



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Temudo Santos Cardoso Morais

***BURNOUT* EM CUIDADORES FORMAIS EM ADULTOS
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação no âmbito do Psicologia Clínica subárea de especialização
Psicogerontologia Clínica orientada pela Professora Doutora Margarida
Pedroso de Lima e apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de
Coimbra

Setembro de 2019

DEDICATÓRIA

*“Para o mundo tu és um pai, mas para mim és, e serás sempre, o meu **mundo**”.*

Dedicado ao meu querido Papá,

Hugo Cardoso Morais

Agradecimentos

Dedico este espaço para agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a finalizar este capítulo da minha vida.

Quero agradecer à Professora Doutora Margarida Pedroso Lima pelos ensinamentos, pela paciência e compreensão durante todo este percurso; bem como à Doutora Catarina Gonçalves, minha orientadora de estágio, pelo seu carinho, apoio e pelas suas palavras nos piores momentos.

Mas em primeiro lugar, quero agradecer ao meu querido **Papá**, o meu herói e o meu grande amor. Ensinaste-me a lutar até ao fim mesmo quando parecia não haver esperança e sempre com uma força e boa disposição inexplicável. Obrigada por seres o meu exemplo e por me dares coragem para tentar continuar. É em tua honra, e por tudo o que és e serás sempre para mim, que me esforcei para terminar este desafio.

Igualmente importante, a minha querida **Mamã**, a mulher com um grande coração e um altruísmo singular para com todos à sua volta. Obrigada por me segures quando estou prestes a cair e por me teres incentivado sempre a terminar este capítulo. É um privilégio, um orgulho e uma honra ser vossa filha. Às minhas duas princesas, **Didicas** e **Mafaldinha**, as minhas irmãs, obrigada por estarem sempre prontas para me apoiar nas minhas decisões e por me darem a mão quando mais preciso. Sem vocês o número cinco não seria o nosso número mágico. Adoro-vos aos quatro.

Ao meu querido **Zecaleca**, o namorado mais ternurento, que esteve sempre presente em todos os momentos. Obrigada pelo teu apoio incondicional, pela ajuda na realização deste trabalho, mas acima de tudo obrigada por seres quem és.

Quero, também, agradecer aos meus dois melhores amigos, **João Filipe** e **Inês Sousa**, que estiverem sempre dispostos a ajudar em todas as fases deste projeto e me ampararam sempre que precisei. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

À minha família, particularmente à minha avó **Kali** e **Tia Paula**, quero deixar o meu sincero agradecimento por tudo o que foram e fizeram por mim e por todos nós. À família que eu posso dizer que escolhi, **Elsa**, **João**, **Cristininha**, **Zé**, **Nelinha**, **Tó** e respetivos filhos; **João Sousa**, **Maria Antónia**, **Joana Sousa** e **Celínia** pela força e entejuda em todos os momentos. Estar-vos-ei eternamente grata.

Aos meus verdadeiros amigos que estiverem presentes de uma maneira ou outra e me ajudaram a levantar a cabeça e terminar este projeto: **Sofia Reigota**, **Beatriz Baptista**, **Patrícia Girão**, **Mónica Torres**, **Anna Santos**, **Nádia Fernandes**, **Inês Cabral**, **Henrique Rodrigues**, **David Matos**, **Mário Pereira**, **Mauto Leitão**, **Catarina Pinto**, **Beatriz Peres**, **João Apóstolo**, **Luís Veloso**, **Joana Prata**, **Teresa Valente**, **Sara Loureiro** e **Lia Marques**.

A todos os que participaram neste projeto o meu muito obrigada.

***Burnout* em Cuidadores Formais de Adultos Idosos Institucionalizados**

Resumo

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

Com o objetivo de estudar os níveis de *burnout* nos cuidadores formais - enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares e animadores socioculturais - de diversas instituições do distrito de Coimbra, realizou-se um estudo descritivo com uma amostra de 115 colaboradores.

Neste sentido, aplicou-se um questionário sociodemográfico e profissional construído para o efeito e aplicou-se a escala de avaliação MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*) que mede os níveis de *burnout* através de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Os nossos resultados mostraram a existência de baixos níveis de *burnout* nas dimensões despersonalização e realização pessoal, e níveis moderados na dimensão exaustão emocional.

Assim este estudo contribui para o conhecimento de uma problemática atual que precisa de ser reconhecida pela sociedade e prevenida através de recursos próprios para estes profissionais, afim de aumentar a qualidade de vida dos mesmos e dos próprios utentes que deles dependem.

Palavras-Chave: Síndrome de *Burnout*, Cuidadores Formais, *Stress*, Adultos Idosos.

Burnout in Formal Caregivers of Institutionalized Senior Adults

Abstract

Burnout Syndrome is currently one of the most outstanding consequences of professional stress, so it is important to investigate this issue, especially in the so-called risk groups, such as formal caregivers of institutionalized elderly adults.

In order to study burnout levels in formal caregivers - nurses, psychologists, gerontologists, assistants and sociocultural animators - from numerous institutions in the district of Coimbra, a descriptive study was designed in a sample of 115 employees.

We use the MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey) which is an assessment scale that reveals burnout levels through three dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Personal Achievement as well as a sociodemographic and professional survey was built and applied.

Our results showed low levels of burnout in the depersonalization and personal achievement dimensions, and moderate levels in the emotional exhaustion dimension.

In conclusion, this study contributes to the knowledge of a current issue that needs to be recognized by society and prevented with its own resources, in order to increase the quality of life of health professionals and of the users who depend on them.

Keywords: Burnout Syndrome, Formal Caregivers, Stress, Elderly Adults.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	2
2. INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	3
3. CUIDADORES FORMAIS	5
i. DIFERENCIAÇÃO DOS PAPÉIS DOS CUIDADORES FORMAIS	5
ii. PREVENÇÃO DO <i>DISTRESS</i> DOS CUIDADORES FORMAIS	7
4. <i>STRESS</i>	8
i. DEFINIÇÃO DO CONCEITO	8
ii. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	10
5. <i>BURNOUT</i>	11
i. EVOLUÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO	11
ii. FATORES DESENCADEADORES DO SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	13
iii. SINTOMAS ASSOCIADOS AO <i>BURNOUT</i>	15
II. OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	17
III. METODOLOGIA	18
6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	18
7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	20
8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS..	21
9. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	22
10. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	23
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSSÃO.....	30
VI. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES	34
VII. CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43

Lista de Anexos

Anexo 1. Dimensões do MBI-HSS: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.....	44
Anexo 2. Autorização/consentimento enviado via email às instituições e postado nas redes sociais.....	45
Anexo 3. Inquérito submetido aos inquiridos.....	46
Anexo 4. Verificação dos pressupostos de normalidade da amostra.....	56
Anexo 5. Análise descritiva das Dimensões do MBI-HSS: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal por itens.....	57

INTRODUÇÃO

Num contexto sociodemográfico marcado pelo aumento da população idosa, urge como prioridade o estudo desta faixa etária bem como os desafios que ela traz consigo.

A maioria das doenças crónicas e incapacidades no desempenho de atividades de vida diária aumentam conforme a idade (OMS, 2005). É, neste enquadramento, que as redes sociais de apoio ao idoso assumem especial pertinência, colaborando na prevenção da doença e, por sua vez, ajudando na promoção da saúde destes indivíduos, uma vez que se instituem relações humanas estruturadas na partilha dos recursos presentes (Meireles, 2016).

Neste contexto, os cuidadores, e concretamente os cuidadores formais, assumem um papel de destaque, na medida em que as transformações na estrutura familiar determinam que, muitas vezes, a tarefa do cuidado aos idosos que deles carecem seja reencaminhada para instituições de apoio, adequadas às suas problemáticas.

Esta transferência de cuidados por parte da família para profissionais especializados exige que os mesmos estejam habilitados e capacitados no desempenho das funções pretendidas, e que permitam a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar do idoso (Pereira & Marques, 2014).

No entanto, estes profissionais estão expostos a exigências laborais, pessoais e emocionais que, muitas vezes, se traduzem em situações de tensão emocional e *stress* laboral. Este *stress* quando contínuo no âmbito profissional, “causado por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada” pode levar o indivíduo a um “estado de fadiga ou frustração” (Freudenberger, 1980, citado por Queirós, 2005, p. 27). Este estado foi denominado pelo autor de Síndrome de *Burnout*.

Assim sendo, o presente estudo pretende contribuir para o conhecimento do Síndrome de *Burnout*, através da recolha de informação sociodemográfica e através da administração da escala de MBI-HSS (Maslach *Burnout* Inventory - Human Services Survey) como forma de perceber o impacto que este síndrome tem na vida destes profissionais, concretamente enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares e animadores socioculturais.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é já considerado um facto indubitável e é resultado de uma luta histórica e social da humanidade, e consequentemente, é um privilégio das sociedades contemporâneas (Daoudi, 2000). O seu crescimento tornou-se um fenómeno incontornável mesmo nos países ditos menos desenvolvidos (Veras *et al.*, 2008).

Tendo em consideração o exposto no parágrafo anterior, podemos dizer que chegar a uma idade avançada já não é uma proeza reservada a uma pequena percentagem da população mas uma realidade demográfica mundial. Na Europa estudos realizados por Kalache, Veras e Ramos (1987) mostraram que a Grécia apresentava uma esperança média de vida considerada uma das mais altas do continente europeu, apesar deste país se apresentar entre os mais pobres. Os mesmos autores estudaram ainda dois países americanos, atestando que o México, em 1970, apresentava uma esperança média de vida superior à dos Estados Unidos da América. Estudos mais recentes e levados a cabo pela Organização Mundial de Saúde (2014), concluíram que em 2020, e pela primeira vez na história, o número de pessoas com mais de 60 anos será superior ao número de crianças com idade igual ou inferior a 5 anos (Oswald, 2014).

O nosso país acompanha, também, esta tendência de crescimento demográfico na idade avançada. O Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2015, desenvolveu uma investigação na qual comprovou que Portugal estaria entre os 28 países da União Europeia com elevado índice de envelhecimento, estando qualificado em quinto lugar de entre os restantes. De 1970 a 2014, a proporção da população com 65 ou mais anos de idade passou de 9,7% para 20,3% respetivamente, aumentando igualmente a dependência dos idosos de 16 a 31% (INE, 2015). A mesma fonte projetou que entre 2015 a 2080 o envelhecimento da população acentuar-se-á: “o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015, p. 4, 6).

Com a existência de novos recursos e avanços quer a nível político, médico e social democratizou-se o acesso à velhice (Kalache, Veras & Ramos, 1987). Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças mais frequentes na velhice ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O grande testemunho

desses resultados é a demanda crescente de serviços de saúde (Lima-Costa, 2003). Assim o sonho milenar do prolongamento da vida até às idades avançadas acarreta inúmeras benesses mas também desafios e dificuldades. A principal dificuldade prende-se com a qualidade de vida dos mais velhos. Nem todos viverão a última fase do ciclo de vida com saúde e de forma criativa. No que concerne a estes, a sociedade tem vindo a organizar-se para dar apoio nas questões sociais e de saúde. Uma das formas é a institucionalização que passaremos a expor no capítulo seguinte.

2. INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização crescente das pessoas idosas surge fruto da interação complexa de diversas variáveis, desde o envelhecimento populacional às transformações das estruturas familiares. A realidade da institucionalização exige, compreensivelmente, que os profissionais de apoio e assistência aos mais velhos sejam altamente habilitados, auxiliando quer na manutenção da saúde e da qualidade de vida, quer no seu bem-estar (Pereira & Marques, 2014).

A família é um elemento fundamental para o bem-estar do idoso (Aoki *et al.*, 2018; Crooks, Lubben, Petitti, Little, & Chiu, 2006; Evans *et al.*, 2018; Lim, Park, Lee, Oh, & Kim, 2013; Ribeiro *et al.*, 2012; Shou *et al.*, 2018). Os sentimentos de apoio e intimidade permitem a sensação de preenchimento e pertença ao grupo familiar. Mas o cuidado dispensado ao idoso pode tornar-se muito complexo para a família sobretudo em casos de processos de cuidados contínuos. A dificuldade na decisão de institucionalizar alguém próximo é um processo que depende de diversos fatores. Num estudo realizado por Perlini e colaboradores (2014) os fatores mais citados por familiares quanto há a decisão de institucionalizar o idoso foram: o número reduzido de integrantes da família; a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado no domicílio e o desejo do próprio idoso em não perturbar seus familiares. Outros fatores, prendem-se com problemas de relacionamento com os familiares, a viuvez, as múltiplas doenças e o síndrome demencial (Fonseca *et al.*, 2011).

