

Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, crl

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Departamento de Psicologia



Mestrado em Psicogerontologia

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO
DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: ESTUDO
EXPLORATÓRIO JUNTO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS
FORMAIS**

Filipa Custódio Figueiredo Marques

Gandra, 2011

Filipa Custódio Figueiredo Marques

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO
DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: ESTUDO
EXPLORATÓRIO JUNTO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS
FORMAIS**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para a obtenção do Grau de Mestre em Psicogerontologia, elaborada sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela da Silva Leite, Coordenadora do Mestrado em Psicogerontologia e Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte e co-orientação da Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

Gandra, 2011

RESUMO

O conceito de exaustão profissional (*burnout*) foi descrito em 1974, por Freudenberger como sendo um estado de fadiga ou frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas. Os doentes encontram-se não somente entre voluntários e profissionais do domínio da saúde, mas também, em quase todas as profissões. Tornou-se uma doença profissional cujo denominador comum é a relação directa entre o emprego e o estado de fadiga do trabalhador. A escassez de estudos no âmbito das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, levou-nos ao desenvolvimento de uma investigação, cujo principal objectivo foi explorar o fenómeno de *burnout* nos cuidadores formais destas unidades, bem como, avaliar a relação existente entre os factores pessoais, organizacionais e laborais com a síndrome de *burnout*.

A amostra é constituída por 41 prestadores de cuidados formais das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, aos quais foram aplicados quatro medidas para avaliação dos dados sociodemográficos e profissionais (*Questionário Sociodemográfico e Profissional*), dos níveis de *burnout* (*Inventário de Burnout de Maslach – Nunes, 1999*), do ambiente laboral (*Escala de Ambiente Laboral – Louro, 1995*) e da sintomatologia psicopatológica (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Canavarro, 1995*).

Os resultados obtidos sugerem ausência de *burnout* significativo, contudo apesar de não verificarmos um padrão de *burnout* acima da média neste grupo de profissionais, encontramos correlações significativas com algumas variáveis sociodemográficas (idade e distância casa-trabalho) e profissionais (tempo de serviço na profissão), e sobretudo uma correlação muito significativa entre o *burnout* e outras variáveis organizacionais (ambiente laboral) e individuais (sintomas psicopatológicos).

Podemos concluir, então que, o desenvolvimento da síndrome de *burnout* pode ser entendido como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal. As Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados parecem constituir um sistema de saúde que trouxe bastantes benefícios para a sociedade, não influenciando negativamente o bem-estar global de quem cuida.

Palavras-chave: *Burnout*; Ambiente Laboral; Psicopatologia.

ABSTRACT

The professional exhaustion concept (*Burnout*) was described in 1974 by Freudenberger as being a state of fatigue or frustration motivated by a cause, a way of life or a relationship that didn't stand up for its expectations. The patients are not only among volunteers and professionals of the health system, but also by other professionals. It has become a professional disease in which the common nominator is the direct link between the job and the state of fatigue of the worker. The scarcity of studies within "Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados" led us to develop an investigation whose main objective was to explore the phenomenon of burnout in the caregivers of this units, and also to evaluate the connection between personal, organizational and labour factors with the burnout syndrome.

The sample consists of 41 caregivers of the "Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados" from the Santa Casa da Misericórdia of Esposende, that responded to four different surveys that evaluated social and professional data (*Questionário Sociodemográfico e Profissional*), levels of burnout (*Inventário de Burnout de Maslach – Nunes, 1999*), the workplace (*Escala de Ambiente Laboral – Louro, 1995*) and psychopathological symptoms (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Canavarro, 1995*).

The results obtained suggest the absence of a significant burnout syndrome, however in spite of not finding a burnout standard above the average in this particular group of caregivers, we found meaningful connections with some socio-demographic and professional variables. But most of all we found very significant connections between burnout and other organizational (workplace) and individual variables (psychopathological symptoms).

We can conclude that the burnout syndrome development can be understood has the result of an interaction process, in which the subject looks to adjust to his workplace, where the influence of organizational, labour and personal factors are always present. The Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados" seem to be a health system that has many benefits for the society, but that does not influence negatively the overall well-being of caregivers.

Keywords: *Burnout*; workplace; psychopathology.

AGRADECIMENTOS

Considero que todo o trabalho é uma construção conjunta, e todos os que fazem parte da nossa vida possuem um papel, maior ou menor, na construção do nosso conhecimento. São várias as pessoas que participaram neste longo e contínuo período de aprendizagem, contribuindo para a realização desta dissertação, e a quem, por isso, dirijo as minhas palavras de agradecimento:

À Professora Doutora Maria Manuela da Silva Leite, minha Orientadora, agradeço o incentivo e orientação, bem como, todos os conhecimentos e experiências partilhadas que contribuíram intensamente para a concretização desta dissertação e para o aprofundar da minha formação académica.

À Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves, minha Co-Orientadora, agradeço toda a sua disponibilidade, apoio, incentivo e confiança que me deu ânimo para a concretização deste projecto e me ajudou a ultrapassar e a superar os momentos de maior dificuldade.

Aos prestadores de cuidados formais das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende agradeço terem-se disponibilizado a participar, voluntariamente, neste estudo, apesar do ritmo de vida e de trabalho tão acelerado e intenso. Um especial agradecimento à Enfermeira Madalena Filgueiras, à Catarina e à Argermira, por toda a sua disponibilidade e auxílio no momento da recolha dos dados junto dos prestadores de cuidados formais.

Á minha colega de curso e amiga, Vera Priegue, agradeço o auxílio na recolha de dados junto dos profissionais de saúde. Agradeço, igualmente, toda a dedicação e persistência perante os diferentes obstáculos com os quais nos fomos deparando, e que iam dificultando a conclusão desta dissertação. O seu apoio incondicional constitui um grande suporte na concretização deste trabalho. Mas do que isto, agradeço a sua verdadeira amizade.

Às minhas amigas e companheiras de infância, Lena, Joana, Inês e Marina agradeço a vossa verdadeira amizade e todos os momentos de diversão que me permitiram libertar da tensão que este trabalho originava, e manter a estabilidade e o equilíbrio necessários para a elaboração de um projecto desta dimensão.

Aos meus amigos mais recentes mas não menos importantes, agradeço a boa disposição, companheirismo e apoio durante este período. Um especial agradecimento ao Igor, à Eliana, à Marta, à Sandy, à Cláudia, ao Renato, aos Filipes, ao André, ao Flávio e ao Jorge pelo carinho, pelas risadas e pelo apoio, e ao Tiago, à Verinha, à Mariana e ao Toni por partilharem comigo todos os momentos das suas vidas e me receberem em suas casas como membro da família.

À minha família, agradeço a base sólida que sempre me deu força para encarar a vida de frente. Um especial agradecimento aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional, força, dedicação e compreensão, e por todos os esforços que fizeram para me proporcionarem um bom nível educacional, abdicando de muitos sonhos para me darem a possibilidade de eu alcançar o meu.

E finalmente ao Celso, agradeço a colaboração na tradução de alguns textos que realizou, mas principalmente, agradeço o seu amor, paciência, encorajamento transmitido e, sobretudo, o seu companheirismo. Obrigada por estares sempre comigo, por acreditares no meu trabalho, nas minhas capacidades e potencialidades e me dares força para que continue a fazer aquilo que gosto.

A todos o meu muito Obrigada!

Gandra, 4 de Abril de 2011

ÍNDICE GERAL

Resumo	<i>i</i>
Abstract	<i>ii</i>
Agradecimentos	<i>iii</i>
Índice Geral	<i>v</i>
Índice de Figuras	<i>viii</i>
Índice de Tabelas	<i>ix</i>
Lista de Abreviaturas	<i>x</i>
Introdução	1

Parte A – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Síndrome de Exaustão Profissional (<i>Burnout</i>)	4
1.1. <i>Burnout</i> : Definição e Conceptualização	4
1.2. <i>Burnout</i> : Fases de Desenvolvimento	6
1.3. <i>Burnout</i> : Sintomas e Consequências	7
1.4. <i>Burnout</i> : Factores Desencadeantes	10
1.4.1. Factores individuais	10
1.4.2. Factores organizacionais e laborais	11
1.5. <i>Burnout</i> nos Prestadores de Cuidados Formais	13
Capítulo 2 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	17
2.1. Enquadramento e Implementação em Portugal	17
2.2. Missão e Objectivos	18
2.3. Tipologias de Resposta	19
2.4. População-alvo e Perfil dos Utentes	22
2.5. Recursos Humanos	23

Parte B – Investigação

Capítulo 3 – Método	26
3.1. Objectivos e Questões de Investigação	26
3.2. Participantes.....	26
3.2.1. Método de Amostragem	26
3.2.2. Selecção dos Participantes	27
3.2.3. Caracterização da amostra	27
3.3. Instrumentos	30
3.3.1. Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	30
3.3.2. Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach – População Geral.....	30
3.3.3. Escala de Ambiente Laboral – Forma Real.....	32
3.3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	34
3.4. Procedimentos	36
3.4.1. Selecção dos participantes e recolha de dados.....	36
3.4.2. Métodos de análise estatística.....	37
Capítulo 4 – Apresentação dos resultados	38
4.1. Análise da existência de <i>Burnout</i> nos prestadores de cuidados formais	38
4.2. Análise correlacional entre o MBI-GS e as características Sociodemográficas e Profissionais.....	38
4.3. Análise da percepção do Ambiente Laboral nos prestadores de cuidados formais	39
4.4. Análise correlacional entre o MBI-GS e a WES	39
4.5. Análise da Sintomatologia Psicopatológica nos prestadores de cuidados formais	40
4.6. Análise correlacional entre o MBI-GS e o BSI	41
Capítulo 5 – Discussão dos resultados	42
5.1. Burnout.....	42
5.2. Ambiente Laboral	45
5.3. Sintomatologia Psicopatológica.....	49

Conclusão	54
Bibliografia	56
Anexos	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Tipologias de resposta da RNCCI.	20
------------------	----------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis sociodemográficas.	28
Quadro 2.	Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis clínicas.	28
Quadro 3.	Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis profissionais.	28
Quadro 4.	Valores de consistência interna da WES no nosso estudo e na versão de Louro (1995).	34
Quadro 5.	Estatística descritiva para as pontuações do BSI na sua validação à realidade portuguesa.	35
Quadro 6.	Valores de consistência interna do BSI no nosso estudo e na versão de Canavarro (1999)	36
Quadro 7.	Estatística descritiva das pontuações do MBI-GS nos cuidadores formais.	38
Quadro 8.	Estudo Correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as dimensões do MBI-GS e as variáveis Sociodemográficas e Profissionais.	38
Quadro 9.	Estatística descritiva da WES nos cuidadores formais.	39
Quadro 10.	Estudo Correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as dimensões do MBI-GS e as subescalas da WES.	40
Quadro 11.	Estatística descritiva para as pontuações do BSI.	40
Quadro 12.	Estudo Correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as dimensões e o IGS Do BSI e as dimensões do MBI-GS.	41

LISTA DE ABREVIATURAS

BSI	Brief Symptom Inventory
CCI	Cuidados Continuados Integrados
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISS	Instituto de Segurança Social
MBI	Maslach <i>Burnout</i> Inventory
MBI-GS	Maslach <i>Burnout</i> Inventory – General Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SB	Síndrome de <i>burnout</i>
SCME	Santa Casa da Misericórdia de Esposende
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UC	Unidade de Convalescença
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UICCI	Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
WES	Work Environment Scale

INTRODUÇÃO

A actividade profissional encontra-se rodeada de muitos aspectos positivos, os quais advêm daquilo que se consegue obter através do trabalho, que para além de constituir uma fonte de rendimento económico, está relacionado com alguns aspectos psicológicos – motivação, crescimento psicológico, realização pessoal e reconhecimento profissional – que ajudam a enriquecer a auto-estima, constituindo, para uma boa parte dos adultos, uma fonte de enorme satisfação. Contudo, a actividade profissional pode revestir-se, igualmente, de aspectos negativos. O ritmo de vida acelerado, as múltiplas e elevadas exigências do trabalho, e as relações hierárquicas conflituosas, a par do estado actual da economia, que obriga a uma luta constante por manter o posto de trabalho, podem constituir uma fonte de *stress*¹ – *stress* profissional² – que, gradualmente, desgasta o indivíduo (Bravo, 2005; Serra, 2002).

O *stress* profissional é definido como *“um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações”* (Cooper, 1993, cit in Bicho & Pereira, 2007, p. 6). Ross e Altmaier (1994) definem-no como *“a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas”* (p. 12).

A síndrome de *burnout* [SB] é uma forma de *stress* profissional crónico, frequente entre os profissionais de ajuda (e.g., médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, polícias, professores), sendo considerada uma das problemáticas mais violentas do meio laboral (Manzaneque et al., 2001). É um termo utilizado para designar um estado de exaustão emocional, físico e mental grave (Beltrán, 2006; Neto, 2003), que nasceu da constatação do sofrimento dos prestadores de cuidados e da observação de determinados comportamentos profissionais não harmoniosos. O termo passou a ser usado como metáfora, para explicar o sofrimento do profissional no seu ambiente laboral, associado a uma perda de motivação e a um alto grau de insatisfação, decorrentes dessa exaustão (Lima et al., 2007). Este fenómeno tem sido objecto de acesos debates no terreno científico, e o rápido crescimento de investigações está ligado à inevitabilidade de

¹ Resposta do organismo que surge quando o indivíduo tem que enfrentar situações que exigem um processo de adaptação e que podem ser interpretadas como um desafio ou uma ameaça. A visão contemporânea do *stress* é de que a sua existência não é automaticamente má ou deva ser evitada a todo o custo (Hespanhol, 2005).

² Nesta dissertação é utilizado o termo *“stress* profissional” por ser a nomenclatura mais conhecida. Contudo, existem outras nomenclaturas referenciadas na literatura como é o caso de *“stress* no trabalho”, *“stress* laboral” e *“stress* ocupacional”.

estudar os processos de *stress* profissional, dado o interesse crescente demonstrado pelas organizações sobre a qualidade de vida laboral dos seus empregados, pois esta pode reflectir-se no estado de saúde física e mental do trabalhador, levando a repercussões sobre a organização, e no caso dos prestadores de cuidados formais, sobre a própria sociedade (Müller, 2004).

Em geral, tendemos a pensar que os cuidadores formais se destinam a cuidar das doenças dos outros, não concebendo que eles próprios possam ser afectados por problemas de saúde, alguns dos quais mediados pelo *stress*. Contudo, trabalhar em contextos de saúde não confere imunidade ao sofrimento e à doença (Batista, 2003). Nesse sentido, esta investigação teve por objectivo avaliar a existência de *burnout* em profissionais da área de assistência à saúde, também designados de prestadores de cuidados formais (médicos, enfermeiros, auxiliares e terapeutas), que trabalhem em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, prestando cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Pretendeu-se ainda explorar que variáveis individuais, profissionais e/ou organizacionais poderiam estar associadas a esta problemática e qual a correlação estabelecida. A pertinência deste estudo assenta na escassez de investigações sobre a exaustão profissional neste novo modelo de saúde, que será o futuro dos cuidados de saúde em Portugal.

Tendo em consideração o supramencionado, o presente estudo encontra-se dividido em duas partes, para uma melhor apresentação e compreensão do mesmo.

Na primeira parte, procedemos à revisão bibliográfica da literatura, constituindo assim o enquadramento teórico, sendo que abrange dois capítulos. No Capítulo 1 é abordada a problemática da Síndrome de Exaustão profissional (*Burnout*). Por sua vez, o Capítulo 2 consta de uma breve descrição das características e do funcionamento do novo modelo de saúde adoptado por Portugal – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI].

A segunda parte remete para a investigação, propriamente dita, e é constituída por três capítulos: o capítulo 3, onde revelamos a metodologia utilizada; o capítulo 4, onde são expostos os resultados obtidos, culminando com a discussão dos mesmos no capítulo 5.

Por fim, apresentamos uma breve conclusão, a qual tentámos que constituísse um ponto de análise e reflexão acerca de todo o trabalho desenvolvido.

Parte A – Enquadramento Teórico

“Consiste em fazer o balanço do que foi escrito sobre a investigação em curso. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio escolhido.”

(Fortin, 1999, p. 73)

CAPÍTULO 1 – SÍNDROME DE EXAUSTÃO PROFISSIONAL (*BURNOUT*)

“Apercebi-me, ao longo do meu exercício diário, que por vezes as pessoas são vítimas de incêndio tal como os edifícios; sujeitos ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob acção das chamas, não deixando senão um imenso vazio no interior, ainda que o invólucro exterior pareça mais ou menos intacto.”

Herbert Freudenberger

(1980, *cit in* Reynaert, Libert & Zdanowicz, 2006, p. 47)

1.1. *Burnout*: Origem e Evolução do Conceito

O termo *burnout* foi introduzido, pela primeira vez, em 1974 por Herbert Freudenberger – psicanalista norte-americano –, para definir um sentimento de fracasso e um estado de fadiga e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, perante uma determinada situação que não correspondeu às expectativas, desenvolvendo no indivíduo um sentimento de ineficácia, colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional. (Freudenberger, 1980, *cit in* Queirós, 1997). O psicanalista norte-americano chegou a esta definição ao observar que grande parte dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde, apresentava uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, acompanhados de sintomas físicos e psicológicos, que os conduziam a um estado de fadiga e exaustão grave (Müller, 2004).

Na mesma época, em 1976, foi a psicóloga social Christina Maslach, estudando as respostas emocionais dos profissionais que trabalhavam directamente com pessoas, quem primeiramente entendeu, que pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal (Carlotto & Câmara, 2004; Carvalho, 2005; Müller, 2004), definindo, em 1978, o *burnout* como *“uma síndrome de cansaço físico e emocional, implicando o desenvolvimento de uma auto-imagem negativa em relação ao trabalho e uma perda de interesse e de sentimentos acerca dos clientes”* (Queirós, 1998, p. 17).

Em 1981, Christina Maslach juntamente com Susan Jackson, na procura de uma definição mais clara, focada nos componentes principais do fenómeno, apresentam-nos a SB descrevendo-a como uma *“síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal, que pode ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas”* conduzindo *“a uma perda de motivação e, eventualmente progredindo com sentimentos de inadequação e fracasso”*

(Queirós 1997, p. 11). Nesta altura, desenvolvem-se as primeiras medidas de avaliação do *burnout*, sendo a mais conhecida e utilizada na investigação, o *Maslach Burnout Inventory* - MBI (Maslach & Jackson, 1981) e as suas versões posteriores *Human Services Survey*, *Educators Survey* e *General Survey*.

Mais tarde, Maslach (1987, *cit in* Soares, 2010) apresenta uma nova definição de *burnout* considerando-o “*uma resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas*” (p. 35) e propõe-lhe uma caracterização multidimensional: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que passaremos a descrever segundo alguns autores dedicados ao aprofundamento do conceito.

A *exaustão emocional* acompanha-se de esgotamento físico e caracteriza-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros (Alvarez et al., 1993).

A *despersonalização* acontece porque o sujeito para se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se, evitando estabelecer relações interpessoais (Martín, 1994), desenvolvendo uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes/utentes e colegas de trabalho (Queirós, 1997). Mostra-se cínico, distanciado, perde a capacidade de empatia e tende a ver todas as questões relacionadas com o trabalho como problemas, atribuindo aos outros as culpas das suas frustrações e desilusões (*Ibidem*). Segundo Moreno, Oliver e Aragonese (1991), Martín (1994) e Queirós (1997), a despersonalização é o elemento chave de entre as três características de *burnout*. Esclarecedora é a afirmação de Maslach (1982, *cit in* Queirós, 1997), ao afirmar que a característica principal desta síndrome é a mudança na forma como se encara os outros, passando de uma atitude positiva e preocupada, para uma negativa e negligente.

A terceira característica do *burnout* é a *redução da realização pessoal*, que se traduz num sentimento de inadequação pessoal e profissional ao posto de trabalho, e na incapacidade de resposta ao que lhe é pedido (Queirós, 1997). Segundo Alvarez e colaboradores (1993), este sentimento pode ser encoberto pela sensação paradoxal de onipotência. Ou seja, perante a ameaça de se sentir incompetente, o profissional redobra os seus esforços, no sentido de transmitir aos outros, que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis.

Em 2001, este conceito evolui para uma formulação que considera o *burnout* como uma síndrome psicossocial, surgida como uma resposta crónica, aos *stressores* emocionais e interpessoais, ocorridos na situação de trabalho e definíveis em três dimensões: *Exaustão*, *Cinismo* e *Ineficácia Profissional* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). O *burnout* passa a ser

entendido como um fenómeno ligado a todas as ocupações e não unicamente àquelas que estão directamente orientadas para a relação com pessoas, procurando deste modo enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral.

Presentemente, não se pode afirmar que existe uma definição de SB universalmente aceite. Contudo, permanece o consenso de que se trata de uma resposta ao *stress* profissional crónico, sendo uma experiência subjectiva interna, que envolve um conjunto de sentimentos, pensamentos e comportamentos negativos para a organização e para o indivíduo, que influenciam o seu bem-estar físico, psíquico, social e laboral (Santos & Abalo, 2005).

1.2. *Burnout*: Fases de Desenvolvimento

A SB não é uma afecção que ocorra num tempo curto e determinado. Segundo Quesada e colaboradores (1993, *cit in* Carvalho, 2005; Queirós, 1997), o *burnout* é considerado um processo contínuo e cumulativo que vai tomando a forma de um desgaste e se vai instalando ao longo do tempo e de forma progressiva, resultando de um desenvolvimento de causas multidimensionais, sendo difícil prever quando se vai desencadear. À ideia de processo está subjacente a concepção de um desenvolvimento por etapas ou fases. Neste sentido, o *burnout* surge segundo um percurso constituído por várias fases, de forma paulatina e insidiosa, com aumento progressivo da gravidade da sintomatologia (Dubreucq, 1990, *cit in* Queirós, 1997).

Para alguns autores, como Belcastro, Gols e Hays (1983), não é possível determinar com exactidão a origem, sequência e correlação entre as diversas fases de desenvolvimento, defendendo que os momentos não se estabelecem de forma clara e distinta entre uma etapa e outra. Contudo, existem outros autores, como Gil-Monte e Peiró (1999) que optam por uma esquematização, agrupando sinais, sintomas e situações, procurando metodologicamente ordenar e clarificar para melhor compreender.

Assim, de acordo com Queirós (1997) e Bravo (2005), o quadro evolutivo da SB pode apresentar-se segundo uma ordem quase habitual de quatro fases de manifestação – entusiasmo idealista, estagnação, frustração e apatia.

O que caracteriza a primeira fase – **entusiasmo idealista** – é a elevada expectativa que o profissional apresenta perante o trabalho, uma expectativa quase irreal e que se traduz num empenho profissional elevado, numa grande motivação, com a realização de múltiplas tarefas com êxito, mas com grande gasto de energia.

Numa segunda fase – **estagnação** –, perante tanta energia dispendida, começam a aparecer os primeiros sinais de cansaço. Apesar de todos os esforços, o rendimento começa a diminuir e a profissão que antes parecia satisfazer todas as necessidades, deixa de oferecer tanta satisfação pessoal e motivação, não existindo uma relação de equilíbrio entre o esforço e a recompensa. O profissional passa a sentir-se incapaz de dar uma resposta eficaz perante os problemas que lhe vão surgindo no seu quotidiano laboral, a irritabilidade instala-se, aparecem queixas psicossomáticas, podendo ocorrer perturbações de sono e a recorrência a medicamentos e/ou aditivos.

Todo este aglomerado de sentimentos e situações leva-o ao período de **frustração**. Nesta fase, o profissional encontra-se cada vez mais descontente com o seu emprego e com o ambiente laboral, revelando grande irritabilidade perante aquilo que o rodeia. Inevitavelmente surgem sentimentos de frustração, desânimo e decepção, começando a questionar-se acerca da sua eficácia, da pertinência e do valor do seu trabalho enquanto tal. Nesta fase, as perturbações somáticas fazem-se acompanhar de perturbações emocionais.

Por último, manifesta-se a **apatia**. O profissional sente-se cronicamente frustrado a nível profissional, a situação laboral torna-se insuportável, contudo, o indivíduo precisa do emprego para sobreviver, deslocando-se ao trabalho por obrigação. Perante esta situação, o indivíduo adquire atitudes de defesa (e.g., trabalhar o mínimo de tempo possível, envolver-se o mínimo com questões profissionais, evitar tarefas complexas), que lhe permitam compensar o seu mal-estar, embora de modo inadequado, e estar minimamente satisfeito no trabalho. Nesta etapa, não é só a vida profissional que se encontra afectada. Também a vida pessoal e familiar, bem como a sua saúde física e mental se encontram em situação de risco. Neste momento, a síndrome encontra-se instalada e as consequências começam a manifestar-se de forma nociva a diferentes níveis.

