Burnout e o significado do trabalho: a importância das redes Sociais em guardas prisionais*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa ISCTE.
- Almeida, S. R., Soncin, D., Lopes, L. B., & Cristina, S. (2008). *Aspectos cognitivos superiores: uma estreita relação com o alimento*. Maringá-Panamá-Brasil.
- Amorim, S. (2012). *Burnout e Satisfação Profissional em Docentes Universitários*. Universidade da Beira Interior.
- Andrade, L. S. E. (2009). *A flecha do Tempo...* Instituto Superior Miguel Torga.
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. P., & Cunha, M. J. (2010). *Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório*. Minho.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 12(1), 119–129.
- Batista, N. do R. F. (2012). *Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária*. Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.
- Benevides-Pereira, A. M. (2003). O estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 01(01), 4–11.
- Bonelli, M. D. G. (2004). Arlie Russell Hochschild e a sociologia das emoções. *Cadernos Pagu*. doi:10.1590/S0104-83332004000100015
- Bonfim, M. C. do, & Gondim, S. M. G. (2010). *Trabalho Emocional demandas afetivas no exercício profissional*. (U. F. da Bahia, Ed.). Salvador.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of “People Work.” *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17–39. doi:10.1006/jvbe.2001.1815
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.). Lisboa - Portugal.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Preditores da Síndrome de Burnout em professores. *Psicologia Escolar E Educacional (Impresso)*, 11(1), 101–110. doi:10.1590/S1413-85572007000100010

- Carvalho, C., Serra, M., Silva, D. L., & Figueiredo, C. (2011). Emotional Labor em profissionais do ensino e da saúde: Análise de duas estruturas dimensionais. *Psychologica*, 55, 95–113.
- Correia, F. (2012). *Envelhecimento da sociedade portuguesa*. Universidade de Coimbra.
- Corte, A. E., Pereira, S. A. S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Development and Education Psychology*, 1(2), 133–140.
- Costa, A. B. da. (2002). *Um Olhar sobre a Pobreza*. (Gradiva, Ed.). Lisboa - Portugal.
- Damáso, A. (2004). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. (Companhia das Letras, Ed.).
- Demeneck, V. A. e C. M. K. (2011). Síndrome de Burnout: Ameaça de saúde mental do trabalhador, 503–518.
- Dias, I. S. (2010). Competências em educação: conceito e significado pedagógico. *Psicologia Escolar E Educacional*, 14(1), 73–78. doi:10.1590/S1413-85572010000100008
- Diefendorff, J. M., & Gosserand, R. H. (2003). Understanding the emotional labor process: A control theory perspective. *Journal of Organizational Behavior*. doi:10.1002/job.230
- Diogo, P. (2012, November). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências Da Saúde Da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 4, 1–9.
- Ferreira, C. G., Alexandre, T. da S., & Lemos, N. D. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde E Sociedade*, 20(2), 398–409. doi:10.1590/S0104-12902011000200012
- Ferreira, J. (2014). *Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao stresse e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional*. Instituto Universitário da Maia.
- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador : um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Escola Superior de Educação de Bragança.
- Ferreira, S. (2008). *Relação entre o trabalho Emocional, Burnout e os processos de interação na Equipa de Trabalho: Um Estudo com Bombeiros Sapadores Portugueses*. Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 31–55.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. D. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado Realizado Pelo Cuidador Familiar ao Idoso Dependente, em Domicílio, no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21(3), 543–548. doi:10.1590/S0104-07072012000300008
- Fonseca, V. C. R. da. (2011). *Qualidade de Vida e Psicopatologia- Intervenção Terapêutica em Hospital de dia*. Universidade de Coimbra.

