

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Juliana Sofia Gonzalez Barbosa

**Qualidade de Vida Profissional e a sua relação com a  
Perceção do Suporte Social em Profissionais de Casas de  
Acolhimento Residencial**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, orientada pela Professora Doutora Luiza Nobre Lima e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2020

## Agradecimentos

---

Começo por agradecer à Professora Doutora Luiza Nobre Lima por ser exemplar na forma como desempenha o seu trabalho. Por pôr nele todo o gosto que faz chegar até nós, por realmente se preocupar com os seus alunos, por toda a disponibilidade. Por toda a exigência que nos faz crescer, por tornar este trabalho mais leve. Por mais do que ser uma profissional exemplar ter a sensibilidade de nos escutar, perceber e apoiar em todos os momentos.

A todos os funcionários e docentes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação por nos transmitirem os seus conhecimentos. Não posso deixar de agradecer com especial carinho à Professora Doutora Maria Jorge Ferro por toda a inspiração e paixão transmitidas. Por questionar a “normalidade” e nos fazer pensar fora da caixa. Sou muito grata por ter a oportunidade de a conhecer.

O meu percurso académico não se limitou a estudar mas sim a aprender em todos os momentos. Assim, não posso deixar de referir e agradecer aos grupos dos quais fiz parte e que tanto me deram - Desconcertuna, Associação de Yoga da AAC, GEFAC – convosco passei momentos que nunca esquecerei. Explorar e viver a vida académica ao vosso lado vale muito mais do que qualquer praxe.

À Real República Prá-Kys-Tão por ser o espaço em que tudo o que há de bom ser permitido e por tudo o que há de mau ser debatido. Nesta casa da qual faço parte ganhei uma Família muito ativa civicamente, pela inclusão e os direitos de todos. Obrigada por lutarem ao meu lado contra a praxe, a homofobia, a igualdade de género, o fascismo e contra todos os problemas que enfrentamos. Por sermos um espaço de liberdade mais do que sermos uma casa, um muito obrigada. OH ÉGUA!

Ao Pedro Soares, pela sua amizade, por caminharmos lado a lado todo este percurso, do primeiro ao último dia. Obrigada por toda a partilha, por cada passo.

A todas as Amizades que fazem parte de mim, que não são precisas nomear por saberem quem são. Convosco a Vida é muito mais bonita.

À Flora por ser o Ser mais carinhoso e atencioso que conheço. Sem ti isto seria possível mas muito menos divertido. Obrigada por despertares o que de melhor há em mim por querer conseguir retribuir tudo o que me dás. Sou muito grata por todo o amor e cumplicidade que partilhamos.

Por último, mas mais importante, à minha Família, um agradecimento que não cabe neste espaço. Sem vós nada disto seria possível! Agradeço todos os dias por ter a sorte de vos ter. Por Serem luz em mim, grande parte da minha força e da minha paixão pela vida. Só por vós este momento faz todo o sentido. Mãe, Mingos, Avó, Avô, Palita, Alvarito, Jorge, Malena, Pedro, Inês e Simão, obrigada por todo o vosso amor e carinho, por todo apoio incondicional, por me transmitirem os melhores valores, por me apoiarem em todas as decisões e momentos. Obrigada por me fazerem ser que sou. Vocês sabem tudo o que não dá para expressar por aqui. Amo-vos com todas as minhas forças.

Mingos, a ti dedico este trabalho e tudo o que conquistar neste caminho pois é teu também. Estás presente em todas as formas de Ser, em mim e em todos os que contigo se cruzaram. És o maior exemplo de força que conheço. A Pessoa mais doce que sempre pôs o bem-estar dos outros à frente de si mesmo. O teu carinho, a tua boa disposição, a tua criatividade, o teu companheirismo, o teu sorriso e a tua gargalhada, que conseguiste manter em todos os momentos, continuam a ser contagiantes. E assim é possível continuar a caminhar, no teu abraço e contigo sempre ao nosso lado. Obrigada por tudo o que me dás. Amo-te muito, Mingos.

*“Eles não sabem que o sonho...”*

António Gedeão

## Resumo

---

Os profissionais das Casas de Acolhimento (CA) de crianças e jovens em risco estão expostos, na sua prática diária, a elementos stressantes resultantes da sua atividade. Quando cuidam de crianças e jovens traumatizados, poderão sofrer de uma forma de stress caracterizado pelos sintomas de *Burnout* e de Stress Traumático Secundário. Estas dimensões negativas estão incorporadas no conceito de Qualidade de Vida Profissional, aos quais se junta a dimensão positiva denominada de Satisfação por Compaixão. Níveis médios e altos das dimensões negativas – *Burnout* e Stress Traumático Secundário – podem trazer prejuízos pessoais, profissionais, institucionais e também ao nível da qualidade dos cuidados residenciais. Um dos fatores que amortece o impacto potencialmente disruptivo do meio em que estes profissionais trabalham é a Perceção do Suporte Social proveniente de várias fontes, nomeadamente, da intimidade, da família, dos amigos e das actividades sociais em que se encontram inseridos.

Neste sentido, constituíram objetivos deste estudo: i) avaliar os níveis das diferentes componentes da Qualidade de Vida Profissional – *Burnout*, Stress Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão – de profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (CAR); ii) analisar a Perceção do Suporte Social dos profissionais das CAR; iii) Comparar a Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social entre profissionais das equipas técnicas e profissionais das equipas educativas das CAR; iv) analisar a relação entre a Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social dos profissionais das CAR; e v) analisar em que medida a Perceção do Suporte Social é preditor da Qualidade de Vida Profissional dos profissionais das CAR.

A amostra foi composta por 85 profissionais de Casas de Acolhimento, com idades entre os 20 e os 58 anos ( $M = 39,38$ ;  $P = 11,300$ ), de ambos os sexos (76,5% mulheres). No que diz respeito aos dados laborais, 75.3% faz parte das Equipas Educativas e 68.2% trabalham em CAR há menos de dez anos. Estes profissionais responderam a três instrumentos de autorresposta, nomeadamente, a um *Questionário sobre dados sociodemográficos e laborais* construído para o efeito, à *Professional Quality of Life Scale (ProQOL-55)* e à *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*.

Foram encontrados para o *Burnout* níveis médios a altos na maioria da amostra (74,1%,  $N = 63$ ); 71,8% apresenta níveis médios a altos de Stress Traumático Secundário ( $N = 43$ ); e 70.6% dos participantes apresenta níveis médios a altos de Satisfação por Compaixão ( $N = 60$ ). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para as três componentes da Qualidade de Vida Profissional em função do sexo, faixa etária, horário de trabalho (turnos) e em função do tempo de atividade em CAR.

A Perceção do Suporte Social, nomeadamente o que provem das relações de intimidade, tem valor preditivo sobre a Qualidade de Vida Profissional pelo papel de apoio que o parceiro ou o cônjuge desempenham.

Por fim, são apresentadas algumas sugestões para as instituições de Casas de Acolhimento Residencial na ótica de melhorar as suas práticas e proteger os seus trabalhadores como, por exemplo, diretrizes claras e suporte mais direto.

Palavras-chave: Profissionais de Casas de Acolhimento, *Burnout*, Stress Traumático Secundário, Satisfação por Compaixão, Perceção do Suporte Social

## Abstract

---

Residential Care Workers (RCW) in institutions for children and youth at risk are daily exposed to stressful elements resulting from their activity. When caring for traumatized children and youth, professionals can come to suffer from a form of stress characterized by *Burnout* and Secondary Traumatic Stress symptoms. These negative dimensions are incorporated in the concept of Compassion Fatigue, which also includes a positive dimension named Compassion Satisfaction. Medium to high levels of the negative dimensions – *Burnout* and Secondary Traumatic Stress – can lead to personal, professional and institutional issues, as well as jeopardizing the quality of residential care. One of the moderating factors of the potentially disruptive environment in which these professionals work is the Perceived Social Support from different sources, i.e. from intimacy, family, friends and social activities in which they participate.

In this sense, the present study aims to: i) analyze the Residential Care Workers' levels of the different dimensions of Professional Quality of Life - *Burnout*, Secondary Traumatic Stress and Compassion Satisfaction; ii) analyze Residential Care Workers' Perceived Social Support levels; iii) compare the Educational Team and Technical Team's Professional Quality of Life and Perceived Social Support levels; iv) analyze the relation between the Residential Care Workers' levels of Professional Quality of Life and Perceived Social Support; v) analyze the predictive role of Perceived Social Support for Residential Care Workers' Professional Quality of Life.

The sample comprised of 85 Residential Care Workers, between 20 and 58 years of age ( $M = 39,38$ ;  $DS = 11,300$ ), of both sexes (mainly women, 76,5%). Relatively to the occupational data, 75.3% of the professionals work in the Educational Teams and 68.2% have been working in Residential Care Homes for less than ten years. These professionals filled in three self-completion questionnaires: a *Sociodemographic and occupational data questionnaire* tailored specifically for this study, the *Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5)* and the *Perceived Social Support Satisfaction Scale (ESSS)*.

The majority of the participants scored medium to high levels of *Burnout* (74,1%,  $N = 63$ ); 71,8% of participants scored medium to high levels of Secondary Traumatic Stress ( $N = 43$ ), and 70.6% scored medium to high levels of Compassion Satisfaction ( $N = 60$ ). No statistically significant differences were found for the three dimensions of the Professional Quality of Life in relation to sex, age, work shifts or years of activity in Residential Care Homes.

Perceived Social Support, namely support from Intimacy, was found to have predictive validity for Professional Quality of Life, explained by the role of support and care played by partners our spouses

Finally, the present study also includes suggestions for Residential Care Homes in order to improve their practices and better protect their workers, such as providing clear guidelines and direct support.