1.3. *Burnout*: Sintomas e Consequências

O *burnout* assume-se já como um conceito multidimensional, pelo que é dentro das suas variadas dimensões, que vão surgindo sinais e sintomas decorrentes desta vivência. A descrição dos sinais e sintomas tem sido investigada por muitos autores, na tentativa de os agrupar e organizar. Desde os primeiros trabalhos de Freudenberguer, em 1974, se sabe que, primeiramente surge uma perda de vitalidade e uma sensação de desalento, seguidos de um sentimento de indiferença, que quando persiste desponta o tédio e o cinismo, bem como a desorientação e desconcentração (Delbrouck, 2006). No entanto, as manifestações nos indivíduos podem ser

muito diversificadas, podendo diferir entre profissionais e sofrer alterações de acordo com os vários contextos profissionais, sociais e culturais.

Para Alvarez e colaboradores (1993) os sintomas de *burnout* podem agrupar-se em quatro áreas distintas: sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos.

Relativamente aos **sintomas psicossomáticos** podem surgir problemas músculo-esqueléticos (dores na nuca e nos ombros), cardiovasculares (hipertensão arterial e acidentes cardiovasculares), gastrointestinais (gastrites e úlceras) e respiratórios (asma e bronquite), distúrbios do ciclo sono-vigília, estado crónico de fadiga, cefaleias, enxaquecas, infecções, alergias, tremores, disfunções sexuais, alterações dos ciclos menstruais nas mulheres e distúrbios alimentares (Beltrán, 2006; Trigo, Teng & Hallak, 2007).

No que concerne aos **sintomas comportamentais**, podem destacar-se as atitudes de agressividade, irritabilidade, isolamento, apatia, cinismo, hostilidade, desconfiança, dificuldade em relaxar e aceitar mudanças, perda de iniciativa, absentismo laboral, dependência ou aumento do consumo de substâncias, comportamentos de alto risco (e.g., suicídio) e conflitos matrimoniais e familiares (Cuadra, Baldéon, Guitérrez & Yesán, 2005; Trigo et al., 2007). É também frequente o desinteresse, intolerância, negação de insucessos, despersonalização, insegurança, indecisão, insatisfação, perda de afecto pelos utentes e familiares, e receio de se tornar numa pessoa pouco estimada, o que o pode conduzir a sentimentos paranóides (Delbrouk, 2006).

Relativamente aos **sinais psíquicos**, existem referências de lentificação do pensamento, dificuldades de concentração, decréscimo das capacidades de memorização, de raciocínio abstracto e de elaboração de juízos, transtornos de ansiedade, sintomatologia depressiva, sentimentos de culpa e de impotência, sentimentos de desilusão e frustração e sentimentos de alienação e solidão (Beltrán, 2006; Trigo et al., 2007).

Por fim, existem os **sinais defensivos**, aqueles aos quais os sujeitos em *burnout* recorrem para aceitarem os seus sentimentos. Entre eles, destacam-se a negação das emoções, supressão consciente de informação, o despreendimento de sentimentos por coisas e situações, a atenção selectiva e intelectualizada como formas de evitar a experiência negativa (Alvarez et al., 1993).

Um indivíduo que sofre de *burnout* pode gradual e progressivamente deteriorar a sua vida, e os autores de forma geral, concordam que as consequências podem ser muito sérias e

manifestarem-se a vários níveis: individual, social e familiar e ao nível da própria organização na qual o indivíduo trabalha.

A **nível individual**, destacam-se todos os sinais e sintomas referidos anteriormente que afectam o indivíduo no plano físico, emocional e comportamental.

A **nível social e familiar**, destacam-se o fraco relacionamento social, familiar e recreativo. A capacidade de comunicar e estabelecer um contacto afectivo com o próximo diminui, o isolamento aumenta e a capacidade de desempenhar os seus papéis sociais com eficácia e qualidade também diminui, podendo gerar crises familiares e matrimoniais, e conduzir a um distanciamento do seu conjugue, filhos, família alargada e da rede de amigos (Trigo et al., 2007).

A **nível da organização**, as primeiras repercussões evidenciam-se rapidamente sobre a diminuição da satisfação laboral que, numa fase posterior, conduzem ao aumento do absentismo. Este aumento, por sua vez, repercute-se na deterioração da qualidade do serviço, no aumento em gastos económicos de contratação e formação de novo pessoal, e na redistribuição do trabalho, com conseqüente sobrecarga laboral para outros profissionais. Outra conseqüência é a propensão ao abandono do posto e/ou instituição de trabalho, o que gera custos, perda de eficácia e eficiência, e implantação inadequada de políticas (Carvalho, 2005). Torna-se também evidente a redução da implicação dos profissionais nas suas funções laborais, a diminuição do interesse pelas actividades laborais, o aumento dos conflitos interpessoais com os colegas de trabalho/superiores, o aumento da rotatividade de funcionários e o aumento dos acidentes laborais (Trigo et al., 2007).

Segundo Maslach e Leiter (1997):

“(...) os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Passam a investir menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário, e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas um indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste” (p. 36-37).

Todos estes factores contribuirão para um aumento dos gastos em tempo e dinheiro por parte da instituição, bem como, para o mau funcionamento e redução da qualidade dos serviços da mesma, que será talvez a repercussão organizacional mais grave e, que deriva directamente da despersonalização.

1.4. *Burnout*: Factores Desencadeantes

Para uma melhor compreensão do fenómeno de *burnout*, debruçamo-nos agora sobre os factores desencadeantes do mesmo. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1998, *cit in* Trigo et al., 2007), para a enumeração dos factores desencadeantes do *burnout*, são levadas em consideração três dimensões: indivíduo, organização e trabalho (Grazziano, 2008).

1.4.1. Factores Individuais

Os estudos ainda não são conclusivos sobre o tipo de pessoas que são mais propensas a desenvolver esta síndrome. Contudo, algumas investigações têm identificado as características sociodemográficas e de personalidade, como alguns dos factores individuais associadas a maiores ou menores índices de *burnout* (Grazziano, 2008).

Entre as características **sociodemográficas** incluem-se o género, idade, estado civil, nível educacional, experiência profissional e o tempo de serviço.

Quanto ao *género*, o consenso popular encara a jornada dupla da mulher – prática profissional e tarefas familiares – como uma condição que predispõe há ocorrência de *burnout*, sendo consideradas o grupo mais vulnerável (Grazziano, 2008; Martínez, 1997). Contudo, os estudos demonstram que as mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional e os homens em despersonalização (Burke, 1989, *cit in* Trigo et al., 2007). Tais diferenças são condicionadas pelos processos de socialização para ambos os géneros e pelos perfis e requisitos das diferentes profissões (Garcia, 1991, *cit in* Carvalho, 2005).

Relativamente à *idade*, os profissionais mais jovens apresentam índices mais elevados de *burnout*, quando comparados com os mais velhos. A idade é uma das variáveis intervenientes e está em relação com a experiência adquirida ao longo dos anos de actividade profissional. Estudos efectuados por Cherniss e Maslach (1982) (*cit in*, Alvarez et al., 1993) indicam que à medida que os anos avançam, se vai adquirindo mais segurança nas tarefas e menos vulnerabilidade à tensão laboral. Profissionais mais velhos desenvolverem estratégias mais adaptativas e expectativas mais realistas face à sua actividade laboral (Carvalho, 2005). Segundo Gómez e colaboradores (2005, *cit in* Grazziano, 2008), a *experiência profissional* e o *tempo de serviço* também são preditores do *burnout* e poderão relacionar-se com a idade.

No que concerne ao *estado civil*, a maioria dos estudos defende que indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados estão mais susceptíveis a índices elevados de *burnout* (Maslach et al.,

2001), devido à falta de suporte social e familiar que podem sentir após o horário laboral.

Em relação ao *nível educacional*, as investigações demonstram que as pontuações em exaustão emocional e despersonalização são mais elevadas em indivíduos com nível educacional mais elevado, devido às maiores expectativas e responsabilidades (Grazziano, 2008).

Relativamente às características de **personalidade**, aquelas mais relacionadas com índices superiores de SB são (Carvalho, 2005; Grazziano, 2008; Trigo et al., 2007):

- *Padrão de comportamento tipo A* – indivíduos competitivos, esforçados e impacientes. São inseguros, preocupam-se excessivamente, têm dificuldade em delegar tarefas e em trabalhar em grupo. Indivíduos com esta característica possuem um forte senso de compromisso para controlar situações, tornando-se vulneráveis à perda ou ausência de controlo e sensíveis à frustração;
- *Locus de controlo externo* – indivíduos que consideram que as suas possibilidades e acontecimentos de vida são consequentes à capacidade dos outros, à sorte ou ao destino. Desta forma deixam de tentar procurar soluções para os seus problemas, resignando-se com os acontecimentos de vida e aumentando o desgaste emocional;
- *Superenvolvimento* – indivíduos empáticos, sensíveis, humanos, com excessiva dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas, susceptíveis a se identificarem com os demais e a saírem lesados;
- *Perfeccionismo* – indivíduos extremamente exigentes consigo próprios e com os outros. Não toleram erros e dificilmente se satisfazem com os resultados das tarefas realizadas;

1.4.2. Factores organizacionais e laborais

De acordo com a revisão da literatura realizada por Trigo e colaboradores (2007), são inúmeras as características organizacionais que podem estar associadas a índices superiores de *burnout*, entre as quais se destacam:

- A **burocracia**, caracterizada pelo excesso de normas, impede a autonomia, a participação criativa e, portanto, a tomada de decisões;
- A **falta de autonomia** impossibilita a liberdade de acção e a independência dos profissionais;

- A **comunicação ineficiente** provoca distorções e lentificação na disseminação da informação;
- A **falta de confiança, respeito e consideração** entre os membros de uma equipa e o **precário suporte organizacional** provocam um ambiente hostil e um clima social prejudicial ao trabalho em grupo, predominando a rivalidade e a procura de ganhos individuais imediatos;
- A **impossibilidade de ascender na carreira, de remuneração e de reconhecimento de seu trabalho**, podem provocar desânimo e desmotivação no profissional;
- **Ambientes com condições físicas inadequadas** (e.g., ruídos excessivos, iluminação e temperaturas inadequadas, espaços e arquitectura pouco funcionais), geram sentimentos de ansiedade, medo e impotência;

Contudo, segundo González e Rodrigo (1994, *cit in* Queirós, 1997), muitos autores, para além da influência das características da organização, fazem referência à influência das características do próprio trabalho na génese do *burnout*. O grau de compatibilidade indivíduo-trabalho determina o nível de satisfação e conseqüentemente o nível de exaustão, existindo uma correlação significativa entre os factores laborais, a insatisfação e o *burnout* (Queirós, 1997). Dentro destas características destacam-se a sobrecarga de trabalho, baixo nível de controlo, sentimento de injustiça e de iniquidade nas relações laborais, trabalho por turnos, conflitos de valores e ambigüidade de papel.

Menciona-se que existe **sobrecarga de trabalho** quando as tarefas a realizar pelo indivíduo ultrapassam a capacidade percebida de responder adequadamente às suas exigências. Normalmente implica um prolongamento do número de horas de trabalho, má alimentação e/ou levar trabalho para casa, de forma a finalizar as suas tarefas. Este comportamento torna-se cansativo e priva o indivíduo do apoio e convívio social e familiar, que o podia compensar das tensões que sente no trabalho (Serra, 2002).

Os **sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais** também constituem factores de risco, contribuindo para o desenvolvimento de emoções intensas de grande repercussão psicológica, geradoras de conflitos internos e de hostilidade, mesmo quando os incidentes parecem ser insignificantes ou comuns (Grazziano, 2008; Trigo et al., 2007).

Relativamente às consequências do **trabalho por turnos**, estas têm-se tornado cada vez mais evidentes no dia-a-dia, chegando a afectar cerca de 20% dos trabalhadores (Peiró, 1999). São visíveis as consequências físicas e psicológicas nos profissionais que não tem um horário laboral fixo, pois alterações no ritmo circadiano conduzem a alterações no organismo a nível biológico e psicológico. Do ponto de vista social, cria dificuldades no convívio social e no acesso aos bens de consumo. Pode ainda reflectir-se na esfera familiar (dificuldades na educação e supervisão dos filhos e na organização das tarefas de casa) e conjugal (problemas de comunicação e ajustamento sexual) (Santos et al., 2008; Serra, 2002).

No que concerne aos **conflitos de valores**, estes surgem quando o indivíduo é solicitado pela organização, a efectuar determinadas acções que entram em conflito com os seus valores morais, ideais ou objectivos profissionais. Os ideais que atraíram o indivíduo para aquela actividade profissional são colocados em causa, surgindo uma incompatibilidade entre o indivíduo e o trabalho, o que propicia a instalação do *burnout* (Grazziano, 2008).

Por último, fala-se na **ambiguidade de papel**, quando existem normas, direitos, métodos e objectivos pouco delimitados ou claros por parte da organização, que podem gerar no indivíduo insegurança relativamente aos objectivos que deve atingir, podendo-o conduzir à sobreposição de competências com outras pessoas (Trigo, et. al., 2007).

Contudo, mais importante do que avaliar a influência dos factores organizacionais ou laborais de modo individual, importa avaliar a forma como os trabalhadores percebem o ambiente laboral³ no qual se inserem. Segundo Magalhães (2006), é importante conhecer em que nível o profissional está satisfeito ou não com seu trabalho. Esta condição pode direccionar a saúde do trabalhador, conduzindo para o bem-estar ou para a somatização de conflitos no ambiente de trabalho, dependendo da forma como o profissional se posiciona. Para Luz (2003, p.12) o ambiente laboral “*é o reflexo do estado de ânimo ou do grau de satisfação dos funcionários de uma empresa, num determinado momento. (...) É uma atmosfera psicológica que envolve, em um dado momento, a relação entre a empresa e os seus funcionários*”.

1.5. *Burnout* nos Prestadores de Cuidados Formais

Apesar de poder ocorrer em qualquer actividade profissional, a literatura existente tem vindo a chamar a atenção para a elevada incidência do *burnout* em profissões de prestação de

³ Também designado na literatura por “clima organizacional”.

serviços humanos, onde a actividade profissional é vocacionada para o apoio permanente e directo aos outros, e onde o contacto interpessoal se revela essencial (Afonso, 2005; Carvalho, 2005).

Hilari (2002) apresenta um pequeno resumo de alguns estudos efectuados em diferentes países, sobre a incidência da SB em diversas profissões de prestação de serviços humanos (professores, enfermeiros, médicos, bibliotecárias, polícias, pessoal sanitário). Este resumo demonstrou que de todas as profissões estudadas, aquelas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, são as que revelam uma maior incidência de *burnout*, recaindo sobre elas uma maior preocupação, pelo seu contacto directo e intenso com pessoas que apresentam patologias e situações de vida de grande complexidade, geradoras de sentimentos de tensão emocional crónica, esforço excessivo, ansiedade, medo, impotência e hostilidade encoberta (Rosa & Carlotto, 2005).

Em Portugal, o aumento de situações de dependência, fez emergir um novo fenómeno na sociedade, que se reflectiu na criação de um novo grupo profissional – os cuidadores formais (Casado & López, 2001, *cit in* Martín, 2005). Estes profissionais, possuem competência técnica e/ou clínica, e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do processo de envelhecimento, sendo, por isso, remunerados (Hye-cheon et al, 2009). Deverão também ter competências para trabalhar em equipa multidisciplinar⁴, de modo a garantir e proporcionar a segurança, manter o bem-estar, e ainda, uma especial atenção sobre a qualidade de vida dos utentes (Hartke, King, Heinemann & Semik, 2006). O cuidador formal é por isso um profissional a quem se exigem competências, desde as mais elementares, como o conhecer as necessidades dos utentes, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009). Por outro lado, o apoio na realização de actividades diárias básicas como a higiene e a alimentação são também tarefas que integram a sua actividade profissional. Para Martín (1994), os comportamentos de *stress* parecem reforçados nestes profissionais, pela constante assistência que têm de prestar a pessoas em situação de sofrimento, com as quais têm de estabelecer uma relação terapêutica, que exige deles grande capacidade de autocontrolo e elevada responsabilidade.

A relação entre o *stress* e a prestação de cuidados é indubitavelmente complexa na medida em que, o *stress* poderá desempenhar um papel moderador e condicionador de muitos outros factores que se relacionam com a prestação de cuidados, e simultaneamente surgir como uma das

⁴ “Complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 3.º, p. 3857).

principais consequências desta mesma prestação. O *stress* irrompe como a melhor medida da sobrecarga sentida pelo cuidador (Levinston, 1985, *cit in* Chwaliz, 1996), tendo em consideração que a prestação de cuidados é geralmente encarada como uma situação altamente stressante (Pruchno, Peters & Burant, 1995; Russo, Vitaliano, Brewer, Devon & Katon, 1995; Sala, 2002).

Marques-Teixeira (2002) refere que, um vasto conjunto de dados vem demonstrar que 25%-30% dos profissionais de saúde desenvolvem *burnout* como consequência da sua actividade clínica. Este autor salienta ainda que, de entre os profissionais de saúde em *burnout* destacam-se os médicos, apontando para o facto de $\frac{1}{3}$ referir sentimentos de exaustão emocional, despersonalização em relação aos seus doentes e baixo desempenho profissional, mencionando ainda que a morbilidade psiquiátrica é superior nos médicos expostos ao *burnout*, comparativamente com a população geral.

Na mesma óptica, um estudo realizado por Shanafelt e colaboradores (2002, *cit in* Guevara, Henao & Herrera, 2004), com residentes de medicina interna da Universidade de Washington, demonstrou que 76% dos residentes apresentavam SB, sendo que destes, 53% auto-percepcionaram uma diminuição na qualidade dos serviços prestados aos pacientes, sendo a componente de despersonalização a mais afectada.

Menegaz e Zanelli (2004), também realizaram uma investigação com 41 pediatras de uma organização hospitalar pública, onde observaram uma incidência de *burnout* em 53,7% da amostra, constatando também que 95,1% dos médicos que participaram na pesquisa consideravam o trabalho desempenhado como factor de interferência na vida pessoal, e 46,3% já reflectiram sobre a possibilidade de mudar de área médica ou desistir da profissão (*cit in* Lima et al., 2007).

Também um estudo realizado por Lima e colaboradores (2007), com uma amostra de 120 médicos residentes que desenvolvem as suas actividades num hospital público, mostrou uma incidência de *burnout* em 20,8% da amostra, encontrando-se 78,4% em situação de risco. A manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 65% de classificação alta na dimensão exaustão emocional, 61,7% de classificação alta na dimensão despersonalização e 30% de classificação baixa na dimensão realização pessoal. A maior frequência de casos de manifestação da síndrome foi observada nas áreas de Ortopedia, seguida das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

Recentemente, Santos, Alves e Rodrigues (2009), num estudo realizado com uma amostra de 34 enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, constataram que 9 enfermeiros

apresentavam elevado nível de exaustão emocional, outros 9 altos níveis de despersonalização e 10, baixo nível realização pessoal. Esses enfermeiros manifestaram alterações em mais de uma dimensão do *burnout*, o que indicou que grande parte da amostra apresentava SB. Ainda em 2009, Jodas e Haddad, numa investigação com 61 enfermeiros da urgência de um hospital universitário, constaram que 8,2% apresentavam manifestações de *burnout*, todos do sexo feminino, 54,1% possuíam alto risco para manifestação de *burnout* e 37,7% baixo risco de manifestação da doença.

Apesar de a literatura identificar os médicos e os enfermeiros como profissionais de saúde em maior risco de *burnout*, e a maioria das investigações continuar a recair sobre estes, o risco pode ser extensível a todo o pessoal sanitário que mantenha uma relação directa com os utentes. Por conseguinte, importa começar a direccionar a investigação para todos os cuidadores formais, procurando contrariar a ideia de que só os enfermeiros e os médicos estão sujeitos a uma elevada quantidade de agentes diários indutores de *stress*. Segundo Garcia (1992, *cit in* Soares, 2010), as profissões com um risco especial, são aquelas que lidam intimamente com pessoas que sofrem graves problemas físicos, mentais e sociais. Esta ideia é corroborada por Alvarez e colaboradores (1993), referindo que a elevada ocorrência de *burnout* em profissionais que lidam com os outros numa óptica de assistência e de ajuda, constitui uma particularidade desta síndrome.

Também ao nível das instituições de saúde, a maioria das investigações são realizadas em instituições hospitalares, centros de saúde e serviços de urgência, por constituírem, segundo McIntyre (1994), ambientes de trabalho particularmente causadores de *stress*, com níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, independência de responsabilidades e especialização profissional. No entanto, é importante abrir os horizontes da investigação para os novos modelos de saúde que surgem em Portugal, como a RNCCI.

A RNCCI é um sistema de saúde recente em Portugal e por isso ainda pouco abordado pelos investigadores desta área. Contudo, é um sistema em expansão, a receber cada vez mais profissionais de diversas áreas de prestação de cuidados e onde os utentes e as patologias são muita diversificadas e de grande complexidade.

Deste modo, o capítulo que se segue dedica-se á descrição deste novo serviço de saúde, procurando explorar as características e o funcionamento desta nova organização, de forma a avaliar quais os seus potenciais efeitos negativos e efeitos positivos sobre os prestadores de cuidados formais, procurando perceber até que ponto os benefícios compensam ou não os danos.

CAPÍTULO 2 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

“Não há nada permanente excepto a mudança.”

Heráclito, fragmento (século VI a.C.) (*cit in* Papalia & Olds, 2000, p. 45)

2.1. Enquadramento e Implementação em Portugal

Na sociedade portuguesa actual, tem-se vindo a verificar uma tendência para o crescimento da população idosa, motivado pelo declínio da mortalidade e da fecundidade. A par destes dois fenómenos surgem o aumento da esperança média de vida e a melhoria do estado de saúde, que constituem dois grandes sucessos do século XX. A pirâmide etária sofre assim alterações devido a uma inversão demográfica, e pela primeira vez na história de Portugal a população idosa ultrapassa a população jovem, conduzindo a uma realidade comum à maioria dos países europeus – o envelhecimento demográfico (Figueiredo, 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

Contudo, esta nova situação social comporta, inevitavelmente, uma série de implicações negativas, nomeadamente, situações de incapacidade e dependência funcional⁵, resultantes, entre outras situações, de demências e doenças crónicas⁶, que são hoje em dia um dos grandes desafios da sociedade e da saúde pública. O número de pessoas com doenças crónicas tem vindo a aumentar gradualmente, afectando cerca de $\frac{2}{3}$ dos indivíduos com mais de 65 anos, dando origem a problemáticas sociais e familiares complexas (Lopes, 2007), conduzindo ao aumento das situações de dependência funcional de uma faixa etária significativa da população, por períodos prolongados, que podem ser de meses ou anos (Neto, 2008). Estes valores levam-nos a reflectir sobre a necessidade de encontrar novas respostas na sociedade, capazes de manter a qualidade de vida dos indivíduos em situação de dependência.

No entanto, a carência de respostas para as necessidades desta população é bastante visível, e embora existam instituições hospitalares a funcionarem como centros de tratamento, a realidade é que muitos dos utentes internados, quando têm alta, encontram-se em grande situação de vulnerabilidade e dependência, sendo escasso o trabalho desenvolvido no sentido de os reintegrar no seu contexto familiar, social e habitacional (Augusto et al., 2002 *cit in* Lopes, 2007).

⁵ “Situação em que se encontra a pessoa que não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária devido à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza” (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS, I.P.], 2010, p. 14).

⁶ “Doença prolongada cujos sintomas vão piorando, podendo deixar a pessoa incapacitada. Tem um impacto muito negativo sobre o doente e os que o rodeiam. Embora não tenha cura, pode ser corrigida ou compensada” (ISS, I.P., 2010, p. 14).

É precisamente neste âmbito que surge a necessidade de uma reorganização social, familiar e no sector da saúde que vise o desenvolvimento de “*respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla, e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida*” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, p. 3856). A persecução de tal aspiração pressupõe dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais.

Ainda que com múltiplas diferenças na concepção organizativa do desenvolvimento de novos modelos, muitos países europeus, a partir de finais dos anos 80 e início dos anos 90, iniciaram processos de implementação de novas redes de cuidados, para dar cobertura às pessoas idosas ou que apresentam dependência.

Em Portugal, apenas em Abril de 2005, se iniciou o desenvolvimento do projecto de desenho e implementação de um novo modelo de Cuidados Continuados Integrados [CCI] para a região Continental. Este projecto além de oferecer a oportunidade de cobrir um espaço, no âmbito social e da expressão da solidariedade pública, até hoje vazio no país, pretende colocar Portugal ao mesmo nível dos seus vizinhos europeus no campo do desenvolvimento das políticas de *Bem-estar do Estado* (UMCCI, 2007). Assim, foi criada em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a RNCCI, desenvolvida por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão – o Sistema Nacional de Saúde [SNS] e o Sistema de Segurança Social –, com o objectivo de dar visibilidade e aumentar a sensibilidade para estas problemáticas. Esta rede prevê um conjunto de respostas que se pretende que sejam adequadas às necessidades e às características específicas, tanto dos utentes como das condições locais, procurando-se, concomitantemente, a optimização dos recursos existentes (Almeida, 2008).

2.2. Missão e Objectivos

A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrado no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador de cuidados mais adequado.

Neste âmbito, os CCI, à luz do contido no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, definem-se como:

“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (p. 3857).

Este tipo de cuidados, que podem ser prestados em instituições ou em ambiente domiciliário, abrange diferentes tipologias de doentes e não devem ser confundidos com cuidados paliativos⁷, já que não se esgotam neles, englobando ainda as áreas de convalescença e da reabilitação, bem como a área geriátrica (Neto, 2008).