No que diz respeito ao relacionamento entre familiares, Neri (2014) acredita que os próprios mecanismos psicológicos da regulação das interações sociais, entre membros da família, distinguem-se de acordo com a idade e qualidade dos mesmos. Os padrões

familiares delineiam as regras de expressão de afetos positivos e negativos. Neste contexto, podemos considerar que um ambiente coeso e com relacionamentos positivos entre os membros da família e o idoso, vai ser percebido, pelo mesmo, como um sentimento de aceitação por parte da família; pelo contrário, os ambientes adversos e com relações negativas, desmoralizam a expressão das necessidades emocionais, diminuindo a capacidade de regular a emoção e aumentando o próprio desconforto emocional do adulto idoso. Neste sentido, entende-se que a família, apesar das mudanças em função das situações, permanece como um “local” de extrema importância no que respeita à atribuição de afetos e proteção destes adultos idosos (Lubben *et al.*, 2006). Os vínculos que os idosos criam ao longo da sua vida são formados pelo núcleo familiar e por amizades inerentes à comunidade onde residem. São estas relações que têm sido reconhecidas como um fator fundamental para o envelhecimento com qualidade. Estas redes de apoio a idosos asseguram-lhes uma maior autonomia, independência, bem-estar e saúde física e mental (Wegner, Virginia, & Areosa, 2012).

Num estudo realizado por Sousa e colaboradores (2004) concluiu-se que há uma enorme variabilidade interpessoal nas capacidades dos idosos, bem como na sua própria percepção da qualidade de vida; foi constatado que estar num lar/instituição torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida - uma possível chamada de atenção aos profissionais de saúde que nestas trabalham. Com base neste estudo podemos afirmar que na institucionalização, o idoso depara-se com desafios, que afetam de forma percebida a sua autonomia funcional e as suas capacidades, havendo assim um aumento reconhecido das suas incapacidades físicas e psicológicas e uma redução da capacidade de superação das mesmas (Meireles, 2016). A mesma autora sugere que, os mesmos utentes com um nível elevado de autonomia, acabam por ser “penalizados” e privados de usufruir dessa mesma autonomia de forma plena (Sousa *et al.*, 2004). Contudo, Oliveira (2005, p.88) defende que “estar num lar não significa necessariamente fatalidade (...) porque um idoso que fique com a família, não sendo apoiado pode sentir muito mais a solidão do que na institucionalização”.

Podemos, desta forma, considerar que existem aspetos positivos e negativos quando falamos de institucionalização. O que importa realçar é que uma vez institucionalizado, o idoso deve receber os cuidados essenciais de acordo com as suas

necessidades ou dificuldades, quer físicas, cognitivas ou emocionais. Essa prestação de apoio deve ser feita com a maior responsabilidade possível.

Em suma, a institucionalização traz desafios a qualquer pessoa, e à pessoa idosa em particular, e o facto de se confrontar fora do seu local de conforto, faz com que essas mesmas dificuldades se tornem, para a grande maioria, ainda mais difíceis de aceitar e controlar. É crucial o acesso a meios e mecanismos que permitam a escuta de necessidades; a intervenção física e cognitiva e a implementação de políticas sociais de apoio. É neste contexto que os Cuidadores Formais apresentam um papel fundamental para apoiar o adulto idoso aquando a sua institucionalização.

3. CUIDADORES FORMAIS

i. DIFERENCIAÇÃO DOS PAPÉIS DOS CUIDADORES FORMAIS

O cuidador de pessoas idosas é aquele que, pertencendo ou não ao núcleo familiar, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas atividades diárias - a alimentação, a higiene pessoal, a medicação, o acompanhamento a serviços de saúde, entre outras. No entanto, Sequeira (2007) ajudou a diferenciar o cuidador formal do informal. Para a autora, o cuidado formal é essencialmente protagonizado por profissionais qualificados, como enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares, animadores socioculturais, assistentes sociais, entre outros. Estes apresentam uma preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias, centros de dia...). Alexandra e Rodrigues (2014) consideram que o cuidador formal se define pela prestação de serviços de carácter profissional em instituições direcionadas para a prestação de cuidados. Já os cuidadores informais são essencialmente familiares, amigos, vizinhos que, por sua vez, cuidam do idoso, mas num contexto mais familiar.

Cada um destes profissionais exhibe um papel distinto na instituição. Desta forma, o trabalho complementar e interligado destes profissionais, enquanto equipa coesa, traz mais benefícios (Vicente, 2011). De seguida, será feita uma breve descrição do papel de cada um dos profissionais.

Os **enfermeiros** têm a seu cargo a organização do referente à área da saúde: a gestão de *stocks* de material de consumo clínico e farmacológico; a interligação com

outros técnicos de saúde *intra* e *extra* instituição; a administração de medicação e supervisão da toma oral da mesma, quando necessário; o apoio e esclarecimento de dúvidas de saúde aos utentes; o reconhecimento de sinais e sintomas, entre outras funções (Sidney, Santos, Luiz, & Barlem, 2008).

Os **psicólogos** apresentam, igualmente, um papel significativo na vida do adulto idoso quando institucionalizado. A intervenção psicológica pode incluir não só alívio dos sintomas e prevenção de episódios sintomáticos futuros, mas também a qualidade de vida, a capacidade de fazer escolhas de vida satisfatórias, fazer mudanças adaptativas na sua personalidade e outros objetivos definidos na colaboração entre o paciente e o psicólogo (APA, 2006). Neste sentido, o psicólogo procura responder e ajudar o adulto idoso a aprender a lidar com novos desafios da institucionalização. Cabe, portanto, ao psicólogo ajudar o idoso a atingir um bem-estar.

Relativamente ao papel do **gerontólogo**, este tem uma competência genérica, abrangendo três domínios: saúde, social e organizacional onde ajuda a desenvolver estratégias adaptativas – contruídas com a pessoa idosa (Pereira, 2005).

Aos **auxiliares** de lares e centros de dia cabem determinadas tarefas como os cuidados de higiene, o tratamento do vestuário, a ajuda na alimentação bem como o acompanhamento do idoso, quando necessário (Pires, 2015). Compete-lhe o cuidado ao idoso em várias áreas: físicas, na qual ajudam na estimulação dos movimentos do mesmo para que este não se torne muito sedentário (quando possível); mentais, através da estimulação cognitiva; e, finalmente, a vertente social, na participação ativa na família e na respetiva comunidade (Pires, 2015).

Finalmente, os **animadores socioculturais** têm também uma pertinência crucial enquanto cuidadores em instituições, lares e centros de dia. É-lhes incumbido um conjunto de práticas desenvolvidas a partir do conhecimento de uma determinada realidade, que visa estimular o idoso, para que este se possa tornar no seu próprio agente de desenvolvimento, quando possível. O animador sociocultural apresenta determinados requisitos inerentes à sua profissão e que o tornam relevante relativamente ao cuidar do idoso - fortes competências sociais como a comunicação; exibir uma presença positiva com outras pessoas; criatividade e dinamismo de forma a fazer com que os seus participantes/pacientes adiram e se envolvam em atividades que os ajudem a todos os níveis, mentais, sociais e físicos. A animação sociocultural contribui de forma

significativa na educação do adultos mas numa vertente não formal, pois esta é feita de acordo com as necessidades e carências dos utentes (Correia, 2013).

ii. PREVENÇÃO DO *DISTRESS* DOS CUIDADORES FORMAIS

Em contexto institucional são os cuidadores formais que assumem o apoio ao idoso estando, no entanto, sujeitos a pressões de ordem social, profissional e essencialmente emocional, que conduzem, não raras vezes, a estados emocionais de exaustão.

Este estado emocional advém da crescente exigência de qualidade e humanização dos cuidados institucionais e sublinha a necessidade de prevenir o *distress* psicológico sentido pelos cuidadores formais, suscetível de afetar os cuidados a pacientes (Corte, 2014).

As profissões centradas em cuidados a pacientes requerem um grau de envolvimento emocional que coloca pressão e exigência sobre esses profissionais. Não é invulgar estes sentirem-se emocionalmente esgotados e, mesmo, alguma frustração e desencanto com o trabalho que praticam (Vicente & Oliveira, 2015). Os comportamentos do idoso constituem um dos principais desafios para si próprio e para quem dele cuida e estes tendem a acentuar-se com a idade ou doença. Consequentemente surge um aumento do grau de exigência física e psicológica do cuidador, ampliando a probabilidade de vivenciar o *stress*.

Várias intervenções têm sido desenhadas para apoiar e prevenir o *stress* nos cuidadores formais como, por exemplo, o programa de apoio psicoeducativo *ProLongCare*. Este programa incluiu dois objetivos primordiais: o primeiro prende-se com o aumentar dos conhecimentos e competências dos cuidadores formais, ajudando-os a obter e fortalecer estratégias de prestação de cuidados que, por sua vez, têm um efeito positivo no bem-estar das pessoas com demência, nomeadamente através da estimulação multissensorial (Weert *et al.*, 2006) e motora (Rolland *et al.*, 2007); o segundo procura o desenvolvimento de estratégias de *coping*¹ para uma gestão eficaz do *stress* e *burnout* associados aos cuidados prestados a estes adultos idosos. Estas intervenções psicoeducativas integram assim componentes de apoio educacional, psicossocial e emocional com o intuito de aumentar o sentido de competência para lidar com a doença e ajudar a desenvolver estratégias eficazes, representando um contributo

¹ *Coping*: “conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas” (Antoniazzi *et al.*, 1998, p. 274)

positivo na diminuição do *stress* nos cuidadores formais, uma vez que atendem às necessidades psicológicas e emocionais destes. Contudo, e infelizmente, esta abordagem orientada para a conjuntura institucional não tem sido devidamente difundida e, até à data, desconhece-se em Portugal a existência de programas, para além da educação formal destes profissionais, que respondam de forma adaptada às necessidades educativas e de suporte dos cuidadores formais (Cardoso, 2012).

4. STRESS

i. DEFINIÇÃO DO CONCEITO

O termo *stress* é muito utilizado, tanto pela comunidade científica, como pelo público em geral. Para o melhor compreendermos importa perceber como surgiu e analisar as suas diferentes definições.

O conceito de *stress* começou por estar relacionado com os conceitos de força, esforço e tensão. A ocorrência da Revolução Industrial (séc. XIX), caracterizada pelo notável desenvolvimento económico e pela transferência de pessoas do meio rural para o urbano, com o objetivo de trabalhar nas fábricas, levou a modificações radicais nas condições de vida da sociedade. No entanto, a miséria, o trabalho fatigante e prolongado, as desastrosas condições de habitação e a carência alimentar persistiram. Assim começaram as polémicas acerca da saúde do trabalhador no mundo e aumentaram as patologias, acreditando-se, relacionadas com o *stress* (Marques, Goulart, & Guido, 2018).

Hans Selye, médico canadense, e considerado o pai do conceito de *stress*, ao longo de quatro décadas de pesquisas (1936-1976) definiu *stress* como uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido a agentes stressores, por ele denominado de síndrome de adaptação geral e caracterizado pela existência de três fases: a primeira como uma reação de alarme, decorrente da ativação do sistema nervoso simpático em que o corpo fica pronto para enfrentar o desafio; a segunda, resistência, em que o corpo se mantém ativado, ainda que num grau menos intenso, de forma a manter os seus recursos disponíveis para o impacto; a terceira, e última fase, denomina-se de exaustão, no qual é exigido manter-se ativado por um período mais longo do que aquele que consegue suportar. Nesta última etapa, o organismo entra em esgotamento e torna-se vulnerável; há uma quebra da capacidade de pensar, de lembrar

e de agir, como também na capacidade de resposta do sistema imunológico (Costa, Lima & Almeida, 2003). No entanto, segundo a OMS (2017) o *stress* é uma contestação que abrange a parte fisiológica, psicológica e comportamental do ser humano na busca de se adaptar às pressões do mundo.