Keywords: Residential Care Workers, *Burnout*, Secondary Traumatic Stress, Compassion Satisfaction, Perceived Social Support

## Índice de Abreviaturas

---

AR	Acolhimento Residencial
BO	<i>Burnout</i>
CAR	Casa de Acolhimento Residencial
CF	Compassion Fatigue
CS	Compassion Satisfaction
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
FC	Fadiga por Compaixão
ProQOL	Professional Quality of Life Scale
ProQOL5	Professional Quality of Life, 5th edition
PSS	Perceção do Suporte Social
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
QVP	Qualidade de Vida Profissional
RCH	Residential Care Home
RCW	Residential Care Worker
SC	Satisfação por Compaixão
STS	Secondary Traumatic Stress

## Índice

---

I.	Introdução .....	7
II.	Enquadramento conceptual (revisão da literatura) .....	8
	Qualidade de Vida Profissional .....	8
	<i>Burnout</i> .....	9
	Stresse Traumático Secundário.....	10
	Fadiga por Compaixão.....	11
	Satisfação por Compaixão .....	11
	Suporte Social.....	12
III.	Objetivos.....	13
IV.	Metodologia.....	14
	Descrição da amostra.....	16
	Instrumentos .....	16
	Questionário sobre dados sociodemográficos e laborais .....	16
	Professional Quality of Life Scale .....	16
	Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	17
	Procedimentos .....	18
	De amostragem .....	18
	Estatísticos .....	19
V.	Resultados.....	20
VI.	Discussão.....	27
VII.	Conclusão .....	31
VIII.	Referências .....	33

O bem-estar dos profissionais é fundamental para o desenvolvimento e a saúde de uma organização (Walsh-Lyle, 2016). Tornou-se indiscutível que, trabalhadores saudáveis, são trabalhadores produtivos (Coats & Max, 2005; Cooper & Bevan, 2014). Funcionários saudáveis têm sido associados a diminuição do absentismo, menor rotatividade, menos acidentes de trabalho, maior envolvimento e comprometimento dos funcionários e maior resiliência dos profissionais (Cooper & Bevan, 2014). No entanto, existem muitos riscos ocupacionais que podem comprometer a saúde dos funcionários, levando a consequências negativas para organizações e usuários de serviços (Walsh-Lyle, 2016).

O papel do profissional em regime de acolhimento de crianças e jovens é semelhante a outras profissões de serviço social e saúde mental, como assistentes sociais e terapeutas. Espera-se que o profissional possua conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, habilidade de se envolver empaticamente e recursos para a gestão emocional e comportamental das crianças e jovens (Savicki, 2002). Os profissionais de ajuda são frequentemente expostos ao sofrimento, clientes vulneráveis e trauma secundário, entre outros fatores. Essa exposição pode comprometer a saúde e o bem-estar dos funcionários, o que, por sua vez, pode comprometer a qualidade do serviço prestado e a Qualidade de Vida Profissional (QVP).

Assim, a exposição a fatores de risco e stressantes pode ter resultados negativos, como Stresse Traumático Secundário (STS) e *Burnout* (BO) – as duas dimensões que compõem a fadiga por compaixão (FC) (Giovannoni, McCoy, Mays & Watson, 2015). Tais resultados podem conduzir a prestações negativas como absentismo, falta de envolvimento, diminuição da qualidade do atendimento e maior número de casos para outros membros da equipa (Middleton & Potter, 2015; NSPCC, 2013). Eastwood e Ecklund (2008) constataram que um dos comportamentos de auto-cuidado face às variáveis negativas da Qualidade de Vida Profissional é, por exemplo, socilizar com a família e com os amigos. Sendo o Suporte Social, um elemento chave para a saúde e o bem-estar (Sánchez-Moreno & Barrón, 2003), é o fator de proteção mais estudado (Manning-Jones et al., 2016; Rzeszutek et al 2015).

O presente estudo analisa o impacto da Perceção do Suporte Social (PSS) nas várias componentes – *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão - da Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de Casas de Acolhimento. Perante o escasso número de estudos sobre a QVP e a PSS dos profissionais de Casas de Acolhimento portuguesas, consideramos pertinente explorar a sua relação nesta população.

Neste relatório de investigação, numa primeira fase irá ser apresentada uma revisão da literatura acerca da Qualidade de Vida Profissional e da Perceção do Suporte Social. De seguida, são apresentados os objetivos e as hipóteses em estudo e a metodologia com a respetiva caracterização da amostra, seguida da descrição dos instrumentos utilizados e dos

procedimentos seguidos. Posteriormente, são apresentados os resultados e a respetiva discussão, bem como, as limitações. Por fim, são apresentadas as conclusões desta investigação.

## **Enquadramento conceptual (revisão da literatura)**

---

Devido à natureza desafiante do trabalho em casas de acolhimento de crianças e jovens, as equipas de profissionais estão em risco de desenvolver Fadiga por Compaixão, incluindo *Burnout* e Stresse Traumático Secundário conceitos que avaliam a Qualidade de Vida Profissional (Figley, 1995 & Stamm, 2010). Esta profissão exige que os funcionários sejam resilientes ao cuidar de crianças e jovens vulneráveis, mas também é um cenário potencialmente gratificante, com oportunidades para ajudar os necessitados e assim, desenvolver Satisfação por Compaixão (Barton, Gonzalez, & Tomlinson, 2012).

Crianças e adolescentes que vivem em cuidados residenciais geralmente têm na sua vida um histórico de experiências traumáticas. Muitos deles foram expostos a abuso infantil, violência doméstica, negligência física e emocional e, conseqüentemente, podem mostrar sintomas de angústia, dificuldades na regulação emocional e problemas de apego (Collin-Vézina et al., 2011; Connor et al., 2004; van Vugt et al., 2014). Devido ao seu passado problemático e às frequentes dificuldades de regulação emocional, as crianças e os adolescentes em acolhimento residencial carecem, especialmente, de relacionamentos contínuos e confiáveis e de interações calorosas. Proporcionar um ambiente desse tipo é um desafio para os profissionais destas instituições (Steinlin et al., 2017), porque os cuidadores representam para as crianças e adoloscentes a sua principal rede de apoio, tendo um acesso próximo às suas experiências emocionais (Mota, Costa & Matos, 2016).

### **Qualidade de Vida Profissional**

Nas investigações feitas no âmbito da qualidade de vida profissional são salientes as contribuições feitas por Stamm (1995, 1997, 2002, 2006, 2008, 2010), com o desenvolvimento de escalas de avaliação deste construto. A qualidade de vida profissional é a qualidade que alguém sente em relação ao seu trabalho como ajudante. Ajudantes podem ser considerados os profissionais de saúde, cuidadores, assistentes sociais, professores, bombeiros, clérigos, entre outros (Stamm, 2010). O conceito de qualidade de vida profissional incorpora aspetos negativos e positivos, que são inerentes ao papel de cuidador residencial (Audin et al., 2018). Os aspetos negativos são explicados pelo conceito de fadiga por compaixão que, segundo Stamm (2010), inclui duas dimensões: o *Burnout* e o Stresse Traumático Secundário. Os aspetos positivos estão reunidos no conceito de Satisfação por Compaixão.

Inicialmente Figley (1995) introduziu o conceito de stresse traumático secundário, depois denominado de fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão é definida comoum



estado de tensão e preocupação por parte dos profissionais com os pacientes traumatizados, em que aqueles reexperenciam os eventos traumáticos que atuam de forma a provocar dormência emocional, evitamento de lembranças e excitação persistente (i.e. ansiedade), associada com o paciente (Figley, 1995; 2002b). É a função de testemunhar o sofrimento dos outros. Inclui sentimentos de desamparo, isolamento e confusão, que podem apresentar-se desconectados de eventos específicos. Este estado é o culminar da associação de vários fatores importantes, que podem ser um contínuo sentimento de responsabilidade para com o utente e o seu sofrimento; uma falha no alívio do fardo dessa mesma responsabilidade e incapacidade em diminuir o stresse traumático secundário; e a recordação de memórias traumáticas, provocadas por esse stresse, geradoras de sintomas característicos da perturbação de stresse pós-traumático e de reações associadas como a depressão e a ansiedade generalizada (Carvalho, 2011).

A fadiga por compaixão pode afetar qualquer profissional que durante a prestação de cuidados esteja a dispensar uma grande quantidade de energia física e emocional ao trabalho que realiza (Thompson, 2003). Ocorre com maior probabilidade se, adicionalmente, o profissional de ajuda experienciar excessivas perturbações na sua vida resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais (Figley, 1995). Os profissionais que trabalham em cuidados residenciais estão em risco de desenvolver fadiga por compaixão (Eastwood & Ecklund, 2008).

A fadiga por compaixão tem sido aplicada de forma intercambiável com stresse traumático secundário e trauma, porque é usada para descrever reações secundárias ao stresse relacionados à prestação de cuidados a pessoas que sofreram algum tipo de trauma ou stresse grave (Figley, 1995; Stamm, 2010). Neste estudo vamos adotar a conceptualização de Stamm (2010), segundo a qual a fadiga por compaixão inclui duas dimensões: *Burnout* e stresse traumático secundário.

### ***Burnout***

O *Burnout* é um sentimento geral de exaustão emocional causada pela exposição frequente a situações emocionalmente desafiadoras, que leva os profissionais a tornarem-se desapegados dos necessitados e frustrados com o seu papel de ajudante (Maslach & Jackson, 1981).

A síndrome de *Burnout* é, na maior parte das vezes, compreendida como um modelo teórico tridimensional que abarca três dimensões: esgotamento emocional, falta de realização pessoal no trabalho e despersonalização (Zanatta & Lucca, 2015). A exaustão emocional, dimensão individual da síndrome, é caracterizada pelo sentimento de falta de energia e de recursos emocionais para lidar com situações quotidianas do trabalho. A redução da realização pessoal no trabalho ou o desapontamento com o mesmo,

caracterizam-se pela tendência dos trabalhadores se avaliarem de forma negativa, como incapazes, insuficientes, desmotivados e com baixa autoestima. Consequentemente, a despersonalização ou a desumanização apresentam-se como resultado do desenvolvimento de sentimentos e das atitudes negativas em que prevalece a dissimulação afetiva e o distanciamento em relação às pessoas que entram em contato direto com o profissional (Batista et al., 2010; Massa et al., 2016).

É importante enfatizar que o *Burnout* não é uma forma de stresse psicológico. Em vez disso, é uma resposta ao stresse crónico no trabalho resultante, por um lado, das relações estabelecidas entre o profissional e o utente e, por outro, entre o profissional e a instituição (Sánchez-Moreno et al., 2014).

Atualmente, há um grande interesse e preocupação pelos riscos psicossociais no trabalho, bem como pelas queixas psicológicas relatadas pelos profissionais que cuidam de pessoas (Cocco, 2010; Cabral, 2011), pois os cuidadores formais exercem uma atividade que implica trabalhar de forma contínua e direta com pessoas dependentes e com grande vulnerabilidade social e cognitiva (Monteiro et al., 2014). Craig e Sprang (2010), por exemplo, no seu estudo da QVP em profissionais de ajuda constataram que profissionais mais jovens estão em maior risco de sofrer de *Burnout*. A esse respeito, no estudo de Anciães (2014) na população de profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (CAR) não se encontraram evidências que confirmassem que quanto mais jovens os trabalhadores menos vulneráveis serão eles ao *Burnout*. Em relação ao tempo de trabalho em CAR, Del Valle et al. (2007) referem que as pessoas com menos tempo de profissão e menos experiência se encontram mais vulneráveis ao *Burnout* do que indivíduos com mais experiência nesta área.