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 101/2007, de 6 de Junho, a missão da RNCCI é a prestação de CCI a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Tendo por referência esta missão, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a RNCCI tem como objectivos principais melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência; promover a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; fornecer apoio, acompanhamento e internamento adequados à respectiva situação; apoiar os familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; e articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

2.3. Tipologias de resposta

A actividade terapêutica das equipas de CCI abarcará todos os níveis de tratamento: preventivo, curativo, reabilitador e paliativo. Estes cuidados poderão ser prestados por unidades de diferentes tipologias da RNCCI, consoante as necessidades dos utentes que surgem na procura dos seus serviços. Este tipo de recursos correspondem a verdadeiros serviços de saúde e não devem ser confundidos com os ditos lares e/ou serviços sociais, que se destinam a pessoas com razoável nível de autonomia e a carecer de poucos cuidados de saúde (Neto, 2008).

⁷ *“Cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 3.º, p. 3857).*

Deste modo, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta, sendo elas, as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliários (UMCCI, 2007) (Figura 1).

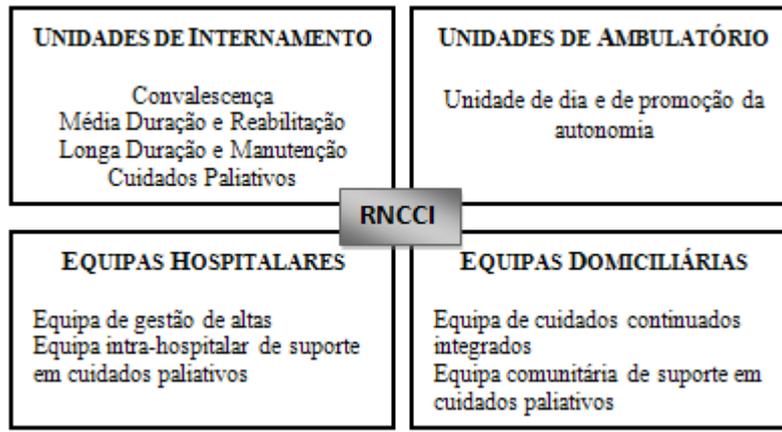


Figura 1: Tipologias de resposta da RNCCI (*adapt.* UMCCI, 2007).

O total acumulado de utentes referenciados para a RNCCI desde o início da sua implementação até 31 de Dezembro de 2009 foi de 51.150. Somente no ano de 2009, foram referenciados um total de 24.928 utentes, representando um aumento de 95% em relação ao número de utentes referenciados em 2008 (18.323 utentes), dados estes, que revelam a crescente adesão institucional e dos profissionais, ao novo modelo de cuidados. Somente nas unidades de internamento da RNCCI em 2009, foram referenciados 18.084 utentes, o que significa que 72,5% dos utentes referenciados para a RNCCI em 2009 foram assistidos nas Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados [UICCI], e apenas 17% distribuíram-se pelas restantes tipologias de resposta, o que revela o sentido de necessidade destas unidades no nosso país, motivo pelo qual o nosso estudo se debruçou somente sobre estas unidades (UMCCI, 2010).

Tendo em consideração que o estudo presente se dirige somente UICCI da RNCCI, passarei apenas a apresentar a caracterização das unidades que constituem esta tipologia.

A Unidade de Convalescença [UC] “é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 13.º, p. 3860). Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável

que não necessita de cuidados hospitalares agudos, e destina-se a internamentos de curta duração (30 dias consecutivos por cada admissão) (*Ibidem*).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação [UMDR] “*é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio independente, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável*” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 15.º, p. 3860). Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e reabilitação integral da pessoa que se encontra na situação referida anteriormente e destina-se a internamentos, cuja previsibilidade se situe entre os 30 e 90 dias consecutivos, por cada admissão (*Ibidem*).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção [ULDM] “*é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio*” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 17.º, p. 3860). Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Pode proporcionar ainda, internamentos por um período de tempo inferior a 90 dias, quando há necessidade de descanso do principal cuidador ou perante dificuldades de apoio familiar.

Por último, a Unidade de Cuidados Paliativos [UCP] “*é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva [...]*” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 19.º, p. 3861), não existindo um período limite de internamento.

Entre o total dos 18.084 utentes assistidos em 2009 em UICCI, 32% foram assistidos na UC (5.790 utentes), seguindo-se a UMDR com 29% (5.242 utentes), a ULDM com 27,8% (5.034 utentes) e por último os CP com 11,2% (2.018 utentes) do total de utentes assistidos (UMCCI, 2010). A elevada percentagem de utentes referenciados para as unidades de internamento da RNCCI, alerta-nos para a grande diversidade de utentes e respectivas situações clínicas com as quais estas unidades e as respectivas equipas de prestação de cuidados se deparam diariamente.

2.4. População-alvo e Perfil dos utentes

Os CCI são prestados a indivíduos com perdas importantes de autonomia, independentemente do tipo da mesma e do critério etário, procurando assegurar, fundamentalmente a continuidade temporal dos cuidados, tendo em atenção os doentes que passam pelos diferentes níveis de cuidados (e.g., cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários); garantir a máxima qualidade possível, através de uma abordagem global das necessidades, centrada no doente, que será sempre que possível envolvido na tomada de decisões e na definição do plano terapêutico; e assegurar o envolvimento da família na tomada de decisões, sendo esta englobada no plano de cuidados a adoptar (Lopes, 2007; Neto, 2008).

Deste modo, e nos termos do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, são destinatários das unidades e equipas da RNCCI, pessoas que se encontram em situação de dependência funcional e transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; pessoas que se encontram em situação de dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade⁸; pessoas com incapacidade grave de forte impacto psicossocial; pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal⁹; e cuidadores principais que necessitam de ensino para a administração e controlo das terapêuticas.

Relativamente ao perfil dos utentes, entre a população referenciada para RNCCI em 2009, a maioria eram mulheres, correspondendo a 53% dos utentes. Relativamente à idade, 80,5% tinham mais de 65 anos e 42% mais de 80, o que revela o aumento drástico de adultos idosos a necessitar de cuidados especializados. No que respeita ao estado civil, verifica-se que a maior percentagem era a de pessoas casadas, com 45% dos casos, sendo importante também destacar a percentagem de utentes solteiros (22%) e viúvos (21%), como os seguintes grupos predominantes. No que respeita ao diagnóstico principal, verificou-se que a doença vascular cerebral constituiu o diagnóstico presente no maior número de utentes, com um total de 40%, seguida da fractura do colo do fémur como o segundo diagnóstico mais frequente (15%) (UMCCI, 2010). Existiram outras situações clínicas prevalentes, embora em menor percentagem, como foi o caso das doenças oncológicas, neurológicas degenerativas em fase avançada, doenças respiratórias, cardíacas e pessoas portadoras da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Neto, 2008).

⁸ Pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as actividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas (e.g., desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais) (UMCCI, 2006).

⁹ Pessoas com uma doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multissetoriais e instáveis, com um prognóstico de vida de aproximadamente 6 meses e que provoca um grande impacto emocional ao doente, família e/ou cuidador (UMCCI, 2006).

Todas estas condições clínicas, com maior ou menor gravidade, vêm alterar o ser humano, as suas percepções sensoriais, actividade mental e o controlo do seu próprio corpo, gerando diferentes níveis de incapacidade, que conduzem o indivíduo à dependência de terceiros na sua vida quotidiana (Bocchi, 2004). Este estado de dependência, por si só, já constituiu uma causa de sobrecarga para quem cuida. Nas UICCI, os cuidadores formais além de terem que enfrentar diariamente as dificuldades e o sofrimento contínuo do próximo, têm de lidar com a política de incentivo à reabilitação dos pacientes, que lhes impõe um desafio constante: preparar o doente e a família para a reorganização das suas vidas, de modo a que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em pouco tempo, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer (Perlini & Faro, 2005). Para tal é necessário uma equipa diferenciada, articulada e adaptada a este novo modelo de cuidados, que apresente uma condição física e emocional capaz de lidar com as perdas e dificuldades do próximo, sem sofrer danos pessoais.

2.5. Recursos Humanos

Um dos grandes pilares da prestação de CCI assenta no valor e na qualidade dos seus recursos humanos. A abordagem integral das necessidades da pessoa idosa e/ou em situação de dependência constitui um enorme desafio que só pode ser apoiado a partir do conhecimento técnico dos profissionais, mas também a partir do reconhecimento do inestimável valor deste nível de cuidados e do trabalho nele desenvolvido (UMCCI, 2009). Neste sentido, a RNCCI assenta na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade¹⁰ dos cuidados, bem como na boa formação do pessoal, de forma a garantir uma prestação de cuidados articulada e global, com um elevado padrão de qualidade (UMCCI, 2007).

Em função da diversidade de utentes passíveis de serem admitidos na RNCCI e das finalidades de cada tipologia de cuidado, foram definidas pela RNCCI equipas de profissionais diferenciados em função das especificidades de cada tipologia (Anexo I). A característica transversal a todas as tipologias de cuidados, é a existência de profissionais do sector da saúde e do sector social, procurando cruzar várias disciplinas e saberes, que permitam assegurar, em função da avaliação individual e integral das necessidades do utente, a prestação de um conjunto de cuidados de saúde e de apoio social, garantido, assim, o bem-estar global do utente e familiares (UMCCI, 2007).

¹⁰ “Definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 3.º, p. 3857).

Promover a funcionalidade, tentando prevenir, reduzir ou retardar as incapacidades e proporcionar a pessoas em situação de fragilidade física, emocional e social, bem como às suas famílias, as capacidades e competências necessárias para lidarem com as novas situações de vida, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a reafirmação de uma sociedade mais justa e solidária. Contudo, a responsabilidade de o conseguir, requer por parte dos cuidadores formais, maturidade, controlo mental e emocional, e habilidade para enfrentar e saber gerir todos os sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos que surgem ao longo da experiência profissional (Rosa & Carlotto, 2005), pois são diariamente confrontados com situações desumanizadas e despersonalizadas às quais têm que se adaptar, podendo estas situações justificar uma grande parte dos comportamentos (Queirós, 1997).

Segundo Sebag-Lanoë (1992),

“como prestadores de cuidados somos testemunhas e acompanhantes de múltiplas perdas e lutos. Mas todos sabemos que, enquanto pessoas, não podemos escapar a essas perdas e lutos. O nosso trabalho torna-se mais difícil e mais ansiogénico, pois somos obrigados a ver o que, cada vez mais, os outros recusam ver. Pois somos levados a ajudar aqueles que os outros não podem ou já não querem ajudar” (cit in Lemaire, 2006, p. 182).

A profissão específica de prestador de cuidados requer uma disponibilidade sincera, tolerância e uma aceitação quase incondicional do outro. A diversidade das solicitações e mesmo o tipo de solicitação, é particularmente exigente para o prestador de cuidados. Além dos pedidos “ocultos” e inconscientes com os quais se vão deparando, o doente projecta no prestador de cuidados sentimentos de onipotência, de poder sobre a vida e a morte, o que exerce sobre ele uma maior pressão emocional e psicológica e um sentimento de tensão, que acabam por o conduzir ao isolamento e ao distanciamento dos doentes.

Também o prestador de cuidados formais que actua nas UICCI, está exposto a um conjunto de factores organizacionais, laborais e individuais, já referidos no capítulo anterior, que quando não articulados satisfatoriamente, podem afectar directamente o seu bem-estar global, conduzindo a um estado de desgaste extremo (Rosa & Carlotto, 2005). Da diversificação de situações com as quais se deparam, e do contacto permanente com o sofrimento contínuo do outro, surge o interesse em avaliar este novo modelo de saúde, estudando os seus aspectos positivos e negativos, contrabalançando-os e percebendo, assim, até que ponto as características deste novo sistema, que tantos benefícios trouxeram para a sociedade, influênciam o bem-estar global de quem cuida, tendo em consideração a percepção dos próprios prestadores de cuidados.

Parte B – Investigação Empírica

“É um processo onde se fazem observações para compreender melhor um fenómeno a estudar (...). As observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas.”

(Hill & Hill, 2002, p. 19)

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

3.1. Objectivos e Questões de Investigação

Tendo presente a escassez de investigações sobre a SB nas UICCI e, cientes que estas serão o futuro dos cuidados de saúde em Portugal, achámos pertinente realizar um estudo sobre a temática. Procurámos avaliar se os cuidadores formais da UICCI, evidenciam níveis de *burnout* com significado clínico e em caso afirmativo, conhecer qual o padrão de *burnout* manifestado, bem como verificar qual a relação existente desta síndrome com variáveis sociodemográficas e profissionais, com o ambiente laboral, bem como com a sintomatologia psicopatológica. Assim sendo, a presente investigação teve por base um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional.

Tendo por base os objectivos previamente definidos e a revisão da literatura por nós efectuada, direccionamos o nosso estudo partindo de um conjunto de questões de investigação:

Questão 1: Será que os cuidadores formais evidenciam existência de *burnout*?

Questão 2: Será que existe alguma relação entre as variáveis sociodemográficas e/ou profissionais e o fenómeno de *burnout*?

Questão 3: Será que os cuidadores formais percebem o ambiente laboral de modo positivo?

Questão 4: Será que existe alguma relação entre a percepção que os cuidadores formais têm do ambiente laboral e o fenómeno de *burnout*?

Questão 5: Será que os cuidadores formais apresentam sintomatologia psicopatológica com significado clínico?

Questão 6: Será que existe alguma relação entre o fenómeno de *burnout* e a sintomatologia psicopatológica?

3.2. Participantes

3.2.1. Método de Amostragem

Considerando as dificuldades inerentes às investigações realizadas na área da saúde, é frequente o recurso a amostras *não probabilísticas*, também denominadas de *intencionais* (Smith,

1975, *cit in* Ribeiro, 2010) ou de *conveniência* (Dommermuth, 1975, *cit in* Ribeiro, 2010), na qual a “(...)amostra é escolhida por *conveniência do investigador*” (p.43). Na presente investigação, pode-se considerar que este foi o método de amostragem que presidiu à selecção dos participantes, considerando que a investigação se realizou especificamente junto dos prestadores de cuidados formais das UICCI da Santa Casa da Misericórdia de Esposende [SCME], sendo os participantes escolhidos em função da sua categoria profissional e do seu local de trabalho.

3.2.2. *Seleccção dos participantes*

A amostra para esta investigação foi composta pelos prestadores de cuidados formais das UICCI da SCME, que prestam cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência (N=69), sendo constituída por elementos do género feminino e masculino. A SCME é constituída apenas por dois tipos de UICCI – UC e UMDR –, existindo rotatividade dos cuidadores pelas duas unidades. Deste modo, o nosso estudo debruçou-se, somente, sobre estas duas tipologias, cujas características já referimos no capítulo anterior (c.f. 2.3).

Para a selecção dos participantes para este estudo, além da condição de prestadores de cuidados directos de saúde e apoio social a utentes das UICCI da SCME, foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Exercer funções nas UICCI da SCME há pelo menos 12 meses até ao dia da distribuição do protocolo de investigação;
- Não ter sido transferido de serviço, no momento de distribuição do protocolo de investigação.

Apesar de todos os participantes cumprirem os critérios de inclusão, 28 deles não participaram nesta investigação, o que resultou numa amostra final de 41 participantes.

3.2.3. *Caracterização da amostra*

A amostra é constituída por 41 cuidadores formais das UICCI da SCME, com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos, (M=35,2;DP=11,2). Esta amostra pode ser caracterizada com base em quatro conjuntos de variáveis: sociodemográficas, clínicas, profissionais e de lazer.

Relativamente às **variáveis sociodemográficas**, podemos verificar através do Quadro 1, que existe claramente um predomínio do género feminino, representado por 85,4% dos participantes desta investigação. A grande maioria dos participantes é casado (46, 3%), vive com a família (92,7%) e não tem filhos (51,2%). No que diz respeito à escolaridade, a média de anos

de estudo dos participantes é de 13,2 (DP=4,3), variando entre os 4 e os 18 anos de escolaridade. Relativamente à zona de residência, 56,1% dos participantes habitam em zona urbana e apenas 2,4% refere viver a mais de 50Km do local de trabalho, habitando o resto dos participantes a uma distância inferior. Relativamente ao transporte utilizado para se dirigir ao local de trabalho, a maioria dos participantes utiliza transporte próprio (82,9%).

Quadro 1: Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis sociodemográficas.

		N	%
Género	Masculino	6	14,6
	Feminino	35	85,4
Estado Civil	Solteiro(a)	16	39
	Casado(a)	19	46,3
	União de Facto	2	4,9
	Divorciado(a)	2	4,9
	Separado (a)	0	0
	Viúvo(a)	2	4,9
Com quem vive?	Sozinho(a)	3	7,3
	Família	38	92,7
Zona de Residência	Rural	18	43,9
	Urbana	23	56,1
Distância Casa-Trabalho	0-10Km	31	75,6
	10-50Km	9	22
	>50Km	1	2,4
Transporte Utilizado	Público	0	0
	Próprio	34	82,9
	Outro	7	17,1

No que respeita às **características clínicas**, o Quadro 2 mostra-nos que dos 41 participantes, 34 referem não sofrer de nenhum tipo de patologia, enquanto os restantes (17,1%; N=7) distribuem-se pelas doenças músculo-esqueléticas (7,3%), respiratórias (4,9%), cardiovasculares (2,4%) e gastrointestinais (2,4%). Dos 7 participantes com presença de patologia, em 3 deles, esta desencadeou-se depois de iniciar a actividade profissional actual. No que diz respeito à toma de medicação psiquiátrica (antidepressiva e/ou ansiolítica), podemos verificar que nenhum dos participantes afirma tomar este tipo de medicação.

Quadro 2: Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis clínicas.

		N	%
Doença	Músculo-esqueléticas	3	7,3
	Cardiovasculares	1	2,4
	Respiratórias	2	4,9
	Gastrointestinais	1	2,4
	Psicológicas	0	0
	Outro	0	0
	Sem doença	34	82,9
Quando apareceu?	Antes de iniciar a actividade profissional	4	9,8
	Depois de iniciar a actividade profissional	3	7,3

Relativamente às **variáveis profissionais**, ao analisarmos o Quadro 3, verificamos que os 41 participantes agrupam-se em 10 categorias profissionais distintas, sendo a enfermagem a

categoria profissional predominante, com 36,6% dos participantes. A média de anos de serviço dos participantes na sua categoria profissional é de 7,68 (DP=8,95), variando entre 1 e 39 anos, enquanto os anos de serviço nas UICCI da SCME não ultrapassa os 4 anos¹¹, sendo o tempo mínimo de serviço prestado de 1 ano (M=2,54; DP=1,164). A grande maioria trabalha em regime normal (68,3%), por turnos (75,6%) e não acumula outras funções a par da actividade profissional actual (63,4%). Quando questionados da possibilidade de mudar de profissão e/ou emprego, 85,4% dos participantes responde de forma negativa. Para 26,3%, o aspecto mais gratificante da sua profissão/emprego actual é o auxílio prestado na recuperação e na promoção da qualidade de vida do utente, existindo 10 participantes que não responderam a esta questão, enquanto, o desgaste físico, emocional/psicológico e social é para a maioria (34,1%), o aspecto mais desgastante, existindo 12 participantes que não responderam.

Quadro 3: Medidas descritivas (N e %) relativas às variáveis profissionais.

		N	%
Categoria Profissional	Médico(a)	2	4,9
	Enfermeiro(a)	15	36,6
	Psicólogo(a)	1	2,4
	Assistente Social	1	2,4
	Fisioterapeuta	6	14,6
	Terapeuta Ocupacional	1	2,4
	Terapeuta da Fala	1	2,4
	Auxiliar de Acção Médica	3	7,3
	Auxiliar dos Serviços Gerais	10	24,4
	Técnico(a) Alimentar	1	2,4
Regime de Trabalho	Parcial	12	29,3
	Normal	28	68,3
	Acrescido	1	2,4
Aspecto mais Gratificante da Profissão/Emprego	Realização Pessoal e Profissional	3	7,3
	Reconhecimento Profissional	6	14,6
	Auxílio na recuperação/promoção da qualidade de vida do utente	12	29,3
	Trabalho em Equipa	2	4,9
	Relações Interpessoais com utentes/ Profissionais	8	19,5
	<i>Missing (não responderam)</i>	10	75,6
Aspecto mais Desgastante da Profissão/Emprego	Carga horária elevada/Excesso de trabalho	2	4,9
	Conflitos de Funções	3	7,3
	Desgaste físico, emocional/psicológico e social	14	34,1
	Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação	3	7,3
	Trabalho por turnos	4	9,8
	Insucesso na recuperação do utente	1	2,4
	Condições de trabalho inadequadas	2	4,9
	<i>Missing (não responderam)</i>	12	29,3

No que concerne às **variáveis de lazer**, verificamos que, 27 participantes praticam uma actividade de lazer, de periodicidade semanal (63,4) ou quinzenal (2,4%), enquanto 14 deles não têm qualquer tipo de actividade desta tipologia (34,1).

¹¹ As UICCI da SCME iniciaram o seu funcionamento em 2006, pelo que o tempo de serviço dos prestadores de cuidados formais nestas unidades, não ultrapassa os 4 anos.

3.3. Instrumentos

No processo de recolha de dados, utilizámos um protocolo de investigação constituído por um questionário sociodemográfico e profissional por nós delineado, e três instrumentos de medida. Ainda fez parte deste protocolo de investigação o Consentimento Informado (Anexo II), pensado para garantir os direitos, liberdades e garantias dos participantes.

3.3.1. *Questionário Sociodemográfico e Profissional*

O Questionário Sociodemográfico e Profissional (Anexo III) foi desenvolvido para efeitos do presente estudo. É constituído por 32 questões (23 fechadas e 9 abertas), e teve como principal objectivo recolher e avaliar um conjunto de variáveis importantes para o estudo, que não se encontravam contempladas nos outros três instrumentos de medida, permitindo-nos descrever a amostra relativamente às variáveis pessoais e profissionais. Entre essas variáveis distinguem-se os dados sociodemográficos, com as questões 1 a 11 (e.g., género, idade, estado civil, anos de escolaridade, agregado familiar, zona de residência), dados clínicos, com as questões 12 a 17 (e.g., presença e tipo de patologia, o seu início, baixa médica, medicação psiquiátrica), dados profissionais, com as questões 18 a 30 (e.g., actividade profissional, anos de serviço, regime de trabalho, trabalho por turnos) e dados relativos às actividades de lazer, com as questões 31 e 32.

3.3.2. *MBI-GS: Inventário de Burnout de Maslach – População Geral*

Para a avaliação do *burnout* foi utilizado o Maslach Burnout Inventory – General Survey [MBI-GS], desenvolvido por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996) e adaptado à população portuguesa por Nunes (1999) (Anexo IV). O MBI-GS é a terceira versão proveniente da escala original de auto-resposta criada por Maslach e Jackson (1996) – MBI – e foi desenvolvido com o objectivo de adaptar a escala original, dotando-a de características que permitissem explorar as dimensões do *burnout* em ocupações que não estão única e directamente orientadas para a relação com pessoas, procurando deste modo enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral (Maslach & Leiter, 1997).

O MBI-GS consiste num instrumento de auto-administração com 16 itens, formulados em escala do tipo *Likert*, com 7 proposições cotadas de 0 (*Nunca*) a 6 (*Todos os Dias*), que permitem avaliar as três dimensões correspondentes ao constructo actual de *burnout* no trabalho, sendo elas:

1. *Exaustão emocional e física* – Analisa os sentimentos de sobrecarga e o estado de fadiga emocional e física, e inclui os itens 1, 2, 3, 4 e 5 (e.g. “No meu trabalho sinto-me exausto/a emocionalmente”).

2. *Cinismo* – Pretende medir as atitudes de indiferença e distância face ao trabalho e inclui os itens 8, 9, 13, 14 e 15 (e.g. “Eu duvido do significado do meu trabalho”).
3. *Eficácia profissional* – avalia as expectativas dos participantes relativamente à sua eficácia no trabalho. Inclui os itens 6, 7, 10, 11, 12 e 16 (e.g. “Na minha opinião eu sou bom naquilo que faço”).

A pontuação é obtida para cada dimensão, através da soma dos itens da própria dimensão. A interpretação dos resultados deve ser efectuada de um modo parcial, em cada dimensão, sendo estas consideradas isoladamente (Maslach et al., 1996, *cit in* Afonso & Gomes, 2008).

Para avaliar a existência de *burnout* nos participantes, tomamos em consideração as estratégias assumidas por Mota-Cardoso (2002), num estudo de larga escala realizado em Portugal, com 2018 professores, em que se considera válido como limiar de *burnout* em cada dimensão, o produto do número de questões de cada dimensão, pelo ponto médio do *score* total possível¹². Valores de exaustão emocional e física, bem como cinismo acima do ponto de corte estabelecido e valores de eficácia profissional abaixo, são indicadores de *burnout*.