Relativamente às suas manifestações, sinais e sintomas, estes acabam por ser sempre os mesmos, podendo variar de acordo com a gravidade e a duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica. Folkman (1984) citados por Lazarus (1993), traçou uma diferenciação entre três níveis distintos de *stress*, sendo eles, o dano/malefício, a ameaça e o desafio. O dano, refere-se a consequências físicas que já ocorreram e que são perdas definitivas. A ameaça é o resultado da antecipação de um dano que ainda não aconteceu, contudo poderá estar próximo. O desafio é resultante das árduas exigências que confiamos ultrapassar devido a mobilizarmos e aplicarmos, de forma eficiente, os nossos meios de *coping*. Segundo o mesmo autor, a ameaça caracteriza-se por uma projeção para o futuro. A existência de danos diz respeito a situações dolorosas que já sucederam, tendo o indivíduo que aceitar ou reinterpretar, de forma positiva, o seu significado e respetivos desfechos/consequências. Este fato está inteiramente relacionado com o passado. Contrariamente, o desafio está relacionado com o presente, no qual surge uma nova circunstância onde o indivíduo sente que as exigências que se edificam poderão ser obtidas ou superadas (Vaz Serra, 2011).

A ausência de mecanismos de gestão do *stress* pode trazer consequências físicas e psicopatológicas ao indivíduo. Esses ditos agentes perturbadores não são apenas de natureza física; as emoções como o amor, ódio, alegria, raiva, desafio e medo, são características do *stress* (Vaz-Serra, 1988). Neste seguimento, percebemos que as respostas hormonais do nosso organismo aos agentes agressores, quer físicos quer emocionais, adaptam-se às mudanças externas ou estímulos. Todavia, por vezes os mesmos podem ser a causa de doença, especialmente se o estado de *stress* for de período prolongado ou intenso. Neste último caso, o corpo entrará no que se designa por síndrome de adaptação geral. Neste seguimento torna-se importante trabalhar estratégias de *coping*.

ii. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Enquanto os mecanismos de defesa do Eu, na perspectiva de Snyder e Dinoff (1999, citados por Vaz-Serra, 2011) as estratégias de *coping* relacionam-se com padrões aprendidos no passado, sendo rígidos e inconscientes na sua forma de atuação. Os mecanismos de *coping* encontram-se mais orientados para o presente e futuro, correspondendo a estratégias com maior flexibilidade, mais cientes e atentas à realidade que rodeia o sujeito. As estratégias utilizadas para lidar com o *stress* consideram-se um fator mediador dos resultados que os acontecimentos sociais têm sobre o indivíduo. Folkman e Lazarus (1980, 1985, citados por Vaz-Serra, 2011) referenciam que as estratégias de *coping* podem ser direcionadas para dois objetivos distintos: a resolução do problema e o controlo das emoções. Ao primeiro cabe ao indivíduo direcionar os seus esforços para a resolução da situação que provoca o *stress*; o segundo acarreta a capacidade de diminuição da tensão emocional vivenciada.

Assim, as estratégias demonstradas nas emoções designam-se por mecanismos redutores dos estados de tensão. Desta feita, acredita-se que as estratégias que se utilizam nas situações indutoras de *stress*, na sua essência, classificam-se em duas classes – na abordagem e confronto do problema e no evitamento de uma situação adversa (Folkman e Lazarus, 1980 e 1985, citados por Vaz-Serra, 2011).

Tendo em consideração o que já foi referido acima, os recursos que um indivíduo possui são diversos, nos quais se incluem as experiências pessoais, características e formas de ser, o apoio da rede social onde o indivíduo se insere, entre outros. É, então, facilmente perceptível que quanto maior é o número de recursos, mais fácil será lidar com a situação.

Podemos, agora, compreender que as estratégias de *coping* combinam a procura de informação e a resolução de problemas e que, por sua vez, trazem efeitos benéficos a nível do funcionamento psicológico e atenuam a influência adversa das mudanças na vida. Existem, portanto, inúmeros tipos de estratégias que o ser humano dispõe e utiliza para a redução da tensão emocional que sente. Assim, na tentativa imediata de esbater estas emoções negativas, existem processos que se tornam vantajosos, tais como ouvir música, praticar *yoga*, relaxamento ou mesmo o exercício físico. Outros, por seu lado, são prejudiciais e capazes de constituir uma fonte secundária de *stress* já que originam complicações físicas, sociais ou psicológicas, que poderão levar a consequências

bastante negativas para o indivíduo - como o consumo de drogas ilícitas, fumar, beber ou comer em excesso (Vaz-Serra, 2011).

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

5. *BURNOUT*

i. EVOLUÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO

Foi através de Freudenberger (1974), psiquiatra e psicanalista norte-americano, que o termo *Burnout* foi introduzido na literatura científica para descrever um síndrome que considerava frequente nos profissionais de saúde, como consequência da tensão emocional resultante do contacto direto com pessoas que apresentavam declínios acentuados. Já nos anos 80, o interesse expandiu-se, ampliando-se a diversas profissões de ajuda e de ensino, mais especificamente, médicos, enfermeiros e professores, surgindo o *burnout* como resposta às tensões emocionais que o trabalho destes profissionais pressupõe (Roque & Soares, 2012).

Maslach e Jackson (1981, p.101) consideraram este síndrome como “uma resposta inadequada a um *stress* emocional crónico”. Já em 1982, passou a um síndrome de **exaustão emocional**, **despersonalização** e redução de **realização pessoal** que poderia suceder a qualquer indivíduo que trabalhasse, e que conduz “a uma perda de motivação e eventualmente progride com sentimentos de inadequação e de fracasso” (Queirós, 1997, p.11).

Começando pela primeira dimensão, **exaustão emocional**, também caracterizada por cansaço emocional ou esgotamento físico e/ou psicológico, esta refere-se a um vazio de recursos emocionais que acompanha a sensação de que já nada se tem para oferecer aos outros. Consiste numa mudança do ponto de vista individual sobre as pessoas, passando de positivo e preocupado, a negativo e negligente (Maslach, 1982 citado Queirós, 1997). É a componente fundamental e mais importante do *burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas (Sá, 2005). Surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão e/ou ansiedade, uso abusivo de álcool, tabaco ou outras drogas; surgem muitas vezes doenças, principalmente as derivadas de má adaptação ou psicossomáticas (França e Rodrigues, 1997).

A **despersonalização** caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma atitude negativa, fria e insensível para com os destinatários dos serviços prestados (Carvalho *et al.*, 2002). O cuidador para se proteger dos sentimentos negativos suscitados na relação com o utente, isola-se, de forma a evitar as relações interpessoais, desenvolvendo uma atitude fria e despersonalizada em relação aos utentes e aos próprios colegas de trabalho (Queirós, 1997). O mesmo autor opina ainda que a pessoa se mostra cínica, distanciada, atribuindo aos outros as culpas das suas frustrações, desencantos, comportamento laboral e utiliza rótulos depreciativos para se referir aos utilizadores dos seus serviços. Esta dimensão constitui-se como o elemento chave do *burnout*, dado que ela representa a manifestação específica de *stress* das profissões assistenciais, ao contrário da exaustão emocional e da redução da realização pessoal que se podem encontrar noutros síndromes depressivos (Queirós, 1997).

A redução da **realização pessoal** manifesta-se por um sentimento de inadequação pessoal e profissional no posto de trabalho e por uma incapacidade de dar resposta ao que lhe é pedido. Este sentimento “pode ser mascarado pela sensação paradoxal de onipotência, ou seja, perante a ameaça de se sentir incompetente, o profissional redobra os esforços no sentido de dar impressão, perante aqueles que o observam, que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis” (Queirós, 1997, p.11). Carvalho e colaboradores (2002) acreditam que esta dimensão se traduz na perceção da impossibilidade de realização pessoal, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma auto-avaliação e auto-classificação negativa onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como, sentimentos de fracasso, baixa auto-estima e insatisfação pelos rendimentos laborais obtidos.

Maslach e Leiter (1997) estenderam o conceito de *burnout* redefinindo-o como uma crise nas relações de trabalho e não necessariamente uma crise nas relações com as pessoas do trabalho. Nesta representação, as manifestações do *burnout* nas pessoas são a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional.

Todavia, Carvalho e colaboradores, (2002, p.176) explanam que as várias conceções de *burnout* são caracterizadas por variáveis comuns, das quais ressaltou: o *burnout* surge como “resultado final de um processo no qual as pessoas altamente motivadas e empenhadas perderam o espírito” e ainda que o *burnout* pressupõe a “existência prévia de uma situação em que a pessoa pensa na sua profissão como uma forma de ajudar os outros de maneira idealista e entusiástica”.

Finalmente, a definição considerada mais consensual é a de Maslach e Jackson (1981), na qual o síndrome é considerado como o resultado de uma resposta desajustada a um *stress* emocional crónico cujos riscos principais são exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

ii. FATORES DESENCADEADORES DO SÍNDROME DE *BURNOUT*

Maslach e Schaufeli (1993), numa pesquisa empírica sobre *burnout*, defendem que este deriva sobretudo mais dos fatores de trabalho do que dos fatores pessoais.

Assim, estes pesquisadores estudaram nos fatores de trabalho variáveis tais como a satisfação no trabalho, *stress* no trabalho (carga horária, conflito de papéis e ambiguidade), a rotatividade e o absentismo laboral, as expectativas, as relações com colegas e supervisores, as relações com clientes e utentes, o tipo de posição que o indivíduo ocupa, a política da instituição, entre outros.

Foram também avaliados e estudados os fatores pessoais, mais concretamente as variáveis demográficas como sexo, idade, estado civil, entre outras relacionadas com o intuito de perceber se existe uma relação significativa entre estas variáveis e o desenvolvimento do síndrome de *burnout*.

Cherniss (1980, citado por Queirós, 2005) elenca aspetos suscetíveis de provocar *stress*, entre eles, sobrecarga no trabalho, orientação e hierarquia a que o indivíduo está sujeito; o isolamento social, os objetivos da instituição, a autonomia, o tipo de liderança e monitorização; bem como a estimulação e contato com os utentes/pacientes. Menciona, ainda, que o suporte social que é recebido pelo indivíduo fora do local de trabalho e também a carreira profissional, no qual o *stress* é originado pela combinação de elementos stressantes e se traduzem, largas vezes, em problemas com os utentes, falta de incentivo, dúvidas existenciais relativamente às suas competências e sensação de exclusão do grupo laboral.

Cordes e Dougherty (1993) e Garcia (1990), referidos por Parreira (1998), expõem que o apoio familiar é essencial na prevenção de exaustão emocional e despersonalização, expondo que os indivíduos casados apresentam menores níveis de *burnout*. Maslach e colaboradores (2001) declaram, com base na literatura internacional, a hipótese de indivíduos solteiros serem mais sensíveis aos problemas de *stress* ocupacional do que os casados e divorciados, de acordo com o que já foi referido anteriormente.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) acreditam, no entanto, que o *burnout* é considerado uma experiência individual numa conjuntura de trabalho específico. Para Pereira (2002) os principais indivíduos a sofrerem deste síndrome são profissionais de saúde.

Assim sendo existem fatores situacionais propensadores de *burnout* e fatores individuais como a idade, sexo, estado civil, número de filhos, entre outros aspetos; e no que se refere aos fatores situacionais, identificam-se as características do trabalho, das ocupações e das organizações.

No que concerne às características sociodemográficas, os indivíduos mais jovens ou com menor experiência apresentam níveis mais elevados do síndrome de *burnout* (Cordes e Dougherty, 1993 citados por Parreira, 1998). Contrariamente, os indivíduos com mais experiência de trabalho, mais anos de serviço, apresentam níveis inferiores nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização (Anderson e Iwanicki, 1984 citados por Parreira, 1998). Pelo contrário, Queirós (2005) não encontra qualquer tipo de relação entre estes dois fatores. Relativamente ao sexo, registam-se divergências entre homens e mulheres, no que diz respeito às três dimensões de *burnout* (Cordes e Dougherty citado por Parreira, 1998). No estudo de Meireles (2016) verificou-se precisamente níveis superiores de *burnout* no sexo feminino. Num estudo realizado por Ferreira (2014) verificou-se um maior número de profissionais do sexo feminino em instituições para idosos o que dificulta a comparação entre ambos os sexos. Também nas suas pesquisas, Maslach e Jackson (1985) referem que os indivíduos com filhos demonstram níveis mais baixos nas componentes de *burnout*. Relativamente ao estado civil, Santos (2014), no seu estudo, confirmou a existência de mais indivíduos casados e como este pode ser um fator protetor relativamente ao desenvolvimento do síndrome de *burnout*. Finalmente, e relativamente à zona de residência, em Portugal, alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito do *burnout* e *engagement* em profissionais de saúde, com recolhas preeminentes em grandes centros urbanos, sendo menos acessível o conhecimento dessa realidade dos profissionais de zonas mais afastadas, isto é, dos meios rurais (Campos *et al.*, 2010). No entanto, no estudo de Silva (2016) a grande maioria dos inquiridos pertencia ao meio rural. Assim, relativamente às variáveis sociodemográficas, verificamos que existem várias questões que ainda se impõem e devem ser estudadas para que se torne mais consensual a correlação entre as mesmas e o síndrome de *burnout*.