Importa referir que a síndrome de *Burnout* repercute-se em vários domínios da vida diária dos indivíduos visto que apresenta consequências e efeitos psicossociais que ultrapassam o impacto a nível individual, influenciando também a vida familiar do trabalhador, a interação social e, obviamente, a vida profissional (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

### ***Stresse Traumático Secundário***

A segunda dimensão da Fadiga por Compaixão, segundo Stamm (2010), é a do Stresse Traumático Secundário (STS). Figley (1995) começou por definir stresse traumático secundário como os comportamentos e as emoções naturais e consequentes, provenientes do conhecimento de um evento traumático, experienciado por um outro significativo; é o stresse que resulta de ajudar ou querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. Desenvolve-se como resposta à exposição a determinadas circunstâncias, como por exemplo, relatos explícitos de eventos traumatizantes e pode desencadear-se a partir de uma

única ocorrência (Figley, 1995). O Stresse Traumático Secundário consiste em três amplos grupos de sintomas: re-experienciar o trauma desde a perspectiva da vítima traumatizada; evitamento, afastamento ou dormência em relação às lembranças do evento; e excitação persistente. Esta conceptualização baseou-se nos critérios do DSM-IV (APA, 2004) para Transtorno de Stresse Pós-Traumático (Diehm, et al., 2019): de facto, os sintomas de STS refletem aqueles experienciados por indivíduos que foram diretamente expostos a eventos traumáticos.

Mais tarde, foi cunhado por Figley (1995, 1996, 2002a, 2002b) o termo fadiga por compaixão para descrever as mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais que os cuidadores experienciam pela exposição indireta a sobreviventes de traumas. Também Stamm (2010), na sua conceptualização teórica, enfatiza que o STS é um stresse relacionado ao trabalho, e acrescenta que entre os sintomas podem surgir dificuldade do sono e imagens intrusivas.

### ***Fadiga por Compaixão***

A Fadiga por Compaixão prejudica o bem-estar dos profissionais e, reduzindo a habilidade de prestar cuidado de forma sensível e responsiva, acaba por afetar também a qualidade da relação de apego com quem precisa de ajuda (Seti, 2008). O desapego dos cuidadores pode ser experienciado pelas crianças e os jovens como rejeição ou abandono, desencadeando ou intensificando angústia e agressão por parte destes. Isso incentiva a criação de uma espiral negativa de relações de apego interrompidas (Winstanley & Hales, 2014) e aumenta, por parte da equipa de profissionais, os níveis de *Burnout* e fadiga por compaixão (Audin et al., 2018).

### ***Satisfação por Compaixão***

Os aspetos positivos da qualidade de vida profissional são explicados através do conceito de Satisfação por Compaixão, que é definido como o prazer que deriva da oportunidade de realizar um bom trabalho associado a sentimentos de concretização, realização, ou seja, de satisfação relacionados com o trabalho (Figley, 1995; Stamm, 2010). Pode ser um sentimento de prazer resultante da possibilidade de ajudar os outros, ou sentimentos positivos que advêm por se fazer parte de algo construtivo no local de trabalho ou de um bem maior ao nível da sociedade. Stamm (2010) sugere que esta dimensão atua como um fator que protege o profissional dos fatores stressantes no trabalho. Estudos feitos neste âmbito (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Ray et al., 2013; Samios et al., 2013) confirmam que a satisfação por compaixão amortece o impacto da fadiga por compaixão em relação ao *Burnout* e aos sintomas do Stresse Traumático Secundário.

Na pesquisa de fatores protetores contra *Burnout*, alguns investigadores identificaram o suporte social como sendo um recurso chave para reduzir o stresse, melhorar o desempenho dos profissionais e permitir que os funcionários mantenham o seu bem-estar (Bakker & Demerouti, 2014; Beehr et al., 2003; Hombrados-Mendieta & Cosano-Rivas, 2011; Vermeulen & Mustard, 2000; Walsh, 2013).

### **Suporte Social**

O Suporte Social refere-se à assistência obtida, real ou percebida, por parte de outros. O suporte social é concebido conceptualmente por quatro domínios: informativo, na forma de informação proveniente de um outro durante um momento stressante, conselhos, sugestões; instrumental, como bens, serviços ou assistência tangível; avaliação, i.e. a comunicação de informação relevante mais para a auto-avaliação do que para resolução de problemas; emocional, como comportamentos de cuidado, empatia, amor e confiança. (House, 1981; Krause, 1987; Weinert, 1987).

O suporte social informal foca-se no nível de intimidade construída no contexto de um sistema de ajuda interpessoal que forma um processo de ajuda diário e ecológico, no qual as pessoas normalmente têm papéis complementares e inter-relacionados (Umberson & Montez, 2010). Este nível de suporte social envolve sentimentos de compromisso com as responsabilidades mútuas partilhadas para o bem-estar um do outro. O suporte social informal refere-se à ajuda não remunerada dada por família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. É largamente aceite como um elemento chave para a saúde e o bem-estar pela natureza das funções que desempenha (Sánchez-Moreno & Barrón, 2003). Collins (2008) sugere que o suporte social se torna uma importante estratégia de *coping*, e pode ser procurado para lidar com questões instrumentais (procurar conselhos práticos, assistência ou informações), e/ou questões emocionais (procurar suporte moral, afeto, simpatia ou compreensão).

O apoio social percebido é um recurso primário interpessoal que é essencial para lidar com o stresse (Haber et al., 2007) e tem sido associado ao bem-estar psicológico em tempos de stresse (Norris & Kaniasty, 1996). A literatura existente sobre suporte social percebido sugere que este modera as ligações entre eventos stressantes da vida e problemas psicológicos consequentes, como ansiedade e depressão (Russell & Cutrona, 1991). Os resultados da literatura também têm sugerido que tanto o apoio real recebido como a perceção de uma pessoa sobre a disponibilidade de outras pessoas como um recurso, desempenham um papel importante na predição do bem-estar e *coping* (Dolbier & Steinhardt, 2000). O apoio social percebido é geralmente considerado um fator de proteção para indivíduos que sofreram um evento traumático (Norris et al., 2002).

A falta de apoio social pode atuar como uma forma de esgotamento de recursos, o que pode levar ao stresse e possivelmente à síndrome de *Burnout* (Neveu, 2007). No entanto, o tipo de apoio social que se recebe precisa ser positivo, e não negativo, para que ocorra redução do stresse (Southwick et al., 2005). Eriksson et al., (2001) descobriram que o apoio social age como um amortecedor contra os resultados negativos da exposição ao trauma. Ortlepp e Friedman (2002) constataram que as percepções de suporte emocional e instrumental após o trauma secundário estavam correlacionadas com níveis mais baixos de STS; Badger e colaboradores (2008) confirmam o suporte social percebido como correlacionado negativamente com o STS; adicionalmente, um estudo realizado com trabalhadores que lidam com o trauma constatou que maior suporte social percebido estava relacionado a níveis mais baixos de STS (Mac Ritchie & Leibowitz, 2010).

Killian (2008) descobriu que o apoio social de amigos, familiares e comunidade é o mais forte preditor da satisfação por compaixão. Manning-Jones et al. (2016) descobriram que o apoio social percebido da família e dos amigos estava relacionado negativamente com STS em profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores sociais.

Para Ludick e Figley (2016), o suporte social é apontado como um indicador de resiliência ao trauma. Assim, se um trabalhador mantém uma rede de apoio social, é mais provável que ele retenha a satisfação por compaixão.

---

## Objetivos

Com o presente estudo procura-se avaliar os diferentes aspetos da Qualidade de Vida Profissional e a sua relação com a Percepção do Suporte Social numa amostra de profissionais que trabalham em Casas de Acolhimento Residencial (CAR). Foram estabelecidos como objetivos da presente investigação:

- 1) Avaliar os níveis das diferentes componentes da Qualidade de Vida Profissional – *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão – em profissionais de CAR;
- 2) Analisar a Percepção do Suporte Social dos profissionais das CAR;
- 3) Comparar os níveis de Qualidade de Vida Profissional e a Percepção do Suporte Social entre profissionais das equipas técnicas e profissionais das equipas educativas das CAR;
- 4) Analisar a relação entre a Qualidade de Vida Profissional e a Percepção do Suporte Social dos profissionais das CAR;
- 5) Analisar em que medida a Percepção do Suporte Social é preditora da Qualidade de Vida Profissional Social dos profissionais das CAR;

Estabelece-se, por hipótese, que:

H1: os componentes *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão estão presentes nos profissionais de CAR, sendo esperado que o componente mais elevado seja o *Burnout*;

H2: profissionais mais jovens têm maior risco de apresentar níveis mais altos de *Burnout*;

H3: profissionais que trabalham por turnos têm maior risco de apresentar níveis mais altos de *Burnout*;

H4: profissionais com mais tempo de trabalho em Casas de Acolhimento têm maior risco de apresentar níveis mais altos de *Burnout*;

H5: profissionais com mais tempo de trabalho em Casas de Acolhimento têm maior risco de apresentar níveis mais altos de Stresse Traumático Secundário;

H6: profissionais com mais tempo de trabalho em Casas de Acolhimento têm maior potencial para apresentar níveis mais altos de Satisfação por compaixão;

H7: os profissionais dão preferências ao Suporte Social proveniente da Família;

H8: os profissionais das Equipas Educativas apresentam valores mais elevados de *Burnout* e Stresse Traumático Secundário comparativamente às Equipas Técnicas;

H9: a Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de CAR será tão mais elevada quanto maior for a sua satisfação com o Suporte Social percebido;

H10: quanto menor é a satisfação com o Suporte Social percebido maior é o risco de *Burnout*;

H11: quanto menor é a satisfação com o Suporte Social percebido maior é o risco de Stress Traumático Secundário;

H12: quanto maior é a satisfação com o Suporte Social percebido maiores são os níveis de Satisfação por compaixão.

---

## **Metodologia**

### **Participantes**

O presente estudo é constituído por 85 profissionais das equipas técnicas e educativas de Casas de Acolhimento Residencial (CAR) da zona Norte e Centro do país. Relativamente ao sexo, a amostra é constituída maioritariamente por mulheres (76,5%). Em termos etários, os sujeitos encontram-se entre os 20 e os 58 anos, sendo a média de idades da amostra de 39,38anos (DP= 11,300). Como se pode verificar pela Tabela 1., a maior representação em relação ao estado civil é o casamento/união de facto (43,5%). No que concerne à parentalidade 52,9% tem filhos. Em relação às habilitações académicas, os sujeitos possuem na sua maioria o ensino secundário (31,8%) e uma licenciatura (32,9%).