Neste estudo usámos a versão traduzida e adaptada à população portuguesa por Nunes (1999) e a estratégia já descrita para a cotação. Apesar do estudo de validação do MBI-GS à população portuguesa realizado por Nunes (1999) não se encontrar publicado – razão pela qual não podemos descrever as características psicométricas da versão utilizada –, esta escala é o instrumento mais utilizado na investigação sobre *burnout*, e com qualidades psicométricas bastante investigadas e confirmadas em outros estudos (Gil-Monte, 2002; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Schutte, Toppinen, Kalim, & Schaufeli, 2000; Taris, Scheurs, & Schaufeli, 1999).

Na aplicação do MBI à nossa amostra, para análise da consistência interna¹³ procedeu-se à determinação dos coeficientes de *alpha* de Cronbach¹⁴ para as diferentes dimensões. Os resultados obtidos nas dimensões Exaustão Emocional e Física e Cinismo (α de Cronbach de 0,63 e 0,62, respectivamente) ficam um pouco aquém do limite numérico fixado como aceitável para este coeficiente (0,80), contudo, um coeficiente entre 0,60 e 0,80 para este tipo de escala é razoável, pois cada dimensão contém apenas 5/6 itens. Na dimensão Eficácia Profissional o valor de *alpha* de

¹² **Pontos de corte** (Mota-Cardoso, 2002): 15 para Exaustão Emocional e Física, 15 para Cinismo e 18 para Eficácia Profissional.

¹³ É uma forma de avaliação do grau de fidelidade de um instrumento, efectuada através da determinação do *alpha* de Cronbach (Ribeiro, 2010). A fidelidade de um instrumento “consiste na sua capacidade de fornecer resultados semelhantes sob condições constantes em qualquer ocasião” (Bell, 2002, p. 87), referindo-se portanto à sua consistência (Hill & Hill, 2002).

¹⁴ Segundo Pestana e Gageiro (2008), podemos considerar a consistência interna: muito boa – *alpha* superior a 0,9; boa – *alpha* entre 0,8 e 0,9; razoável – *alpha* entre 0,7 e 0,8; fraca – *alpha* entre 0,6 e 0,7 e inadmissível – *alpha* inferior a 0,6.

Cronbach foi de 0,80, encontrando-se dentro dos padrões estabelecidos. Os resultados obtidos são, então, indicativos de uma razoável consistência interna e, por conseguinte, da sua fidelidade.

3.3.3. WES: Escala de Ambiente Laboral - Forma Real

Para avaliar o ambiente laboral, utilizámos a Work Environment Scale - Forma Real [WES - Forma R] de Moos e Insel (1974), adaptada à população portuguesa por Louro (2005) (Anexo V). A WES-Forma R é uma escala de auto-resposta destinada a avaliar o clima organizacional de vários tipos de unidades de trabalho, centrando-se nas relações entre empregados/empregados, empregados/supervisores, e na unidade básica da estrutura organizacional e funcionamento. Pretende, portanto, medir as percepções que cada inquirido tem acerca do seu local de trabalho.

É uma escala dicotómica, com 90 itens distribuídos por 10 subescalas com 9 itens cada. A diferença entre as 10 subescalas é clara, no entanto elas apresentam similaridades que as permitem agrupar, segundo Moos (1986 *cit in* Louro, 1995) em três grandes dimensões:

1. *Dimensão Relacionamento* (subescalas: envolvimento (1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81), coesão entre colegas (2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82) e apoio do supervisor (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83) – avalia o interesse e comprometimento dos trabalhadores e a forma como a direcção os apoia e anima a apoiarem-se uns aos outros. E.g. “Não existe grande espírito de grupo”.
2. *Dimensão Desenvolvimento Pessoal* (Subescalas: autonomia (4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84), orientação para a tarefa (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85) e pressão no trabalho (6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86) – refere-se ao modo como os trabalhadores são estimulados para a auto-suficiência e sobre o modo como a direcção utiliza as normas e a pressão para controlar os trabalhadores. E.g. “Parece haver sempre urgência para tudo”.
3. *Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança* (Subescalas: clareza (7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87), controlo (8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88), inovação (9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89) e conforto físico (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90) – avalia a importância atribuída à inovação e novas propostas, o conhecimento ou desconhecimento, por parte dos trabalhadores, das suas funções e a forma como lhes são explicadas as normas e planos de trabalho. E.g. “Às vezes está demasiado calor”.

O máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é de 9 (assinalando respostas verdadeiras) e o mínimo é 0 (assinalando respostas falsas). Os 90 itens são, então, cotados como 0 (resposta *falsa*) e 1 (resposta *verdadeira*), existindo alguns itens cotados de forma

invertida. A pontuação média pode ser calculada para todos os membros de cada grupo de trabalho e para cada subescala (Moos & Insel, 1974 *cit in* Louro, 1995).

No nosso estudo utilizámos a versão traduzida e adaptada da WES à população portuguesa, realizada por Louro (1995). Os estudos psicométricos efectuados revelaram níveis de consistência interna para as 10 subescalas com valores de *alpha de Chronbach* entre 0,54 e 0,74, ficando um pouco aquém do limite numérico fixado como aceitável para este coeficiente (0,80). Contudo, Kline (1986, *cit in* Louro, 1995) defende que um coeficiente igual a 0,70 para este tipo de escalas é razoável, pois cada subescala contém apenas 9 itens. Em relação às dimensões, verifica-se que os coeficientes α variam entre 0,63 e 0,86. Relativamente à validade de conteúdo¹⁵, destacam-se as correlações item/subescala, onde foi possível verificar que todos os itens apresentam correlações superiores a 0,20 com o total da sua escala, indicando-nos homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada subescala, e ainda as correlações subescalas/dimensões, onde é possível afirmar que existe “*uma certa evidência para a validade de conteúdo de cada dimensão, ou seja, uma certa homogeneidade de conteúdo das subescalas dentro de cada dimensão*” (Louro, 1995, p.118). A análise factorial¹⁶ das componentes principais realizada para os 40 subtestes revelou nove factores bem definidos, facto que, no seu conjunto explicam 57% da variância total dos resultados obtidos (Louro, 1995).

Louro (1995), na leitura dos resultados da WES, conclui que a escala apresenta melhores resultados ao nível das subescalas que nas dimensões, o que vem de encontro aos resultados do autor original que faz referência às dimensões apenas no início do manual, pelo que no nosso estudo fazemos referência apenas às subescalas. Desta forma, valores elevados de envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, orientação da tarefa, autonomia, clareza, inovação e conforto físico, identificam uma boa percepção sobre o ambiente de trabalho, enquanto valores elevados de pressão e controlo no trabalho, identificam uma percepção menos boa (Louro, 1995).

Na aplicação da WES à nossa amostra, para análise da consistência interna procedeu-se à determinação dos coeficientes de *alpha* de Cronbach para as diferentes subescalas (Quadro 4). Os resultados revelaram níveis de consistência interna para as 10 subescalas com valores de *alpha de Chronbach* entre 0,84 e 0,88, o que é indicativo da sua boa consistência interna e, por conseguinte, da sua fidelidade.

¹⁵ Diz-se que o instrumento tem “(...) *validade de conteúdo adequada quando os itens formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos das componentes*” (Hill & Hill, 2002, p. 150).

¹⁶ Técnica estatística que “(...) *analisa, no essencial, as correlações entre várias variáveis para encontrar um conjunto de “factores” que, teoricamente, representam o que têm em comum as variáveis analisada*” (Hill & Hill, 2002, p.152).

Quadro 4: Valores de consistência interna da WES no nosso estudo e na versão de Louro (1995)

Subescalas WES	<i>alpha</i> de Cronbach	<i>alpha</i> de Cronbach (Louro, 1995)
Envolvimento	0,85	0,70
Coesão entre Colegas	0,84	0,73
Apoio do Supervisor	0,86	0,71
Autonomia	0,86	0,69
Orientação para a Tarefa	0,85	0,57
Pressão no Trabalho	0,88	0,60
Clareza	0,85	0,70
Controlo	0,86	0,54
Inovação	0,85	0,64
Conforto Físico	0,86	0,74

3.3.4. BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para avaliar os sintomas psicopatológicos foi utilizado o Brief Symptom Inventory [BSI] de Derogatis (1993), adaptada à população portuguesa por Canavarro (1995) (Anexo VI). O BSI é um inventário que permite avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas¹⁷; Total de Sintomas Positivos¹⁸ e Índice de Sintomas Positivos¹⁹), sendo os últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007).

É um inventário de auto-resposta, constituído por 53 itens, onde o participante deverá classificar o grau em que cada problema os afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia desde *Nunca* (0 pontos) até *Muitíssimas vezes* (4 pontos). O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 2007).

Para obter as pontuações para as nove dimensões deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item pertencentes a cada dimensão, e dividir a soma pelo número de itens pertencentes à dimensão respectiva. Para a dimensão *somatização* contribuem os itens 2, 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37, para as *obsessões-compulsões* os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36, para a *sensibilidade interpessoal* os itens 20, 21, 22 e 42, para a *depressão* os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50, para a *ansiedade* os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49, para a *hostilidade* os itens 6, 13, 40, 41 e 46, para a *ansiedade fóbica* os itens 8, 28, 31, 43 e 47, para a *ideação paranóide* os itens 4, 10, 24, 48 e 51 e para o *psicoticismo* os itens 3, 14, 34, 44 e 53. Quatro itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) embora contribuíssem com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas. Assim,

¹⁷ “Este índice representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados” (Canavarro, 2007, p. 307).

¹⁸ “ (...) Representa o número de queixas somáticas apresentadas” (Canavarro, 2007, p. 307).

¹⁹ “Oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados” (Canavarro, 2007, p. 307).

por critérios estatísticos, não deveriam ser incluídos no inventário mas, dada a sua relevância clínica, são considerados nas pontuações dos Índices Globais (Canavarro, 2007).

Neste estudo, optámos apenas pela utilização das subescalas e da medida de avaliação sumária de perturbação emocional – Índice Geral de Sintomas [IGS] – que informa sobre o grau de *distress* psicológico global. Esta opção encontra justificação no facto de se tratar de um índice sumário, que permite avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos sujeitos. Para o cálculo do IGS deverá somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco).

Neste estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada do BSI à população portuguesa, realizada num estudo com 404 participantes da população em geral e 147 participantes perturbados emocionalmente onde se obtiveram as seguintes pontuações (Quadro 5) (Canavarro, 1999, *cit in* Canavarro, 2007):

Quadro 5: Estatística descritiva para as pontuações do BSI na sua validação à realidade portuguesa (*adapt.* Canavarro, 2007).

Dimensões/Índice	População geral		Perturbações emocionais	
	M	DP	M	DP
Somatização	0,57	0,92	1,36	1,00
Obsessões-Compulsões	1,29	0,88	1,92	0,93
Sensibilidade Interpessoal	0,96	0,73	1,60	1,03
Depressão	0,89	0,72	1,83	1,05
Ansiedade	0,94	0,77	1,75	0,94
Hostilidade	0,89	0,78	1,41	0,90
Ansiedade Fóbica	0,42	0,66	1,02	0,93
Ideação Paranóide	1,06	0,79	1,53	0,85
Psicoticismo	0,67	0,61	1,40	0,83
IGS	0,84	0,48	1,43	0,71

Os estudos psicométricos efectuados nesta versão revelaram níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha de Chronbach* entre 0.72 e 0.80 (com excepção das escalas de *Ansiedade Fóbica* e de *Psicoticismo*, que apresentam valores ligeiramente inferiores, 0,62). Relativamente à validade de conteúdo, as correlações item/nota global variam entre 0,29 e 0,78, permitindo-nos depreender que existe uma boa consistência interna.

Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo, enquanto a simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentado (Canavarro, 2007).

Na aplicação do BSI à nossa amostra, objectivando analisar a consistência interna, procedeu-se à determinação dos coeficientes de *alpha* de Cronbach para as diferentes dimensões e para o IGS (Quadro 6). Os resultados revelaram níveis de consistência interna com valores de

alpha de Chronbach entre 0,90 e 0,92, o que é indicativo da sua muito boa consistência interna e, por conseguinte, da sua óptima fidelidade.

Quadro 6: Valores de consistência interna do BSI no nosso estudo e na versão de Canavarro (1999)

Dimensões	<i>alpha</i> de Cronbach	<i>alpha</i> de Cronbach (Canavarro, 1999)
Somatização	0,91	0,80
Obsessões-Compulsões	0,90	0,77
Sensibilidade Interpessoal	0,90	0,76
Depressão	0,90	0,73
Ansiedade	0,90	0,77
Hostilidade	0,91	0,76
Ansiedade Fóbica	0,92	0,62
Ideação Paranóide	0,91	0,72
Psicoticismo	0,90	0,62

3.4. Procedimento

3.4.1. *Seleccção dos participantes e recolha de dados*

Primeiramente, foi efectuado um pedido de autorização formal à direcção das UICCI da SCME, tendo-se obtido o consentimento por escrito. Seguidamente, estabeleceu-se contacto com a enfermeira directora, com o objectivo de se obter a listagem dos cuidadores formais que lá trabalhavam, bem como combinar os detalhes da recolha da amostra.

Após a listagem e autorização, e acordada a data de início da recolha da amostra, procedeu-se ao contacto com cada um dos cuidadores, sendo-lhes fornecidas informações completas acerca da investigação, apelando desta forma à sua colaboração. Salienta-se que dos 69 cuidadores, não foi possível contactar 15, devido a vários factores incontornáveis (eg. baixa médica). Após esclarecidas todas as dúvidas, procedeu-se à entrega do protocolo de investigação, que para além de conter todos os instrumentos de avaliação, incluía ainda o Consentimento Informado. O protocolo de investigação foi entregue dentro de um envelope sem qualquer informação (remetente ou destinatário), sendo pedido aos participantes que o mantivessem assim, e o fechassem antes de o devolverem, de forma a garantir o carácter de confidencialidade e anonimato da investigação. Foi-lhes ainda pedido que preenchessem o protocolo de investigação fora do local de trabalho, de modo a não influenciar e prejudicar o funcionamento das UICCI, e que o devolvessem o mais breve possível.

Em média, cada participante demorou cerca de 1 a 2 semanas a entregar o protocolo, contudo o período de recolha de dados revelou-se extenso devido ao horário por turnos, que dificultou o contacto com alguns cuidadores que só faziam o turno da noite, sendo por isso

mais difíceis de aceder. Existiram 13 participantes que nunca devolveram o protocolo de investigação, sendo excluídos da nossa amostra, o que também contribuiu para o atraso na recolha dos dados, uma vez que alguns destes nos garantiam a sua entrega. Após a recolha da totalidade dos protocolos preenchidos (N=41) passámos à análise e tratamento dos dados, descrevendo os resultados e formulando as conclusões.

3.4.2. Métodos de análise estatística

Segundo Pestana e Gageiro (2008), a estatística apresenta-se como um instrumento matemático fundamental para se proceder à recolha, organização, apresentação, análise e interpretação de dados, podendo ter como apoio o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS]. Neste estudo os dados recolhidos foram editados e analisados numa base criada para o efeito no programa SPSS, versão 19.0 do Windows (2007).

A análise de dados do nosso estudo iniciou-se com a estatística descritiva²⁰ (média, desvio padrão, mínimos e máximos) para a caracterização da amostra deste estudo em relação às características pessoais e profissionais, e em relação aos níveis de *Burnout*, à percepção do Ambiente Laboral e à Sintomatologia Psicopatológica.

Posteriormente, para calcular a fidelidade dos instrumentos (pelo método da consistência interna) calculou-se o *alpha* de Cronbach, traduzindo este último, “(...) a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo (...)” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 527-528).

Finalmente, para estudar a análise correlacional entre o *burnout* e as diferentes variáveis recorreremos à correlação de *Pearson*. Este tipo de análise permite observar a associação ou interrelação entre duas variáveis, ou seja, a tendência com que as variações registadas numa se relacionam com as variações observadas na outra (Ribeiro, 2010). A interpretação dos resultados obtidos assenta nas directrizes transmitidas por Pestana e Gageiro (2000), através das quais, valores de *r* inferiores a 0,2 indicam-nos a existência de associações muito baixas; de 0,2 a 0,39, baixas; 0,4 a 0,69 moderadas; 0,7 a 0,89 altas; e superiores a 0,9 são consideradas muito elevadas, sendo o valor 1, indicador de uma correlação perfeita. Relativamente à interpretação estatística dos resultados, serão utilizados os níveis de significância 5% ($p < 0,05$) e 1% ($p < 0,01$), permitindo-nos desta forma garantir que os mesmos, não serão produto do acaso.

²⁰“(...) permite caracterizar os dados de determinada amostra. É um procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variável. É um procedimento básico que, por isso, é incluído, normalmente, em todas as investigações” (Ribeiro, 2010, p. 126).

Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados

4.1. Análise da existência de *Burnout* nos prestadores de cuidados formais

Para avaliar a existência de *burnout* nos cuidadores formais, procedemos á determinação das pontuações do MBI-GS nas diferentes dimensões que constituem o conceito multidimensional desta síndrome (Quadro 7).

Quadro 7: Estatística descritiva das pontuações do MBI-GS nos cuidadores formais.

	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Exaustão Emocional e Física	41	0	21	7,63	5,05
Cinismo	41	0	20	6,68	5,89
Eficácia Profissional	41	18	36	32,27	4,09

Tendo em conta os critérios definidos por Mota-Cardoso (2002) para os pontos de corte que permitem atribuir *burnout* significativo aos respondentes (c.f. 3.3.2), podemos verificar, que os participantes apresentam, em média, pontuações que nos indicam ausência de *burnout* significativo (valores de *Exaustão Emocional e Física* e de *Cinismo* abaixo do ponto de corte estabelecido e valores de *Eficácia Profissional* acima do ponto de corte estabelecido). Contudo, apesar de não existirem níveis de *burnout* com significado clínico, podemos concluir, depois de avaliarmos cada uma das diferentes dimensões, que a Exaustão Emocional e Física será a componente mais preocupante e facilitadora de *burnout* ($M=7,63$; $DP=5,05$).

4.2. Análise correlacional entre o MBI-GS e as características Sociodemográficas e Profissionais

Com o objectivo de compreendermos os resultados obtidos no MBI-GS, procedemos à pesquisa da relação (correlação de *Pearson*) entre as diferentes dimensões deste instrumento com as variáveis Sociodemográficas e Profissionais (Quadro 8).

Quadro 8: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões do MBI-GS e as variáveis Sociodemográficas e Profissionais.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Idade	- 0,458**	- 0,099	- 0,024
Anos de Escolaridade	0,168	- 0,084	- 0,219
Distância Casa-Trabalho	0,217	0,148	- 0,317*
Anos de Serviço na Profissão	- 0,409*	- 0,013	- 0,019
Anos de Serviços nas UICCI	- 0,081	0,230	0,001

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Através da análise do Quadro 8, constata-se que a dimensão Cinismo não se encontra correlaciona, significativamente, com nenhuma das variáveis sociodemográficas nem profissionais. Contudo, a dimensão Exaustão Emocional e Física correlaciona-se de forma negativa, moderada e significativa com as variáveis Idade ($r = -0,458$; $p = 0,01$) e Anos de Serviço na Profissão ($r = -0,409$; $p = 0,05$), enquanto a dimensão Eficácia Profissional se correlaciona de forma negativa, fraca e significativa com a variável Distância Casa-Trabalho ($r = -0,317$; $p = 0,05$).

4.3. Análise da percepção do Ambiente Laboral nos prestadores de cuidados formais

De modo a avaliar como é que os cuidadores formais percebem o seu ambiente de trabalho, procedemos à determinação das pontuações das subescalas da WES (Quadro 9).

Quadro 9: Estatística descritiva da WES nos cuidadores formais.

	<i>N</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Envolvimento	41	2	9	7,20	1,79
Coesão entre Colegas	41	1	9	5,83	2,48
Apoio do Supervisor	41	1	8	5,05	1,95
Autonomia	41	2	9	5,95	1,56
Orientação para a Tarefa	41	3	9	6,68	1,74
Pressão no Trabalho	41	0	9	4,05	2,52
Clareza	41	2	9	6,54	2,05
Controlo	41	3	9	6,10	1,48
Inovação	41	1	9	5,66	2,39
Conforto Físico	41	2	9	6,68	1,94

Considerando o ponto médio²¹ estabelecido para cada subescala, podemos verificar, através do Quadro 8, que em todas as subescalas do Ambiente Laboral, os participantes apresentam, em média, pontuações elevadas, à excepção da subescala *Pressão no Trabalho*, que se encontra ligeiramente abaixo do ponto médio estabelecido ($M=4,05$; $DP=2,52$). Estes resultados revelam uma atitude positiva e uma boa percepção dos participantes perante o seu ambiente laboral, à excepção dos valores elevados da subescala *Controlo* ($M=6,10$; $DP=1,48$), que se encontram associados a percepções menos boas sobre o ambiente de trabalho.

4.4. Análise correlacional entre o MBI-GS e a WES

Com o objectivo de analisarmos qual a relação existente entre o *Burnout* e o Ambiente Laboral, procedemos ao estudo correlacional (correlação de *Pearson*) entre as dimensões/subescalas do MBI-GS e da WES (Quadro 10).

²¹ O máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é 9, logo o ponto médio é igual a 4,5.

Quadro 10: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões do MBI-GS e as subescalas da WES

WES \ MBI-GS	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Envolvimento	- 0,069	- 0,314*	- 0,120
Coesão entre Colegas	- 0,167	- 0,357*	- 0,052
Apoio do Supervisor	- 0,150	- 0,190	0,453*
Autonomia	0,153	- 0,148	- 0,045
Orientação para a Tarefa	0,137	0,063	0,411*
Pressão no Trabalho	0,378	0,127	- 0,436**
Clareza	- 0,106	0,031	0,299
Controlo	0,222	0,055	- 0,190
Inovação	- 0,044	- 0,322*	0,148
Conforto Físico	0,148	0,105	- 0,005

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os resultados mostram associações significativas negativas e fracas entre a dimensão Cinismo e as subescalas Envolvimento ($r = -0,314$; $p = 0,05$), Coesão entre Colegas ($r = -0,357$; $p = 0,05$) e Inovação ($r = -0,322$; $p = 0,05$). No que respeita à dimensão Eficácia Profissional, verificam-se correlações positivas, moderadas e significativas com as subescalas Apoio do Supervisor ($r = 0,353$; $p = 0,05$) e Orientação para a Tarefa ($r = 0,311$; $p = 0,05$), e correlações negativas, moderadas e significativas com a subescala Pressão no Trabalho ($r = -0,436$; $p = 0,01$). A dimensão Exaustão Emocional e Física não está relacionada, significativamente, com nenhuma das subescalas do Ambiente Laboral.

4.5. Análise da Sintomatologia Psicopatológica nos prestadores de cuidados formais

No que respeita aos sintomas psicopatológicos, do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões do BSI fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo, enquanto o IGS informa sobre o grau de *distress* psicológico global (Quadro 11).

Quadro 11: Estatística descritiva para as pontuações do BSI.

	<i>N</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	41	0	1,29	0,37	0,36
Obsessões-Compulsões	41	0	2,17	0,70	0,51
Sensibilidade Interpessoal	41	0	2,25	0,59	0,51
Depressão	41	0	1,83	0,52	0,51
Ansiedade	41	0	1,00	0,44	0,28
Hostilidade	41	0	2,20	0,49	0,43
Ansiedade Fóbica	41	0	0,60	0,17	0,20
Ideação Paranóide	41	0	2,40	0,83	0,56
Psicoticismo	41	0	1,20	0,31	0,33
IGS	41	0	1,25	0,49	0,30

Assim sendo, e tendo em consideração as pontuações médias obtidas por Canavarro (1999) (c.f. 3.3.4), verificamos, que nenhuma das dimensões do BSI, apresenta valores clínicos significativos, uma vez que em nenhum dos sintomas psicopatológicos as pontuações se encontram acima do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional. Foi ainda calculado o IGS, cujo valor médio foi de 0,49 (DP=0,30), o que nos indica que os participantes apresentam um óptimo bem-estar psicológico.

4.6. Análise correlacional entre o MBI-GS e o BSI

Continuando a pesquisa de relações entre a variável *burnout* e outras, procedeu-se ao estudo correlacional (correlação de *Pearson*) entre as diferentes dimensões do MBI-GS e o BSI (Quadro 12).

Quadro 12: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões e o IGS do BSI e as dimensões do MBI-GS.

BSI \ MBI-GS	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Somatização	0,395*	0,395*	0,020
Obsessões-Compulsões	0,419**	0,411**	- 0,198
Sensibilidade Interpessoal	0,451**	0,427**	- 0,283
Depressão	0,457**	0,684**	- 0,155
Ansiedade	0,390*	0,407**	- 0,138
Hostilidade	0,194	0,574**	- 0,251
Ansiedade Fóbica	- 0,162	0,042	- 0,033
Ideação Paranóide	0,398*	0,439**	- 0,234
Psicoticismo	0,466**	0,464**	- 0,344*

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os resultados mostram, que a dimensão Exaustão Emocional e Física se correlaciona de forma positiva, moderada e significativa com todas as dimensões do BSI consideradas, com excepção da Hostilidade e da Ansiedade Fóbica. No que respeita à dimensão Cinismo, verificam-se correlações também elas positivas, moderadas e significativas com todas dimensões do BSI, com excepção da Ansiedade Fóbica. Relativamente à dimensão Eficácia Profissional, os resultados mostram associações negativas, fracas e significativas apenas com a dimensão Psicoticismo ($r = -0,344$; $p = 0,05$). A Ansiedade Fóbica é a único sintoma psicopatológico que não se correlaciona, significativamente, com nenhuma das dimensões do *burnout*.