Quanto às características laborais, os empregos com elevados níveis de produtividade, trabalho em excesso e o número de horas em demasia, conduzem ao aparecimento do síndrome de *burnout*, particularmente visível na dimensão de exaustão emocional (Carlotto, 2011). Vidotti e colaboradores (2018) evidenciaram que trabalhar em turnos de duração superior a doze horas aumenta os níveis de *burnout*.

Consequência da instabilidade e do baixo investimento, o setor da saúde defronta barreiras como a baixa remuneração e a quebra da equidade de vários regimes de trabalho, num mesmo ambiente.

Em suma, podemos afirmar que existe uma interação entre fatores laborais e fatores pessoais relativamente ao desencadeamento do síndrome de *burnout*, embora com incidência mais forte e evidente nos fatores de trabalho (Maslach & Schaufeli, 1993).

iii. SINTOMAS ASSOCIADOS AO *BURNOUT*

O *burnout* manifesta-se através de múltipla sintomatologia, organizada e agrupada de diferentes formas de acordo com cada autor, não sendo necessária a presença de todos os sintomas para o diagnóstico de *burnout* (Queirós, 2005).

De acordo com Pines (1993, citado por Vaz Serra, 1999), uma situação de *burnout* é detetável pela existência de três tipos de manifestações, as de natureza física, as de ordem emocional e as mudanças de atitude.

Nas manifestações de natureza física, o indivíduo sente-se num estado crónico de fadiga, esgotamento, com cefaleias, alterações do sono e do peso, com distúrbios gastro-intestinais, dores musculares, com agravamento do síndrome pré-menstrual ou de doenças crónicas. Neste caso, o indivíduo é levado, muitas vezes, a consumir café, tabaco, bebidas alcoólicas, tranquilizantes ou drogas ilícitas para combater o estado em que se sente.

Relativamente às dimensões de ordem emocional, estas traduzem-se num sentimento interior de fracasso, desilusão, ausência de esperança, em que não se atribui qualquer significado ao trabalho que se desenvolve, surgindo sentimentos depressivos.

A mudança de atitudes é caracterizada pelo aparecimento de posturas de cinismo e negativistas em relação ao trabalho, aos colegas, aos superiores e até à própria instituição. Estas atitudes podem ter algumas consequências como o aparecimento de novos atritos com colegas e superiores hierárquicos; vão, também, trazer mais

isolamento no seu meio de trabalho que poderá repercutir-se tanto no ambiente extra laboral, como no seio familiar. Numa fase mais avançada de atitudes negativas, estas poderão dar lugar a um ambiente de hostilidade e de desrespeito mútuo entre colegas. Podem, ainda, despoletar maior frequência de acidentes de trabalho - a execução de funções não será tão perfeita quanto o desejável, o tempo de permanência no local de trabalho torna-se apenas o indispensável e há uma maior tendência para faltar ao trabalho, surgindo o desejo de mudar.

Segundo Matos e colaboradores (1999), o síndrome caracteriza-se por uma associação de manifestações que se dividem em quatro grupos sintomáticos:

Sintomas psicossomáticos – podem estar presentes cefaleias, dores osteomusculares múltiplas, alteração gastro-intestinais (úlceras, diarreia, diminuição do peso), cansaço, insónia, hipertensão arterial, asma e alterações menstruais.

Sintomas conductuais – verificam-se, frequentemente, o absentismo laboral, dependência do álcool e de outras substâncias tóxicas, consumo elevado de cigarros, problemas conjugais e familiares, condutas violentas e de alto risco como a condução perigosa, afeções suicidas e maior risco de gravidez não desejada com o aumento do *stress* laboral.

Sintomas emocionais – o mais característico é o distanciamento afetivo das pessoas às quais deve atender. O sujeito poder tornar-se irritável, impaciente e desconfiado até ao ponto de manifestar rasgos paranoides na sua relação com utentes, companheiros ou chefes. Além disso, aparece ansiedade com implicações na concentração e no próprio rendimento no trabalho.

Sintomas defensivos – utilizados para poder aceitar os seus sentimentos. A pessoa nega as emoções anteriormente descritas e que são sentidas como desagradáveis. Desvia os sentimentos para outras situações ou coisas que não tenham a ver com o relacionamento com os utentes. Pode utilizar a intelectualização ou a atenção parcial para aquilo que lhe resulta como menos desagradável ou utilizar o cinismo ou o desprezo em relação às pessoas com as quais trabalha.

Concluindo, podemos perceber que este síndrome apresenta uma grande diversidade de sintomas característicos da própria patologia.

II. OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O estado de exaustão emocional e o *stress* vivenciado pelos cuidadores formais de adultos idosos no âmbito da sua atividade laboral, inclui uma designação clínica caracterizada segundo Freitas (1999 - citado por Queirós, 2005) por um estado de fadiga física e mental – o Síndrome de *Burnout*.

Sendo assim esta investigação tem como objetivos gerais: avaliar os níveis de *burnout* nas suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, em cuidadores formais de adultos idosos - enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares e animadores socioculturais - que trabalhem em lares, casas de repouso ou instituições relacionadas. Os nossos objetivos específicos serão relacionar os níveis de *burnout* com as variáveis sociodemográficas e laborais dos inquiridos: sexo, idade, estado civil, local de residência, número de filhos, anos de profissão, atividade/profissão desempenhada, remuneração e o trabalho por turnos, tendo em consideração a literatura descrita no primeiro capítulo.

Com base nestes objetivos foram formuladas hipóteses:

- H1 - As mulheres apresentam níveis superiores de *burnout* comparativamente aos homens;
- H2 - Indivíduos mais jovens tendem a ser mais propensos a desenvolver o síndrome de *burnout*;
- H3 - Indivíduos casados apresentam níveis inferiores de *burnout* comparativamente com os indivíduos solteiros;
- H4 - Sujeitos com filhos apresentam níveis inferiores de *burnout* comparativamente com indivíduos sem filhos;
- H5 - Pessoas que vivem em meios urbanos apresentam níveis superiores de *burnout*;
- H6 - Quanto maior o número de anos de serviço menor as dimensões de exaustão emocional e despersonalização;

H7 - Os auxiliares apresentam maiores níveis de *burnout* comparativamente às profissões transcritas (enfermeiros, psicólogos, gerontólogos e animadores socioculturais);

H8 - Indivíduos que trabalham nos turnos da manhã e da noite apresentam maiores níveis do síndrome de *burnout*;

H9 - Quem trabalha 9 ou mais horas diariamente apresenta níveis superiores de *burnout*;

H10 - Quanto mais baixo o rendimento salarial maior o síndrome de *burnout*.

III. METODOLOGIA

6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Este estudo é transversal e não-experimental e tem como base uma amostra da população ativa portuguesa do distrito de Coimbra constituída por 115 profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos e envolvidos em diversas atividades profissionais da área. Mais de 50% dos indivíduos são solteiros. Destes colaboradores, existem mais sujeitos com nenhum ou com apenas um filho (60,9%). Há um valor significativo de indivíduos que trabalham no turno da manhã (66,1%) e a mais 60% vive em meio urbano.

Na Tabela 1 apresentamos a caracterização das variáveis sociodemográficas da nossa amostra.

Tabela 1. Caracterização da Amostra atendendo às variáveis sociodemográficas

	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Percentagem</i>
1	<i>Feminino</i>	98	85,22
2	<i>Masculino</i>	17	14,78
	<i>Idade</i>		
1	23 – 39 anos	56	48,5
2	40 – 49 anos	32	27,9
3	50 – 60 anos	27	23,4
	<i>Estatísticas Descritivas – idade</i>		Min = 23 Média = 39,38 Max = 60 Desvio Padrão = 10,386

	Estado Civil		
1	<i>Solteiro</i>	42	36,5
2	<i>Casado</i>	63	54,8
3	<i>Divorciado</i>	8	7
4	<i>Viúvo</i>	2	1,7
	Nº de Filhos		
	0	46	40
	1	24	20,9
	2	31	27
	3	11	9,6
	4	2	1,7
	5	1	0,9
	<i>Estatísticas Descritivas – nº de filhos</i>		Min = 0 Média = 1,15 Max = 5 Desvio Padrão = 1,157
	Anos de Serviço		
1	<i>0 – 10 anos</i>	74	64,4
2	<i>11 – 20 anos</i>	26	26,1
3	<i>21 – 33 anos</i>	15	9,5
	<i>Estatísticas Descritivas – anos de serviço</i>		Min = 0 Média = 9,75 Max = 33 Desvio Padrão = 8,528
	Carga Horária		
1	<i>4h a 8h</i>	52	45,2
2	<i>9h a 12h ou +</i>	63	54,7
	Turnos		
1	<i>Manhã</i>	76	66,1
2	<i>Tarde</i>	26	22,6
3	<i>Noite</i>	13	11,3
	Remuneração		
1	<i>300 a 600€</i>	35	30,4
2	<i>700 a 900€</i>	52	45,2
3	<i>1000 a 1200€ ou +</i>	28	24,3
	Residência		
1	<i>Rural</i>	41	35,7
2	<i>Urbano</i>	74	64,3
	Profissão		
1	<i>Enfermeiro/a</i>	22	19,1
2	<i>Psicólogo/a</i>	19	16,5
3	<i>Gerontólogo/a</i>	9	7,8
4	<i>Auxiliar</i>	26	22,6
5	<i>Animador Sociocultural</i>	39	33,9

7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A **Escala de Maslach *Burnout Inventory* (MBI)** foi criada por Maslach e Jackson (1981) e é o instrumento utilizado para a obtenção de dados relativos o Síndrome de *Burnout* e constitui a ferramenta de recolha mais conhecida no estudo e análise deste síndrome, providenciando uma visão multidimensional. Trata-se, pois, de uma escala psicométrica de medida do *Burnout* (Gil-Monte e Pieró, 1999).

Originariamente, a escala de MBI era constituída por 4 dimensões, com 25 itens: a exaustão emocional (9itens); a despersonalização (5itens); e, ainda, a realização pessoal (8itens) e o envolvimento (3itens). No entanto, em 1986, e após a realização de estudos de investigação, o MBI foi revisto, retirando-lhe a dimensão envolvimento, pelo que a escala passou a ser composta por três dimensões de 22 itens (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). Os itens são escritos como sendo sentimentos ou atitudes pessoais, e são respondidos, em termos de frequência, numa escala de 7 pontos. Todo o item deve ser pontuado segundo uma escala tipo Likert, que varia de zero a seis, com sete opções de resposta sendo “zero” para “nunca” e “seis” para “todos os dias” (Maslach, 1993).

O inventário de *Burnout de Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), utilizado no nosso estudo, tem a tradução validada para a língua portuguesa por Benevides-Pereira (2001) (Anexo 1). A consistência interna da versão original consubstanciava-se em 0.90 para a exaustão emocional; 0,79 para a despersonalização; e 0.71 para a realização pessoal. Assim, o MBI-HSS, na sua versão original, apresenta uma boa consistência interna (Vicente, Oliveira, & Maroco, 2013).

O facto de o *burnout* ser entendido como uma construção multidimensional e contínua, exige que os níveis de medição do MBI sejam definidos como altos, moderados ou baixos, para cada uma das três subescalas e representado no Tabela 2 (Micklevitz, 2001). Conceptualiza-se o *burnout* como uma variável contínua, o que significa que pode ser experienciado em termos de grau (baixo, moderado ou elevado) e não como uma variável dicotómica, que ora está presente, ora ausente. Assim sendo, nas subescalas relativas à exaustão emocional e à despersonalização, os valores altos correspondem a níveis altos de *burnout*. Inversamente, baixos níveis na subescala da realização pessoal, correspondem a altos níveis percetíveis de *burnout*.