- Fonte, C. (2011). *Adaptação e Validação Para Português do Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Coimbra.
- França, F. M. de, & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 25(5), 743–748.
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M., & Santana, I. (2013). Importância do Rastreamento Cognitivo na População Idosa. *Revista Electrónica de Psicologia, Educação E Saúde*, 1, 4–24.
- Gil-monte, P. R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) en profesionales de Enfermería. *Revista Electrónica InterAcción Psy*, 70(1), 19–33.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110.
doi:10.1037/1076-8998.5.1.95
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede*. (C. I. da U. de Coimbra, Ed.) (1 edição.). coimbra.
- Hahnmary, K., & Carlotto, S. (2008). Síndrome de Burnout em monitores de uma fundação de proteção especial. *Revista Diversitas -Perspetivas Em Psicologia*, 4(1), 53–62.
- Hochschild, A. R. (2012). *The Managed Heart - Commercialization of human feeling with a new preface*. (Universiyi of California Press, Ed.). California.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. *Envelhecer Em Portugal*, 8, 203–229.
- Lemos, M. (2013). Parecer de iniciativa sobre as consequências económica, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população. (conselho económico e Social, Ed.) *Conselho Económico E Social*, 391.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In *Evaluating stress: A book of resources*. (pp. 191–218).
doi:10.1017/S0033291798257163
- Maslach, & Leiter. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.
- Miranda, S. C. C. (2011). *Stress Ocupacional , Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. Universidade Católica Portuguesa.
- Monteiro, B. D. S. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Moraes, E. N. de, Moraes, F. L. de, & Lima, S. de P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(1), 67–73.
Retrieved from
http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. do C. L., & Vannuchi, M. T. O. (2011). Estratégias e Intervenções no Enfrentamento da Síndrome de Burnout. *Revista de Enfermagem*, 19(1), 140–145.
- Moura, A. C. B. (2007). *Estratégias de coping e estilos de vida como mediadores entre o stress e o burnout nos bombeiros do distrito de setúbal*. Algarve.

- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B . Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas Psicologia*, 14(1), 17–34.
- OMS. (2002). Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation.
- Pereira, C. da S. (2012). *Envelhecimento e Bem- Estar Psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: um estudo nas Ilhas das Flores e Corvo*. Açores.
- Pimentel, L. (2013). *Filho és Pai Serás*. (L. Coisas de Ler Edições, Ed.) (1ª Edição,). Lisboa.
- Real, A. F. G. de D. (2012). *A criança e a Família - o cuidar em fim de vida*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ribas, C. C. S. de C. (2010). *Síndrome De Burnout Em Profissionais De Saúde : Uma Abordagem Bioética Num Estudo Preliminar*. Porto.
- Rodrigues, M. da P. G. (2011). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal -Versão Reduzida*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rosa, C., & Carlotto, M. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista Da SBPH*, 1–15. doi:1516-0858
- Santos, M. N. P. dos. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares*. Universidade do Porto.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. doi:10.1108/13620430910966406
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. (Lidel, Ed.).
- Silva, D. (2007). *Emotional labor e burnout em profissionais de saúde*. Psicologia e Ciências da Educação.
- Silva, P. L. A. (2006). *Percepção de Fontes de Estresse Ocupacional, Coping e Resiliência no Fisioterapeuta*.
- Simões, M. S. R. (2012). *Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos*. Universidade de Aveiro.
- Sousa, V. (2013). *Ambiente de Call Center*. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Torres, J. S. de, Méjias, F. T., & Milán, E. G. (2006). *Processos Psicológicos Básicos*. (McGraw-Hill, Ed.) (2ª ed.).
- Vara, N., & Queirós, C. (2008). Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta Modelo destinada às Instituições

Exmº Senhor(a)

Presidente da Instituição

Nuno Augusto da Silva, aluno do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, No âmbito do trabalho de Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento sob a orientação da Sra. Professora Dra. Margarida Pedroso Lima vem solicitar que lhe seja autorizado aplicar o questionário demográfico e o MBI (Maslach Burnout Inventory) que se anexa no âmbito da sua Tese de dissertação sobre esgotamento nos cuidadores formais de Instituições de apoio a pessoas institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados.