Capítulo 5 – Discussão de Resultados

Neste capítulo iremos realizar uma integração compreensiva e reflexiva dos resultados obtidos no capítulo anterior, sustentando-nos nos aspectos teóricos abordados na primeira parte desta dissertação. As questões que colocámos no Capítulo 4 constituem as nossas linhas de orientação e será com base nelas que iremos estruturar a nossa discussão.

5.1. *Burnout*

✓ **Análise do fenómeno de *Burnout* nos prestadores de cuidados formais**

Uma das primeiras questões formuladas para o nosso estudo, centrou-se na análise do fenómeno de *burnout*, numa amostra de cuidadores formais da UICCI de Esposende, tendo-se recorrido ao MBI-GS para o efeito.

Tendo em consideração os critérios definidos por Mota-Cardoso (2002), para os pontos de corte que permitem atribuir *burnout* significativo aos respondentes (c.f. 3.3.2), e os resultados obtidos na nossa amostra, verificamos que os participantes apresentam, em média, pontuações que nos indicam ausência de *burnout* significativo, traduzindo-se em valores elevados de eficácia profissional e baixos de exaustão emocional e física, bem como, de cinismo. No entanto, gostaríamos de salientar que o *burnout* é conceptualizado como uma variável contínua, estendendo-se de grau baixo²² a moderado²³, e de moderado a elevado²⁴ da experiência do sentimento (Soares, 2010). Neste sentido, consideramos que os resultados obtidos, apesar de não serem significativos, revelam a existência de baixos níveis de *burnout*.

Para além disso, mais do que avaliar o *burnout* global, importa avaliar as suas dimensões isoladamente (Maslach et al., 1996). Sendo assim, a elevada percepção de eficácia profissional, poderá ajudar a compreender a ausência de *burnout* significativo. Contudo, não podemos descurar os valores obtidos na dimensão exaustão emocional e física²⁵, sendo das três dimensões, a que mais se aproxima dos pontos de corte, podendo revelar-se futuramente como a componente facilitadora de *burnout*. Aliás, o *desgaste físico, emocional e psicológico* sentido, foi referenciado pela nossa amostra, como o aspecto mais desgastante da sua profissão.

²² Reflectem-se nos resultados baixos das subescalas de Exaustão Emocional e Física e de Cinismo, e resultados elevados na subescala de Eficácia Profissional.

²³ Reflectem-se nos resultados médios das três subescalas.

²⁴ Reflectem-se nos resultados elevados nas subescalas de Exaustão Emocional e Física e de Cinismo, e nos resultados baixos da Eficácia Profissional.

²⁵ Definida por Afonso e Gomes (2008) como o esgotamento físico e/ou psicológico, traduzido por um cansaço emocional, com a sensação de não poder dar mais de si.

As conceptualizações mais recentes, demonstram a primazia da dimensão exaustão emocional e física no desenvolvimento de *burnout*, tendo sido sugerido por Sá (2008), a limitação da conceptualização multidimensional do *burnout* à exaustão emocional. Marques-Teixeira (2002), considera que no modelo multidimensional do *burnout*, a exaustão emocional é a qualidade central e a manifestação mais evidente desta complexa síndrome. Estas considerações vêm dar ênfase aos resultados encontrados no nosso estudo, que apesar de não revelarem níveis de *burnout* significativos, manifestam elevação desta dimensão comparativamente às outras.

✓ ***Burnout* e características Sociodemográficas e Profissionais**

O estudo correlacional do MBI-GS com algumas das variáveis sociodemográficas e profissionais demonstrou a existência de correlações significativas e inversamente proporcionais entre a dimensão exaustão emocional e física, com a idade e os anos de serviço na profissão. Isto significa que, cuidadores formais mais jovens e com menos experiência profissional, evidenciam maiores sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional perante as exigências do trabalho. Tal facto poderá estar relacionado com elevada expectativa que um profissional jovem, em início de carreira, apresenta perante o trabalho. Uma expectativa quase irreal de que o trabalho preenche totalmente a sua vida, existindo uma identificação excessiva com os utentes e um dispêndio de energia descomedido que, frequentemente, se revela ineficaz (Delbrouck, 2006). Estudos efectuados por Rosa e Carlotto (2005), parecem indicar que nos profissionais jovens, factores como insegurança no início da carreira, confronto com as dificuldades reais do trabalho, elevadas expectativas profissionais, jornadas de trabalho amplas e exigência emocional, tornam-nos mais vulneráveis à instalação desta síndrome. O facto de os respondentes da nossa investigação serem maioritariamente jovens, e consequentemente com pouca prática profissional, poderá contribuir para a elevação das pontuações, relativamente à dimensão exaustão emocional e física.

Também a dimensão eficácia profissional se correlaciona de forma inversamente proporcional com a variável distância casa-trabalho, o que significa que, os profissionais que residem mais perto do local de trabalho são aqueles que revelam maiores expectativas profissionais, e consequentemente, maior eficácia profissional. O facto de a maior parte dos sujeitos viver a menos de 10 km do local de trabalho poderá constituir um factor protector de *burnout*. Efectivamente, quando comparados com os profissionais que residem a mais de 50km, estes dispendem, diariamente, menos tempo na sua deslocação, reduzindo não somente o desgaste físico e emocional da mesma, o que lhes permite empenharem-se mais nas suas funções e

mostrarem-se mais eficazes no seu trabalho, bem como, proporcionando-lhes tempo efectivo para investirem na esfera pessoal e/ou familiar.

Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas, não foi permissível estabelecer associações com os níveis de *burnout*, pois devido ao número reduzido de participantes e conseqüente homogeneidade da amostra, não foi possível a formação de grupos para comparação de resultados. No entanto, apesar da homogeneidade da amostra, e impossibilidade de formação de grupos, existem algumas características que devemos destacar por poderem justificar os resultados obtidos anteriormente descritos.

Entre essas características está a prevalência significativa do género feminino. Segundo Maslach (1981, *cit in* Queirós, 1997) e Burke (1989, *cit in* Trigo et al., 2007) as mulheres apresentam pontuações mais elevadas em exaustão emocional do que os homens, e por isso, a prevalência do género feminino neste estudo, poderá estar associado à elevação das pontuações, relativamente a esta dimensão. A elevação da exaustão emocional no género feminino pode ocorrer pela dupla jornada de trabalho (a profissional e a do lar) a que a maioria está sujeita. Outro factor a considerar, reside na possibilidade de interferência entre as características da profissão e a questão do género, uma vez que algumas são predominantemente masculinas, como os policiais e os bombeiros, e outras femininas, como é a prestação de cuidados (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Também o trabalho por turnos, característico da nossa amostra, poderá contribuir para os valores ligeiramente mais elevados de exaustão emocional e física, comparativamente com as outras dimensões. Com a alteração do ritmo circadiano, são evidentes alterações ao nível da duração da qualidade do sono e perda de peso devido à irregularidade no horário das refeições e ao regime alimentar desequilibrado, que levam ao aparecimento de um estado de fadiga mental e conseqüentemente a uma diminuição das capacidades, que influenciará negativamente o rendimento laboral (Cruz e Silva, 1995, *cit in* Santos et al., 2008).

Relativamente ao estado civil, grande parte da nossa amostra apresenta um relacionamento afectivo estável (casados e em união de facto), o que poderá constituir um factor protector à instalação do *burnout*, pois a maioria dos estudos aponta o casamento ou um relacionamento afectivo estável, como factores associados a índices mais baixos de *burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997). Contudo, segundo Pereira (2006), a qualidade do relacionamento também deve ser considerada e não apenas o facto de se ter um companheiro, pois a qualidade do suporte social e

familiar recebido, influência a capacidade de lidar com as exigências do trabalho. Para Gazzotti e Vasques-Menezes (1999), a fragilidade emocional provocada pela falta dos suportes afectivo e social traz grande sofrimento, uma vez que o reflexo dessa situação não fica restrito à vida privada, ampliando-se para o campo das relações de trabalho. Assim sendo, o facto de a grande maioria dos participantes viver com a família, pressupõe a presença de um sentimento de poder contar com os mais próximos nos momentos de maior dificuldade, e por isso, também ele poderá constituir um factor protector.

Numa primeira análise, e considerando a literatura existente no que se refere a instituições de saúde, tínhamos alguma expectativa de encontrar junto dos cuidadores formais, níveis de *burnout* significativamente superiores aos que obtivemos. Contudo, o número elevado de factores protectores, que parecem estar associados, poderá estar na base dos resultados obtidos.

5.2. Ambiente Laboral

✓ Percepção do Ambiente Laboral nos prestadores de cuidados formais

O conceito de ambiente laboral compreende as percepções compartilhadas entre os membros da organização sobre o ambiente organizacional. Os significados compartilhados vão constituir o ambiente laboral com os seus vários componentes (estrutura, estilo de liderança, comunicação, controlo, apoio organizacional, conflitos e confiança). Segundo Magalhães (2006), é importante conhecer em que nível o profissional está satisfeito ou não, com seu trabalho. Esta condição pode direccionar a sua saúde, conduzindo para o bem-estar ou para a somatização de conflitos no ambiente de trabalho, dependendo da forma como o profissional se posiciona.

Quando reflectimos, nesta investigação, sobre a percepção dos cuidadores formais acerca do seu ambiente laboral, tendo-se recorrido à WES para o efeito, verificamos que os resultados revelam, de um modo geral, uma percepção positiva e satisfatória perante o seu local de trabalho, uma vez que estes apresentam, em média, pontuações elevadas em todas as subescalas relacionadas positivamente com o ambiente laboral (envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, clareza, inovação e conforto físico).

Entre essas subescalas assumem maior destaque o envolvimento, a orientação para a tarefa e o conforto físico, o que significa que, os participantes revelam uma grande preocupação e envolvimento com o seu trabalho e com o bom planeamento e eficiência na realização das tarefas laborais, percepcionando o ambiente físico como indutor de um ambiente de trabalho agradável.

Também os baixos valores da subescala pressão no trabalho, são indicativos de uma boa percepção do ambiente laboral, pois significa que, o grau em que a pressão do trabalho e a urgência no tempo dominam o meio social onde trabalham, é percebido como baixo.

Por sua vez, os valores ligeiramente elevados da subescala controlo, encontram-se associados a percepções menos boas sobre o ambiente de trabalho, o que indica que, os cuidadores formais consideram que a instituição faz uso de regras e pressões para controlar os seus trabalhadores, contudo, estes resultados, isoladamente, não contribuem para uma percepção global negativa do ambiente laboral e da própria organização, sobretudo quando percebem um bom apoio organizacional (supervisor).

✓ ***Burnout* e Ambiente laboral**

É também importante conhecer o modo como o ambiente de trabalho influencia a saúde mental dos seus profissionais e o impacto que as variáveis institucionais produzem na vida dos trabalhadores. Segundo Tamayo (2004), o ambiente laboral é insistentemente mencionado pelos autores como uma fonte importante de *stress*. Chiavenato (1994) diz que clima e o meio interno da organização, a atmosfera psicológica e característica que existe em cada organização, constitui um ambiente laboral que não pode ser tocado ou visualizado, mas que pode ser percebido pelos colaboradores. Quando analisamos a relação entre a percepção do ambiente laboral e os níveis de *burnout*, verificamos a existência de correlação negativa entre o envolvimento e o cinismo, ou seja, quanto maior o grau de preocupação e entrega dos cuidadores, menores as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. Estes dados são corroborados por Magalhães (2006), segundo o qual uma percepção positiva do cuidador acerca do seu trabalho contribui para um maior envolvimento e entrega nas tarefas, aumentando a capacidade de empatia e diminuindo a necessidade de distanciamento e isolamento, como mecanismos de protecção perante a presença de sentimentos negativos.

A correlação negativa entre a coesão entre colegas e o cinismo, indica que quanto maior a ajuda e amabilidade entre os profissionais, menores as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. Segundo Grazziano (2008), quando o ambiente laboral se caracteriza por falta de apoio e de confiança, existência de hostilidade e conflitos mal resolvidos, isso conduz à ausência de trabalho de equipa, de comunicação entre colegas e ao consequente desgaste e desinteresse. É importante o sentimento de poder contar com o próximo, e nas UICCI, assim como é qualquer instituição de saúde, é importante o trabalho interdisciplinar, a

definição e assunção de objectivos comuns orientadores das actuações entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados, para a obtenção de resultados com elevados níveis de sucesso e consequentemente, para a diminuição de sentimentos de inutilidade e desmotivação, que poderão conduzir aos distanciamento e desinteresse pelas tarefas laborais. Segundo Oubiña (1995, *cit in* Pereira, 2008) “*colegas que proporcionam apoio são obviamente um antídoto importante para os acontecimentos carregados de ansiedade; ao contrário, aqueles que são muito competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos, somente contribuirão para piorar as situações difíceis (p. 27).*”

O resultado da correlação entre o apoio do supervisor e a dimensão eficácia profissional permite compreender que quanto maior o esforço dos líderes para animar e criar bom ambiente de trabalho, maiores as expectativas de eficácia dos profissionais relativamente ao seu trabalho. Segundo Grazziano (2008), a falta de suporte organizacional, conduz a pensamentos de não poder contar com ninguém e a sentimentos de desamparo, desrespeito e carência de orientação. Esta percepção de falta de apoio e suporte pode estar relacionada com a ausência de reconhecimento profissional ou com sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais, contribuindo para o desenvolvimento de emoções intensas de grande repercussão psicológica (Grazziano, 2008; Trigo et al., 2007), geradoras de conflitos internos e de hostilidade. Mendonça (2003), defende que, pessoas que ocupam cargos de chefia, e se dedicam em procurar e criar o bem-estar de todos, devem estabelecer uma relação igualitária com todos os subordinados, favorecendo o clima entre os colegas de trabalho e evitando assim sentimentos de inutilidade, desamparo e ineficácia, que podem conduzir a níveis de *burnout*. Quanto menor o suporte sentido pelo profissional, maior a probabilidade de desenvolver *burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997).

A correlação positiva entre a orientação para a tarefa e a eficácia profissional, indica-nos que quanto maior o grau de planificação das tarefas, maiores as expectativas de eficácia dos profissionais relativamente ao seu trabalho. Estes resultados vêm de encontro a um estudo realizado por Grazziano (2008), que nos recorda que quando existem normas, direitos, métodos e objectivos pouco delimitados ou claros por parte da organização, que podem gerar no indivíduo insegurança relativamente aos objectivos que deve atingir, isso poderá conduzir à sobreposição de competências com outras pessoas e consequentemente a uma maior ineficácia profissional.

Os resultados da correlação entre a subescala pressão no trabalho e a dimensão eficácia profissional, permite-nos compreender que quanto maior a urgência e a pressão sentidas no

ambiente laboral, menores as expectativas de eficácia dos profissionais relativamente ao seu trabalho. Estudos indicam que as pressões advindas do trabalho repercutem-se negativamente, propiciando o aparecimento da SB (Maslach et al., 2001).

Por último, a correlação da subescala inovação com a dimensão cinismo, permite-nos observar que quanto maior o grau de importância atribuído à variedade e a mudança dos enfoques organizacionais, menores as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. Segundo Ferreira e Sousa (2008), a inovação organizacional pressupõe alterações fundamentais na estrutura e no sucesso actual da organização e por isso aplica-se ao desenvolvimento de novas tecnologias para a obtenção de novos e melhores resultados. Assim sendo, a criação de novas metas, de novos parâmetros de trabalho, de novas estruturas, visa de um modo geral melhorar o desempenho de uma organização e ao mesmo tempo estimular o local de trabalho. A inovação e a novidade visam motivar e envolver os profissionais com o seu trabalho, o que poderá estar associado a um melhor bem-estar psicológico e, conseqüentemente, a uma maior produtividade.

O estudo realizado pela UMCCI (2010), com 381 profissionais de UICCI, visando monitorizar a satisfação dos profissionais com o seu trabalho, verificou que 91% dos participantes referiram encontrar-se completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou simplesmente satisfeitos. Nas razões para essa satisfação, destaca-se com 22,3% o bom ambiente de trabalho, logo seguido da realização pessoal (16,2%) e das boas condições de trabalho (9,5%), o que vem reforçar o ambiente laboral das UICCI como possível factor protector de *burnout*, fundamentando mais uma vez os baixos níveis desta síndrome conseguidos junto da nossa amostra.

Salienta-se que, os nossos sujeitos quando questionados acerca da possibilidade de mudar de emprego, responderam massivamente que não o fariam, o que poderá ser indicativo do elevado grau de satisfação e motivação profissional actual, bem como, do elevado grau de satisfação para com o local de trabalho.

Em suma, o ambiente laboral tem influência directa e indirecta nos comportamentos, na motivação, na produtividade do trabalho e também na satisfação das pessoas envolvidas com a organização. Segundo Luz (2003), o ambiente laboral permite retratar o grau de satisfação material e emocional dos trabalhadores. Também é um factor de influência na produtividade do indivíduo e, conseqüentemente, da empresa. Desta forma, quando o ambiente laboral é favorável pode proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, ocasionando assim, uma boa relação

entre os trabalhadores entre si e entre os trabalhadores e a organização – o que parece se aplicar à nossa amostra e à instituição em estudo –, reduzindo os níveis de exaustão profissional.

5.3. Sintomatologia Psicopatológica

✓ Sintomatologia Psicopatológica nos prestadores de cuidados formais

A satisfação no trabalho tem sido associada à saúde do trabalhador, onde indivíduos mais satisfeitos com seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, tanto no que se refere à saúde física como mental (Locke 1976; Rocha 1996; Zalewska 1999, *cit in* Martinez e Paraguay, 2003). O trabalho não supre apenas as necessidades financeiras do profissional, mas também as emocionais por ser uma forma de auto-satisfação, auto-valorização e realização pessoal. Nesse sentido, um profissional insatisfeito pode vir a desenvolver estados psicopatológicos complexos.

Deste modo e, tendo presente que a nossa amostra é constituída por cuidadores formais e, como tal, sujeitos a situações diárias passíveis de causar alguma instabilidade emocional, avaliámos a ocorrência de sintomatologia psicopatológica nos mesmos. As pontuações obtidas no BSI revelam que nenhum dos sintomas psicopatológicos avaliados se encontra acima do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional, o que nos indica que a nossa amostra, de forma global, apresenta um bem-estar psicológico bastante satisfatório.

Salienta-se o facto de, o *auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do utente* ter sido referenciado pela nossa amostra, como o aspecto mais gratificante da sua profissão, encontrando-se o *reconhecimento profissional* também com uma percentagem considerável. Estes dados poderão ser indicativos do bom nível de satisfação dos cuidadores com o seu trabalho, ao sentirem que o que fazem traz benefícios e melhorias na vida do próximo, havendo um reconhecimento por isso, o que lhes poderá proporcionar auto-valorização, auto-realização, aumento da auto-estima e consequentemente bem-estar psicológico.

Também o facto das UICCI de Esposende só se encontrarem em funcionamento apenas há 4 anos, existindo alguns profissionais com ainda menos tempo de trabalho neste tipo de serviços de saúde, poderá fazer com que exista uma elevada expectativa em relação ao trabalho e um período de grande entusiasmo e motivação com a realização de tarefas que lhes transmitem satisfação. Este período é conhecido como a fase de entusiasmo idealista (c.f. 1.2.), característico

do início da carreira. Todo este plano poderá justificar o bem-estar psicológico verificado nestas unidades, contrariando a literatura existente acerca das instituições de saúde.

Aliado aos aspectos supracitados, surge o facto de terem sido apenas avaliados cuidadores formais de duas tipologias de unidades – UC e UMDR – cuja caracterização já descrita no capítulo 2 (c.f. 2.3), nos permite constatar que são unidades com um número reduzido de utentes, o que permite aos cuidadores dispor de mais tempo para cada utente e para a realização eficaz das suas funções, sendo menor o desgaste sentido. Também a base de funcionamento destas unidades, que é a reabilitação e recuperação de situações que já chegam em situação estável, pressupõe índices baixos de mortalidade e escassas situações de urgência, ao contrário da ULDM e dos CP. Assim sendo, a pressão emocional e psicológica sentidas poderão ser menores, o que também poderá contribuir para a ausência de perturbação emocional significativa nesta amostra.

Contudo, importa referir que alguns estados psicopatológicos não têm, necessariamente, de surgir como consequência da exaustão profissional, podendo já serem estados pré-existent no indivíduo, que irão ser exacerbados pelo fenómeno de *burnout*, ou que poderão conduzir à instalação desta síndrome.

✓ ***Burnout* e Psicopatologia**

Quando se procedeu ao estudo correlacional entre o MBI-GS e o BSI, constatou-se que o *burnout* se correlaciona significativamente com diversos sintomas psicopatológicos.

A correlação positiva entre a somatização com as dimensões exaustão emocional e física e o cinismo, permite-nos compreender que quando aumenta o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, aumenta a sensação de fadiga física e mental, as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. Em pacientes com transtornos de somatização, o sofrimento emocional ou as situações de vida difíceis, são experimentados como sintomas físicos. Acredita-se que factores psicológicos e psicossociais desempenham um papel importante na etiologia dessa condição (Lazzaro & Ávila, 2004). Naturalmente, a condição de prestador de cuidados, poderá estar na base do desenvolvimento ou exacerbação da somatização, pela constante assistência que têm de prestar a pessoas em situação de sofrimento, com as quais têm de estabelecer uma relação terapêutica, que exige deles grande capacidade de autocontrolo, ao depararem-se diariamente com patologias diversas. Deste modo, o constante mal-estar percebido pelo sujeito como orgânico e não de natureza psicológica,

aliado à constante recorrência a serviços de saúde na procura de uma justificação para o mal-estar sentido, vão desgastar o indivíduo, tanto física como psicologicamente, o que poderá facilitar as atitudes de cinismo e distanciamento face ao trabalho.

A correlação positiva entre a dimensão obsessões-compulsões com as dimensões exaustão emocional e física e o cinismo, indica-nos que quanto mais evidentes são os comportamentos obsessivo-compulsivos, maiores são os sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional, as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. A dimensão obsessões-compulsões inclui cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir (Canavarro, 2007). A presença de obsessões, que causam no indivíduo uma sensação de mal-estar ou ansiedade, conduzindo às compulsões, que correspondem a comportamentos realizados de modo a neutralizar essa ansiedade, ocupam boa parte do tempo do indivíduo, interferindo nas rotinas diárias, no desempenho profissional e nas relações sociais (DSM-IV-TR, 2008).

Foi também possível verificar uma correlação positiva entre a sensibilidade interpessoal com as dimensões exaustão emocional e física e com o cinismo. A sensibilidade interpessoal centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (Canavarro, 2007). Pessoas mais sensíveis, com baixa auto-estima, baixo auto-conceito, tendem a desvalorizar-se enquanto pessoas e enquanto profissionais, não acreditando na eficácia do seu trabalho, acabando por revelar um papel submisso, sendo avaliados como menos eficazes do que o que são na realidade (Pereira, 2006). Esta sensibilidade interpessoal poderá ter consequências no meio laboral. A falta de reconhecimento e os sentimentos de inutilidade poderão conduzir a um desgaste e a um distanciamento do trabalho, por sentirem que tudo o que fazem é ineficaz e inútil.

Os resultados da correlação entre a depressão com as dimensões exaustão emocional e física e com o cinismo, indica-nos que quanto maior o estado depressivo, maiores são os sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional, as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. A depressão pressupõe sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (Canavarro, 2007). Torna-se evidente um estado de fadiga e exaustão emocional, que poderá facilitar mecanismos de defesa como atitudes de cinismo e distanciamento face aos utentes. Deste modo, um estado depressivo, aliado aos *stressores* laborais pode evoluir para um estado de exaustão profissional.

Contudo, existem alguns autores que acreditam que a depressão seguiria o *burnout* e que altos níveis de exigência psicológica e baixos níveis de liberdade de decisão e de apoio social no trabalho, são preditores significantes para a subsequente depressão (Trigo et al., 2007).

A correlação positiva entre a ansiedade com as dimensões exaustão emocional e física e o cinismo, permite-nos verificar que quanto maiores os sentimentos de nervosismo e tensão, maiores os sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional e maiores as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho. De acordo com Silva, Queirós e Rodrigues (2009), a ansiedade, enquanto resposta de hiper-ativação, poderá conduzir a um estado de fadiga e exaustão emocional, que facilita mecanismos de defesa como atitudes de cinismo e distanciamento face aos utentes.

O resultado da correlação entre a hostilidade e o cinismo, permite-nos observar que quando aumentam os pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera, aumentam as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho e, neste caso particular, face aos utentes. Segundo Carneiro (2010), sentimentos hostis, de mágoa e ódio dirigidos ao paciente são muito comuns em determinadas situações, particularmente quando o doente torna-se agressivo, hostil ou muito difícil de lidar.