A dimensão da exaustão emocional refere-se a sentimentos que ultrapassam os limites emocionais levando à exaustão dos recursos emocionais. A dimensão é composta por 9 itens. A despersonalização unifica-se numa resposta negativa, de

insensibilidade e afastamento perante os outros, concretamente aqueles a quem a assistência ou os cuidados são prestados. A dimensão é composta por 5 itens. A realização pessoal é alusiva à diminuição da mesma, nomeadamente no que diz respeito aos sentimentos de competência e sucesso profissional sentidos pelos cuidadores. Esta dimensão é composta por 8 itens (Maslach, 1993).

Tabela 2. Scores consoante as 3 dimensões da escala MBI

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

Fonte: Micklevitz (2001)

Tabela 3. Dimensões MBI, Mínimo e Máximo

	<i>Itens</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Exaustão Emocional</i>	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0	54
<i>Despersonalização</i>	5,10,11,15,22	0	30
<i>Realização Pessoal</i>	4,7,9,12,17,18,19,21	0	48

Fonte: Micklevitz (2001)

8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Na recolha de dados, todos os procedimentos formais e éticos inerentes a uma investigação desta natureza foram assegurados, assim como o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Para a realização do presente estudo, começou-se por apresentar um pedido/consentimento via-email (Anexo 2) às instituições: Solar das Chãs, Casa do Jardim, Residências Montepio e Cáritas, no qual se obteve uma resposta favorável. E uma vez que este se tratava de um questionário feito online, foi ainda possível obter colaboração de outros indivíduos pela publicação do mesmo em redes sociais, o que ajudou no aumento da nossa amostra.

Ao dar início à investigação, é da maior relevância abordar os participantes de forma a esclarecer o propósito e os objetivos dessa mesma investigação. Tratando-se de um questionário online, o anonimato do participante está assegurado, dando liberdade ao participante de ler o mesmo e decidir participar ou não neste. Sendo desta forma garantida que a sua participação não lhe acarreta nenhuma despesa ou inconveniente (Ribeiro, 1999).

9. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O recrutamento dos participantes foi efetuado a profissionais de saúde que trabalhavam em instituições/lares de idosos do distrito de Coimbra. Após contactadas, via email, as quatro instituições referenciadas, as instituições autorizaram o presente estudo e, uma vez selecionado o inquérito para este estudo, que se encontrava disponível online, os responsáveis por estas instituições reencaminharam o mesmo para todos os seus colaboradores – enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares e animadores socioculturais. O requisito destes profissionais de saúde foi decidido de acordo com a opinião das instituições, anteriormente relatadas, como sendo os mais comuns neste contexto institucional.

Os participantes foram também recolhidos pela divulgação através de redes sociais onde eram explicados os objetivos do estudo e os requisitos – trabalhar em instituições, lares ou centros de dia com idosos; ter mais de 18 anos; ser enfermeiro(a), psicólogo(a), gerontólogo(a), auxiliar ou animador(a) sociocultural - para o preenchimento deste inquérito (Anexo 3). Conseguimos recolher cerca de 22 enfermeiros, 19 psicólogos, 9 gerontólogos, 26 auxiliares e 39 animadores socioculturais.

O preenchimento deste inquérito demora cerca de 8 a 10 minutos. Previamente ao preenchimento do mesmo, todos os participantes foram informados acerca da natureza e dos objetivos do estudo, da absoluta confidencialidade das respostas, do carácter voluntário da sua participação e da possibilidade de desistência, a qualquer momento, do estudo. Todas estas informações foram apresentadas por escrito num documento – consentimento informado – que foi enviado a todos as entidades que participaram neste estudo.

10. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics), versão 22 para Windows.

A caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e quanto aos níveis de *burnout* foi concretizada através de estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e percentagens). As hipóteses de investigação foram analisadas através de estatísticas não paramétricas, dado a amostra não seguir a distribuição normal.

O teste de Kolmogorov-Smirnov revela que os diferentes domínios da variável MBI não são normais ($p=0.000$) (Anexo 4) pelo que foram utilizados os seguintes teste não paramétricos: U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Acrescenta-se que para os diferentes testes utilizados se assumiu um p -value $<0,05$ como valor crítico de significância.

IV. RESULTADOS

De seguida é apresentada a análise descritiva dos resultados obtidos, bem como a análise inferencial através dos testes estatísticos utilizados para dar resposta aos objetivos do estudo. Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas, precedidas de uma breve análise.

Podemos verificar a percentagem de respostas em cada uma das dimensões do Síndrome de *burnout* por itens (anexo 5). Foi possível apurar que na dimensão exaustão emocional a resposta mais frequente foi “Algumas vezes por ano”. As exceções, foram no item “Sinto-me exausto/a no fim do trabalho” em que 28.7% dos inquiridos respondeu “Algumas vezes por semana”, no item “Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me” com 27% de respostas no “Algumas vezes por mês”, no item “Sinto que estou/estava a trabalhar em excesso no meu emprego” com 28.7 % de respostas no “Algumas vezes por semana” e ainda no item “Trabalhar diretamente com pessoas causa-me/causava-me stress” em que 24.3% dos inquiridos respondeu “Nunca”.

Considerando os itens da dimensão despersonalização a resposta mais frequente foi “Nunca” com percentagens bastante elevadas, exceto no item “Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura” cujas repostas

ficaram mais repartidas, sendo a opção “Algumas vezes por ano” (29.6%) a mais escolhida.

Na dimensão realização pessoal, as respostas dos inquiridos centram-se na opção “Todos os dias” com exceção do item “Sinto-me cheio/a de energia”, “Sinto-me entusiasmado/a após sessões com as pessoas a quem presto serviço”, “No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais” onde a opção de resposta mais prevalente foi “Algumas vezes por semana”

Na tabela 4 apresentamos os resultados registados em cada dimensão da escala MBI. A dimensão exaustão emocional regista uma média de 22,83 pontos com um mínimo de 0 e um máximo de 54 pontos. Na dimensão despersonalização, observa-se uma média de 5,97 pontos com uma variação ente 0 e 20 pontos. Por sua vez na dimensão realização pessoal verificamos uma média de 39,09 pontos, um mínimo de 21 pontos e um máximo de 48 pontos.

Tabela 4. Valores em cada dimensão da escala MBI

	Média (desvio padrão)	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional	22,83 (13,06)	0	52
Despersonalização	5,97 (4,88)	0	20
Realização pessoal	39,09 (6,18)	21	48

Relativamente à distribuição por categoria (tabela 5) verificamos que 43,5% dos inquiridos reportaram elevados níveis de exaustão emocional. Na despersonalização, a mais de 60% dos inquiridos (63.5%) apresenta níveis baixos de *burnout*. Já na dimensão realização pessoal, 61,7% apresentam, também, níveis baixos de *burnout*.

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

	Categoria	N	%
Exaustão Emocional	Baixo	39	33,9
	Moderado	26	22,6
	Elevado	50	43,5
Despersonalização	Baixo	73	63,5
	Moderado	31	27
	Elevado	11	9,6
Realização pessoal	Baixo	71	61,7
	Moderado	28	24,3
	Elevado	16	13,9

Para responder aos objetivos deste trabalho passamos agora a apresentar a análise inferencial.

Para testar a hipótese que as mulheres têm maiores níveis de *burnout* recorreu-se ao U Mann-Whitney, não se verificando diferenças estaticamente significativas na dimensão exaustão emocional (777,50; $p = 0,61$) ou na dimensão despersonalização (732,00; $p = 0,35$). Contudo na dimensão realização pessoal verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (459,00; $p = 0,0001$), mais elevada nas pessoas do sexo masculino, evidenciando níveis mais baixos de *burnout* (feminino: média= 54,18; masculino: média = 80,00).

Dimensão		Sexo	N	Mean, Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão Emocional		F	98	58,62	772,50	0,61
		M	17	54,44		
		Total	115	-		
Despersonalização		F	98	56,97	732,00	0,35
		M	17	63,94		
		Total	115	-		
Realização pessoal		F	98	54,18	459,00	0,0001
		M	17	80		
		Total	115	-		

Tabela 6. Dimensões do MBI por sexo, utilizando o teste de U Mann-Whitney

No que concerne à hipótese de que pessoas mais jovens tendem a ser mais propensas a desenvolver o síndrome de *burnout* (tabela 7), pelo teste de Kruskal Wallis verificou-se que as diferenças nas médias apenas eram estatisticamente significativas na dimensão de exaustão emocional (Kruskal Wallis =8,22; $p =0,042$). Nas dimensões despersonalização e realização pessoal não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7. Diferenças entre faixa etária por dimensão utilizando o teste de Kruskal-Wallis

Dimensão	Grupo etário	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis	P
Exaustão Emocional	<=29 anos	25	54,48	8,22	0,042
	30-39 anos	31	66,18		
	40-49 anos	32	63,72		

	>=50 anos	27	45,09		
Despersonalização	<=29 anos	25	64,08	3,11	0,375
	30-39 anos	31	56,13		
	40-49 anos	32	60,75		
	>=50 anos	27	51,26		
Realização pessoal	<=29 anos	25	63,28	4,26	0,235
	30-39 anos	31	61,90		
	40-49 anos	32	58,00		
	>=50 anos	27	48,63		

A análise estabelecida aos níveis de *burnout* nas diferentes dimensões segundo o estado civil, após a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias em nenhuma das dimensões segundo o estado civil ($p > 0,05$) (Tabela 8), pelo que se conclui que nesta amostra o estado civil não influencia o nível de *burnout*.

Dimensão	Estado Civil	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão Emocional	Solteiros mais divorciados + Viúvos	52	59,41	1564,50	0,66
	casados/união de facto	63	56,83		
Despersonalização	Solteiros mais divorciados + Viúvos	52	60,02	1533,00	0,48
	casados/união de facto	63	56,33		
Realização pessoal	Solteiros mais divorciados + Viúvos	52	59,90	1539,00	0,52
	casados/união de facto	63	56,43		

Tabela 8. Relação entre estado civil por dimensão utilizando o teste de U Mann-Whitney

Relativamente a análise das médias de *burnout* nas suas três dimensões segundo a presença de filhos (tabela 9), verificou-se, que só na dimensão despersonalização a presença de filhos está associada a níveis mais baixos de *burnout* (1262,00; $p = 0,03$). Assim sendo a presença de filhos está associada a níveis mais baixos de *burnout*, corroborando assim a nossa hipótese 4 (Não: média= 65,07; sim: média = 53,29. Nas outras dimensões a presença de filhos não influenciou o nível de *burnout* pois não apresentavam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 9. Relação entre a existência de filhos e dimensões MBI, com o teste de U Mann-Whitney

Dimensão	Filhos	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão emocional	Não	46	58,54		0,88

	Sim	69	57,64	1562,00	
Despersonalização	Não	46	65,07	1262,00	0,03
	Sim	69	53,29		
Realização pessoal	Não	46	59,79	1504,50	0,59
	Sim	69	56,8		

Os dados expressos na tabela 10 permitem verificar a não existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de *burnout* nas distintas dimensões segundo o local de residência ($p > 0,05$).

Tabela 10. Relação entre o local de residência e dimensões MBI, com o teste de U Mann-Whitney

Dimensão	Local de Residência	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão Emocional	Rural	41	56,23	1564,50	0,65
	Urbano	74	58,98		
Despersonalização	Rural	41	56,29	1533,00	0,63
	Urbano	74	58,95		
Realização pessoal	Rural	41	61,09	1539,00	0,39
	Urbano	74	56,29		

Em relação ao nível de *burnout* e o número de anos de serviço (tabela 11), também não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Não foi assim possível verificar que quanto maior o número de anos de serviço menor as dimensões de exaustão emocional e despersonalização.

Dimensão	Anos de serviço	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão emocional	0 aos 5 anos	53	57,95	0,06	0,97
	6 aos 10 anos	21	56,67		
	+ do que 10 anos	41	58,74		
Despersonalização	0 aos 5 anos	53	63,32	4,67	0,09
	6 aos 10 anos	21	47,90		
	+ do que 10 anos	41	56,29		
Realização pessoal	0 aos 5 anos	53	56,24	0,37	0,83
	6 aos 10 anos	21	59,31		
	+ do que 10 anos	41	59,61		

Tabela 11. Relação entre os anos de serviço e dimensões MBI, com o teste de U Mann-Whitney

Não foi possível corroborar a hipótese que os auxiliares apresentam maiores níveis de *burnout* comparativamente às profissões transcritas (enfermeiros, psicólogos, gerontólogos e animadores socioculturais), dado que após aplicação do teste de Kruskal

Wallis (tabela 12), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes profissões estudadas ($p > 0,05$).