**Tabela 1**  
**Características sociodemográficas dos sujeitos da amostra (N=85)**

		n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	65	76.5
	Masculino	20	23.5
<b>Grupos Etários</b>	≤ 35 anos	31	36.5
	≥ 36 anos	54	63.5
<b>Estado Cívil</b>	Solteiro	31	36.5
	Casado/UF	37	43.5
	Divorciado/Separado	17	20
<b>Filhos</b>	Não	35	47.1
	Sim	55	52.9
<b>Nº de Filhos</b>	0	35	41.2
	1	20	23.5
	2	25	29.4
	3	5	5.9
<b>Habilitações académicas</b>	1º - 3º ciclo	8	9.4
	Secundário	27	31.8
	Licenciatura	28	32.9
	Pós-graduação	10	11.8
	Mestrado	12	14.1

Relativamente às características laborais da amostra (cf. Tabela 2), pode constatar-se que 55,3% de sujeitos não tem formação específica para trabalhar em Casas de Acolhimento. Quanto às equipas de trabalho a que pertencem, 75,3% fazem parte das equipas educativas e 24,7% das equipas técnicas. Apenas 8,2% da amostra trabalhou noutras casas de acolhimento, para além da atual. O tempo em que os sujeitos se encontram a trabalhar na atual Casa de Acolhimento varia entre 1 mês a 32 anos ( $M= 101.5$  meses;  $DP= 91.59$ ). No que diz respeito ao tempo em que trabalham em Casas de Acolhimento, na sua maioria (68,2%), não se encontram a trabalhar há mais de 10 anos. Em relação ao horário que executam, 56,2% dos sujeitos trabalham por turnos, com uma duração média de 7,33 horas. Quanto à profissão que exercem, 40% são auxiliares/colaboradores/vigilantes, sendo a segunda profissão mais presente a de “Educador” representando 22% da amostra.

Da amostra recolhida, cada Casa de Acolhimento tem em média 23 crianças/jovens, com uma faixa etária de em média 5,47 anos. A maioria das instituições tem “só rapazes”(50,6%).

No que diz respeito à satisfação com o trabalho, 92,9% consideram o seu trabalho gratificante e 100% da amostra gosta do seu trabalho.

**Tabela 2**  
**Características laborais dos sujeitos da amostra (N=85)**

		n	%
<b>Equipas de trabalho</b>	Técnica	21	24.7
	Educativa	64	75.3
<b>Tempo de trabalho na atual CA</b>	< 5 anos	58	68.2
	5 a 15 anos	20	23.5
	>15	7	8.2
<b>Tempo de trabalho em CA</b>	0 - 10	58	68.2
	11 - 21	20	23.5
	22 - 32	7	8.2
<b>Turnos</b>	Sim	48	56.2
	Não	37	43.8
<b>Profissão que exerce na CA</b>	Educadora	22	25.9
	Auxiliar/colaborador/Vigilante	34	40
	Educador social	6	7.1
	Psicólogo	6	7.1
<b>Sexo das crianças</b>	Só rapazes	43	50.6
	Ambos os sexos	42	49.4
<b>Trabalho é gratificante</b>	Sim	79	92.9
	Não	6	7.1
<b>Gosto pelo trabalho</b>	Sim	85	100
	Não	0	0

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram um *Questionário sobre dados sociodemográficos e laborais* construído para o efeito, o *Professional Quality of Life Scale (ProQOL-55)* e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*.

## **Questionário sobre dados sociodemográficos e laborais (Gonzalez & Nobre Lima, 2020)**

Foi elaborado um questionário sobre dados sociodemográficos e laborais de forma a recolher dados relativos ao género, à idade, ao estado civil, à escolaridade, bem como informações sobre a profissão, como por exemplo se possui alguma formação específica para trabalhar em CAR, a que equipa de trabalho pertence, há quanto tempo trabalha em CAR, se trabalha por turnos, quantas crianças vivem na CAR em que trabalham e a que faixa etária pertencem, se sentem que o seu trabalho é gratificante.

## **Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5-5; Stamm, 2009; versão portuguesa por Carvalho, 2011)**

O ProQOL-5 é uma escala que visa medir a Qualidade de Vida Profissional. É a escala mais comumente usada para medir os efeitos positivos e negativos de trabalhar com pessoas que experienciam eventos extremamente stressantes.



O ProQOL-5 é composto por 30 itens distribuídos por três subescalas que avaliam as dimensões da Qualidade de Vida Profissional, cada uma constituída por 10 itens: Satisfação por Compaixão [SC] (itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30); *Burnout* [BO] (itens 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29); Stresse Traumático Secundário [STS] (itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 18, 23, 25, 28). Cada item constitui uma afirmação à qual, por autopreenchimento, se atribui uma pontuação entre 1 e 5 que exprime o grau de frequência correspondente (1=Nunca, 2=Raramente, 3=Por vezes, 4= Frequentemente, 5=Sempre). O valor final de cada dimensão obtém-se somando as pontuações de cada um dos 10 itens da subescala correspondente. Na subescala do *Burnout*, é preciso inverter a pontuação dos itens 1, 4, 15, 17 e 29.

O ProQOL-5 deve ser interpretado na sua forma indicativa e não diagnóstica. Stamm (2010) recomenda uma utilização continuada e repetida ao longo do tempo. Os valores de corte do estudo português (calculados em *t scores*) para utilizar o ProQOL-5 como indicador dos fatores de proteção e risco são definidos em Quartis (percentis 25, 50 e 75) e respetivamente: 42, 50 e 56 para a dimensão de BO; 41, 49, 57 para a dimensão de STS; e 44, 50 e 59 para a dimensão de SC. As subescalas BO e STS apresentam correlações negativas com SC ( $r = -.637, p < .01$ ; e  $r = -.248, p < .05$ ) e uma correlação positiva entre si ( $r = .551, p < .01$ ) associado a uma co-variância de 55%. Este instrumento tem bons valores de consistência interna e bons indicadores relativos à validação de construto. Na versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011), as subescalas de BO, STS e SC apresentam respetivamente valores de alfa ( $\alpha$ ) = .71, .83 e .86 e no presente estudo os valores de alfa ( $\alpha$ ) são de .72 para o *Burnout*, .75 para o Stress Traumático Secundário e .84 para a Satisfação por Compaixão.

No estudo de Carvalho e Sá (2011) não foram encontradas diferenças estatísticas significativas para as médias de SC, BO e STS relativamente às variáveis sexo (masculino, feminino), idade em anos, raça, faixa salarial, tempo total em anos de atividade como profissional (< 5; 5 -15; > 15) nem tempo total em anos de atividade como profissional em contexto actual (< 5; 5 -15; > 15).

### **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999)**

A Escala de Satisfação de Suporte social (ESSS) é uma escala construída por Ribeiro (1999) para avaliar o suporte social percebido. Constitui uma medida da perceção de suporte social nos seus vários aspectos, mais especificamente da satisfação do indivíduo com as interações com membros da família, com amigos, companheiros íntimos e com as relações desenvolvidas nas atividades sociais em que estiver inserido. A escala é composta por 15 frases apresentadas para auto-preenchimento. O sujeito tem de assinalar o grau com que concorda com a afirmação numa escala de *Likert* com cinco níveis: 1 “concordo totalmente” até 5 “discordo totalmente”. Os itens distribuem-se nos seguintes quatro diferentes fatores

do suporte social: “satisfação com amigos”, que mede a satisfação com os amigos que o sujeito tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) e apresenta uma consistência interna de .83; “intimidade”, que mede a percepção de suporte social íntimo, inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6), com uma consistência interna de .74; “satisfação com a família”, que mede a satisfação com o suporte familiar, inclui três itens (itens 9, 10, 11) e apresenta uma consistência interna de .74; por fim, “atividades sociais” que mede a satisfação com as atividades sociais realizadas e inclui três itens (itens 2, 7, 8), com uma consistência interna de .64. Os valores de alfa ( $\alpha$ ) no presente estudo são de .69 para a “satisfação com as amigos”, .70 para a “satisfação com a intimidade”, .59 para a “satisfação com a família” e .63 para a “satisfação com as atividades sociais”. O valor de alfa mais baixo, correspondente à satisfação com a família, poderá estar relacionado com o facto de esta subescala ter apenas três itens, pelo que mantivemos este fator nas nossas análises.

A ESSS fornece cinco pontuações, uma para cada uma das quatro dimensões e uma pontuação global resultante do agrupamento de todas as dimensões. A nota no total pode variar entre 15 e 75 pontos, onde a pontuação mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários. Ou seja, todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário (Ribeiro, 2011).

## **Procedimentos**

### **De amostragem**

No processo de recolha da amostra a investigadora estabeleceu contactos com os órgãos da Direção de Casas de Acolhimento de crianças e jovens em risco nas zona Norte e Centro do país. Foram realizados um total de 14 contactos, via presencial ou via online, solicitando a colaboração na presente investigação, dos quais 7 aceitaram colaborar. No momento dos contactos, a investigadora apresentou/enviou um pedido de colaboração do qual constou a explicação e os objetivos da investigação. (cf. Anexo 1).

Para os questionários em papel, a investigadora entrou em contacto presencial com os Diretores Gerais ou com os Diretores Técnicos das Instituições explicitando quais os objetivos do presente estudo e, assim, pedindo a sua autorização para os seus colaboradores participarem. Após a devida autorização, foi deixado com os Diretores um conjunto de envelopes que continham o protocolo, dos quais fizeram parte um consentimento informado (cf. Anexo 2) e os instrumentos (cf. Anexo 3). A investigadora comprometeu-se a recolher os protocolos junto dos Diretores, pelo que estes fizeram o favor de os distribuir e recolher. O protocolo conteve instruções para o seu preenchimento, entre as quais constava o pedido

para que colocassem os questionários de novo no envelope e o selassem. O consentimento informado foi entregue separadamente para que não fosse possível a identificação do profissional.

Para os questionários digitais, a investigadora entrou em contacto com as instituições e tendo a sua aprovação para a participação enviou protocolo elaborado através do Google Forms. Assim que preenchido a investigadora teve acesso às respostas.

## **Estatísticos**

No presente estudo, foi utilizado o programa informático IBM SPSS Statistics, versão 22.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) para o tratamento estatísticos dos dados.

Para analisar as características gerais e laborais da amostra, realizaram-se as análises descritivas (média, Desvio Padrão e frequências).

Para o estudo da fiabilidade recorreremos ao teste alfa de Cronbach.

Para ser possível estabelecer comparações entre os valores dos três fenómenos e destes valores com outras amostras que utilizaram a ProQOL-5, reverteram-se os valores obtidos nos fatores da ProQOL-5 e transformam-se em *t*scores. Deste modo, as pontuações obtidas de BO, STS e SC são primeiramente transformadas em *z*scores e posteriormente convertidas em *t*scores, forçando uma média de 50 e um desvio padrão de 10.