Relativamente á ideação paranóide, são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação o pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios (Canavarro, 2007). De acordo com os resultados obtidos, podemos verificar que esta dimensão se correlaciona de forma positiva com a exaustão emocional e física e com o cinismo, o que significa que quando aumenta a ideação paranóide, aumenta a fadiga física e mental, e as atitudes de distanciamento e indiferença perante a actividade laboral. De acordo com o DSM-IV-TR (2006), indivíduos com esta perturbação têm grandes dificuldades em estabelecer relações próximas, ou têm, frequentemente, problemas neste tipo de relacionamentos. As suas desconfianças e excessiva hostilidade podem ser expressas em discussões agressivas, queixas recorrentes ou afastamento silencioso e visivelmente hostil, o que poderá justificar os comportamentos de cinismo e distanciamento associados. Também a elevada necessidade que sentem em controlar tudo à sua volta, estando permanentemente hipervigilantes, poderá estar associado ao estado de exaustão emocional e física.

O psicoticismo é o único sintoma psicopatológico que se correlaciona com as três dimensões do *burnout*: de forma directamente proporcional com a exaustão emocional e o cinismo e inversamente proporcional com a eficácia profissional. O psicoticismo pressupõe

indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, e sintomas primários de esquizofrenia com alucinações e controlo de pensamento (Canavarro, 2007). Sujeitos com esta perturbação tendem a ser duros, frios, agressivos, menos preocupados com os outros, com tendência a ser insensíveis e hostis, o que poderá justificar a correlação significativa com a dimensão cinismo e eficácia profissional. São pessoas solitárias e criam problemas com os outros, depreciam o perigo, sentindo prazer em perturbar os outros. Podem ser descritos como mais egocêntricos, anti-sociais, impulsivos, com poucos sentimentos de empatia, culpabilidade e sensibilidade para com os outros (Sisto, 2003, *cit in* Sisto & Oliveira, 2007).

Depois de reflectirmos sobre estes resultados, podemos concluir que o desenvolvimento da SB pode ser assim entendido, como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal (Serra, 2002). Contudo, segundo a revisão bibliográfica realizada por Maslach e colaboradores (2001), as pesquisas realizadas nas últimas décadas, revelam uma sobreposição das variáveis organizacionais e laborais sobre as individuais, no surgimento do *burnout*. Os factores organizacionais e laborais são encarados como factores desencadeantes de importância fundamental e os factores individuais, como factores facilitadores ou inibidores (Grazziano, 2008).

Conclusão

Encerramos este trabalho referindo-nos às principais conclusões que emergiram deste estudo sobre a exaustão profissional nos cuidadores formais das UICCI.

O *burnout* é considerado uma síndrome de cansaço físico e emocional que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, levando a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Surge, essencialmente, devido ao *stress* crónico associado à falta de condições no trabalho e às exigências das tarefas, emergindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda.

Na análise da SB nos cuidadores formais das UICCI de Esposende, concluímos que, de um modo global, os participantes não apresentam *burnout* significativo, percebendo o ambiente laboral de forma positiva, encontrando-se satisfeitos com o funcionamento e a estrutura das unidades, percebendo o ambiente físico como indutor de um ambiente de trabalho agradável. No que concerne à psicopatologia, verificámos que os cuidadores formais apresentam um bem-estar psicológico bastante satisfatório, não revelando nenhuma perturbação emocional significativa. Tendo por base a percepção positiva e satisfatória dos cuidadores formais perante o seu local de trabalho e o bem-estar psicológico evidenciado, podemos concluir que, as UICCI parecem constituir um sistema de saúde que trouxe bastantes benefícios para a sociedade, não influenciando negativamente o bem-estar global de quem cuida.

Da avaliação das variáveis individuais, laborais e organizacionais, ressalta a existência de correlações significativas entre as características sociodemográficas, profissionais, o ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica, com a SB. Isto permite-nos concluir que o desenvolvimento da SB pode ser assim entendido, como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal.

Antes de terminarmos, gostaríamos de tecer algumas considerações que julgamos limitadoras no nosso estudo.

A primeira, e talvez a mais importante, relaciona-se com o tamanho reduzido da amostra, implicando prudência na extrapolação dos resultados e impedindo-nos de realizar estudos mais conclusivos. Em segundo lugar, gostaríamos de nos reportar às dificuldades na recolha da amostra. Das quatro UICCI inicialmente determinadas para o nosso estudo, apenas obtivemos autorização junto da SCME, o que nos limitou o número de participantes. Este aspecto, aliado à pouca adesão de alguns dos cuidadores, contribuiu para o número reduzido de participantes,

conduzindo à homogeneidade da amostra, que nos impossibilitou a formação de grupos para comparação de alguns resultados, que poderiam ter revelado resultados interessantes.

Não obstante, revelou-se um trabalho gratificante. Apesar de a maior parte dos nossos cuidadores se revelarem adaptados à condição de cuidador e à continuação da prestação de cuidados, os nossos resultados mostram-nos, contudo, que esta é uma área de estudo a explorar na medida em que julgamos essencial garantir a saúde e o bem-estar dos cuidadores formais, porque deles também depende a qualidade dos serviços que prestam. Neste sentido, e na nossa opinião, este estudo descortinou algumas questões que mereceriam ser investigadas em trabalhos futuros.

Entre elas, propõe-se alargar o estudo da ocorrência da SB às diferentes tipologias de UICCI, de forma a compreender como é que a estrutura e o funcionamento base de cada unidade, com todas as características que lhes são inerentes, pode contribuir para a instalação da exaustão profissional, tentando perceber qual a tipologia de maior risco para os cuidadores formais.

Outro aspecto importante em investigações futuras nesta área, será mensurar mais precisamente se as variáveis do perfil sociodemográfico e profissional contribuem também para o aparecimento dos sintomas da SB, uma vez que neste estudo, apesar de estas variáveis terem sido avaliadas, os resultados não foram muito conclusivos.

Também seria interessante, futuramente, realizar um estudo comparativo entre as UICCI e outros serviços de saúde, ou então comparar resultados futuros em UICCI, com os resultados obtidos nesta investigação, de forma a perceber se realmente as UICCI, devido às suas características, constituem unidades protectoras à instalação de *burnout*, ou se é apenas o facto de ser um serviço de saúde recente, com poucos anos de funcionamento e com muitos cuidadores jovens em início de carreira e em fase de entusiasmos idealista, que contribui para os baixos valores de *burnout* e para a elevada satisfação com o trabalho.

É sobretudo para estes cuidadores que julgamos que este nosso trabalho foi importante. É para eles que devem ser canalizados todos os nossos esforços no intuito de os ajudarmos a ultrapassarem as dificuldades e a desempenharem firmemente as tarefas às quais formam incumbidos.

Bibliografia

Afonso, J. M. P., & Gomes, A. R. (2008). Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.

Afonso, P. (2005). Conhecer a Síndrome de *Burnout*. *Mundo Médico*, 7(41), 50.

Almeida, H. (2008). Cuidados Continuados Integrados: Um olhar sobre a rede [on-line]. [Consult. 2010-03-03], de Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE]. Disponível em, <http://www.hbarreiro.min-saude.pt>.

Alvarez, C. Blanco, J., Aguado, M., Ruíz, A., Cabaço, A., Sánchez, T., Alonso, C. & Bernabé, J. (1993). Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docência. CEASURA- *Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas*. 2, 47-65

American Psychiatric Association. (2006). DSM-IV-TR: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Batista, E. S. D. L. (2003). Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na área Cognitivo-comportamental e Sistémica: *Stress e Burnout em profissionais de Saúde que trabalham com indivíduos Portadores de Deficiência Mental Profunda*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Belcastro, P. A., Gold, R. S., & Hays, L. L. (1983). Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366
Beltrán, C. A. (2006). Diferencias por sexo, syndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos intituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(29), 1-7.

Beltrán, C. A. (2006). Diferencias por sexo, syndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos intituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(29), 1-7.

Bicho, L. M. D., & Pereira, S. R. (2007). *Stress Ocupacional*. Coimbra: Departamento de Engenharia de Coimbra.

Bocchi, S. C. M. (2004). Living the burden in becoming a family caregiver for a cerebrovascular accident survivor: knowledge analysis. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(1), 115-121.

Bravo, M. A. B. (2005). Memória para optar ao título de Psicólogo: *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores*. Chile: Facultad de Ciências Sociales da Universidad de Chile.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em, M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*, (vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

Carlotto, M.S., & Câmara, S. G. (2004). Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505.

Carneiro, L. M. (2010). Da intervenção ao cuidado: a atenção da enfermeira ao cuidador do portador de Alzheimer [On-line]. [Consult. 2010-03-25]. Disponível em, <http://pt.oboulo.com/>

Carvalho, J. M. M. C. (2005). Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na área de Especialização em Pedagogias: *(In)Satisfação Profissional e Burnout em Professores e Enfermeiros*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Chiavenato, I. (1994). *Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participante*. São Paulo: Makron Books, 1994.

Chwalisz, K. (1996). The perceived stress model of caregiver burden: Evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41(2), 91-114.

Cuadra, R. G., Baldeón, J.P., Gutiérrez, F. R., & Yesán, C. L. (2005). Burnout Syndrome in Health workers at the Southern Perú Copper Corporation Mining company Hospitals. *Revista Médica Herediana*, 16(4), 233-238.

Drecreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, I série – A. (2006). Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade social: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Delbrouck, M. (2006). Resumo do Perfil do Candidato à Exaustão. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*, (1.ª ed., pp. 41-45). Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, C. J. D, & Sousa, S. J. S. (2008). *Inovação nas Organizações*. Coimbra: Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, Departamento de Engenharia Civil.

Figueiredo, D. (2007). *Cadernos climepsi de saúde: Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Edições Lusociência.

Gazzotti, A. A., & Vasques-Menezes, I. (1999). Suporte afectivo e o sofrimento psíquico em *burnout*. Em W. Codo (Org.), *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 261-266). Rio de Janeiro: Vozes.

Gil-Monte, P. R. (2002). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBIGS) Spanish Version. *Salud Pública México*, 44(1), 33-40.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

Grazzinao, E. S. (2008). Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, na área de Saúde no Adulto: *Estratégias para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2002). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes do Hospital Universitario del Valle. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178.

Hartke, R.J., King, B., Heinemann, A., & Semik, P. (2006). Accidents in Older Caregivers of Persons Surviving Stroke and Their Relation to Caregiver Stress. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 150–156.

Hespanhol, A. (2005). *Burnout e Stress Ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 153-162.

Hilari, M. C. (2002). Cuando querer no es poder: El síndrome de burnout. *Formación de seguridad laboral*, 63(3), 21-28.

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hye-cheon, K., Bursac, K., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D., & West, D. (2009). Brief report: Stress, Race, and Body Weight. *Health Psychology*, 28(1), 131–135.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2010). *Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Segurança Social.
- Kaskie, B., Gregory, D. & Gilder, R. (2009). Community Mental Health Service Use by Older Adults with Dementia. *Psychological Services*, 6(1), 56–67.
- Lazzaro, C. D. S., & Ávila, L. A. (2004). Somatização na prática médica. *Arquivo de Ciência e Saúde*, 11 (2), 2-5.
- Lemaire, G. (2006). A exaustão dos enfermeiros ao domicílio assalariado. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. (1ª ed, pp. 177-186). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M. B. J., Chaves, J. G. M., Muniz, D.L.O., & Queiroz, L. B. (2007). Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 137-147.
- Lopes, L. M. P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46.
- Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Luz, R. (2003). *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Magalhães, A. B. (2006). Dissertação de Mestrado em Psicologia: *A síndrome de burnout no contexto hospital pediátrico*. Universidade Católica de Goiás - Departamento de Psicologia.
- Manzaneque, A. S. R., García, N. L., Blanco, M. J. G., Ferer, C. S., Fraile, J. A. J., & Arriortua, A. B. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergências prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-175.
- Marques-Teixeira, J. (2002). Burn-out ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, 4(2), 10-19.
- Martín, A.D.F., (1994). Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*, 22(2), 71-76.
- Martínez, J. C. A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Espanhola de Salud Pública*, 71(3), 293-303.

- Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento En Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo Y Evaluación de la Eficacia De Un Programa*. Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-111.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout – How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Boss Publishers.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 379-422.
- McIntyre, T., (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*. 2(3), 193-200.
- Mendonça, H. (2003). Retaliação organizacional: o impacto dos valores e da justiça. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.
- Moreno, B., Oliver, C. & Aragoneses, A. (1991). El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. Em G. Buela Casal & V.L. Caballho (eds.). *Manual de Psicologia Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Mota-Cardoso, R. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Müller, F. V. K. (2004). Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Engenharia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia Modalidade Profissionalizante – Ênfase Ergonomia: *A Síndrome de Burnout no trabalho de assistência à saúde – Estudo junto aos profissionais da equipa de enfermagem do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Neto, I. G. (2003). *Burnout: Mito ou realidade?* *Oxigénio*, 10(36), 27-29.

- Neto, I. G. (2008). Cuidados continuados e paliativos: o direito À dignidade [on-line]. [Consult. 2010-07-10]. Disponível em, <http://www.hospitaldaluz.pt>.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7.^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peiró, A. (1999). Skewness in financial returns. *Journal of Banking & Finance*, 23, 847-862.
- Perlini, N. M. O. G., & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(2), 154-163.
- Pereira, A. M. T. B. (2008). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (5^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pruchno, R., Peters, N., & Burant, C. (1995). Mental Health of co resident family caregivers: examination of two-factor model. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 50B(5), P247-P256.
- Queirós, P. J. P. (1997). Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: *Burnout em Enfermeiros: comparação de 3 grupos*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Queirós, P. J. P. (1998). Burnout em Enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.
- Reynaert, C., Libert, Y., Janne, P., & Zdanowicz, N. (2006). A Síndrome de Exaustão do Prestador de Cuidados ou *Burnout Syndrome* – Abordagem cognitivo-comportamental. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (1.^a ed., pp. 47-51). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1-15.

Ross, R. R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in Occupational Stress: a Handbook of Counselling for Stress at Work*. London: Sage.

Russo, J., Vitaliano, P., Brewer, D., Devon, D., & Katon, W. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197-204.

Sá (2008). *O Assedio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em saúde mental não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Sala, J. (2002). Família Y Demencia. Intervenciones de apoyo y regulación. Em, R., Alberca, & S. López-Pousa (Coord.). *Enfermedad de Alzheimer y otras demências*, 2ª Ed (pp.50-70). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Santos, M. L. M., & Abalo, J. G. (2005). Síndrome de *burnout*, en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensos neonatales. *Psicologia y Salud*, 15(1), 25-32.

Santos, F. E., Alves, J. A., & Rodrigues, A. B. (2009). Síndrome de *burnout* em enfermeiros atuantes em uma Unidade de terapia Intensiva. *Eistein*, 7(1), 58-63.

Santos, R.M. F., Franco, M.J. B., Batista, V. L. D., Santos, D. M. F., & Duarte, J. C. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista Referência*, 2(18), 17-31

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida laboral de todos os dias* (2.ª ed.). Coimbra: MinervaCoimbra.

Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor and Francis

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. B. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(1), pp. 53-66.

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. B. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(1), pp. 53-66.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida laboral de todos os dias* (2.ª ed.). Coimbra: MinervaCoimbra.

Silva, M., Queirós, C., & Rodrigues, S. (2009). *Ansiedade, Depressão e Burnout em enfermeiras*. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sisto, F. F., & Oliveira, A. F. (2007). Traços de personalidade e agressividade: um estudo de evidência de validade. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8 (1), 89-99.

Soares, J. I. (2010). Dissertação de Doutoramento em psicologia: *Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos – Eficácia de uma Intervenção de Grupo*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Tamayo, A. (2004) *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.

Taris, T. W., Schreurs, P. J. G., & Schaufeli, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: A two sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress*, 13(3), 223-237.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2006). *Manual de Planeamento e Gestão de Altas* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Relatório de Monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Anexos

Recursos humanos nas tipologias de internamento da RNCCI: orientações incluídas nos acordos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI, por tipologia de internamento e perfil profissional (UMCCI, 2007)

Perfis profissionais	Tipologia de internamento			
	Unidade de Convalescença ¹	Unidade de Média Duração e Reabilitação ¹	Unidade de Longa duração e Manutenção ¹	Unidade de Cuidados Paliativos ²
	N.º de horas mensais	N.º de horas mensais	N.º de horas mensais	N.º de horas mensais
	420 h			
Médicos	(7 dias/semana, 14 h/dia)	308 h (5 dias)	60 h (5 dias)	210 h (5 dias)
	1.568 h (7 dias/semana, por turnos de 3-2-2)	1.120 h (7 dias/semana, por turnos de 2-2-1)	420 h (7 dias/semana)	1568 h (7 dias)
Enfermeiros				
Fisiatra	28 h (7h/semana)	28 h (7h/semana)	7 h	14 h
Fisioterapeuta	350 h (7 dias/semana) ³	280 h (7 dias/semana)	-	105 h (7 dias)
Dietista	120 h (5 dias/semana)	30 h (2 dias/semana)	30 h (2 dias/semana)	-
Nutricionista	-	-	30 h (5 dias)	30 h (5 dias)
Terapeuta Ocupacional	-	75 h (5 dias/semana)	70 h	-
Psicólogo Clínico	-	-	70h	70 h
Assistente Social	154 h (5 dias/semana)	87 h (5 dias/semana)	49 h	87 h (5 dias)
Auxiliar de Acção Médica	1.120 h (7 dias/semana, por turnos de 2-2-1)	1568 h (7 dias/semana, por turnos de 3-2-2)	-	1120 h (7 dias)
Ajudantes de Acção Directa	-	980 h (7 dias/semana)	1960 h (7 dias)	-

¹ Para unidades de 30 camas, ² Para unidades de 10-15 camas, ³ Inclui Terapeuta da Fala

Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos das Unidades (serviços internos ou de *outsourcing*).

Nº Questionário: _____

Protocolo de Investigação

Estando neste momento a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia no ISCS-Norte acerca da Qualidade de Vida e Exaustão Emocional em Cuidadores Formais de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, vimos por este meio, pedir a sua colaboração para participar neste estudo. Gostaríamos de salientar a importância que este estudo terá para a compreensão e melhoria dos cuidados específicos nesta área. Queremos assegurar que a participação neste estudo é anónima e voluntária, sendo garantida a confidencialidade no tratamento estatístico de todos os dados obtidos.

Declaro que tomei conhecimento e concordo em participar,

As Alunas Estagiárias,

A Coordenação do Mestrado,

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Dados Sócio-demográficos

1. Idade:

2. Sexo: M F

3. Estado civil: Solteiro(a)
Divorciado(a) Casado(a)
Separado(a) União de Facto
Viúvo(a)

4. Anos de Escolaridade: _____

Composição do Agregado Familiar

5. Com quem vive? Sozinho(a)
Família

6. Nº de elementos: _____

7. Tem filhos? Não
Sim

8. Nº de filhos: _____

Residência

9. Zona de Residência: Rural Urbana

10. Distância do local de trabalho:
0-10Km 10-50Km >50Km

11. Forma como se desloca para o local de trabalho:

Transporte Público Transporte Próprio Outro

Dados Clínicos

12. Sofre de alguma doença? Não
Sim

13. Qual?
Problemas Musculo-esqueléticos
Problemas Cardiovasculares
Problemas Respiratórios
Problemas Gastrointestinais
Problemas Psicológicos
Outro

14. Se respondeu sim, iniciou-se:

Antes de iniciar a actividade profissional actual
Depois de iniciar a actividade profissional actual

15. No último ano faltou ao serviço por baixa médica? Sim
Não

16. Período de tempo: _____

17. Toma antidepressivos e/ou ansiolíticos? Sim
Não

Dados Profissionais

18. Categoria profissional: _____

19. Anos de serviço nesta categoria: _____

20. Anos de serviço nesta Unidade: _____

21. Regime de Trabalho: Parcial Normal Acrescido

22. Trabalho por turnos: Sim Não

23. Acumula esta função com outras funções? Sim
Não 24. Especificar: _____

25. Se tivesse oportunidade mudaria de profissão/emprego?

Sim
Não

26. Teve que fazer algumas modificações na sua vida devido à sua profissão?

Sim
Não

27. Se respondeu sim, considera-as prejudiciais para si ou para a sua família?

Sim

Não

28. Especificar: _____

20. Das opções que se seguem, qual considera mais gratificante na sua profissão/emprego?

1. Realização Pessoal e Profissional

2. Reconhecimento Profissional

3. Auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do utente

4. Trabalho em equipa

5. Relações interpessoais com os utentes/profissionais

30. Das opções que se seguem, qual considera mais desgastante na sua profissão/emprego?

1. Carga horária elevada/excesso de trabalho

2. Conflitos de funções

3. Desgaste físico, emocional/psicológico e social

4. Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação

5. Trabalho por turnos

6. Insucesso na recuperação dos utentes

7. Condições de trabalho inadequadas

Tempos Livres

31. Tem alguma actividade de lazer?

Sim

Não

32. Se respondeu sim, qual a frequência?

Semanal

Quinzenal

Mensal

> Mensal

MBI – GS

(Shauffelli, Leiter, Maslach & Jackson, 1999; Nunes, 1999)

Instruções: Em seguida existem afirmações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento coloque uma cruz no 0. Se já teve, indique a frequência que melhor descreve (de 1 a 6).

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

1. No meu trabalho sinto-me exausto/a emocionalmente. 0 1 2 3 4 5 6
2. Sinto-me usado/a ao fim de um dia de trabalho. 0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar. 0 1 2 3 4 5 6
4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress. 0 1 2 3 4 5 6
5. O meu trabalho deixa-me exausto. 0 1 2 3 4 5 6
6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho. 0 1 2 3 4 5 6
7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição. 0 1 2 3 4 5 6
8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar. 0 1 2 3 4 5 6
9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho. 0 1 2 3 4 5 6
10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço. 0 1 2 3 4 5 6
11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho. 0 1 2 3 4 5 6

Anexo IV: Protocolo de Investigação – MBI-GS: Maslach *Burnout* Inventory

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

12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena. 0 1 2 3 4 5 6
13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem. 0 1 2 3 4 5 6
14. Eu estou a ficar mais céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa. 0 1 2 3 4 5 6
15. Eu duvido do significado do meu trabalho. 0 1 2 3 4 5 6
16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas. 0 1 2 3 4 5 6

WES – Escala de Ambiente Laboral
(Moos, 1986; Louro, 1995)

Instruções: As afirmações seguintes são acerca do local de trabalho. As afirmações têm como objectivos aplicarem-se a todos os ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe ou à pessoa ou pessoas a quem o emprego reporta.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, faça um X por cima da letra V. O mesmo para a letra F.

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

- | | | |
|---|---|---|
| V | F | 1. O trabalho é realmente desafiador. |
| V | F | 2. As pessoas fazem o possível por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade. |
| V | F | 3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados. |
| V | F | 4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade. |
| V | F | 5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o seu trabalho. |
| V | F | 6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar. |
| V | F | 7. Por vezes, as coisas estão bastante desorganizadas. |
| V | F | 8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento das políticas e regulamentos. |
| V | F | 9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas. |
| V | F | 10. Às vezes está demasiado calor. |
| V | F | 11. Não existe grande espírito de grupo. |
| V | F | 12. O ambiente é um tanto impessoal. |
| V | F | 13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem. |
| V | F | 14. Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem. |
| V | F | 15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência. |
| V | F | 16. Parece haver sempre urgência para tudo. |
| V | F | 17. As actividades são bem planeadas. |
| V | F | 18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem. |

Anexo V: Protocolo de Investigação – WES: Work Environment Scale

- V F 19. As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova.
- V F 20. A iluminação é extremamente boa.
- V F 21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.
- V F 22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras.
- V F 23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados.
- V F 24. Os empregados são encorajados a tomar as suas próprias decisões.
- V F 25. As coisas raramente são deixadas para amanhã.
- V F 26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar.
- V F 27. As normas e os regulamentos são um tanto vagas e ambíguas.
- V F 28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham.
- V F 29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma ideia nova.
- V F 30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham.
- V F 31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização.
- V F 32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho.
- V F 33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.
- V F 34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer as coisas.
- V F 35. Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho.
- V F 36. Ninguém trabalha demasiado.
- V F 37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas.
- V F 38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados.
- V F 39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes.
- V F 40. Este local tem uma aparência moderna e com estilo.
- V F 41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.
- V F 42. As pessoas são geralmente sinceras em relação aquilo que sentem.
- V F 43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.
- V F 44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.
- V F 45. Ter muito trabalho feito é importante para as pessoas.
- V F 46. Não existe pressão pelo tempo.
- V F 47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados, são-lhes geralmente explicados.
- V F 48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos.