Dimensão	Profissão	N	Mean Rank	Kruskal Wallis	P
Exaustão Emocional	Enfermeiro/a	22	57,70	4,57	0,33
	Psicólogo/a	19	54,53		
	Gerontólogo/a	9	57,94		
	Auxiliar	26	49,40		
	Animador Sociocultural	39	65,60		
Despersonalização	Enfermeiro/a	22	63,50	5,52	0,24
	Psicólogo/a	19	46,32		
	Gerontólogo/a	9	54,33		
	Auxiliar	26	55,81		
	Animador Sociocultural	39	62,90		
Realização pessoal	Enfermeiro/a	22	56	3,91	0,42
	Psicólogo/a	19	55,39		
	Gerontólogo/a	9	65,94		
	Auxiliar	26	50,81		
	Animador Sociocultural	39	63,36		

Tabela 12. Diferenças de profissão por dimensão utilizando o teste de Kruskal Wallis

Quanto à relação entre o tipo de turnos e as diferentes dimensões do MBI, verifica-se pela análise da tabela 13, que todas as dimensões do MBI são influenciadas pelo tipo de turnos ($p < 0,05$). Nas três dimensões do MBI, o turno da noite origina níveis mais elevados de *burnout*.

Tabela 13. Relação entre o tipo de turnos e as diferentes dimensões do MBI, utilizando o teste de Kruskal Wallis

Dimensão	Turnos	N	Mean, Rank	Kruskal Wallis	P
Exaustão Emocional	Manhã (8h-16h)	76	51,82	9,175	0,01
	Tarde (16h-00h)	26	68,17		
	Noite (00h-8h)	13	73,81		
Despersonalização	Manhã (8h -6h)	76	54,12	6,954	0,03
	Tarde (16h-00h)	26	60,23		
	Noite (00h-8h)	13	76,23		
Realização pessoal	Manhã (8h-16h)	76	53,08	6,531	0,04
	Tarde (16h-00h)	26	67,52		
	Noite (00h-8h)	13	67,73		

Relativamente a carga horária foi possível verificar que trabalhar mais de 9 horas origina níveis mais elevados de *burnout* nas dimensões exaustão emocional (U

Mann-Whitney 1212,50; $p = 0,01$) e na dimensão realização pessoal (U Mann-Whitney 1280,50; $p = 0,02$). Na dimensão despersonalização, não se verificou qualquer relação entre a carga horária e o nível de *burnout*. Resultado visível na tabela 14.

Tabela 14. Relação entre a carga horária e as diferentes dimensões do MBI, utilizando o teste de U Mann-Whitney

Dimensão	Turnos	N	Mean, Rank	Kruskal Wallis	P
Exaustão Emocional	Manhã (8h-16h)	76	51,82	9,175	0,01
	Tarde (16h-00h)	26	68,17		
	Noite (00h-8h)	13	73,81		
Despersonalização	Manhã (8h -6h)	76	54,12	6,954	0,03
	Tarde (16h-00h)	26	60,23		
	Noite (00h-8h)	13	76,23		
Realização pessoal	Manhã (8h-16h)	76	53,08	6,531	0,04
	Tarde (16h-00h)	26	67,52		
	Noite (00h-8h)	13	67,73		

Não foi possível corroborar a hipótese de que níveis baixos de rendimento salarial apresentam maiores níveis de *burnout*, dado que após aplicação do teste de Kruskal Wallis (tabela 15), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes profissões estudadas ($p > 0,05$).

Tabela 15. Relação entre o baixo rendimento salarial e as diferentes dimensões do MBI, utilizando o teste de U Mann-Whitney.

Dimensão	Rendimento	N	Mean Rank	U Mann-Whitney	P
Exaustão Emocional	300 a 600 €	35	49,74	4,599	0,1
	700€ a 900€	52	64,21		
	1000 a 1200 ou +	28	56,79		
	Total	115	-		
Despersonalização	300 a 600 €	35	50,69	3,621	0,16
	700€ a 900€	52	62,42		
	1000 a 1200 ou +	28	58,93		
	Total	115	-		
Realização pessoal	300 a 600 €	35	52,81	1,807	0,41
	700€ a 900€	52	59,27		
	1000 a 1200 ou +	28	62,13		
	Total	115	-		

V. DISCUSSÃO

Apresentados os resultados obtidos no presente estudo, cabe agora neste capítulo corroborar ou contrapor os mesmos através da revisão da literatura descrita no enquadramento teórico.

Com base na análise dos dados sociodemográficos encontramos uma diferença significativa no que se refere à variável *sexo*, uma vez que cerca de 98 inquiridos são do sexo feminino e apenas 17 do sexo masculino. Esta desigualdade é encontrada noutros estudos como, por exemplo, no de Ferreira (2014), no qual foram avaliados cuidadores formais que trabalhavam sobretudo com idosos com Alzheimer e onde se encontrou, igualmente, uma maior preeminência do sexo feminino, com uma percentagem de 73,2%. Quando avaliada a *idade* dos participantes verificou-se um maior número de participantes na faixa etária dos 40-49 anos.

Tendo em consideração a distribuição dos participantes por *estado civil*, foi possível verificar que mais de 50% se encontra casado (54,8%) ou solteiro (36,5%). Num estudo realizado por Santos (2015) numa amostra de 117 participantes podemos mais vez encontrar um resultado semelhante, no qual 70,1% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto, 16,2% são solteiros e 13,7% são divorciados ou separados. Na nossa amostra verificamos uma maior percentagem de indivíduos que não apresentavam *filhos* (40%), 20,9% apresentam 1 filho, e 27% apresentam 2. Os sujeitos com um número de filhos superior a 2 é de apenas 12,2%.

Quando analisados os *anos de serviço* destes cuidadores verificámos que mais de 60% não apresenta mais do que 10 anos de serviço, apresentando uma média de 9,75 anos. Este resultado não vai ao encontro do estudo, já referido, de Santos (2015), o qual constatou que a maioria dos seus inquiridos, cerca 78,6%, têm mais de 9 anos na instituição, 5,2% têm até quatro anos inclusive na instituição, 4,3% têm entre 1 a 4 anos e 16,2% têm entre 5 a 8 anos, contudo no nosso estudo não era especificado a tipologia de unidade de prestação de cuidados a idosos. No que diz respeito à *carga horária* foi possível verificar que trabalhar mais de 9 horas origina níveis elevados de *burnout* nas dimensões exaustão e realização pessoal. Na

dimensão despersonalização, não se verificou qualquer relação entre a carga horária e o nível de *burnout*. Para Carlotto (2011) uma carga horária excessivamente longa e cansativa contribui para o sentimento de falta de realização pessoal.

Relativamente ao *local de residência*, mais de 60% dos nossos participantes vive em meio urbano, no entanto, num estudo realizado por Silva (2016) verificou-se o oposto, uma vez que residiam mais inquiridos em meio rural e que, por sua vez, prestavam cuidados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva.

No que diz respeito à *remuneração* dos inquiridos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas - entre os 300 e os 600€ (30,4%); entre os 700 e os 900€ (45,2%) e entre os 1000 e os 1200 ou +(24,3%).

Relativamente à amostra dos nossos *profissionais* obteve-se uma maior taxa de resposta por parte dos animadores socioculturais cerca de 33,9% inquiridos e apenas 7,8% de gerontólogos. Esta discrepância parece estar relacionada com o tipo de estrutura das instituições para adultos idosos. O número de enfermeiros, auxiliares e psicólogos, incluídos na nossa amostra já se encontram com valores menos discrepantes, respetivamente 19,1%, 22,6% e 16,5%.

Finalmente, relativamente aos *turnos*, verificou-se que o turno da manhã (66,1%) foi o mais frequente em comparação com os turnos da tarde e noite, o que também é espectável dada a tipologia de cuidados prestados nestas instituições.

Na avaliação do MBI, confirmou-se que os inquiridos deste estudo (n=115), apresentavam níveis baixos de *burnout* nas dimensões de despersonalização (média = 5,97) e realização pessoal (média = 39,09) e níveis moderados na dimensão exaustão emocional (média = 22,83). O estudo de Meireles (2016) obteve resultados semelhantes.

Uma vez analisados os resultados segundo os níveis de *burnout* em todas as dimensões da escala por categoria, verificou-se que, no global os colaboradores, evidenciaram 33,9% de níveis baixos de *burnout*; 22,6% de níveis moderados de *burnout* e 43,5% de níveis altos de *burnout* na dimensão exaustão emocional. Na dimensão de despersonalização, 63,5% evidenciaram níveis baixos, 27%, níveis moderados e 9,6% níveis altos; enquanto que na realização pessoal 61,7% apresentavam níveis baixos, 24,3% níveis moderados e 13,9% níveis altos. Quando confrontamos os dados do nosso estudo com os dados do estudo de Meireles (2016)

verificamos que são semelhantes com exceção da dimensão exaustão emocional onde 73% dos inquiridos apresentam score baixo.

Uma vez avaliados os níveis de *burnout* segundo o sexo, e analisando os resultados obtidos na amostra referente à subescala exaustão emocional, os homens apresentam níveis inferiores de *burnout* nas dimensões realização pessoal, sendo o resultado estatisticamente significativo e que, por sua vez, confirma a nossa **H1** - que as mulheres apresentam maiores níveis de *burnout* comparativamente aos homens na dimensão realização pessoal. Apoiando os nossos resultados, Meireles (2016) no seu estudo com cuidadores formais de adultos idosos, verificou que as mulheres apresentavam níveis superiores na dimensão despersonalização, acrescentando mais uma dimensão que comprova que as mulheres estão mais propensas a apresentar níveis superiores de *burnout*.

Relativamente à nossa **H2**, nos nossos resultados verificou-se que ter entre 30-39 anos na dimensão exaustão emocional origina valores mais elevados de *burnout*. Considerando que este estudo apresenta sujeitos entre os 23 e os 60 anos, podemos considerar que se verificaram níveis mais elevados de *burnout* nos indivíduos mais jovens podendo assim corroborar a nossa hipótese. No estudo de Benevides-Pereira (2002) percebeu-se que, no que diz respeito a variável idade, o nível de *burnout* é superior em profissionais mais jovens, indo, mais uma vez, de encontro à nossa hipótese.

A nossa **H3**, quanto à análise dos níveis de *burnout* em função do estado civil dos colaboradores, concluiu-se que nesta amostra o estado civil não influencia o nível de *burnout*. Não sendo possível comprovar a nossa hipótese. O mesmo foi possível verificar no estudo de Meireles (2016). Contudo, Queirós (2005) afirma que os profissionais casados são aqueles que apresentam mais tendência a desenvolver *stress*, chegando mais facilmente a situações de esgotamento.

Tendo em conta a existência de filhos (**H4**) verificamos que a presença de filhos está associada a níveis mais baixos de *burnout* na dimensão despersonalização. Verificando-se, assim, a nossa hipótese. Queirós (2005) corrobora a nossa hipótese ao igualmente verificar que a existência de filhos está associada a níveis baixos de *burnout*.

Relativamente à **H5**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do MBI em relação ao local de residência

(rural vs. urbano). No entanto, no estudo de Silva (2016), acerca do síndrome de *burnout* em cuidadores formais, onde foi utilizada a escala CBI (Copenhagen *Burnout* Inventory) obtivera-se níveis baixos de *burnout* em cuidadores do meio rural, contrapondo a nossa hipótese.

Não foi possível verificar que quanto maior o número de anos de serviço, menor as dimensões de exaustão emocional e despersonalização (**H6**). No entanto, num estudo de Parreira (1998) percebeu que os indivíduos com mais anos de serviço apresentam níveis inferiores nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização.

Não se verificaram diferenças entre as diferentes profissões estudadas, não se podendo corroborar a nossa **H7**. Num estudo realizado por Silva (2017) não se verificou, igualmente, um impacto significativo relativamente à categoria laboral dos indivíduos em relação aos níveis de *burnout*. Já o autor Pereira (2002) verificou que os profissionais que estão envolvidos na ajuda ou assistência em geral (médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos...) apresentam uma incidência superior de *burnout*.

