

Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária 6ed 2017/2018

***Burnout* e Satisfação com o Suporte Social
em Cuidadores Formais da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do
Cidadão com Deficiência Mental de Santarém**

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre na área
de Educação social e Intervenção Comunitária**

Autor:

Bruno Alexandre Santos Gaspar da Cunha

Nº aluno: 160225002

Orientadora: Lia Pappámikail

Julho, 2018

“C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui rend ta rose importante.”

Le Petit Prince de Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa, e às minhas filhas pelo apoio incondicional, incentivo e paciência nos momentos de maior stresse, pela compreensão neste meu percurso de vida.

Agradecimentos

À Direção e aos colaboradores da APPACDM de Santarém, pela autorização, colaboração e envolvimento nesta investigação, que esperemos seja um contributo para a instituição.

À Professora Lia Pappámikail, pela partilha de conhecimento, orientação, contributos essenciais para a investigação.

A todos os que contribuíram, diretamente (Família, Colegas) e indiretamente, para a concretização deste trabalho fica aqui o meu agradecimento.

Resumo

O presente estudo versa sobre o *burnout* e a Satisfação com o Suporte Social em Cuidadores Formais e tem como objetivo principal avaliar o *burnout* a que os funcionários da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental de Santarém estão sujeitos, relacionando-o com a sua satisfação com o suporte social. Adicionalmente, procura-se estabelecer quais as variáveis sociodemográficas que influenciam os valores encontrados. A amostra do estudo é composta por 41 cuidadores formais e a metodologia é de natureza quantitativa, sendo este um estudo de cariz descritivo e correlacional. Foram utilizados os questionários de autopreenchimento designados de Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Os valores obtidos referentes ao *burnout* global, representam 14 cuidadores na amostra, sendo que os dados apresentam valores medianos inferiores a 50% em todas as suas dimensões. Na ESSS, a grande maioria dos cuidadores formais apresentam um elevado suporte social global, a amostra apresenta medianas superiores a 50% em todas as suas dimensões. O estudo evidencia uma correlação negativa entre *burnout* e suporte social. O estudo pretende contribuir para o conhecimento desta realidade, levantando-se pistas para possíveis intervenções socioeducativas com vista à prevenção e mitigação deste problema.

Palavras-Chave: Burnout; Suporte Social; Cuidadores formais; Deficiência Mental

Abstract

This study is about Burnout and Satisfaction with Social Support in Formal Caregivers and had as objective of the study, to evaluate the *Burnout* to which the employees of the Portuguese Association of Parents and Friends of the Citizen with Mental Disability of Santarém are subject as well as to compare, with satisfaction with social support and what sociodemographic variables influence. The study sample is composed of 41 formal caregivers and the methodology is quantitative in nature, being a descriptive and correlational study. The self-cushioning questionnaires called the Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI) and the Social Support Satisfaction Scale (ESSS) were used. The values obtained for global *burnout* represent 14 caregivers in the sample, and the data presented mean values lower than 50% in all dimensions. In the ESSS, the vast majority of formal caregivers have a high overall social support, the sample presents medians above 50% in all its dimensions. The study evidences a negative correlation between burnout and social support. The study intends to contribute to the knowledge of this reality, raising the clues for possible socio-educational interventions with a view to the prevention and mitigation of this problem.

Keywords: Burnout; Social Support; Formal caregivers; Mental disability

Résumé

Cette étude porte sur l'épuisement professionnel et la satisfaction avec le soutien social pour les aidants naturels et formels visant à étudier, chercher à évaluer l'épuisement professionnel que les employés de L'Association Portugaise des Parents et Amis du Citoyen avec Handicap Mental de Santarém mentale sont sujets ainsi que comparer, avec satisfaction avec le soutien social et quelles variables sociodémographiques influencent. L'échantillon de l'étude est composé de 41 soignants formels et la méthodologie est de nature quantitative, étant une étude descriptive et corrélationnelle. Les questionnaires auto-administrés appelés l'inventaire du *burnout* de Copenhague (CBI) et l'échelle de satisfaction du soutien social (ESSS) ont été utilisés. Les valeurs obtenues pour le *burnout* global représentent 14 soignants dans l'échantillon, et les données présentées représentent des valeurs de médianes inférieures à 50% dans toutes les dimensions. Dans l'ESSS, la grande majorité des aidants formels ont un soutien social global élevé, l'échantillon présente des médianes supérieures à 50% dans toutes ses dimensions. L'étude met en évidence une corrélation négative entre le *burnout* et le soutien social. L'étude entend contribuer à la connaissance de cette réalité, en levant les pistes d'interventions socio-éducatives possibles en vue de la prévention et de l'atténuation de ce problème.