Anexo V: Protocolo de Investigação – WES: Work Environment Scale

- V F 49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.
- V F 50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.
- V F 51. Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.
- V F 52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos.
- V F 53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.
- V F 54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.
- V F 55. Dá-se ênfase “Ao trabalho antes da brincadeira”.
- V F 56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho.
- V F 57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que é exactamente suposto fazerem.
- V F 58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.
- V F 59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas.
- V F 60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar.
- V F 61. É um local de trabalho animado.
- V F 62. Os empregados que se diferenciam muitos dos outros na organização não se dão bem.
- V F 63. Os supervisores esperam demasiado dos empregados.
- V F 64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam relacionadas com o seu trabalho.
- V F 65. Os empregados trabalham demasiado.
- V F 66. Pode-se trabalhar calmamente e ainda assim realizar o trabalho.
- V F 67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados.
- V F 68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados.
- V F 69. As coisas tendem a manter-se sempre na mesma.
- V F 70. Às vezes há bastantes correntes de ar.
- V F 71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário.
- V F 72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.
- V F 73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.
- V F 74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores.
- V F 75. As pessoas parecem ser bastante ineficientes.
- V F 76. Existem sempre prazos para ser cumpridos.
- V F 77. As normas e políticas estão constantemente a mudar.

Anexo V: Protocolo de Investigação – WES: Work Environment Scale

- V F 78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes.
- V F 79. Existe uma atmosfera fresca e nova no local de trabalho.
- V F 80. O equipamento está geralmente bem adaptado.
- V F 81. O trabalho é geralmente muito interessante.
- V F 82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas.
- V F 83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.
- V F 84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho.
- V F 85. Existe uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho.
- V F 86. As pessoas têm de fazer muitas vezes trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto.
- V F 87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados.
- V F 88. Se um empregado chega tarde, pode compensar o trabalho ficando até mais tarde.
- V F 89. As coisas parecem estar sempre a mudar.
- V F 90. As salas são bem ventiladas.

BSI

(L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Em que medida foi incomodado pelos sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1	Nervosismo ou tensão interior					
2	Desmaios ou tonturas					
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7	Dores sobre o coração ou no peito					
8	Medo na rua ou praças públicas					
9	Pensamentos de acabar com a vida					
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11	Perder o apetite					
12	Ter um medo súbito sem razão para isso					
13	Ter impulsos que não podem controlar					
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16	Sentir-se sozinho					
17	Sentir-se triste					
18	Não ter interessa por nada					
19	Sentir-se atemorizado					
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22	Sentir-se inferior aos outros					
23	Vontade de vomitar ou mal estar do estômago					
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si					
25	Dificuldade em adormecer					
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27	Dificuldade em tomar decisões					

Anexo VI: Protocolo de Investigação – BSI: Brief Symptom Inventory

28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29	Sensação de falta de ar					
30	Calafrios ou afrontamentos					
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32	Sensação de vazio na cabeça					
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36	Ter dificuldades em se concentrar					
37	Falta de forças em partes do corpo					
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44	Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa					
45	Ter ataques de terror ou pânico					
46	Entrar facilmente em discussão					
47	Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48	Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50	Sentir que não tem valor					
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52	Ter sentimentos de culpa					
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça					

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO JUNTO DOS
PRESTADORES DE CUIDADOS FORMAIS**

Filipa Custódio Figueiredo Marques¹

Maria Manuela da Silva Leite²

Maria dos Prazeres Gonçalves³

Vera Margarida Seabra de Almeida⁴

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

¹ Aluna do Mestrado em Psicogerontologia do Departamento de Psicologia do ISCS-N.

² Coordenadora do Mestrado de Psicogerontologia e Professora Auxiliar do ISCS-N.

³ Professora Auxiliar do Departamento de Ciências do ISCS-N.

⁴ Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia do ISCS-N

RESUMO

O conceito de exaustão profissional (*burnout*) foi descrito em 1974, por Freudenberger como sendo um estado de fadiga ou frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas. Os doentes encontram-se não somente entre voluntários e profissionais do domínio da saúde, mas também, em quase todas as profissões. Tornou-se uma doença profissional cujo denominador comum é a relação directa entre o emprego e o estado de fadiga do trabalhador. A escassez de estudos no âmbito das Unidades de Internamento Cuidados Continuados, levou-nos ao desenvolvimento de uma investigação, cujo principal objectivo foi explorar o fenómeno de *burnout* nos cuidadores formais destas unidades, bem como, avaliar a relação existente entre os factores pessoais, organizacionais e laborais com a síndrome de *burnout*.

A amostra é constituída por 41 prestadores de cuidados formais das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, aos quais foram aplicados quatro medidas para avaliação dos dados sociodemográficos e profissionais (*Questionário Sociodemográfico e Profissional*), dos níveis de *burnout* (*Inventário de Burnout de Maslach – Nunes, 1999*), do ambiente laboral (*Escala de Ambiente Laboral – Louro, 1995*) e da sintomatologia psicopatológica (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Canavarro, 1995*).

Os resultados obtidos sugerem ausência de *burnout* significativo, contudo apesar de não verificarmos um padrão de *burnout* acima da média neste grupo de profissionais, encontramos correlações significativas com algumas variáveis sociodemográficas (idade e distância casa-trabalho) e profissionais (tempo de serviço na profissão), e sobretudo uma correlação muito significativa entre o *burnout* e outras variáveis organizacionais (ambiente laboral) e individuais (sintomas psicopatológicos).

Podemos concluir, então que, o desenvolvimento da síndrome de *burnout* pode ser entendido, como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal. As Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados parecem constituir um sistema de saúde que trouxe bastantes benefícios para a sociedade, não influenciando negativamente o bem-estar global de quem cuida.

Palavras-chave: *Burnout*; Ambiente Laboral; Psicopatologia.

ABSTRACT

The professional exhaustion concept (Burnout) was described in 1974 by Freudenberger as being a state of fatigue or frustration motivated by a cause, a way of life or a relationship that didn't stand up for its expectations. The patients are not only among volunteers and professionals of the health system, but also by other professionals. It has become a professional disease in which the common nominator is the direct link between the job and the state of fatigue of the worker. The scarcity of studies within "Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados" led us to develop an investigation whose main objective was to explore the phenomenon of burnout in the caregivers of this units, and also to evaluate the connection between personal, organizational and labour factors with the burnout syndrome.

The sample consists of 41 caregivers of the Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados from the *Santa Casa da Misericórdia* of Esposende, that responded to four different surveys that evaluated social and professional data (*Questionário Sociodemográfico e Profissional*), levels of burnout (*Inventário de Burnout de Maslach – Nunes, 1999*), the workplace (*Escala de Ambiente Laboral – Louro, 1995*) and psychopathological symptoms (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Canavarro, 1995*).

The results obtained suggest the absence of a significant burnout syndrome, however in spite of not finding a burnout standard above the average in this particular group of caregivers, we found meaningful connections with some socio-demographic and professional variables. But most of all we found very significant connections between burnout and other organizational (workplace) and individual variables (psychopathological symptoms).

We can conclude that the burnout syndrome development can be understood as the result of an interaction process, in which the subject looks to adjust to his workplace, where the influence of organizational, labour and personal factors are always present. The Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados" seem to be a health system that has many benefits for the society, but that does not influence negatively the overall well-being of caregivers.

Keywords: *Burnout*; workplace; psychopathology.

INTRODUÇÃO

O termo *burnout* foi introduzido em 1974 por Herbert Freudenberger – psicanalista norte-americano –, para definir um sentimento de fracasso e um estado de fadiga e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, perante uma determinada situação que não correspondeu às expectativas, desenvolvendo no indivíduo um sentimento de ineficácia, colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional. (Freudenberger, 1980, *cit in* Queirós, 1997).

Na mesma época, em 1976, foi a psicóloga social Christina Maslach, estudando as respostas emocionais dos profissionais que trabalhavam directamente com pessoas, quem primeiramente entendeu, que pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal (Carlotto & Câmara, 2004; Carvalho, 2005; Müller, 2004), definindo, em 1978, o *burnout* como “*uma síndrome de cansaço físico e emocional, implicando o desenvolvimento de uma auto-imagem negativa em relação ao trabalho e uma perda de interesse e de sentimentos acerca dos clientes*” (Queirós, 1998, p. 17) dando maior visibilidade a este fenómeno, que passou a ser encarado como um problema social.

Mais tarde, Maslach (1987, *cit in* Soares, 2010) apresenta uma nova definição de *burnout* considerando-o “*uma resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas*” (p. 35) e propõe-lhe uma caracterização multidimensional: **Exaustão emocional**, caracterizada por uma diminuição e perda de recursos emocionais; **Despersonalização**, caracterizada pelo desenvolvimento de atitudes negativas e de insensibilidade face aos receptores do serviço prestado e **Redução da realização pessoal**, caracterizada por um sentimento de inadequação pessoal e profissional ao posto de trabalho.

Em 2001, este conceito evolui para uma formulação que considera o *burnout* como uma síndrome psicossocial, surgida como uma resposta crónica aos *stressores* emocionais e interpessoais ocorridos na situação de trabalho e definíveis em três dimensões: *Exaustão*, *Cinismo* e *Ineficácia Profissional* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). O *burnout* passa a ser entendido como um fenómeno ligado a todas as ocupações e não unicamente àquelas que estão directamente orientadas para a relação com pessoas, procurando deste modo enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral.

Presentemente, não se pode afirmar que existe uma definição de *burnout* universalmente aceite. Contudo, permanece o consenso de que se trata de uma resposta ao *stress* profissional crónico, sendo uma experiência subjectiva interna, que envolve um conjunto de sentimentos, pensamentos e comportamentos negativos para a organização e

para o indivíduo, que influenciam o seu bem-estar físico, psíquico, social e laboral (Santos & Abalo, 2005).

Um indivíduo que sofre de *burnout* pode gradual e progressivamente deteriorar a sua vida, e os autores de forma geral, concordam que as consequências podem ser muito sérias e manifestarem-se a vários níveis.

A **nível individual**, destacam-se os problemas músculo-esqueléticos, cardiovasculares, gastrointestinais e respiratórios, distúrbios do ciclo sono-vigília, estado crónico de fadiga, cefaleias, enxaquecas, disfunções sexuais, alterações dos ciclos menstruais nas mulheres e distúrbios alimentares (Beltrán, 2006; Trigo, Teng & Hallak, 2007). Podem surgir alterações comportamentais como atitudes de agressividade, irritabilidade, isolamento, hostilidade, desconfiança, dificuldade em relaxar e aceitar mudanças, perda de iniciativa, dependência ou aumento do consumo de substâncias e comportamentos de alto risco (e.g., suicídio) (Cuadra, Baldéon, Guitérrez & Yesán, 2005; Trigo et al., 2007). Existem referências de lentificação do pensamento, dificuldades de concentração, decréscimo das capacidades de memorização, de raciocínio abstracto e de elaboração de juízos, transtornos de ansiedade, sintomatologia depressiva, sentimentos de culpa e de impotência, sentimentos de desilusão e frustração e sentimentos de alienação e solidão (Beltrán, 2006; Trigo et al., 2007).

A **nível social e familiar**, destacam-se o fraco relacionamento social, familiar e recreativo. A capacidade de comunicar e estabelecer um contacto afectivo com o próximo diminui, o isolamento aumenta e a capacidade de desempenhar os seus papéis sociais com eficácia e qualidade também diminui (Trigo et al., 2007).

A **nível da organização**, verifica-se a diminuição da satisfação laboral que, numa fase posterior, conduz ao aumento do absentismo. Este aumento, por sua vez, repercute-se na deterioração da qualidade do serviço, no aumento em gastos económicos de contratação e formação de novo pessoal, e na redistribuição do trabalho, com conseqüente sobrecarga laboral para outros profissionais. A propensão ao abandono do posto e/ou instituição de trabalho também aumenta, o que gera custos, perda de eficácia e eficiência e implantação inadequada de políticas (Carvalho, 2005).

Entre os factores de risco para o desenvolvimento de *burnout* a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1998, *cit in* Trigo et al., 2007), leva em consideração três dimensões: o indivíduo, a organização e o trabalho. Algumas investigações têm identificado as características sociodemográficas – género (e.g. Burke, 1989, *cit in* Trigo et al., 2007); idade (e.g. Cherniss e Maslach, 1982 *cit in*, Alvarez et al., 1993); estado civil (e.g. Maslach et al., 2001); nível educacional (e.g. Grazziano, 2008); experiência profissional e tempo de

serviço (e.g. Gómez et al., 2005, *cit in* Grazianno, 2008) – e de personalidade – padrão de comportamento tipo A, locus de controlo externo, superenvolvimento e perfeccionismo (e.g. Carvalho, 2005; Grazziano, 2008; Trigo et al., 2007), como alguns dos factores individuais associadas a maiores ou menores índices de *burnout*.

Relativamente aos factores organizacionais, Trigo e colaboradores (2007), numa revisão da literatura que realizaram, indicam-nos alguns que podem estar associadas a índices superiores de *burnout*, como por exemplo, a burocracia (excesso de normas), falta de autonomia, comunicação insuficiente, falta de confiança, respeito e consideração entre colegas, precário suporte organizacional, impossibilidade de ascender na carreira, de remuneração e de reconhecimento e ambiente com condições físicas inadequadas.

Em relação aos factores relacionados com o trabalho, alguns associados à síndrome de *burnout* são a sobrecarga de trabalho (Serra, 2002); sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais (Grazziano, 2008; Trigo et al., 2007); trabalho por turnos (Santos et al., 2008; Serra, 2002); ambiguidade de papel (Trigo et al., 2007); e conflitos de valores (Grazziano, 2008).

Apesar de poder ocorrer em qualquer actividade profissional, a literatura existente tem vindo a chamar a atenção para a elevada incidência do *burnout* nos prestadores de cuidados formais. Em Portugal, o aumento de situações de dependência, fez emergir na sociedade, este novo grupo profissional – os cuidadores formais (Casado & López, 2001, *cit in* Martín, 2005), que são profissionais com competência técnica e/ou clínica, e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do processo de envelhecimento, sendo, por isso, remunerados (Hye-cheon et al, 2009). Para Martín (1994), os comportamentos de *stress* parecem reforçados nestes profissionais, pela constante assistência que têm de prestar a pessoas em situação de sofrimento, com as quais têm de estabelecer uma relação terapêutica, que exige deles grande capacidade de autocontrolo e elevada responsabilidade. Esta ideia é corroborada por Alvarez e colaboradores (1993), referindo que a elevada ocorrência de *burnout* em profissionais que lidam com os outros numa óptica de assistência e de ajuda, constitui uma particularidade desta síndrome.

Ao nível das instituições de saúde, a maioria das investigações sobre a incidência de *burnout* são realizadas em instituições hospitalares, centros de saúde e serviços de urgência, por constituírem, segundo McIntyre (1994), ambientes de trabalho particularmente causadores de *stress*, com níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, independência de responsabilidades e especialização profissional. No entanto, é importante

abrir os horizontes da investigação para os novos modelos de saúde que surgem em Portugal, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI].

A RNCCI foi criada em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o objectivo de aumentar o desenvolvimento de *“respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla, e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”* (p. 3856). A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados continuados integrados [CCI] adaptado às necessidades do cidadão e centrado no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador de cuidados mais adequado. Neste âmbito, os CCI, à luz do contido no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, definem-se como:

“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (p. 3857).

A actividade terapêutica das equipas de CCI abarcará todos os níveis de tratamento: preventivo, curativo, reabilitador e paliativo. Estes cuidados poderão ser prestados por unidades de diferentes tipologias da RNCCI, consoante as necessidades dos utentes que surgem na procura dos seus serviços. Deste modo, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta, sendo elas, as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias (UMCCI, 2007) (Figura 1).

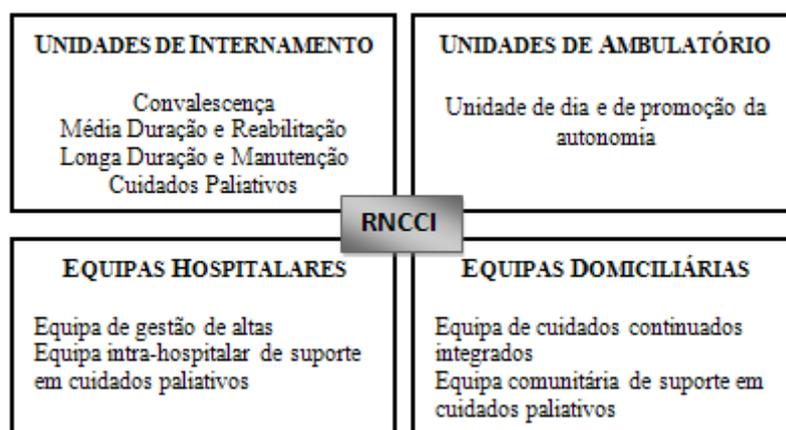


Figura 1: Tipologias de resposta da RNCCI (adapt. UMCCI, 2007).

Somente nas unidades de internamento, em 2009, foram referenciados 18.084 utentes, o que significa que 72,5% dos utentes referenciados para a RNCCI em 2009 foram assistidos nas Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados [UICCI], e apenas 17% distribuíram-se pelas restantes tipologias de resposta, o que revela o sentido de necessidade destas unidades no nosso país, motivo pelo qual o nosso estudo se debruçou somente sobre estas unidades. A elevada percentagem de utentes referenciados para as UICCI, alerta-nos para a grande diversidade de utentes e situações clínicas com as quais estas unidades e as respectivas equipas de prestação de cuidados se deparam diariamente (UMCCI, 2010).

Um dos grandes pilares da prestação de CCI assenta no valor e na qualidade dos seus recursos humanos. A abordagem integral das necessidades da pessoa idosa e/ou em situação de dependência constitui um enorme desafio que só pode ser apoiado a partir do conhecimento técnico dos profissionais, mas também a partir do reconhecimento do inestimável valor deste nível de cuidados e do trabalho nele desenvolvido. Neste sentido, a RNCCI assenta na multidisciplinaridade⁵ e interdisciplinaridade⁶ dos cuidados, bem como na boa formação do pessoal, de forma a garantir uma prestação de cuidados articulada e global, com um elevado padrão de qualidade (UMCCI, 2007).

Promover a funcionalidade, tentando prevenir, reduzir ou retardar as incapacidades e proporcionar a pessoas em situação de fragilidade física, emocional e social, bem como às suas famílias, as capacidades e competências necessárias para lidarem com as novas situações de vida, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a reafirmação de uma sociedade mais justa e solidária. Contudo, a profissão específica de prestador de cuidados requer uma disponibilidade sincera, tolerância e uma aceitação quase incondicional do outro. A diversidade das solicitações e mesmo o tipo de solicitação é particularmente exigente para o prestador de cuidados. Além dos pedidos “ocultos” e inconscientes com os quais se vão deparando, o doente projecta no prestador de cuidados sentimentos de onnipotência, de poder sobre a vida e a morte, o que exerce sobre ele uma maior pressão emocional e psicológica e um sentimento de tensão, que acabam por o conduzir ao isolamento e ao distanciamento dos doentes.

Também o prestador de cuidados formais que actua nas UICCI, está exposto a um conjunto de factores organizacionais, laborais e individuais, já referidos anteriormente, que quando não articulados satisfatoriamente, podem afectar directamente o seu bem-estar

⁵“Complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 3.º, p. 3857).

⁶“Definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 3.º, p. 3857).

global, conduzindo a um estado de desgaste extremo (Rosa & Carlotto, 2005). Da diversificação de situações com as quais se deparam, e do contacto permanente com o sofrimento contínuo do outro, surge o interesse em avaliar este novo modelo de saúde, estudando os seus aspectos positivos e negativos, contrabalançando-os e percebendo, assim, até que ponto as características deste novo sistema, que tantos benefícios trouxeram para a sociedade, influênciam o bem-estar global de quem cuida, tendo em consideração a percepção dos próprios prestadores de cuidados.

MÉTODO

Objectivos e Questões de Investigação

Tendo presente a escassez de investigações sobre a SB nas UICCI e, cientes que estas serão o futuro dos cuidados de saúde em Portugal, achámos pertinente realizar um estudo sobre a temática. Procurámos avaliar se os cuidadores formais da UICCI, evidenciam níveis de *burnout* com significado clínico, bem como, verificar qual a relação existente desta síndrome com variáveis sociodemográficas e profissionais, com o ambiente laboral, bem como com a sintomatologia psicopatológica. Assim sendo, a presente investigação teve por base um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional. Tendo por base os objectivos previamente definidos e a revisão da literatura por nós efectuada, direccionamos o nosso estudo partindo de um conjunto de questões de investigação:

Questão 1: Será que os cuidadores formais evidenciam existência de *burnout*?

Questão 2: Será que existe alguma relação entre as variáveis sociodemográficas e/ou profissionais e o fenómeno de *burnout*?

Questão 3: Será que os cuidadores formais percebem o ambiente laboral de modo positivo?

Questão 4: Será que existe alguma relação entre a percepção que os cuidadores formais têm do ambiente laboral e o fenómeno de *burnout*?

Questão 5: Será que os cuidadores formais apresentam sintomatologia psicopatológica com significado clínico?

Questão 6: Será que existe alguma relação entre o fenómeno de *burnout* e a sintomatologia psicopatológica?

Participantes

Constituiu-se por conveniência uma amostra de 41 cuidadores formais das UICCI – UC e UMDR – da SCME, que prestassem cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência e que se encontrassem a exercer funções nas UICCI da SCME há pelo menos 12 meses.

A amostra era constituída por 6 indivíduos do género masculino (14,6%) e 35 do género feminino (85,4%), com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos, (M=35,2). O estado civil colocou 16 cuidadores na condição de solteiros (39%), 19 como casados (46,3%), 2 a viver em união de facto (4,9%), 2 divorciados (4,9%) e outros 2 viúvos (4,9%). No que diz respeito à escolaridade, a média de anos de estudo é de 13,2, variando entre os 4 e os 18 anos de escolaridade. A maioria dos participantes vive com a família (N=38; 92,7%), enquanto os restantes vivem sozinhos (N=8;7,3%). Relativamente à zona de residência, 23 dos participantes habitam em zona urbana (56,1) e 18 em zona rural (43,9). Relativamente à distância da casa para o local de trabalho, 31 referem viver a menos de 10km (75,6%), 9 entre os 10 e os 50km (22) e apenas 1 refere habitar a mais de 50Km do local de trabalho (2,4). No que concerne ao transporte utilizado para se dirigir ao local de trabalho, 34 dos participantes utiliza transporte próprio (82,9%) e 7 referem utilizar outro (17,1%).

Do ponto de vista profissional, os 41 participantes agrupam-se em 10 categorias profissionais distintas (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, auxiliar de acção médica e auxiliar de serviços gerais), sendo a enfermagem a categoria profissional predominante, com 36,6% dos participantes. A média de anos de serviço dos participantes na sua categoria profissional é de 7,68, variando entre 1 e 39 anos, enquanto os anos de serviço nas UICCI da SCME não ultrapassa os 4 anos⁷, sendo o tempo mínimo de serviço prestado de 1 ano (M=2,54). A grande maioria trabalha em regime normal (68,3%), por turnos (75,6%) e não acumula outras funções a par da actividade profissional actual (63,4%). Quando questionados da possibilidade de mudar de profissão e/ou emprego, 85,4% dos participantes responde de forma negativa. Para 29,3%, o aspecto mais gratificante da sua profissão/emprego actual é o

⁷ As UICCI da SCME iniciaram o seu funcionamento em 2006, pelo que o tempo de serviço dos prestadores de cuidados formais nestas unidades, não ultrapassa os 4 anos.

auxílio prestado na recuperação e na promoção da qualidade de vida do utente, existindo 10 participantes que não responderam a esta questão, enquanto, o desgaste físico, emocional/psicológico e social é para a maioria (34,1%), o aspecto mais desgastante, existindo 12 participantes que não responderam.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Este questionário foi desenvolvido para efeitos do presente estudo e teve como principal objectivo avaliar um conjunto de variáveis importantes para o estudo, que não se encontravam contempladas nos outros três instrumentos de medida, permitindo-nos descrever a amostra relativamente às variáveis pessoais e profissionais. Entre essas variáveis distinguem-se os dados sociodemográficos (e.g., género, idade, estado civil, anos de escolaridade, agregado familiar, zona de residência) e dados profissionais (e.g., actividade profissional, anos de serviço, regime de trabalho, trabalho por turnos).

Inventário de Burnout de Maslach – População Geral

Para a avaliação do *burnout* foi utilizado o Maslach Burnout Inventory – General Survey [MBI-GS], desenvolvido por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996) e adaptado à população portuguesa por Nunes (1999).

Esta versão é composta por 16 itens formulados em escala do tipo *Likert*, com 7 proposições cotadas de 0 (*Nunca*) a 6 (*Todos os Dias*), que permitem avaliar as três dimensões correspondentes ao constructo actual de *burnout* no trabalho, sendo elas: (a) *Exaustão Emocional*: analisa os sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional devido às exigências do trabalho; (b) *Cinismo*: pretende medir as respostas de indiferença e as atitudes de distanciamento relativamente ao trabalho e (c) *Eficácia Profissional*: usada para avaliar as expectativas de eficácia dos profissionais relativamente ao trabalho.

A pontuação é obtida para cada dimensão, através da soma dos itens da própria dimensão. Para avaliar a existência de *burnout* nos participantes, tomamos em consideração as estratégias assumidas por Mota-Cardoso (2002), num estudo realizado em Portugal, com 2018 professores, em que se considera válido como limiar de *burnout* em cada dimensão, o produto do número de questões de cada dimensão, pelo ponto médio do *score* total possível⁸. Valores de exaustão emocional e física, bem como cinismo acima do ponto de corte estabelecido e valores de eficácia profissional abaixo, são indicadores de *burnout*.