Na nossa **H8**, verificou-se que todas as dimensões do MBI são influenciadas pelo tipo de turno. Nas três dimensões do MBI o turno da noite é aquele que origina níveis mais elevados de *burnout*, indo de encontro a parte da nossa hipótese. Num estudo realizado por Pereira (2002) percebeu-se que o trabalho por turnos, em particular no noturno, pode chegar a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, tal como nos nossos resultados, levando a problemas não só físicos como também psicológicos.

Verificamos ainda que a carga horária (**H9**), ou seja, trabalhar mais do que 9 horas aumenta o nível de *burnout* nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal corroborando a nossa hipótese. Os profissionais com uma maior carga horária apresentaram mais sintomas de depressão e níveis superiores de *burnout* na dimensão exaustão emocional (Carlotto, 2011).

A respeito da baixa remuneração dos inquiridos (**H10**) não foram encontradas diferenças significativas. De acordo com as pesquisas realizadas ao longo deste estudo não foi possível encontrar uma investigação que incluísse a variável baixo rendimento.

VI. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

A nossa amostra é representativa da população em estudo dado ser maioritariamente constituída por mulheres com idades compreendidas entre os 23 e os 39 anos. Sendo que inclui cuidadores da zona urbana e rural distribuídos de uma forma quase equitativa o que vai de encontro à recomendação de Prata (2014) que advoga a execução de estudos que incluam populações da zona rural. Outro benefício é a representatividade de profissões nesta investigação. Avaliamos também a variável rendimento salarial que de acordo com a nossa pesquisa foi estudada pela primeira vez.

Como limitações temos que salientar o reduzido número de homens da nossa amostra explicado pelo tipo de funções desempenhadas neste ramo. O tamanho da amostra que condicionou, pelo número reduzido de inquiridos, a aplicação de testes estatísticos paramétricos, embora se tenham efetuado esforços para recolher mais inquiridos. Por se tratar de um estudo que recolheu dados via online, não podemos verificar a veracidade das respostas fornecidas.

VII. CONCLUSÃO

Como referido no segundo capítulo deste estudo, os nossos objetivos compreendiam avaliar os níveis de *Burnout* nas suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, em cuidadores formais de adultos idosos que trabalhassem em lares, casas de repouso ou instituições relacionadas e, por sua vez, relacionar os níveis de *burnout* com as variáveis sociodemográficas referidas, tendo em consideração a literatura existente.

Os inquiridos da nossa amostra apresentam níveis baixos nas dimensões de despersonalização e realização pessoal e níveis moderados na exaustão emocional. Conseguimos confirmar que as mulheres exibem níveis superiores de *burnout* em comparação com o sexo oposto, com resultados estatisticamente significativos na dimensão realização pessoal. Percebemos que os adultos entre os 30 e os 39 anos apresentam valores mais elevados de *burnout*, especificamente na dimensão exaustão emocional. Foi, também, possível verificar que a presença de filhos está associada a níveis baixos de *burnout*, resultados estatisticamente significativos na dimensão despersonalização.

Relativamente a turnos, verificou-se que o turno da noite origina níveis superiores, estatisticamente significativos, de *burnout*, nas três dimensões. Os colaboradores que trabalhavam mais de 9 horas apresentavam níveis superiores de *burnout*, estatisticamente significativos, nas dimensões de exaustão emocional e realização pessoal.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas na relação do rendimento salarial com as três dimensões do MBI, foi importante esta pesquisa, uma vez que não se encontrou nenhum estudo que abordasse esta variável: sendo aparentemente este o primeiro estudo a avaliá-la. Nas restantes variáveis, apesar de se terem verificado diferentes níveis de *burnout*, as diferenças observadas nas médias de *burnout* nas distintas dimensões não revelaram significado estatístico.

Assim, tendo em consideração os nossos resultados, conseguimos perceber que apesar dos resultados relativos ao *burnout* não serem muito alarmantes, consideramos relevante o desenvolvimento de estratégias que permitam uma intervenção neste grupo profissional, começando pela promoção da saúde dos mesmos e pela prevenção e combate ao Síndrome de *Burnout*, através da adoção de estratégias de *coping*,

mencionadas no primeiro capítulo, como forma de atenuar os efeitos nefastos que se evidenciam quando são experienciados níveis de *stress* prolongados.

Assim, este estudo procura que o tema *Burnout* seja visto como uma problemática e acreditamos na importância do seu reconhecimento pela nossa sociedade, bem como no combate deste síndrome através de recursos próprios para os profissionais alvo deste estudo, e não só, afim de aumentar a qualidade de vida dos mesmos e dos próprios utentes que deles dependem.

Em suma, podemos dizer que a arte de cuidar é de grande importância pelo que a intervenção para com os cuidadores formais deve ser realçada. E por esta razão advertimos e consideramos crucial a adoção, em diferentes instituições, de estratégias que permitam a promoção da saúde física e mental dos seus colaboradores. Podendo, ainda, tornar-se uma mais valia fomentar atividades que aumentem a sua qualidade de vida e bem-estar, tal é o caso da prática de exercício físico de forma contínua como meio de atenuar, de forma eficaz, os efeitos resultantes do *stress* e exaustão emocional bem como exercícios de meditação e, mais especificamente, de *mindfulness*.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandra, C., & Rodrigues, D. L. (2014). Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: *um estudo de caso*. Dissertação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., Bandeira, D. R. (1998). O conceito de Coping, uma revisão teórica: *Estudos de Psicologia*, Vol. 2, 273-294.
- Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Urushibara-Miyachi, Y., Kise, M., Fujinuma, Y., & Fukuhara, S. (2018). Social isolation and patient experience in older adults. *Annals of Family Medicine*, 16(5),393–398. <http://doi.org/10.1370/afm.2257>.
- APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist*, 61, 271-28.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho*. In A. M. T. Benevides-Pereira (Ed.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-91). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Campos, J., Trotta, O., Bonafé, F., & Maroco, J. (2010). Burnout in dentists in the public sector: to be or not to be, that is the question. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39, 109-114.
- Cardoso, L., Verderoce V. M., Malagutti R. M., & Severio M. R. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (2), 513-517.
- Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Vol.14, 2: 7-26.
- Carvalho, F., Rosário, M., Ribeiro, C. (2002) – *Síndrome de Burnout*. Lisboa. Servir. Vol. 50, nº 4(julho – agosto 2002), ISSN 0871-2370. P.175 – 180.
- Cherniss C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills, Cal.: Sage.
- Corte, A. E. (2014). *Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados - difficulties of caregivers formal institutionalized elderly*. <https://doi.org/10.1084/jem.20092720>.
- Costa, J. R. A.; Lima, J. V.; Almeida P. C. (2003). *Stress no trabalho do enfermeiro**, 37(3), 63–71.
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American*

- Daoudi, M. (2000). Repercussões do toque terapêutico na qualidade de vida de cuidadores formais de idosos. *Journal of Visual Languages & Computing*, 11(3), 287–301.
- Evans, I. E. M., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L & Matthews, F. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS ONE*,13(8),1–14.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0201008>.
- Ferreira, J.M.R.T.P (2014). *Qualidade de Vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos Cuidadores Formais de Idosos com Alzheimer: Um Estudo Correlacional* (Dissertação de Mestrado) Instituto Universitário da Maia, Maia.
- França, A. C. L.; Rodrigues, A. L. (1997) – *Stress e Trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo. Atlas.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Fonseca, A.C.C., Scoralick F., Silva C.L., Bertolino A., Palma D., Piazzolla L. (2011). *Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal*. *Brasília Méd.*48(4):366-71.
- Gil-Monte, P.R., & Peiró. (1999). *Validez Factorial Del Maslach Burnout Inventory en la Muestra Multiocupacional*. *Psicothema*, 11, 679-689.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dia mundial da população*. Destaque, Lisboa, s/n, p. 1-8.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Revista Saúde Pública*, 21(3), 200–210.
[89101987000300005](http://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005).
- Lazarus, R.S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A *History of Changing Outlooks*. *Annu. Rev. Psychol*
- Lim, J. T., Park, J. H., Lee, J. S., Oh, J., & Kim, Y. (2013). The relationship between the social network of community-living elders and their health-related quality of life in Korean province. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1), 28–38. <http://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.1.28>.
- Lima-Costa, M. F. R. V. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Aging and public health*. *Caderno Saúde Pública*, 19(3), 700–701.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>

- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Von Kruse, W. R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). *Performance of an abbreviated version of the lubben social network scale among three European community-dwelling older adult populations.* *Gerontologist*, 46(4), 503–513. <http://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-111
- Maslach, C., & Jackson, S. (1982). Burnout in Health Professions: A Social Psychological Analysis. In G. S. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maslach C., Leiter, M. (1997) – The truth about Burnout: *How organizations cause personal stress and what to do about it.* 1ªed. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C. Schaufeli, W.B., & Leiter. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* Micklevitz, S.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). 1 - Historical and Conceptual Development of Burnout. In W. B. Schaufeli, C.
- Marques, R., Goulart, C. T., & Guido, L. D. A. (2018). *Evolução histórica do conceito de estresse*, 7(2), 148–156.
- Matos, H.S., Vega, H.D. & Urdaniz, A.P. (1999). *Estudo do síndrome de burnout entre profissionais de saúde de um hospital geral.* *Psiquiatria Clínica*, 20, 1, 125-138.
- Meireles, S. C. S. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais de Idosos.* Escola Superior de Saúde de Bragança. <https://doi.org/10.5964/pch.v4i3.79>.
- Micklevitz, S.A. (2001). *Professional Burnout.* Special Focus.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A. Carreira Ramos, R., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses – Estudo IPSSO 2000.* Porto: Porto Editora.
- Neri, A. L. (2014). *A Complexidade Emocional dos Relacionamentos Intergeracionais e a Saúde Mental dos Idosos*, 18(1), 138–153.
- Oliveira, J.H.B (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (Legis Ed.). Porto.
- Oswald, W. (2014). *Da Vida à Morte: horizontes da bioética*, Gradiva, Lisboa.
- OMS. (2005) - *Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- OMS, (2017). *Organização Mundial da Saúde*. [online] Available at: <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/> [Acedido em 17 Julho 2019].
- Parreira, P. (1998). *Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo Comparativo com três grupos de Enfermeiros de oncologia*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia aplicada.
- Pereira, A. (2002). *A Excelência Profissional em Educação Física e Desporto em Portugal: Perfil a partir de sete histórias de vida*. Dissertação apresentada às provas de doutoramento de Ciências do Desporto apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu.
- Pereira, F. (2005). *Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde*. Dororamento, Sociologia. Instituto Politécnico de Bragança.
- Pereira, S.A.S & Marques, E.M.B.G. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. INFAD. *Revista de Psicologia*, 1, 133-140.
- Perlini, N.M.O., Leite M.T., Furini A.C. (2014). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*.41(2):229-36.
- Pinto, A. (2008). Burnout versus stress: Investigações em profissionais, Nursing, Ano 20, nº240, p-6-10.
- Pires, R. J. B. (2015). *As representações sociais e as práticas do ajudante de lar: projeto de intervenção «envelhece*. Tese de Mestrado Em Gerontologia, Portalegre.
- Prata, L. I. N. (2014). *Burnout, Coping e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Queirós, P. (1997). *Burnout em Enfermeiros Portugueses*. Coimbra. Tese de Mestrado da Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Badajoz. Tese de doutoramento da Universidade de Extremadura – Faculdade de Educação.
- Reinhold, H. H. (2004), O sentido da vida: Prevenção de stress e burnout do professor, *Dissertação de Doutoramento em psicologia do centro de ciência da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Puc-Campinas*, 1 – 9
- Ribeiro, L.P (1999). Aspectos Éticos da Investiação. In Climepsi (Ed.), *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (pp. 67-71). Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Kairós*, 15(1), 217–234. Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787>.
- Rolland, Y.; Pillard, F.; Klapouszczak, A.; Reynish, E.; Thomas, D.; Andrieu, S.; Rivière, D. & Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of American Geriatric Society*, 55(2): 158-65. Doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x.
- Roque, L., & Soares, L. (2012) Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 2-14.
- Sá, L. (2005). – Do stress ao Burnout em Enfermagem, *Enfermagem Oncológica*. Porto. Nº30-31. (abril – julho 2004). ISSN 0873-5689, p. 14-37.
- Santos, R. N. D. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Serra.
- Schaufeli, W.B, Enzmann, D & Girault. N (1993). Measurement of Burnout: A Review. In T. Francis (Ed.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 208).
- Shou, J., Du, Z., Wang, H., Ren, L., Liu, Y., & Zhu, S. (2018). Quality of life and its contributing factors in an elderly community- dwelling population in Shanghai, China. *Psychogeriatrics*, 18(2), 89–97. <http://doi.org/10.1111/psyg.12288>.
- Sidney, S., Santos, C., Luiz, E., & Barlem, D. (2008). *Updating article the nurse role in the seniors 'long permanence institution*, 2(3). <https://doi.org/10.5205/reuol.351-11415-1-LE.0203200812>
- Silva, J.M.F (2016). *Burnout em Cuidadores Formais*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., José, M., Galdino, Q., & Martins, J. T. (2018). Síndrome de Burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>
- Vicente, C.S Oliveira, R.A & Maroco, J. (2013). *Análise Fatorial Do Inventário De Burnout De Maslach (MBI-HSS) em Profissionais Portugueses*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 152-167.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). *Burnout in Formal Caregivers of Elderly and Chronically Ill – Current Affairs*. *Psychology, Community & Health*, 4(3), 132–144. <https://doi.org/10.5964/pch.v4i3.79>

- Vicente, J. A. D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental*.
- Wegner, E., Virginia, S., & Areosa, C. (2012). *Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos*, 97–107.
- Weert, J.C.M; van; Janssen, B.M.; Dulmen, A.M. van; Spreeuwenberg, P.M.M.; Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2006). *Nursing assistants' behavior during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hours dementia care*. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6): 656-68. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03772.x.