Para perceber se existiam diferenças estatisticamente significativas para os valores de SC, BO e STS em função das variáveis sexo, idade, tempo total de atividade como profissional em Casas de Acolhimento, as variáveis foram reconfiguradas. Para a idade foram feitos 2 grupos ( $\leq 35$ ;  $\geq 36$ ), e para as variáveis tempo total de atividade na área de Casas de Acolhimento 3 grupos ( $< 5$ ;  $5 - 15$ ;  $> 15$ ). Para o cálculo das diferenças de médias de SC, BO e STS para as variáveis sexo, idade e horário de trabalho (se trabalhar por turnos) procedeu-se ao teste *t de Student* e para as outras variáveis ao teste ANOVA unidirecional (*One Way ANOVA*).

Para as análises através do *t-Student* e da ANOVA unidirecional, considerou-se a existência de resultados estatisticamente significativos para  $p \leq .05$ . Para os resultados obtidos através da análise ANOVA unidirecional, as comparações de post-hoc foram realizadas com uma correção de Scheffe.

Para avaliar a relação significativa entre as variáveis, procedeu-se ao cálculo da Correlação de *Pearson*. Para a interpretação dos resultados, foram tidos como referência os seguintes valores: um quociente de correlação inferior a .20 reflete uma correlação muito baixa; entre .21 e .39 é uma correlação baixa; entre .40 e .69 uma correlação moderada; entre .70 e .89 elevada; e quando  $r > .90$  a correlação é muito elevada (Pestana & Gageiro, 2003).

Foram efetuadas Regressões Lineares de modo a analisar a existência de um efeito de predição da Perceção do Suporte Social (variável preditora) na Qualidade de Vida

Profissional (*Burnout*, Stress Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão). Nesta análise, existe um efeito de predição significativo quando  $p \leq .05$ .

## Resultados

### Análise dos componentes da Qualidade de Vida Profissional – *Burnout*, Stresse Traumático Secundário, Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão – na amostra total

#### Pontos de corte da ProQOL5

Utilizando a divisão em quartis (Percentis 25, 50 e 75) foi possível verificar que os pontos de corte para o *Burnout*, o Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão obtidos na presente amostra, revelaram semelhanças consideráveis com a versão original (Stamm, 2009) e com a versão Portuguesa da ProQOL5 (Carvalho & Sá, 2011), tal como se pode verificar na Tabela 3.

**Tabela 3**  
**Pontos de Corte da ProQOL5 na Versão Original, na Versão Portuguesa e no presente estudo**

	tscoreBO			tscoreSTS			tscoreSC		
	VO	VP	PE	VO	VP	PE	VO	VP	PE
<b>Percentis</b>									
<b>25</b>	43	42	43	42	41	43	44	44	42
<b>50</b>	50	50	49	50	49	50	50	50	50
<b>75</b>	56	56	58	56	57	56	57	59	56

Legenda: VO = versão original; VP = versão portuguesa; PE = presente estudo; BO = *Burnout*; STS = Stresse Traumático Secundário; SC = Satisfação por compaixão

Com o objetivo de analisar a Qualidade de Vida Profissional realizou-se uma análise de frequências absolutas e relativas por nível alto, médio e baixo de *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão. Para as três subescalas, é possível obter níveis baixos se as pontuações forem abaixo de 43, níveis médios de 44 até 56 e para o níveis altos acima de 57.

**Tabela 4**  
**Frequências absolutas e relativas de profissionais de CAR por nível de BO, STS e SC**

Fenómeno	Nível	n	%
BO	Alto	21	24.6
	Médio	42	49.5
	Baixo	22	25.9
STS	Alto	18	21.4
	Médio	43	50.4
	Baixo	24	28.2
SC	Alto	20	23.6
	Médio	40	47
	Baixo	25	29.4

Legenda: BO = *Burnout*; STS = Stresse Traumático Secundário; SC = Satisfação por compaixão

Analisando os *scores* obtidos individualmente e utilizando os pontos de corte obtidos para a nossa amostra, podemos verificar, tal como apresentado na tabela 4, que 74,1% dos participantes apresenta níveis médios a altos de *Burnout* ( $N = 63$ ), 71,8% apresenta níveis médios a altos de STS ( $N = 43$ ) e 70.6% dos participantes apresenta níveis médios a altos de SC ( $N = 60$ ).

Utilizando agora as pontuações brutas, procurou-se comparar a intensidade da expressão do *Burnout*, do Stresse Traumático Secundário e da Satisfação por Compaixão nos profissionais de CAR, (cf. tabela 5).

**Tabela 5**  
**Análise dos componentes da Qualidade de Vida Profissional na amostra total**

	Amplitude		M (DP)	T	P
	Atual				
<i>Burnout</i> (A)	14 – 36		22.61(4.99)	-	-
STS (B)	15 – 40		23.90 (5.26)	-	-
SC (C)	24– 49		39.77 (4.98)	-	-
A – B	-	-	-1.29 (4.34)	-2.74	.007
A – C	-	-	-17.16 (8.78)	-18.03	.000
B – C	-	-	-15.87 (7.80)	-18.75	.000

Legenda: (A)= *Burnout*; (B) = STS = Stresse Traumático Secundário; (C) = SC = Satisfação por compaixão

Observando a tabela 5, verificamos que as pontuações na subescala do *Burnout* variam entre 14 e 36, na subescala do Stresse Traumático Secundário entre 15 e 40 e na subescala da Satisfação por Compaixão entre 24 e 49. É possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as médias das subescalas ( $p \leq .05$ ), tal significa que para estes profissionais os níveis de Satisfação por Compaixão são mais elevados do que os de *Burnout* e Stresse Traumático Secundário, sendo, por sua vez, os níveis de Stresse Traumático Secundário mais elevados do que os de *Burnout*. A hipótese 1 é assim refutada.

### **1. Análise dos componentes da Qualidade de Vida Profissional – BO, STS e SC – em função das variáveis sociodemográficas e laborais**

Procurou-se perceber se existiam variações nos valores de *Burnout*, de Stresse Traumático Secundário e de Satisfação por Compaixão em função das variáveis sexo, grupo etário, horário de trabalho (se trabalha por turnos), tempo total de atividade como profissional em Casas de Acolhimento. Não foram encontradas, tal como Stamm (2009) e Carvalho e Sá (2011) para a amostra portuguesa, diferenças significativas nas médias das pontuações de *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão, em função de nenhuma das variáveis referidas (cf. Tabelas 6, 7, 8 e 9).

**Tabela 6**  
**Análise da Qualidade de Vida Profissional em função do sexo**

	M (DP)		t	p
	Masculino	Feminino		
PRO_BO	21.25 (4.19)	23 (5.17)	- 1.29	.198
PRO_STS	22.45 (4.16)	24.35 (5.51)	-1.42	.159
PRO_SC	40.30 (4.31)	39.61 (5.18)	.535	.594

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão

Como pode ser verificado na tabela 6, os profissionais de CAR não se distinguem nos níveis de BO, STS e SC em função do sexo.

**Tabela 7**  
**Análise da Qualidade de Vida Profissional em função da idade**

	M (DP)		t	p
	20 - 35	36 - 58		
PRO_BO	23.29 (6.32)	22.22 (4.05)	.949	.345
PRO_STS	24.83 (5.99)	23.37 (4.77)	1.249	.218
PRO_SC	39.54 (4.67)	39.90 (5.18)	-.318	.751

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão

A hipótese 2 foi refutada o que significa que os profissionais mais velhos e mais novos não se distinguem nos níveis que manifestam de BO, STS e SC (cf. tabela 7).

**Tabela 8**  
**Análise da Qualidade de Vida Profissional em função do horário de trabalho (turnos)**

	M (DP)		t	p
	Não	Sim		
PRO_BO	21.68 (4.48)	23.26 (5.26)	-1.440	.154
PRO_STS	22.65 (5.30)	24.78 (5.11)	-1.855	.067
PRO_SC	40.22 (5.35)	39.46 (4.73)	.698	.487

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão

Como é possível verificar através dos dados apresentados na tabela 8, a hipótese 3 foi assim refutada pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha ou não por turnos.

**Tabela 9**  
**Análise da Qualidade de Vida Profissional em função do tempo de atividade em Casas de Acolhimento**

	M (DP)			t	p
	< 5	5 - 15	≥ 15		
PRO_BO	22.60 (6.04)	21.87 (3.98)	24.06 (3.78)	1.018	.366
PRO_STS	24.35 (5.88)	23.77 (4.76)	23.18 (4.86)	.269	.765
PRO_SC	40.10 (5.06)	39.96 (4.18)	38.62 (6.23)	.527	.592

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão

Uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas na subescala de *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão em função do tempo de atividade em Casas de Acolhimento, as hipóteses 4, 5 e 6 foram refutadas, (cf. tabela 9).

## 2. Análise da Perceção do Suporte Social – Satisfação com Amizade, Satisfação com a Intimidade, e Satisfação com as Actividades Sociais– na amostra total

**Tabela 10**  
**Análise da Perceção do Suporte Social na amostra total**

	Amplitude	M (DP)	t	p
Amizade (A)	1.80 - 5	3.97 (.68)	-	-
Intimidade (B)	2.25 - 5	4.20 (.73)	-	-
Família (C)	2 - 5	3.81 (.85)	-	-
Atividades Sociais (D)	1 - 5	3.20 (.98)		
A – B	-	-	-2.89	.005
A – C	-	-	2.17	.032
A – D	-	-	7.73	.000
B - C			4.21	.000
B - D			9.34	.000

Legenda: Amizade (A) = Satisfação com a amizade; Intimidade (B) = Satisfação com a Intimidade; Família (C) = Satisfação com a Família; Atividades Sociais (D) = Satisfação com as Actividades Sociais

Através da análise do *t-Student* para amostras emparelhadas (cf. Tabela 10) é possível observar que os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq .05$ ) entre as fontes de Suporte Social.

Os profissionais das Casas de Acolhimento apresentam perceções de maior suporte proveniente da Intimidade, seguidos do suporte por parte dos Amigos e da Família. É possível constatar que a média das pontuações do suporte íntimo é superior à média das pontuações por parte dos amigos ( $t = -2.89$ ).

A hipótese 7 é refutada, pois a escala da Satisfação com a Intimidade pontua mais alto do que a escala da Satisfação com a Família, ou seja, os profissionais das CAR sentem maior suporte por parte das suas relações de Intimidade.

## 3. Qualidade de Vida Profissional e Perceção do Suporte Social em profissionais das Equipas Técnicas e das Equipas Educativas das CAR

Procurou-se, também analisar, a existência de eventuais diferenças ao nível da Qualidade de Vida Profissional e da Perceção do Suporte Social entre as Equipas Técnica e Equipas Educativa das CAR.