⁸ **Pontos de corte** (Mota-Cardoso, 2002): 15 para Exaustão Emocional e Física, 15 para Cinismo e 18 para Eficácia Profissional.

O MBI-GS é o instrumento mais utilizado na investigação sobre *burnout*, e com qualidades psicométricas bastante investigadas e confirmadas em outros estudos (Gil-Monte, 2002; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Schutte, Toppinen, Kalim, & Schaufeli, 2000).

Na aplicação do MBI à nossa amostra, para a análise da consistência interna procedeu-se à determinação dos coeficientes de *alpha* de Cronbach para as diferentes dimensões. Os resultados obtidos nas dimensões Exaustão Emocional e Física e Cinismo (α de Cronbach de 0,63 e 0,62, respectivamente) ficam um pouco aquém do limite numérico fixado como aceitável para este coeficiente (0,80), contudo, um coeficiente entre 0,60 e 0,80 para este tipo de escala é razoável, pois cada dimensão contém apenas 5/6 itens. Na dimensão Eficácia Profissional o valor de *alpha* de Cronbach foi de 0,80, encontrando-se dentro dos padrões estabelecidos. Os resultados obtidos são, então, indicativos de uma razoável consistência interna e, por conseguinte, da sua fidelidade.

Escala de Ambiente Laboral - Forma Real

Para avaliar o ambiente laboral utilizámos a Work Environment Scale - Forma Real [WES - Forma R] de Moos e Insel (1974), adaptada à população portuguesa por Louro (2005). É uma escala dicotómica, com 90 itens distribuídos por 10 subescalas com 9 itens cada e em três grandes dimensões: (a) *Dimensão Relacionamento* (subescalas: envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor): avalia o interesse e comprometimento dos trabalhadores e a forma como a direcção os apoia e anima a apoiarem-se uns aos outros; (b) *Dimensão Desenvolvimento Pessoal* (Subescalas: autonomia, orientação para a tarefa e pressão no trabalho): refere-se ao modo como os trabalhadores são estimulados para a auto-suficiência e sobre o modo como a direcção utiliza as normas e a pressão para controlar os trabalhadores e (c) *Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança* (Subescalas: clareza, controlo, inovação e conforto físico): avalia a importância atribuída à inovação e novas propostas, o conhecimento ou desconhecimento, por parte dos trabalhadores, das suas funções e a forma como lhes são explicadas as normas e planos de trabalho.

O máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é de 9 (assinalando respostas verdadeiras) e o mínimo é 0 (assinalando respostas falsas). Os 90 itens são cotados como 0 (resposta *falsa*) e 1 (resposta *verdadeira*), existindo alguns itens cotados de forma invertida.

Os estudos psicométricos efectuados nesta versão, revelaram uma boa fidelidade e validade da escala. Louro (1995), na leitura dos resultados, concluiu que a escala apresenta melhores resultados ao nível das subescalas que nas dimensões, o que vem de encontro aos

resultados do autor original que faz referência às dimensões apenas no início do manual, pelo que no nosso estudo fazemos referência apenas às subescalas. Desta forma, valores elevados de envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, orientação da tarefa, autonomia, clareza, inovação e conforto físico, identificam uma boa percepção sobre o ambiente de trabalho, enquanto valores elevados de pressão e controlo no trabalho, identificam uma percepção menos boa (Louro, 1995).

Na aplicação da WES à nossa amostra, na análise da consistência interna, os resultados revelaram para as 10 subescalas, valores de *alpha de Chronbach* entre 0,84 e 0,88, o que é indicativo da sua boa consistência interna e, por conseguinte, da sua fidelidade.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para avaliar os sintomas psicopatológicos foi utilizado o Brief Symptom Inventory [BSI] de Derogatis (1993), adaptada à população portuguesa por Canavarro (1995). O BSI é um inventário que permite avaliar a psicopatologia em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas; Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos), sendo os últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007). É um inventário de auto-resposta, com 53 itens, onde o participante deverá classificar o grau em que cada problema o afectou na última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia desde *Nunca* (0 pontos) a *Muitíssimas vezes* (4 pontos). Para obter as pontuações para as nove dimensões deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item pertencentes a cada dimensão, e dividir a soma pelo número de itens pertencentes à dimensão respectiva.

Neste estudo, optámos apenas pela utilização das subescalas e da medida de avaliação sumária de perturbação emocional – Índice Geral de Sintomas [IGS] – que informa sobre o grau de *distress* psicológico global. Esta opção encontra justificação no facto de se tratar de um índice sumário, que permite avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos sujeitos. Para o cálculo do IGS deverá somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada do BSI à população portuguesa, realizada num estudo com 404 participantes da população em geral e 147 participantes perturbados emocionalmente, definindo as pontuações a partir das quais se

consideram que os indivíduos possuem ou não, sintomas psicopatológicos com valorização clínica (Canavarro, 1999, *cit in* Canavarro, 2007).

Os estudos psicométricos efectuados nesta versão, revelaram uma boa fidelidade e validade da escala. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo, enquanto a simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentado (Canavarro, 2007).

Na aplicação do BSI à nossa amostra, na análise da consistência interna, os resultados revelaram para as diferentes dimensões e para o IGS, valores de *alpha de Chronbach* entre 0,90 e 0,92, o que é indicativo da sua muito boa consistência interna e, por conseguinte, da sua óptima fidelidade.

Procedimento

Seleção dos participantes e recolha de dados

Primeiramente, foi efectuado um pedido de autorização formal à direcção das UICCI da SCME, tendo-se obtido o consentimento por escrito. Seguidamente, estabeleceu-se contacto com a enfermeira directora, com o objectivo de se obter a listagem dos cuidadores formais que lá trabalhavam, bem como combinar os detalhes da recolha da amostra.

Após a listagem e autorização, e acordada a data de início da recolha da amostra, procedeu-se ao contacto com cada um dos cuidadores, sendo-lhes fornecidas informações completas acerca da investigação. Após esclarecidas todas as dúvidas, procedeu-se à entrega do protocolo de investigação dentro de um envelope sem qualquer informação (remetente ou destinatário), sendo pedido aos participantes que o mantivessem assim, e o fechassem antes de o devolverem, de forma a garantir o carácter de confidencialidade e anonimato da investigação.

Após a recolha da totalidade dos protocolos preenchidos, passámos à análise e tratamento dos dados, descrevendo os resultados e formulando as conclusões.

Métodos de Análise Estatística

Neste estudo os dados recolhidos foram editados e analisados numa base criada para o efeito no programa *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS], versão 19.0 do Windows (2007). A análise de dados do nosso estudo iniciou-se com a estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimos e máximos) para a caracterização da amostra deste estudo em relação às características pessoais e profissionais, e em relação aos níveis de *Burnout*, à

percepção do Ambiente Laboral e à Sintomatologia Psicopatológica. Posteriormente, para estudar a análise correlacional entre o *burnout* e as diferentes variáveis recorreremos à correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

As seguintes tabelas, apresentam os resultados obtidos pelos cuidadores formais nos diversos instrumentos aplicados e as correlações estabelecidas.

Quadro 1: Estatística descritiva das pontuações do MBI-GS nos cuidadores formais.

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Exaustão Emocional	41	0	21	7,63	5,05
Cinismo	41	0	20	6,68	5,89
Eficácia Profissional	41	18	36	32,27	4,09

Os resultados do MBI-GS (Quadro 1), mostram que os participantes apresentam, em média, pontuações que nos indicam ausência de *burnout* significativo (valores de *Exaustão emocional* e de *Cinismo* abaixo do ponto de corte estabelecido e valores de *Eficácia Profissional* acima do ponto de corte estabelecido).

Quadro 2: Estatística descritiva da WES nos cuidadores formais.

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Envolvimento	41	2	9	7,20	1,79
Coesão entre Colegas	41	1	9	5,83	2,48
Apoio do Supervisor	41	1	8	5,05	1,95
Autonomia	41	2	9	5,95	1,56
Orientação para a Tarefa	41	3	9	6,68	1,74
Pressão no Trabalho	41	0	9	4,05	2,52
Clareza	41	2	9	6,54	2,05
Controlo	41	3	9	6,10	1,48
Inovação	41	1	9	5,66	2,39
Conforto Físico	41	2	9	6,68	1,94

Considerando o ponto médio⁹ estabelecido para cada subescala, podemos verificar, através do Quadro 2, que em todas as subescalas da WES, os participantes apresentam, em média, pontuações elevadas, à exceção da subescala *Pressão no Trabalho*, que se encontra ligeiramente abaixo do ponto médio estabelecido ($M=4,05$; $DP=2,52$). Estes resultados revelam uma atitude positiva e uma boa percepção dos participantes perante o seu ambiente laboral, à exceção dos valores elevados da subescala *Controlo* ($M=6,10$; $DP=1,48$), que se encontram associados a percepções menos boas sobre o ambiente de trabalho.

⁹ O máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é 9, logo o ponto médio é igual a 4,5.

Quadro 3: Estatística descritiva para as pontuações do BSI.

	<i>N</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	41	0	1,29	0,37	0,36
Obsessões-Compulsões	41	0	2,17	0,70	0,51
Sensibilidade Interpessoal	41	0	2,25	0,59	0,51
Depressão	41	0	1,83	0,52	0,51
Ansiedade	41	0	1,00	0,44	0,28
Hostilidade	41	0	2,20	0,49	0,43
Ansiedade Fóbica	41	0	0,60	0,17	0,20
Ideação Paranóide	41	0	2,40	0,83	0,56
Psicoticismo	41	0	1,20	0,31	0,33
IGS	41	0	1,25	0,49	0,30

Os resultados do BSI (Quadro 3) mostram que os participantes não apresentam valores clínicos significativos, uma vez que em nenhum dos sintomas psicopatológicos as pontuações se encontram acima do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional. O valor médio do IGS foi de 0,49 (DP=0,30), o que nos indica que os participantes apresentam um óptimo bem-estar psicológico.

Com o objectivo de compreendermos os resultados do MBI-GS procedemos à pesquisa da relação (correlação de *Pearson*) entre as diferentes dimensões deste instrumento com as variáveis Sociodemográficas e Profissionais, a WES e o BSI.

Quadro 4: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões do MBI-GS e as variáveis Sociodemográficas e Profissionais.

	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Idade	- 0,458**	- 0,099	- 0,024
Anos de Escolaridade	0,168	- 0,084	- 0,219
Distância Casa-Trabalho	0,217	0,148	- 0,317*
Anos de Serviço na Profissão	- 0,409*	- 0,013	- 0,019
Anos de Serviços nas UICCI	- 0,081	0,230	0,001

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Através da análise do Quadro 4, constata-se que a dimensão Cinismo não se encontra correlacionada, significativamente, com nenhuma das variáveis sociodemográficas nem profissionais. Contudo, a dimensão Exaustão Emocional e Física correlaciona-se de forma negativa, moderada e significativa com as variáveis Idade ($r = -0,458$; $p = 0,01$) e Anos de Serviço na Profissão ($r = -0,409$; $p = 0,05$), enquanto a dimensão Eficácia Profissional se correlaciona de forma negativa, fraca e significativa com a variável Distância Casa-Trabalho ($r = -0,317$; $p = 0,05$).

Quadro 5: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões do MBI-GS e as subescalas da WES

WES	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Envolvimento	- 0,069	- 0,314*	- 0,120
Coesão entre Colegas	- 0,167	- 0,357*	- 0,052
Apoio do Supervisor	- 0,150	- 0,190	0,453*
Autonomia	0,153	- 0,148	- 0,045

Orientação para a Tarefa	0,137	0,063	0,411*
Pressão no Trabalho	0,378	0,127	- 0,436**
Clareza	- 0,106	0,031	0,299
Controlo	0,222	0,055	- 0,190
Inovação	- 0,044	- 0,322*	0,148
Conforto Físico	0,148	0,105	- 0,005

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os resultados do Quadro 10, mostram associações significativas negativas e fracas entre a dimensão Cinismo e as subescalas Envolvimento ($r = -0,314$; $p = 0,05$), Coesão entre Colegas ($r = -0,357$; $p = 0,05$) e Inovação ($r = -0,322$; $p = 0,05$). No que respeita à dimensão Eficácia Profissional, verificam-se correlações positivas, moderadas e significativas com as subescalas Apoio do Supervisor ($r = 0,353$; $p = 0,05$) e Orientação para a Tarefa ($r = 0,311$; $p = 0,05$), e correlações negativas, moderadas e significativas com a subescala Pressão no Trabalho ($r = -0,436$; $p = 0,01$). A dimensão Exaustão Emocional e Física não está relacionada, significativamente, com nenhuma das subescalas do Ambiente Laboral.

Quadro 6: Estudo Correlacional (do tipo *Pearson*) entre as dimensões e o IGS do BSI e as dimensões do MBI-GS.

BSI \ MBI-GS	Exaustão Emocional e Física	Cinismo	Eficácia Profissional
Somatização	0,395*	0,395*	0,020
Obsessões-Compulsões	0,419**	0,411**	- 0,198
Sensibilidade Interpessoal	0,451**	0,427**	- 0,283
Depressão	0,457**	0,684**	- 0,155
Ansiedade	0,390*	0,407**	- 0,138
Hostilidade	0,194	0,574**	- 0,251
Ansiedade Fóbica	- 0,162	0,042	- 0,033
Ideação Paranóide	0,398*	0,439**	- 0,234
Psicoticismo	0,466**	0,464**	- 0,344*

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os resultados do Quadro 11 mostram, que a dimensão Exaustão Emocional e Física se correlaciona de forma positiva, moderada e significativa com todas as dimensões do BSI consideradas, com exceção da Hostilidade e da Ansiedade Fóbica. No que respeita à dimensão Cinismo, verificam-se correlações também elas positivas, moderadas e significativas com todas dimensões do BSI, com exceção da Ansiedade Fóbica. Relativamente à dimensão Eficácia Profissional, os resultados mostram associações negativas, fracas e significativas apenas com a dimensão Psicoticismo ($r = -0,344$; $p = 0,05$). A Ansiedade Fóbica é o único sintoma psicopatológico que não se correlaciona, significativamente, com nenhuma das dimensões do *burnout*.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Recorrendo aos resultados obtidos na nossa amostra, podemos inferir que os participantes apresentam, em média, pontuações que nos indicam ausência de *burnout* significativo, traduzindo-se em valores elevados de eficácia profissional e baixos de exaustão emocional e física, bem como, de cinismo. No entanto, gostaríamos de salientar que o *burnout* é conceptualizado como uma variável contínua, estendendo-se de grau baixo³¹ a moderado³², e de moderado a elevado³³ da experiência do sentimento (Soares, 2010). Neste sentido, consideramos que os resultados obtidos, apesar de não serem significativos, revelam a existência de baixos níveis de *burnout*. Para além disso, mais do que avaliar o *burnout* global, importa avaliar as suas dimensões isoladamente (Maslach et al., 1996). Sendo assim, a elevada percepção de eficácia profissional, poderá ajudar a compreender a ausência de *burnout* significativo. Contudo, não podemos descuidar os valores obtidos na dimensão exaustão emocional e física, sendo das três dimensões, a que mais se aproxima dos pontos de corte, podendo revelar-se futuramente como a componente facilitadora de *burnout*.

Quando reflectimos sobre a percepção dos cuidadores formais acerca do seu ambiente laboral, verificamos que os resultados revelam, de um modo geral, uma percepção positiva e satisfatória perante o seu local de trabalho, uma vez que estes apresentam, em média, pontuações elevadas em todas as subescalas relacionadas positivamente com o ambiente laboral (envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, clareza, inovação e conforto físico). Os valores ligeiramente elevados da subescala controlo, encontram-se associados a percepções menos boas sobre o ambiente de trabalho, o que indica que, os cuidadores formais consideram que a instituição faz uso de regras e pressões para controlar os seus trabalhadores, contudo, estes resultados, isoladamente, não contribuem para uma percepção global negativa do ambiente laboral e da própria organização, sobretudo quando percebem um bom apoio organizacional (supervisor).

Por sua vez, as pontuações obtidas no BSI revelam que nenhum dos sintomas psicopatológicos avaliados se encontra acima do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional, o que nos indica que a nossa amostra, de forma global, apresenta um bem-estar psicológico bastante satisfatório.

³¹ Reflectem-se nos resultados baixos das subescalas de Exaustão Emocional e Física e de Cinismo, e resultados elevados na subescala de Eficácia Profissional.

³² Reflectem-se nos resultados médios das três subescalas.

³³ Reflectem-se nos resultados elevados nas subescalas de Exaustão Emocional e Física e de Cinismo, e nos resultados baixos da Eficácia Profissional.

No estudo correlacional do MBI-GS com algumas das variáveis sociodemográficas e profissionais ressalta as correlações significativas e inversamente proporcionais entre a dimensão exaustão emocional e física, com a idade e os anos de serviço na profissão. Isto significa que, cuidadores formais mais jovens e com menos experiência profissional, evidenciam maiores sentimentos de sobrecarga e exaustão emocional perante as exigências do trabalho. Tal facto poderá estar relacionado com elevada expectativa que um profissional jovem, em início de carreira, apresenta perante o trabalho. Uma expectativa quase irreal de que o trabalho preenche totalmente a sua vida, existindo uma identificação excessiva com os utentes e um dispêndio de energia descomedido que, frequentemente, se revela ineficaz (Delbrouck, 2006). O facto de os respondentes da nossa investigação serem maioritariamente jovens, e consequentemente com pouca prática profissional, poderá contribuir para a elevação das pontuações, relativamente à dimensão exaustão emocional e física. Também a dimensão eficácia profissional se correlaciona de forma inversamente proporcional com a variável distância casa-trabalho, o que significa que, os profissionais que residem mais perto do local de trabalho são aqueles que revelam maiores expectativas profissionais, e consequentemente, maior eficácia profissional. O facto de a maior parte dos sujeitos viver a menos de 10 km do local de trabalho poderá constituir um factor protector de *burnout*. Efectivamente, quando comparados com os profissionais que residem a mais de 50km, estes dispendem, diariamente, menos tempo na sua deslocação, reduzindo não somente o desgaste físico e emocional da mesma, o que lhes permite empenharem-se mais nas suas funções e mostrarem-se mais eficazes no seu trabalho, bem como, proporcionando-lhes tempo efectivo para investirem na esfera pessoal e/ou familiar.

É também importante conhecer o modo como o ambiente de trabalho influência a saúde mental dos seus profissionais e o impacto que as variáveis institucionais produzem na vida dos trabalhadores. Segundo Tamayo (2004), o ambiente laboral é insistentemente mencionado pelos autores como uma fonte importante de *stress*. Da análise dos resultados obtidos entre o MBI-GS e a WES, podemos inferir que o ambiente laboral tem influência directa e indirecta nos comportamentos, na motivação, na produtividade do trabalho e também na satisfação das pessoas envolvidas com a organização. Desta forma, quando o ambiente laboral é favorável pode proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, ocasionando assim, uma boa relação entre os trabalhadores entre si e entre os trabalhadores e a organização – o que parece se aplicar à nossa amostra e à instituição em estudo –, reduzindo os níveis de exaustão profissional e consequentemente a instalação do *burnout*.

Por fim, importa referir que o trabalho não supre apenas as necessidades financeiras do profissional, mas também as emocionais por ser uma forma de auto-satisfação, auto-

valorização e realização pessoal. Nesse sentido, um profissional insatisfeito pode vir a desenvolver estados psicopatológicos complexos. Da análise dos resultados obtidos entre o MBI-GS e o BSI pois possível verificar que todas as perturbações emocionais avaliadas apresentam uma relação significativa com o *burnout* à exceção da Ansiedade Fóbica, o que significa que alguns estados psicopatológicos podem surgir como consequência da exaustão profissional, mas não necessariamente, podendo já serem estados pré-existentes no indivíduo, que irão ser exacerbados pelo fenómeno de *burnout*, ou que poderão conduzir à instalação desta síndrome. Contudo, importa referir que alguns estados psicopatológicos não têm, necessariamente, de surgir como consequência da exaustão profissional, podendo já serem estados pré-existentes no indivíduo, que irão ser exacerbados pelo fenómeno de *burnout*, ou que poderão conduzir à instalação desta síndrome.

Depois de reflectirmos sobre estes resultados, podemos concluir que o desenvolvimento da SB pode ser assim entendido, como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal (Serra, 2002). Contudo, segundo a revisão bibliográfica realizada por Maslach e colaboradores (2001), as pesquisas realizadas nas últimas décadas, revelam uma sobreposição das variáveis organizacionais e laborais sobre as individuais, no surgimento do *burnout*. Os factores organizacionais e laborais são encarados como factores desencadeantes de importância fundamental e os factores individuais, como factores facilitadores ou inibidores (Grazziano, 2008).

CONCLUSÃO

O *burnout* é considerado uma síndrome de cansaço físico e emocional que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, levando a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Surge, essencialmente, devido ao *stress* crónico associado à falta de condições no trabalho e às exigências das tarefas, emergindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda.

Na análise da SB nos cuidadores formais das UICCI de Esposende, concluímos que, de um modo global, os participantes não apresentam *burnout* significativo, percepcionando o ambiente laboral de forma positiva, encontrando-se satisfeitos com o funcionamento e a estrutura das unidades, percepcionando o ambiente físico como indutor de um ambiente de trabalho agradável. No que concerne à psicopatologia, verificámos que os cuidadores formais apresentam um bem-estar psicológico bastante satisfatório, não revelando nenhuma

perturbação emocional significativa. Tendo por base a percepção positiva e satisfatória dos cuidadores formais perante o seu local de trabalho e o bem-estar psicológico evidenciado, podemos concluir que, as UICCI parecem constituir um sistema de saúde que trouxe bastantes benefícios para a sociedade, não influenciando negativamente o bem-estar global de quem cuida.

Da avaliação das variáveis individuais, laborais e organizacionais, ressalta a existência de correlações significativas entre as características sociodemográficas, profissionais, o ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica, com a SB. Isto permite-nos concluir que o desenvolvimento da SB pode ser assim entendido, como resultado de um processo de interacção, perante o qual o indivíduo procura ajustar-se ao seu ambiente de trabalho e onde existe a influência de agentes de cariz organizacional, laboral e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, C. Blanco, J., Aguado, M., Ruíz, A., Cabaço, A., Sánchez, T., Alonso, C. & Bernabé, J. (1993). Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docência. CEASURA- *Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas*. 2, 47-65

Beltrán, C. A. (2006). Diferencias por sexo, syndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos intituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(29), 1-7.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em, M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*, (vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

Carlotto, M.S., & Câmara, S. G. (2004). Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505.

Carvalho, J. M. M. C. (2005). Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na área de Especialização em Pedagogias: *(In)Satisfação Profissional e Burnout em Professores e Enfermeiros*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Cuadra, R. G., Baldeón, J.P., Gutiérrez, F. R., & Yesán, C. L. (2005). Burnout Syndrome in Health workers at the Southern Perú Copper Corporation Mining company Hospitals. *Revista Médica Herediana*, 16(4), 233-238.

Delbrouck, M. (2006). Resumo do Perfil do Candidato à Exaustão. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*, (1.ª ed., pp. 41-45). Lisboa: Climepsi Editores.

Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, I série – A. (2006). Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade social: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Gil-Monte, P. R. (2002). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBIGS) Spanish Version. *Salud Pública México*, 44(1), 33-40.

Grazzinao, E. S. (2008). Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, na área de Saúde no Adulto: *Estratégias para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Hye-cheon, K., Bursac, K., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D., & West, D. (2009). Brief report: Stress, Race, and Body Weight. *Health Psychology*, 28(1), 131–135.

Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 379-422.

Martín, A.D.F., (1994). Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*, 22(2), 71-76.

Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento En Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo Y Evaluación de la Eficacia De Un Programa*. Universidad Complutense de Madrid.

McIntyre, T., (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*. 2(3), 193-200.

Mota-Cardoso, R. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.

Müller, F. V. K. (2004). Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Engenharia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia Modalidade Profissionalizante – Ênfase Ergonomia: *A Síndrome de Burnout no trabalho de assistência à saúde – Estudo junto aos profissionais da equipa de enfermagem do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Queirós, P. J. P. (1997). Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: *Burnout em Enfermeiros: comparação de 3 grupos*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Queirós, P. J. P. (1998). Burnout em Enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.

Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1-15.

Santos, M. L. M., & Abalo, J. G. (2005). Síndrome de *burnout*, em médicos que trabalham em unidades de cuidados intensos neonatais. *Psicologia y Salud*, 15(1), 25-32.

Santos, R.M. F., Franco, M.J. B., Batista, V. L. D., Santos, D. M. F., & Duarte, J. C. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista Referência*, 2(18), 17-31

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida laboral de todos os dias* (2.^a ed.). Coimbra: MinervaCoimbra.

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. B. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(1), pp. 53-66.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida laboral de todos os dias* (2.^a ed.). Coimbra: MinervaCoimbra.

Soares, J. I. (2010). Dissertação de Doutoramento em psicologia: *Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos – Eficácia de uma Intervenção de Grupo*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Tamayo, A. (2004) *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Relatório de Monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009* [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-07-20]. Disponível em, <http://www.rncci.min-saude.pt>.