ANEXOS

ANEXO 1. DIMENSÕES DE MBI-HSS: EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL

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

ANEXO 2. AUTORIZAÇÃO/CONSENTIMENTO ENVIADO VIA EMAIL ÀS INSTITUIÇÕES E POSTADO NAS REDES SOCIAIS

Bom dia,

Venho por este meio solicitar autorização de vossa excelência para a administração de questionários aos técnicos da vossa instituição para a minha dissertação que tem como tema “*Burnout* em cuidadores formais de Adultos Idosos Institucionalizados”. Este estudo pretende perceber a evolução deste síndrome, mais concretamente, nos cuidadores formais de adultos idosos, incluindo enfermeiros, auxiliares, psicólogos, gerontólogos e animadores socioculturais.

Esta pesquisa será realizada em diversas instituições da cidade de Coimbra, pelo que a inclusão desta instituição seria uma mais valia para uma amostra mais significativa.

Neste estudo será apenas necessário o preenchimento de dois questionários, em primeiro lugar um inventário sociodemográfico e profissional e por fim a Escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI), um instrumento utilizado para a obtenção de dados relativos o Síndrome de *Burnout*. O preenchimento de ambos os instrumentos demorará o máximo entre 10 a 15 minutos.

Com o vosso consentimento e dos vossos respetivos colegas, comprometo-me a salvaguardar os interesses de todos os participantes, assegurando uma rigorosa confidencialidade da informação recolhida e revelando a minha total disponibilidade para qualquer informação adicional.

Sem outro assunto e grata pela atenção,

Os melhores cumprimentos,

A investigadora responsável,
Joana Temudo
Aluna do 2ºano de Mestrado na FPCEUC

Contactos:
Email: joanatemudo24@gmail.com

ANEXO 3. INQUÉRITO SUBMETIDO AOS INQUIRIDOS

Burnout em Cuidadores Formais de Adultos Idosos Institucionalizados

Com o presente questionário pretende-se identificar as pressões sociais e profissionais nos cuidadores primários de Adultos Idosos institucionalizados e como estas podem dar origem ao chamado Síndrome de *Burnout*.

Pretende-se perceber a evolução deste síndrome nos cuidadores primários de adultos idosos, a saber, enfermeiros, psicólogos, gerontólogos, auxiliares ou animadores socioculturais.

Por favor, preencha os dois breves questionários: Inventário Sociodemográfico e Profissional e a Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), utilizado para a obtenção de dados relativos ao Síndrome de *Burnout*. O preenchimento de ambos os instrumentos demorará cerca de 5 a 10 minutos.

Com o consentimento do participante, comprometo-me a salvaguardar os interesses do mesmo, assegurando uma rigorosa confidencialidade da informação recolhida e revelando a minha total disponibilidade para qualquer informação adicional.

A investigadora responsável

Joana Temudo Morais

Aluna do 2º ano de Mestrado da FPCEUC

Contactos:

joanatemudo24@gmail.com

Inventário Sociodemográfico e Profissional

Neste Inventário serão feitas algumas questões sociodemográficas e profissionais. Importa responder com a maior veracidade possível e, no caso de já não exercer funções nas áreas referidas (enfermagem, psicologia, gerontologia, auxiliar ou animador sociocultural) gostaria de pedir igualmente a vossa participação com o intuito de obter mais informações relativamente ao que esta investigação pretende estudar.

Muito obrigada!

Sexo: *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino

Idade *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

•

Estado Civil: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a

Número de Filhos: *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

•

Total de anos de serviço em instituições/lares/centros de dia/casas de repouso: *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

•

Carga horária diária: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 4 a 8 horas
- 8 a 10 horas
- 10 a 12 horas
- Mais de 12 horas

Nos seus turnos são/eram mais frequentes: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- As manhãs (8h às 16h)
- As tardes (16h às 00h)
- As noites (00h às 8h)

A sua remuneração ronda/rondava: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Entre os 300€ e os 600€
- Entre os 600€ e os 900€
- Entre os 900€ e os 1200€
- Superior a 1200€

Local de Residência *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Rural
- Urbano

Profissão que desempenha/desempenhou: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Enfermeiro/a
- Psicólogo/a
- Gerontólogo/a
- Animador/a Sociocultural
- Auxiliar

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

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *Burnout*. Não existem respostas melhores ou piores; a resposta correta é aquela que exprime com maior veracidade a sua própria experiência. A cada uma das seguintes frases deve

responder consoante a frequência com que tem/tinha esse sentimento, assinalando no círculo respetivo.

Muito obrigada!

Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho de me relacionar no meu trabalho.: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto que trato algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem objetos impessoais: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me. *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sou/ capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da instituição onde trabalho. *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana

- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

O meu trabalho deixa-me completamente exausto. *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida de outras pessoas: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer determinadas funções. *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Preocupo-me com funções que exerço me estejam a tornar uma pessoa mais dura: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me frustrado(a) no trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me cheio(a) de energia enquanto trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto que estou a trabalhar em excesso no meu emprego: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Na verdade não me preocupo com que possa suceder aos clientes/utentes da instituição onde trabalho: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Trabalhar diretamente com pessoas causa-me muito *stress*: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas a quem presto serviço: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me entusiasmado(a) após sessões de trabalho com as pessoas a quem presto serviço: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana

- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas com valor: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto-me como uma corda esticada até ao fim: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano
- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
- 6 - Todos os dias

Sinto que os meus clientes/utentes da instituição/lar/centro de dia/casa de repouso me culpam por alguns dos seus problemas: *

Escolha uma das seguintes respostas

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 0 - Nunca
- 1 - Algumas vezes por ano

- 2 - Uma vez por mês
- 3 - Algumas vezes por mês
- 4 - Uma vez por semana
- 5 - Algumas vezes por semana
-
- 6 - Todos os dias

Muito obrigada pela sua participação!

Joana Temudo Morais

ANEXO 4. VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DE NORMALIDADE DA AMOSTRA ESTUDADA

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Exaustao emocional dimensoes	Despersonaliz ação codificada	Realização pessoal codificada
N		115	115	115
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2,10	1,46	1,52
	Std. Deviation	,878	,666	,730
	Absolute	,283	,390	,380
Most Extreme Differences	Positive	,233	,390	,380
	Negative	-,283	-,244	-,237
Kolmogorov-Smirnov Z		3,037	4,185	4,076
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ANEXO 5. ANÁLISE DESCRITIVA DAS DIMENSÕES DO MBI: EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL POR ITENS

		0 – Nunca N (%)	1 - Algumas vezes por ano N(%)	2 - Uma vez por mês N(%)	3 - Algumas vezes por mês N(%)	4 - Uma vez por semana N(%)	5 - Algumas vezes por semana N(%)	6 - Todos os dias N(%)
Exaustão Emocional	1.Sinto-me emocionalment e esgotado/a com o meu trabalho.	10(8,7)	35(30,4)	7(6,1)	27(23,5)	4(3,5)	28(24,3)	4(3,5)
	2.Sinto-me exausto/a no fim do trabalho	6(5,2)	30(26,1)	6(5,2)	22(19,1)	6(5,2)	33(28,7)	12(10,4)
	3.Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de no meu emprego.	16(13,9)	32(27,8)	3(2,6)	27(23,5)	9(7,8)	22(19,1)	6(5,29)
	6.Trabalhar com pessoas todo o dia esgota-me.	24(20,9)	29(25,29)	5(4,3)	31(27)	5(4,3)	19(16,5)	2(1,7)
	8.O meu trabalho deixa-me completamente exausto/a.	10(8,7)	33(28,7)	3(2,6)	28(24,3)	10(8,7)	25(21,7)	6(5,2)
	13.Sinto-me frustrado/a no trabalho.	25(21,7)	38(33)	8(7)	19(16,5)	6(5,2)	15(13)	4(3,5)
	14.Sinto que estou/estava a trabalhar em excesso no meu emprego.	10(8,7)	22(19,1)	7(6,1)	24(20,9)	5(4,3)	33(28,7)	14(12,2)
	16.Trabalhar diretamente com pessoas causa-me/causava-me stress.	28(24,3)	25(21,7)	8(7)	31(27)	8(7)	11(9,6)	4(3,5)
	20.Sinto-me como uma corda esticada até ao fim.	32(27,8)	38(33)	9(7,8)	15(13)	5(4,3)	10(8,7)	6(5,2)
Despersonalizaçã o	5. Sinto que trato/tratava algumas pessoas das minhas relações profissionais como se fossem	88(76,5)	17(14,8)	-	5(4,3)	2(1,7)	3(2,6)	-

	objetos pessoais.							
	10. Tornei-me mais indiferente para com as pessoas desde que comecei a exercer as funções que atualmente desempenho	62(53,9)	22(19,1)	4(3,5)	12(10,4)	1(0,9)	11(9,6)	3(2,6)
	11.Preocupo-me que as funções que exerço me estejam a transformar numa pessoa mais dura.	29(25,2)	34(29,6)	3(2,6)	10(8,7)	6(5,2)	11(9,6)	22(19,1)
	15.Na verdade não me preocupo com o que possa suceder aos clientes/utentes na organização onde trabalho.	95(82,6)	4(3,5)	1(0,9)	2(1,7)	1(0,9)	-	12(10,4)
	22. Sinto que os clientes/utentes da organização me culpam por alguns dos seus problemas	70(60,9)	18(15,7)	3(2,6)	9(7,8)	6(5,2)	9(7,8)	-
Realização Pessoal	4.Compreendo facilmente o que sentem as pessoas com quem tenho/tinha de me relacionar no me trabalho.	1(0,9)	6(5,2)	-	5(4,3)	2(1,7)	37(32,2)	64(55,7)
	7.Sou capaz de lidar de forma eficaz com os problemas dos clientes/utentes da instituição onde trabalho.	-	3(2,6)	3(2,6)	3(2,6)	6(5,2)	46(40)	54(47)
	9.Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das outras pessoas.	1(0,9)	4(3,5)	-	10(8,7)	6(5,2)	41(35,7)	53(46,1)
	12. Sinto-me cheio/a de energia.	2(1,7)	4(3,5)	5(4,3)	30(26,1)	4(3,5)	42(36,5)	28(24,3)
	17.Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas	-	1(0,9)	2(1,7)	10(8,7)	6(5,2)	43(37,4)	53(46,1)

	a quem presto serviço.							
	18.Sinto-me entusiasmado/a após sessões com as pessoas a quem presto serviço.	1(0,9)	5(4,3)	5(4,3)	17(14,8)	9(7,8)	44(38,3)	34(29,6)
	19.No meu trabalho tenho conseguido fazer coisas de valor.	-	4(3,5)	2(1,7)	8(7)	7(6,1)	47(40,9)	47(40,9)
	21.No meu trabalho enfrento calmamente os problemas emocionais.	-	6(5,2)	3(2,6)	19(16,5)	10(8,7)	44(38,3)	33(28,7)