**Tabela 11**  
**Análise da Qualidade de Vida Profissional das equipas de trabalho**

	M (DP)		t	p
	Equipas técnicas	Equipas Educativas		
PRO_BO	22.7 (5.28)	22.60 (4.94)	.058	.95
PRO_STS	23.3 (4.43)	24.09 (5.53)	-.57	.57
PRO_SC	39.7 (4.42)	39.80(5.19)	-.06	.95

Legenda: ESSS\_Amizade = Satisfação com a Amizade; ESSS\_Intimidade = Satisfação com a Intimidade; ESSS\_Família = Satisfação com a Família; ESSS\_Act\_Sociais = Satisfação com as Atividades Sociais; ESSS\_Total = Perceção global da Satisfação com o Suporte Social

De acordo com os dados apresentados na tabela 11 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Qualidade de Vida Profissional entre as Equipas Técnicas e Equipas Educativas. Quer isto dizer que a hipótese 8 é refutada, uma vez que os profissionais das Equipas Educativas não apresentam níveis mais altos de *Burnout* comparativamente com as Equipas Técnicas.

**Tabela 12**  
**Análise da Perceção do Suporte Social das equipas de trabalho**

	M (DP)		t	p
	Equipas técnicas	Equipas Educativas		
ESSS_Amizade	3.91 (.65)	4.00 (.69)	-.49	.62
ESSS_Intimidade	4.12 (.65)	4.23 (.77)	-.58	.57
ESSS_Família	3.92 (.61)	3.78 (.92)	.65	.52
ESSS_Act_Sociais	3.05 (1.07)	3.25 (.96)	-.81	.42
ESSS_Total	3.75 (.54)	3.81 (.67)	-.40	.69

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão

Averigua-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis da Perceção do Suporte Social entre as Equipas Técnicas e Equipas Educativas (cf. Tabela 12).

Uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Qualidade de Vida Profissional e na Escala de Satisfação com o Suporte Social entre as duas equipas, as próximas análises serão efetuadas com a amostra total.

#### **4. Associações entre a Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social dos profissionais das casas de Acolhimento Residencial**

Recorreu-se ao cálculo das correlações de *Pearson* de modo a analisar a relação entre a Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social (cf. Tabela 13).



**Tabela 13**  
**Relação entre a QVP e a ESSS dos profissionais de Casas de Acolhimento**

	PRO_BO	PRO_STS	PRO_SC	ESSS_Amizade	ESSS_Intimidade	ESSS_Família	ESSS_Act_Sociais	ESSS_Total
PRO_BO	-	,643**	-,552**	-,364**	-,599**	-,317**	-,368**	-,541**
PRO_STS	-		-,159	-,213*	-,366**	-,298**	-,279**	-,373**
PRO_SC			-	,308**	,495**	,194	,067	,319**
ESSS_Amizade				-	,511**	,616**	,430**	,793**
ESSS_Intimidade					-	,449**	,374**	,726**
ESSS_Família						-	,464**	,814**
ESSS_Act_Sociais							-	,771**
ESSS_Total								-

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; PRO\_STS = Stresse Traumático Secundário; PRO\_SC = Satisfação por compaixão; ESSS\_Amizade = Satisfação com a Amizade; ESSS\_Intimidade = Satisfação com a Intimidade; ESSS\_Família = Satisfação com a Família; ESSS\_Act\_Sociais = Satisfação com as Atividades Sociais; ESSS\_Total = Perceção global da Satisfação com o Suporte Social

\*\*p<0.01

\*p<0.05

Dentro da Qualidade de Vida Profissional, é o *Burnout* que apresenta correlações mais elevadas com a Perceção do Suporte Social, sendo esta uma correlação moderada e negativa ( $r = -.541$ ) seguida pela correlação entre o Suporte Social total percebido e o risco de Stresse Traumático Secundário, sendo ela baixa e negativa ( $r = -.373$ ); por fim, o Suporte Social percebido e a Satisfação por Compaixão apresentam uma correlação moderada e positiva ( $r = .319$ ). Quer isto dizer que as conceptualizações teóricas segundo as quais a Perceção do Suporte Social é um fator de proteção contra os componentes negativos da Qualidade de Vida Profissional; sendo que, quanto maior é a Perceção do Suporte Social menores são os níveis de *Burnout* e Stresse Traumático Secundário.

Relativamente aos componentes da Qualidade de Vida Profissional correlacionados com a Perceção do Suporte Social, o *Burnout* é o que apresenta correlações negativas com todas as subescalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social. É de destacar que apresenta uma correlação moderada e negativa com a Satisfação com a Intimidade ( $r = -.599$ ). Tal significa que quanto maiores são os níveis da Perceção do Suporte Social, em particular os níveis de Satisfação com a Intimidade, menores serão os níveis de *Burnout*.

Dentro dos fatores da Perceção do Suporte Social, a componente percepção do suporte social dado pela Família é o que mais se correlaciona com a percepção do suporte social total ( $r = .814$ ), sendo esta uma correlação elevada e positiva.

## **5. Analisar em que medida a Perceção do Suporte Social é preditor da Qualidade de Vida Profissional**

Foram realizadas análises de Regressão Linear com o objetivo de analisar o papel preditivo da Perceção do Suporte Social sobre os vários fatores da Qualidade de Vida

Profissional (*Burnout*, Stress Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão) dos profissionais de Casa de Acolhimento.

### Predição do *Burnout*

**Tabela 14**

**Análise da predição do *Burnout* pela Percepção do Suporte Social**

	$\square^2$	F	p	$\beta$	t	p
PRO_BO	.387	12.637	.000	-	-	-
ESSS_Amizade	-	-	-	.009	.079	.937
ESSS_Intimidade	-	-	-	-.516	-4.9065	.000
ESSS_Família	-	-	-	-.079	-.673	.5038
ESSS_Act_Sociais	-	-	-	-.142	-1.393	.167

Legenda: PRO\_BO = *Burnout*; ESSS\_Amizade = Satisfação com a Amizade; ESSS\_Intimidade = Satisfação com a Intimidade; ESSS\_Família = Satisfação com a Família; ESSS\_Act\_Sociais = Satisfação com as Atividades Sociais; ESSS\_Total = Percepção global da Satisfação com o Suporte Social

As quatro variáveis da percepção do Suporte Social explicam 38.7% da variância do *Burnout* (cf. Tabela 14), sendo que a Satisfação com a Intimidade é o preditor com maior capacidade explicativa do BO ( $\beta = -.516$ ).

Uma vez que o *Burnout* é predito pela Percepção do Suporte Social, confirma-se a hipótese 10, ( $p \leq .05$ ).

### Predição do Stresse Traumático Secundário

**Tabela 15**

**Análise da predição do Stress Traumático Secundário pela Percepção do Suporte Social**

	$\square^2$	F	p	$\beta$	t	p
PRO_STS	.173	4.175	.004	-	-	-
ESSS_Amizade	-	-	-	.093	.673	.503
ESSS_Intimidade	-	-	-	-.291	-2.381	.020
ESSS_Família	-	-	-	-.162	-1.195	.236
ESSS_Act_Sociais	-	-	-	-.135	-1.135	.260

Legenda: PRO\_STS = Stress Traumático Secundário; ESSS\_Amizade = Satisfação com a Amizade; ESSS\_Intimidade = Satisfação com a Intimidade; ESSS\_Família = Satisfação com a Família; ESSS\_Act\_Sociais = Satisfação com as Atividades Sociais; ESSS\_Total = Percepção global da Satisfação com o Suporte Social

A variância de 17.3% do Stress Traumático Secundário é explicada pelas quatro variáveis da percepção do Suporte Social (cf. Tabela 15).

A Satisfação com a Intimidade é o único tipo de suporte que prediz o Stress Traumático Secundário. Confirma-se assim a hipótese 11, pois quanto menor é a satisfação com o Suporte Social percebido maior é o risco de Stress Traumático Secundário ( $p \leq .05$ ).

## Predição da Satisfação por Compaixão

Tabela 16

*Análise da predição da Satisfação por Compaixão pela Percepção do Suporte Social*

	$\Delta^2$	F	p	$\beta$	t	p
PRO_SC	.274	7.552	.000	-	-	-
ESSS_Amizade	-	-	-	.153	1.181	.241
ESSS_Intimidade	-	-	-	.500	4.367	.000
ESSS_Família	-	-	-	-.049	-.383	.702
ESSS_Act_Sociais	-	-	-	-.163	-1.468	.146

Legenda: PRO\_SC = Satisfação por compaixão; ESSS\_Amizade = Satisfação com a Amizade; ESSS\_Intimidade = Satisfação com a Intimidade; ESSS\_Família = Satisfação com a Família; ESSS\_Act\_Sociais = Satisfação com as Atividades Sociais; ESSS\_Total = Percepção global da Satisfação com o Suporte Social

As quatro variáveis da percepção do Suporte Social explicam 27.4% da variância da Satisfação por Compaixão (cf. Tabela 16), sendo que a percepção de suporte por parte das relações de intimidade é a única fonte de suporte com capacidade preditiva da satisfação por compaixão.

Confirma-se, assim, a hipótese 12, pois a Satisfação por Compaixão é predita pela Percepção do Suporte Social, ( $p \leq .05$ ).

## Discussão

---

Esta investigação teve como principal objetivo analisar a influência das variáveis sociodemográficas e laborais nas várias componentes – *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão - da Qualidade de Vida Profissional. Adicionalmente procurou-se explorar o impacto da Percepção do Suporte Social nas várias componentes da Qualidade de Vida Profissional.

Para validar o presente estudo, foi efetuada uma comparação entre os pontos de corte e os valores de consistência interna do ProQOL5 neste estudo e aqueles obtidos na versão original (Stamm, 2009) e na versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011). Foi possível verificar que os pontos de corte bem como os alfas para *Burnout*, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão obtidos na presente amostra revelaram semelhanças consideráveis com os demais estudos.

Como especulado, foi possível observar que nesta amostra se encontram presentes níveis médios a altos nas componentes da Qualidade de Vida Profissional. Uma vez que os profissionais das Casas de Acolhimento estão diariamente expostos a problemas do foro emocional, comportamental, relacional e do trauma dos jovens aos quais prestam cuidados, podem assim ser explicados os níveis médio e altos do *Burnout* e do Stresse Traumático Secundário. Por outro lado, 92.9% da nossa amostra relatou sentir o trabalho como gratificante e 100% disse gostar do seu trabalho, o que justifica os níveis também médios a altos de Satisfação por Compaixão.

Neste estudo, as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, horário de trabalho e tempo total de atividade) não demonstraram ter impacto nos três componentes da

Qualidade de Vida Profissional, o que vai ao encontro dos estudos de Stamm (2009) e Carvalho e Sá (2011).

Como o estudo original e o estudo adaptado à população portuguesa da ProQOL-5 não encontraram diferenças significativas em função destas variáveis nós quase que assumimos que iríamos obter resultados semelhantes.