Mots-clés: Burnout; Soutien social; soignants formels; Handicap mental

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Résumé	vi
Introdução.....	1
Parte I: Enquadramento Teórico	5
1- <i>Burnout</i>	5
1.1- Fatores de <i>burnout</i>	8
1.2- Stresse e Sintomas de <i>burnout</i>	10
1.3- Principais modelos.....	12
2- O Suporte Social	15
3- A Deficiência.....	18
3.1- Deficiência Mental (DM)	20
4- O Cuidador Formal.....	23
4.1- Cuidadores formais na Deficiência Mental e <i>burnout</i>	24
5- O papel do Educador Social na Síndrome de <i>burnout</i>	26
Parte II: Metodologia	30
1-Tipo de Estudo e Objetivos	31
2- Procedimentos de recolha de dados	32
3- Participantes e critérios de inclusão	33
4- Instrumentos	34
4.1 Questionário Sócio-Demográfico	34
4.2 Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (CBI).....	34
4.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social	35
5- Tratamento e análise dos dados	36
6- Considerações éticas e legais.....	37

Parte III: Análise de resultados.....	39
1 - Questionário Sociodemográfico	39
2- Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (CBI)	48
3- Escala de Satisfação com o Suporte Social	50
Metodologia estatística.....	52
4- Análise das hipóteses.....	53
5- Burnout vs ESSS.....	68
 Parte IV: Discussão de resultados	 73
 Parte V: Conclusões e considerações finais.....	 78
 Referências Bibliográficas.....	 81
 Anexos	 86
1 Pedido de autorização à Instituição	87
2 Protocolo de Consentimento Informado.....	88
3 I Questionário Sociodemográfico.....	89
4 II Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen	91
5 III Escala de Satisfação Suporte Social (ESSS).....	94
6 Pedido de autorização aos autores dos questionários.....	96
7 Gráficos.....	97
8 Percentagens das escalas por extenso/ Médias total dos inquiridos.....	100

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos por sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	39
Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias. Cuidadores da APPACDM, 2018.	40
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos os estado civil. Cuidadores da APPACDM, 2018.	40
Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos segundo o número de filhos. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	41
Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos relativamente ao facto de ter outros dependentes a cargo. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	42
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos em função do local de residência. Cuidadores da APPACDM, 2018.	42
Tabela7 – Distribuição dos inquiridos em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	43
Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos em função dos anos de trabalho na instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.	43
Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos em função do número de horas semanais que trabalham na instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	44
Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos em função do trabalho por turnos. Cuidadores da APPACDM, 2018.	44
Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos em função do trabalho parcial fora da instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.	45
Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos em função da situação contratual. Cuidadores da APPACDM, 2018.	45
Tabela 13 – Distribuição dos inquiridos em função da frequência com que faltou ao trabalho no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.	46
Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos em função da frequência com que faltou ao trabalho no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	46
Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos em função da sua vontade de deixar a instituição onde trabalha. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	47
Tabela 16 – Distribuição dos inquiridos em função da sua vontade de mudar de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	47
Tabela 17 – Valores da escala de Burnout após conversão para percentagem, incluindo número de inquiridos acima dos 50 pontos (N/%), Nº de itens (perguntas) e número de respostas válidas (N).	49