Este estudo destina-se exclusivamente a fins de investigação, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como será assegurada que os mesmos não serão tratados individualmente.

Com os melhores cumprimentos

Coimbra, 21 de Julho de 2014



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA VILA DE PEREIRA

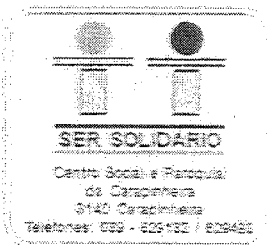
DECLARAÇÃO

Eu, Salvador Paixão Félix, na qualidade de Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira, declaro que autorizo o Sr. Dr. Nuno Augusto da Silva Aíves na aplicação na nossa Instituição dos instrumentos para a elaboração de Tese "Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados", realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e que decorre sob a orientação da Exma. Sra. Professora Doutora Margarida Pedroso Lima.

Pereira, 03 de Fevereiro de 2015.

O Provedor.

(Salvador Paixão Félix)



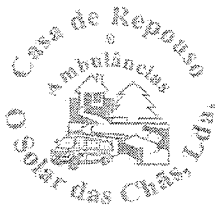
Declaração

Eu Maria de Fátima Soares na qualidade de Directora no Centro Social e Paroquial da Carapinheira, declaro que autorizo o discente na aplicação dos instrumentos para a elaboração de Tese " *Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas Institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados*, no âmbito do Mestrado em Temas de Psicologia do Desenvolvimento e que decorre sob orientação da Sra. Dra. Margarida Pedroso Lima.

Carapinheira, 20 de Março de 2015

Directora Técnica

CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL
DA CARAPINHEIRA
RUA DA IGREJA, 34
CONT.: 502 690 259



Declaração

Eu, Fernanda Maria Nascimento Bastos Silvério, na qualidade de Directora Técnica da Casa de Repouso "O Solar das Cãs, Lda.", declaro que autorizo o discente, Nuno Augusto da Silva Alves, na aplicação dos instrumentos para a elaboração de Tese "Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas Institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados", no âmbito do Mestrado em Temas de Psicologia do Desenvolvimento e que decorre sob orientação da Sra. Dra. Margarida Pedroso Lima.

Coimbra, 23 de Março de 2015

CASA DE REPOUSO
O SOLAR DAS CHÃS, LDA.
A GERÊNCIA
(Fernanda Silvério, Dra.)

From: Carlos Magalhães

Sent: Friday, July 25, 2014 11:20 AM

To: geral

Subject: Re: Autorização para aplicação dos instrumentos para a elaboração de Tese " Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas Institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados.

Caro amigo José Guerra

Estamos à disposição do requerente para o projecto de investigação.

O elemento de contacto é a nossa Psicóloga - Dra Carina Paiva - 239850100 ext 102

Abraço

Carlos Magalhães Santos, Dr

Director Clínico da FMPC Unidade de Saúde de Coimbra.

No dia 24/07/2014, às 14:44, Sede - AFMP <geral@afmp.pt> escreveu:

Exmº Sr. Dr. Carlos Magalhaes,

Diretor Clinico da Unidade de Saude de Coimbra

ANEXO 2

CONSENTIMENTO INFORMADO

Aceito participar na investigação (o **esgotamento nos cuidadores formais de instituições de apoio a pessoas institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados**). No âmbito do trabalho de Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento sob a orientação da Sra. Professora Dra. Margarida Pedroso Lima. Será realizada uma entrevista em que serão recolhidos alguns dados demográficos. Os dados colhidos serão completamente anónimos e só serão utilizados nesta investigação. É, pois, muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que leia este documento com atenção.

Eu, abaixo assinado (nome completo) _____ compreendi o esclarecimento que foi ministrado sobre a investigação que se tenciona realizar, bem como o estudo em que serei incluído.

Tomei conhecimento que será garantido o anonimato e que todos os dados serão confidenciais e não poderão ser divulgados. Serão utilizados para fim de investigação e não serão alvo de qualquer tratamento individualizado.