Os resultados obtidos em função do sexo podem justificar-se pela desconstrução do preconceito de que os homens são mais contidos e menos vulneráveis aos fatores stressantes e, por isso, menos propensos a experienciar o *Burnout*, o Stresse Traumático Secundário e a Satisfação por Compaixão, Por outro lado, as mulheres são no senso comum associadas a manifestações mais evidentes de desequilíbrio emocional, à prestação de cuidados e a uma índole mais empática, logo, mais propensas ao *Burnout*, ao Stresse Traumático Secundário e a relatar níveis mais altos de Satisfação por Compaixão (Sprang et al., 2007). Ora, trabalhar em Casas de Acolhimento requer uma grande inteligência emocional, mas acreditamos que só isto não é suficiente. É precisa uma predisposição vocacional que não é intrínseca ao sexo mas sim à sensibilidade de cada indivíduo.

No que diz respeito à idade e ao tempo total de atividade há estudos que reportam que os profissionais de ajuda mais jovens estão em maior risco de sofrer de *Burnout*, enquanto os profissionais com mais idade apresentam maior potencial de Satisfação por Compaixão (Craig & Sprang, 2010; Del Valle, 2007). Os resultados do presente estudo podem querer dizer que na nossa amostra existe um grande espírito de entreatajuda. Quer isto dizer que, por um lado, os profissionais mais jovens são mais inexperientes mas têm a oportunidade de aprender com os profissionais de mais idade. Por outro lado, os profissionais mais velhos podem aproveitar da energia e de conhecimentos mais contemporâneos dos seus colegas mais jovens.

Relativamente ao horário de trabalho, seria de esperar que quem trabalha por turnos desempenhe um rol de tarefas mais diversas, já o funcionário que não trabalha por turnos acaba por ter uma convivência com os jovens mais rotineira, mais propícia ao confronto com comportamentos disruptivos e com tendência a repetirem-se, o que pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de *Burnout* (Anciães, 2014).

No entanto, o mesmo não acontece nos estudos de Sprang et al. (2007) que associam o género feminino a níveis mais altos de Fadiga por Compaixão; no estudo de Craig e Sprang (2010), segundo o qual os profissionais de ajuda mais jovens estão em maior risco de sofrer de *Burnout*, enquanto os profissionais com mais idade reportam maior potencial de Satisfação por Compaixão. Del Valle (2007) sugere que haja um período de adaptação no qual os profissionais de Casas de Acolhimento Residencial se sentem especialmente vulneráveis ao esgotamento. Este período de adaptação corresponde aos primeiros anos de serviço, sendo este um período de transição das expectativas idealistas para a prática

quotidiana, quando os profissionais desta área geralmente descobrem que as recompensas pessoais, profissionais e financeiras não são o que eles esperavam.

Na análise da Escala da Satisfação do Suporte Social, pusemos como hipótese que os profissionais das Casas de Acolhimento Residencial dessem mais importâncias ao suporte proveniente da Família (Eastwood & Ecklund, 2008). Contudo tal não se verificou, pois a Satisfação com a Intimidade foi a que mais pontuou, sendo evidente que a Satisfação com a Intimidade é a que maior influência tem na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de Casas de Acolhimento Residencial. Tal pode ser justificado pelo facto da investigação ter demonstrado que os aspectos e/ou dimensões do suporte social terem impacto diferente consoante o grupo etário. Olsen et al. (1991), por exemplo, verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de Suporte Social dependia do grupo etário, com o conjugue a exercer maior influência no grupo 30-49 anos. Ora, a média das idades da nossa amostra é de 39,38 anos (DP= 11,300) e 43.5% permanecem em matrimónio.

Devido à natural diferença dos papeis desempenhados pelas Equipas Técnicas e Equipas Educativas (em termos de horários, de remuneração salarial, de exposição aos utentes e de carga de responsabilidade), hipotetisámos que as Equipas Educativas apresentariam níveis mais altos de *Burnout* e Stresse Traumático Secundário. Contudo, verificamos que tal não acontece. Importa recordar que, como não foram encontradas diferenças nas variáveis do ProQOL-5 e do ESSS entre as equipas de trabalho, passamos a usar a amostra total. É possível que os resultados das Equipas de trabalho se diluam pelo facto das Equipas Técnicas executarem tarefas burocráticas que são desgastantes e minuciosas, lidando com toda a responsabilidade monetária, de alocação, de aproveitamento escolar, de questões legais, entre outras. Tem se verificado, noutros estudos, que as Equipas Técnicas passam mais tempo do que o horário regular no local de trabalho e que é possível que neste tempo extra executem tarefas que não são necessariamente sua função, isto é, tarefas das Equipas Educativas. Isto poderá querer dizer que nas Casas de Acolhimento da nossa amostra existe uma relação de ajuda entre as equipas de trabalho.

No que diz respeito às associações entre as componentes da Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social vêem-se confirmadas as associações presentes na conceptualização teórica resumidas na hipótese 9, segundo as quais, o *Burnout* e o Stresse Traumático Secundário apresentam correlações negativas com a Perceção do Suporte Social, por sua vez, a Satisfação por Compaixão apresenta uma correlação positiva. Das componetes da Qualidade de Vida Profissional é o *Burnout* que apresenta correlações mais elevadas com a Perceção do Suporte Social, ou seja, quanto menor é a Perceção do Suporte Social maior é o risco de sofrer de *Burnout*. Tal pode ser explicado

pelo facto de sermos seres sociais: se não tivermos suporte com o qual possámos ventilar e partilhar as nossas preocupações e frustrações será mais difícil fazer a gestão das mesmas.

As últimas três hipóteses foram dedicadas à averiguação do papel preditivo da Perceção do Suporte Social sobre o *Burnout*, o Stress Traumático Secundário e a Satisfação por Compaixão. Foi possível através desta análise, confirmar que quanto menor é a satisfação com o Suporte Social percebido maior é o risco de *Burnout*, sendo que a Satisfação com a Intimidade é o preditor com maior capacidade explicativa do mesmo ( $\beta = -.049$ ). Quanto menor é a satisfação com o Suporte Social percebido maior é o risco de Stress Traumático Secundário, sendo também a Satisfação com a Intimidade o preditor com maior capacidade explicativa de tal componente. Por último, quanto maior é a satisfação com o Suporte Social percebido maiores são os níveis de Satisfação por Compaixão, sendo a perceção de suporte por parte das relações de intimidade a única fonte de suporte com capacidade preditiva da Satisfação por Compaixão. Isto pode dever-se ao facto de os parceiros íntimos serem as pessoas com quem mais os profissionais convivem fora do trabalho. Quer também isto dizer que é com eles que, provavelmente, os profissionais partilham as suas inseguranças, medos, dificuldades e preocupações, criando o espaço para que os parceiros os possam confortar.

No nosso estudo os profissionais de Casas de Acolhimento Residencial apresentam níveis médios e altos de *Burnout* e Stress Traumático Secundário. Parte da instabilidade dos profissionais está relacionada com a fadiga (explicada também pelo facto de 56.2% da amostra do presente estudo trabalhar por turnos) e as condições do trabalho, como a instabilidade de contratos, a excessiva carga burocrática, a falta de recursos (também proveniente do défice do Suporte Social percebido) e exaustão física. A este respeito, no nosso estudo na subescala de *Burnout* o item 19 “Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a)” e o item 21 “Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador(a)” registaram as médias mais altas dentro da subescala, ainda que não sejam muito altas ( $M = 3.01$ ,  $DP = 1.006$ ;  $M = 2.84$ ,  $DP = 1.089$ ). É possível que os profissionais vejam as suas responsabilidades como excessivas porque estão stressados, como também, estarem stressados por causa de responsabilidade excessiva. Em alguns casos, é até difícil avaliar a qualidade do trabalho, uma vez que, os objetivos dos próprios programas residênciais não estão bem definidos (Bravo & Del Valle, 2001).

Segundo Ling et al., (2014) para melhorar as práticas nas Casas de Acolhimento Residencial é recomendado que sejam as organizações a providenciar suporte, estabelecer metas e expectativas claras, introduzir variedade e diversidade nas funções de trabalho, fornecer remuneração suficiente, manter a segurança física e ajudar a equipa a sentir-se valorizada. No entanto, os profissionais altamente envolvidos no trabalho relatam maiores níveis de Stress Traumático Secundário, pelo que é necessário um equilíbrio para proteger

o seu bem-estar. Os itens no nosso estudo que melhor explicam os níveis de Stress Traumático Secundário são os itens 2 “Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo” (M = 4.22, DP = .746) e 7 “Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador” (M = 2.76, DP = 1.161).

A supervisão regular é um veículo importante para proporcionar suporte social entre colegas (Salloum et al., 2015; Seti, 2008). As organizações devem incentivar os funcionários a manter um bom equilíbrio entre a vida profissional e pessoal e tomar medidas de autocuidado entre turnos (del Valle et al., 2007; Figley, 2002b). Como a presente investigação relata níveis médios e altos de *Burnout* e de Stress Traumático Secundário é natural que, também entre os turnos, os profissionais sintam as suas capacidades limitadas não tendo disponibilidade ao nível mental e físico para se relacionarem com a família, com os amigos, com os companheiros íntimos e nas atividades sociais. A formação das equipas de trabalho é vital para que se sintam qualificadas e capazes de desempenhar as suas funções; nesta investigação 55.3% dos sujeitos não tem formação específica para trabalhar em Casas de Acolhimento Residencial, o que afeta a sua prestação laboral. É também necessário defender todo o sistema de acolhimento residencial para que tudo isto seja possível (Clough, 2006).

Os resultados que foram possíveis alcançar com este estudo suscitaram na investigadora algumas reflexões, nomeadamente acerca do protocolo e das reações que poderá ter gerado nos respondentes. Questionamo-nos sobre as respostas à ProQOL pois, apesar do nosso cuidado em garantir o completo anonimato das respostas através da devolução do questionário em envelope fechado, o receio de uma possível identificação dos respondentes poderá ter condicionado o tipo de respostas dadas. Parece-nos assim que estas respostas poderão ser expressão de uma certa desejabilidade social. Isto é, as respostas poderão ter sido influenciadas pelo desejo de estes trabalhadores serem vistos pelos outros como empenhados e continuamente motivados para o tipo de trabalho que realizam.

---

## Conclusão

O estudo sobre a Qualidade de Vida Profissional está cada vez mais presente na atualidade, uma vez que, embora a incidência do desenvolvimento de problemas associados aos aspectos negativos da prestação de cuidados pareça baixa, eles são graves e podem afetar os indivíduos, as suas famílias e outras pessoas próximas, os cuidados que prestam e as organizações. A Perceção do Suporte Social demonstrou ser um moderador

dos fatores de risco aos quais os profissionais das Casas de Acolhimento Residencial estão expostos.