Tabela 18 – Valores referentes as quatro dimensões incluído numero de inquiridos (N/%), percentagem e número de respostas válidas (N).	51
Tabela 19 – Valores do teste de alpha de cronbach para as escalas e respetivas dimensões – SA = satisfação com amizades, IN = intimidade; SF = satisfação com família; AS = atividades sociais. Cuidadores da APPACDM, 2018.	53
Tabela 20 – Valores do teste de normalidade de Shapiro-Wilk (W) e respetivo valor-p. Cuidadores da APPACDM, 2018.	54
Tabela 21 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.	55
Tabela 22 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.	55
Tabela 23 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respetivo valor-p em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.	56
Tabela 24 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respetivo valor-p em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.	56
Tabela 25 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função do estado civil/ conjugalidade. Cuidadores da APPACDM, 2018.	57
Tabela 26 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função do estado civil. Cuidadores da APPACDM, 2018.	57
Tabela 27 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respetivo valor-p em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	58
Tabela 28 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respetivo valor-p em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	58
Tabela 29 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respetivo valor-p em função das horas de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	59
Tabela 30 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respetivo valor-p em função dos horas de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	60
Tabela 31 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.	60
Tabela 32 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.	60
Tabela 33 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função das faltas no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.	61
Tabela 34 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valorp em função das faltas no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.	61

Tabela 35 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a instituição”. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	62
Tabela 36 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a instituição”. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	62
Tabela 37 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a profissão”. Cuidadores da APPACDM, 2018.	65
Tabela 38 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a profissão”. Cuidadores da APPACDM, 2018.	65
Tabela 39 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respetivo valor-p entre a escala de Burnout e a escala de Satisfação com o Suporte Social – SA = satisfação com amizades, IN = intimidade; SF = satisfação com família; AS = actividades sociais. Valores-p < 0,05 estão assinalados a negrito. Cuidadores da APPACDM, 2018.....	71
Tabela 40 – Valores médios da escala de Burnout após conversão para percentagem, incluindo desvio padrão (DP) e número de respostas válidas (N)	100
Tabela 41 – Valores médios da escala ESSS após conversão para percentagem	100

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Satisfação com a Família em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.	55
Gráfico 2 – Burnout total e respetivas dimensões pessoal e trabalho em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.	56
Gráfico 3 – Satisfação com a família em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	59
Gráfico 4 – ESSS – Satisfação com Família em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.	61
Gráfico 5 – Burnout Global em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.	63
Gráfico 6 – Burnout Pessoal em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.	63
Gráfico 7 – Burnout Utente em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.	64
Gráfico 8 – Burnout Global em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	66
Gráfico 9 – Burnout Pessoal em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	66
Gráfico 10 – Burnout Trabalho em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	67
Gráfico 11 – Burnout Utente em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.	67
Gráfico 12 – Valores medianos das escalas (ESSS à esquerda e Burnout à direita), com indicação dos quartis Q25 e Q75 e do máximo e mínimo. Cuidadores da APPACDM, 2018.	68
Gráfico 13 – ESSS Global em função do Burnout pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.	69
Gráfico 14 – ESSS AS em função do Burnout Global. Cuidadores da APPACDM, 2018.	69
Gráfico 15 – ESSS AS em função do Burnout Pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.	70
Gráfico 16 – ESSS AS em função do Burnout Trabalho. Cuidadores da APPACDM, 2018.	70
Gráfico 17 – ESSS AS em função do Burnout Utente. Cuidadores da APPACDM, 2018.	70
Gráfico 18 – ESSS Global em função do Burnout pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.	97

Gráfico 19 – ESSS AS em função do Burnout Global. Cuidadores da APPACDM, 2018.	97
Gráfico 20 – ESSS AS em função do Burnout Pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018...	98
Gráfico 21 – ESSS AS em função do Burnout Trabalho. Cuidadores da APPACDM, 2018.	98
Gráfico 22 – ESSS AS em função do Burnout Utente. Cuidadores da APPACDM, 2018....	99

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

AAMR- American Association on Mental Retardation

APA- American Psychological Association (APA)