Por estes factos concordo em participar no referido estudo consentindo e que me seja realizada a entrevista proposta pelo investigador.

Coimbra, 21 de Julho de 2014

ANEXO 3

Parte I

Questionário Demográfico

1. Sexo Masculino
 Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado Civil Solteiro
 Casado
 Divorciado
 Separado
 Outro

4. Função na
instituição? _____

5. Horas de trabalho por semana

39h ou menos
 40-45h
 46 - 50h
 51-60h
 61h ou mais

6. Antiguidade/tempo na função

Menos de 6 meses
 De 6 meses a 1 Ano
 Mais de 1 até 3 Anos
 Mais de 3 até 5 Anos
 Mais de 5 até 10 Anos
 >10 Anos

7. Antiguidade/tempo na Instituição

Menos de 6 Meses
 De 6 Meses a 1 Ano
 Mais de 1 Ano até 3 Anos
 Mais de 3 Anos até 5 Anos
 Mais de 5 até 10 Anos
 >10 Anos

ANEXO 4

IMBI (IMIasiach Burnout Inventory)

As 22 afirmações que se seguem estão relacionadas com sentimentos ocorridos em relação ao seu emprego. Leia cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. A cada uma das afirmações deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando com uma cruz (x) no quadrado respectivo.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.							
2. Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.							
3. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.							
4. Posso facilmente compreender como os meus utentes se sentem acerca de coisas que acontecem.							
5. Sinto que trato alguns utentes como se fossem "objectos" Impessoais.							
6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.							
7. Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes.							
8. Sinto-me exausto com o meu trabalho.							
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida das outras pessoas através do meu trabalho.							
10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.							

	<i>Numca</i>	<i>Algumas vezes por ano</i>	<i>Todos os meses</i>	<i>Algumas vezes por mês</i>	<i>Todas as semanas</i>	<i>Algumas vezes por semana</i>	<i>Todos os dias</i>
<i>11. Aborrece-me que o tipo de trabalho desempenho me pressione bastante emocionalmente.</i>							
<i>12. Sinto-me cheio de energia</i>							
<i>13. Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.</i>							
<i>14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.</i>							
<i>15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes.</i>							
<i>16. Trabalhar directamente com os utentes faz-me sentir demasiado em stress.</i>							
<i>17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes</i>							
<i>18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus utentes.</i>							
<i>19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.</i>							
<i>20. Sinto-me que os utentes culpam por alguns dos seus problemas.</i>							
<i>21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.</i>							
<i>22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.</i>							



Nuno Alves <nunoalves90@gmail.com>

Autorização para utilizar a escala MBI HSS

2 mensagens

Nuno Alves <nunoalves90@gmail.com>

10 de novembro de 2015 22:54

Para: jazeredo.costa@gmail.com

Boa noite Sr. Dr. Azeredo

Solicito a V.Exa a autorização para utilizar a escala MBI-HSS. Com efeito iniciei o meu estudo de Mestrado com o título "Esgotamento dos cuidadores formais de Instituições de apoio a pessoas Institucionalizadas e identificação das dificuldades na prestação de cuidados" com a escala MBI - HSS, julgando, erradamente que a validação desta pertencia a outro autor a quem pedia autorização que a cedeu. Contudo detetei só agora que a versão que utilizei foi a que V. Exa. validou para a população Portuguesa.

Peço desde já desculpa por este equívoco e, renove o pedido de autorização com efeitos retroactivos à data de início da minha tese 2014.

Atenciosamente

Nuno Alves

João Azeredo Costa <j.azeredo.costa@gmail.com>

15 de novembro de 2015 20:04

Para: Nuno Alves <nunoalves90@gmail.com>

Boa noite Sr. Dr. Alves, tem a minha autorização e a dos restantes autores para a utilização da escala na sua tese de mestrado.

Com os melhores cumprimentos

J. Azeredo Costa

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

J.Azeredo Costa