Assim, é perceptível a necessidade de estudos aprofundados sobre a Qualidade de Vida Profissional e a sua relação com a Percepção do Suporte Social, com amostras mais robustas para obter uma maior representatividade. Uma vez que o nosso estudo investigou a Percepção do Suporte Social oriundo das amizades, da família, das relações íntimas e das atividades sociais, seria interessante uma exploração do impacto do Suporte Social percebido proveniente dos colegas de trabalho (pares e supervisores) na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais das Casas de Acolhimento Residencial.

Como mais de metade da nossa amostra não tem formação específica para trabalhar em Casas de Acolhimento Residencial, sugerimos que estudos futuros tentem perceber a diferença que esta variável proporciona face à Qualidade de Vida Profissional dos trabalhadores e face à qualidade dos cuidados que prestam. Seria também interessante no futuro verificar, por exemplo, através do questionário sociodemográfico e laboral, em que medida as organizações das instituições fornecem suporte, metas e expectativas claras. Pois acreditamos que quando tal acontece, os níveis de Qualidade de Vida Profissional serão mais satisfatórios.

Estes estudos poderão permitir uma melhor orientação das Casas de Acolhimento Residencial e dos seus profissionais, melhorando as suas prestações, protegendo o bem-estar dos mesmos e o das crianças e jovens em regime de Acolhimento Residencial.



## Referências

- Audin, K., Burke, J. & Ivztan, I. (2018). Compassion fatigue, compassion satisfaction and work engagement in residential child care. *The Scottish Journal of Residential Child Care*, 17(3), 5-27.
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma: An exploratory study of contributing factors. *Health and Social Work*, 33(1), 63- 71. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide. Work and wellbeing* (pp. 37–64). Wiley Blackwell.
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. S. (2010). Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 502-512. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300013>
- Barton, S., Gonzalez, R., & Tomlinson, P. (2012). *Therapeutic residential care for children and young people*. London: Jessica Kingsley Publishers. <https://doi.org/10.1017/cha.2012.17>
- Beehr, T. A., Farmer, S. J., Glazer, S., Gudanowski, D. M., & Nair, V. N. (2003). The enigma of social support and occupational stress: Source congruence and gender role effects. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(3), 220–231. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.3.220>
- Cabral, F. (2011). *Segurança e saúde do trabalho: Manual de prevenção de riscos profissionais*. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Carvalho, P. (2011). Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da Escala Professional Quality of Life-5. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Coates, D., & Max, C. (2005). *Healthy work: Productive workplaces. Why the UK needs more 'good jobs'*. London: The Work Foundation.
- Cocco E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 6, 66–71. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010066>
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577–589. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>

- Collins, S. (2008). Statutory social workers: stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *The British Journal of Social Work*, 38(6), 1173–1193. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm047>
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., Steingard, R. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13, 497-510. <https://doi.org/10.1023/B:JCFS.0000044730.66750.57>
- Conrad, D., Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Cooper, C., & Bevan, S. (2014). Business benefits of a healthy workplace. In Day, A., Kelloway, A., Hurrell, K., Kelloway, Kevin, & Hurrell, Joseph J. Jr. (Eds). *Workplace well-being: How to build positive, psychologically healthy workplaces*. Wiley-Blackwell.
- del Valle, J. F., Lopez, M., & Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610-615.
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Dolbier, C. L., & Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25, 167–179. <https://doi.org/10.1080/08964280009595746>
- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25, 103-122. doi: 10.1080/08964280009595746
- Eriksson, C. B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D. W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 205–212. <https://doi.org/10.1023/A:1007804119319>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Baltimore: Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.

- Giovannoni, J., McCoy, K. T., Mays, M., & Watson, J. (2015). Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 325-343.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144. doi:10.1007/s10464-007-9100-9
- Hombrados-Mendieta, I., Cosano-Rivas, F. (2013). Burnout, workplace support, job satisfaction, and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *International Social Work*, 56, 228-246. <https://doi.org/10.1177/0020872811421620>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hudson, P. L., Hayman-White, K., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2006). Predicting family caregiver psychosocial functioning in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 22(3), 133-140. <https://doi.org/10.1177/082585970602200302>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32–44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Krause, N. (1987). Understanding the stress process: Linking social support with locus of control beliefs. *Journal of Gerontology*, 42(6), 589–593. <https://doi.org/10.1093/geronj/42.6.589>
- Ling, J., Hunter, S. V., & Maple, M. (2014). Navigating the challenges of trauma counselling: How counsellors thrive and sustain their engagement. *Australian Social Work*, 67(2), 297-310. doi:10.1080/0312407X.2013.837188
- Ludick, M., & Figley, C. M. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000096>
- Mac Ritchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149–158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1), 20–29.
- Massa, L. D. B., Souza Silva, T. S., Sá, I. S. V. B., Sá Barreto, B. C., Almeida, P. H. T. Q., & Pontes, T. B. (2016). Síndrome de burnout em professores universitários. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2), 180-189.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205

- Middleton, J., & Potter, C. (2015). Relationship between vicarious traumatization and turnover among child welfare professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 9(2), 195-216. <http://dx.doi.org/10.1080/15548732.2015.1021987>
- Miller, T. A. & Dimatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 6, 421-426. doi: 10.2147/DMSO.S36368
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2016). Caregivers' attachment and mental health: Effects on perceived bond in institutional care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 110-119. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Neto, H., Areosa, J. & Arezes, P. (2014). *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho*. Civeri Publishing.
- Neveu, J.-P. (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behaviour*, 28, 21-42. <http://dx.doi.org/10.1002/job.393>
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.498>
- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Daniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239. doi: 10.1521/psyc.65.3.207.20173
- North, J. (2014). *Mindful therapeutic care for children: A guide to reflective practice*. London: Jessica Kingsley Publishers
- NSPCC. (2013). *Vicarious trauma: the consequences of working with abuse (An NSPCC research briefing)*. Retrieved from <https://www.nspcc.org.uk>
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213-222. doi: 10.1023/A:1015203327767
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo

- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, *19*(4), 255–267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Editora LDA.
- Russell, D., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, *6*, 190 –201. doi: 10.1037//0882-7974.6.2.190
- Sánchez Moreno, E., Barrón López de Roda, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, *6*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu084>
- Sánchez-Moreno, E., Roldán, I.D., Gallardo-Peralta, L.P., & Roda, A. (2015). Burnout, informal social support and psychological distress among social workers. *British Journal of Social Work*, *45*, 2368-2386. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu084>
- Samios, C., Abel, L., & Rodzik, A. (2013). The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: An application of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Anxiety, stress, and coping*, *26*(6), 610-623. doi: 10.1080/10615806.2013.784278
- Seti, C. L. (2008). Causes and treatment of burnout in residential child care workers: A Review of the research. *Residential Treatment For Children & Youth*, *24*(3), 197-229. <https://doi.org/10.1080/08865710802111972>
- Southwick, S., Vythilingam, M., & Charney, D. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 255-291. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948
- Sprang, G., Clark, J. J. & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, *12*(3), 259-280, doi: 10.1080/15325020701238093
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, *8*, 1-6.
- Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. In C. R. Figley (Ed.), *Psychosocial stress series, no. 24. Treating compassion fatigue* (p. 107–119). Brunner-Routledge.

- Stamm, B. H. (2006). Recruitment and retention of a quality health workforce in rural areas, *National Rural Health Association Issue Paper*
- Stamm, B.H. (2010). *The concise proqol manual*. 2nd Ed, Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159–175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Thompson, R. (2003). *Compassion fatigue: the professional liability for caring too much*. Public Entity Risk Institute.
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl(Suppl), S54-S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 114-122. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.015
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4), 428–440.
- Walsh-Lyle, D. (2016). *Compassion fatigue interventions: a systematic review*. (Master of Business Administration), University of Prince Edward Island, Charlottetown, P.E.I.
- Walsh, M., Taylor, M., & Hastings, V. (2013). Burnout and post traumatic stress disorder in the police: educating officers with the Stilwell TRiM Approach. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 7(2), 167–177.
- Weinert, C., & Brandt, P. (1987). A social support measure: PRQ85. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 589–602. <https://doi.org/10.1097/00006199-198709000-00007>
- Winstanley, S., & Hales, L. (2014). A preliminary study of burnout in residential social workers experiencing workplace aggression: might it be cyclical?. *British Journal of Social Work*, 45, 24-33. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu036>

Zanatta, A. B., & De Lucca, S. R. (2015). Prevalence of burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(2), 253-258. doi:10.1590/S0080-623420150000200010

## Anexo 1



## Pedido de Colaboração

Exmo(a). Srº(a). Diretor(a), \_\_\_\_\_

O meu nome é Juliana Gonzalez, frequento o Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, sendo a minha orientadora de tese a Professora Doutora Luiza Nobre Lima. Encontro-me no presente ano letivo a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito da minha Tese de Mestrado sobre a Qualidade de Vida Profissional e sua relação com a percepção de suporte social em funcionários das Equipas Técnicas e Educativas em Casas de Acolhimento de crianças e jovens.

Para realizar este estudo é necessário aplicar um questionário junto dos membros das Equipas Técnica e Educativa de Casas de Acolhimento. Como tal, solicito a Vossa Excelência autorização para que os funcionários da Instituição que dirige colaborem nesta investigação. Face à escassez de estudos sobre esta temática com esta população, a Vossa colaboração é imprescindível.

Estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que entenda por necessário através do e-mail julianagba\_13@hotmail.com ou do telemóvel 967121202. .

Agradecendo desde já atenção que dispensará ao meu pedido, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 19 de dezembro de 2019

A Mestranda

\_\_\_\_\_  
(Juliana Gonzalez)

A Orientadora

\_\_\_\_\_  
(Luiza Nobre Lima)

## Anexo 2

## CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo está a ser desenvolvido, no presente ano letivo de 2019/2020, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no âmbito de uma tese de Mestrado, na área de Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, sob orientação da Professora Doutora Luiza Nobre Lima. Com esta investigação pretende-se estudar a Qualidade de Vida Profissional em funcionários das Equipas Técnicas e Educativas de Casas de Acolhimento de crianças e jovens.

Para poder realizar este estudo a sua colaboração é fundamental. É apenas necessário que preencha o questionário que a seguir se apresentada. Para responder a este questionário não precisa de se identificar e tudo o que nele escrever é confidencial. A sua participação deve ser voluntária e mesmo decidindo participar pode, a qualquer momento, interromper o preenchimento dos questionários, sem que daí advenha qualquer prejuízo para si. Nenhum questionário será analisado individualmente. Só através do conjunto de todas as respostas será possível avaliar a Qualidade de Vida Profissional e a Perceção do Suporte Social em crianças e jovens em risco no contexto do acolhimento.

Grata pela sua colaboração!

Juliana Gonzalez

-----  
Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado sobre os objetivos da investigação sobre Qualidade de vida Profissional em Casas de Acolhimento e que aceito/ não aceito (riscar o que não interessa) colaborar nesta investigação.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

—