APPACDM- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental

ICD- 10 Classificação Internacional de Doenças, na sua décima revisão

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde

CRI- Centro de Recurso a Inclusão

Q.I- Coeficiente de inteligência

DM- Deficiência mental

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

CBI- Questionário de Copenhagen Burnout Inventory

MBI- Maslach Burnout Inventory

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

% - Percentagem

N - População

n - Amostra

et al. - e outros

p. - Página

f – Folha

ed. - edição

Introdução

O presente tema surgiu do interesse em estudar o *burnout* a que os colaboradores de ação direta (Cuidadores Formais) da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental (APPACDM) de Santarém estão expostos e suas consequências na vida pessoal e profissional destes indivíduos, bem como para a vida da organização. A motivação para o estudo é a de contribuir para um maior conhecimento e sensibilização dos cuidadores formais, uma vez que, sendo também funcionário, tenho vindo a verificar que esta se tem revelado uma problemática fundamental para a instituição em que trabalho e que é palco deste estudo.

De acordo com o site da APPACDM de Santarém (2018) esta é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de referência para as pessoas com deficiência e incapacidade. Foi fundada em 1972, no concelho de Santarém, com o objetivo principal de promover e estimular o desenvolvimento das pessoas com deficiências e incapacidades e a sua inclusão na sociedade. No ano 2000, a APPACDM de Santarém, que até então era uma delegação da APPACDM (Instituição Nacional), passou a ser autónoma. A Associação cresceu, o número de utentes aumentou, outras áreas de intervenção tiveram de ser incluídas, como as áreas de Formação e Emprego, a criação de um Centro de Apoio Ocupacional, Intervenção Precoce, Sócio Educativo, Centro de Recursos para a Inclusão (CRI.). Para além das valências citadas é preocupação desta Associação a promoção de atividades culturais, desportivas e lúdicas integradoras e promotoras de bem-estar físico e social e neste momento dá resposta a 243 utentes com cerca de 110 funcionários.

Em 1968, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define deficiente mental como *“indivíduo com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos”*. Os cuidadores que lidam com esta população estão sujeitos a tensões constante devido a lidaram com múltiplas patologias e necessidades. Nestes últimos anos, a Instituição tem vindo a aumentar as exigências internas e externas (aumento de respostas à comunidade como referido), devido às alterações do desenvolvimento social e político. Por outro lado, como indica Loureiro (2006), presentemente os indivíduos estão sujeitos às exigências quantitativas e qualitativas, com níveis de competitividade e aumento de eficácia no desempenho. Com este aumento de solicitações, os profissionais na área da deficiência mental ficam mais suscetíveis as inúmeras situações de desgaste físico e emocional com o próprio ambiente de trabalho. Referir ainda que o número escasso de pessoal pode levar a sobrecarga, ao aumento de exposição elevada do profissional a riscos stressores emocionais, sofrimento, e dor (...). Benevides-Pereira (2002); Gomes, Cruz e Cabanelas (2008).

É neste contexto que surge o *burnout*. “*Burnout é uma experiência individual, específica do contexto do trabalho*” (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001)

Termo cada vez mais comum hoje em dia, a síndrome de *burnout* é observado como um problema psicossocial, inquietando cada vez mais os investigadores científicos e as entidades organizacionais. Sobretudo porque, previsivelmente, os seus efeitos na pessoa e organizações são nefastos. (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009). A síndrome de *burnout* é uma grave consequência da exposição crónica ao stress no contexto laboral resultante de um desajuste, entre o profissional e o seu emprego. (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001),

Embora haja estudos que demonstram esta problemática noutras profissões, aqueles que mantêm um contacto direto com pessoas e múltiplas problemáticas, tal como os profissionais na área social e da saúde, apresentam-se como um grupo de risco elevado (Queirós, 2005), motivando-nos para esta pesquisa.

Em suma, nesta dissertação apresentam-se os resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar a incidência de *Burnout* a que os profissionais (cuidadores) estão expostos e relacioná-la com a satisfação e com o Suporte Social destes mesmos profissionais. O suporte social é um conceito amplo constituído por muitas dimensões e que diz respeito a toda a ajuda que as pessoas/instituições dirigem a outros que dela necessitam. Pais-Ribeiro (1999) citando Sarason (1983), define o Suporte Social como “*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (Pais-Ribeiro, 1999 p. 547).

Neste sentido investigadores fizeram uma ampla pesquisa sobre “*como lidar com o stress*”, e expuseram que uma das melhores formas é receber/procurar suporte social. (Baqutayan, 2011) justificando assim a estratégia de pesquisa.

Este estudo pretendeu assim contribuir para uma melhor compreensão da problemática enquadrando-a, adicionalmente, na esfera de atuação da Educação Social. A finalidade última é melhorar no futuro as condições de prestação de cuidados por parte dos cuidadores para que o ato de cuidar de uma população com deficiência mental com suas necessidades específicas e complexas seja a mais adequada possível.

Esta dissertação encontra-se estruturada em cinco partes:

- 1) Enquadramento teórico: onde se apresenta uma breve revisão da literatura sobre as variáveis a serem analisadas;
- 2) Metodologia: onde é apresentada a metodologia do estudo na qual é descrita todo o processo e o plano de investigação utilizado, nomeadamente a descrição da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos;

3) Apresentação e Análise de Resultados: onde são apresentados os resultados obtidos através das análises descritivas, correlacionais e comparação dos cuidadores, referentes às variáveis principais em estudo;

4) Discussão de Resultados: onde se apresenta a discussão dos resultados obtidos relacionando-os com a revisão de literatura apresentada na fundamentação teórica;

5) Conclusões e Considerações Finais: onde se apresentam as conclusões do estudo, as suas limitações, considerações éticas e algumas sugestões para futuras investigações na área da Educação Social e Intervenção Comunitária.

Parte I: Enquadramento Teórico

Parte I: Enquadramento Teórico

O Enquadramento Teórico permitiu-nos a recolha de informação para a fundamentação e aprofundamento do conhecimento acerca do *burnout*. Nesta primeira parte pretendemos definir o *burnout*, suas dimensões, fatores, sintomas e principais modelos. Serão também abordados os conceitos relacionados com o Suporte Social e suas várias dimensões.

1- Burnout

O termo *burnout*, apareceu nos anos 70 de uma forma mais conhecida, nos Estados Unidos da América (E.U.A.), em pessoas que trabalhavam diretamente com pessoas. De origem popular e não académica, o termo resulta da ficção “The burnout Case” (Maslach, et al., 2001)

Foi no artigo escrito pelo autor Hebert Freudenberger que foi mencionado pela primeira vez o “*Staff Burnout*” e sua multidimensionalidade. Em 1974/75, Freudenberg observou que muitos dos voluntários com quem trabalhava na área da saúde, apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, o que levava a diversos sintomas físicos e mentais, demonstrando um estado de exaustão causada pela vida profissional (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008).

Segundo Queirós (2005) *burnout* é uma denominação que pode ser traduzida por “*desgaste por fora*”, queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força ou como estoiro.

Ao longo das últimas décadas vários foram os autores que estudaram a temática, síndrome de *burnout*. O conceito de *burnout* adquiriu importância particularmente nas profissões de serviços humanos, nos quais o trabalho assenta na relação entre quem presta e quem recebe o serviço, desde então, diversas definições têm sido mencionadas.

Cherniss (1980; citado por Queirós, 2005, p.27) refere que o *burnout* consiste em “... *mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda trabalhando em empregos exigentes ou frustrantes...*”.

Carlotto (2009, p 8) referencia Edelwich e Brodsky na definição de *burnout* como sendo “*um processo de perda de idealismo, energia e objectivos, vivenciado pelo indivíduo que trabalha em profissões de ajuda, originário das suas condições de seu trabalho*”.

Em comum, as definições apontam para uma situação em que se articula exaustão e o exercício de funções exigentes, psíquica e fisicamente.

O *burnout* deve ser analisado individualmente, no seu contexto trabalho, (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), uma vez que o *burnout* é especificamente influenciado pelas exigências do trabalho e pela falta de recursos no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004).

Loureiro (2006) refere, precisamente, que o *burnout* aparece quando as pessoas tentam dar significado e não conseguem na sua atividade profissional. A síndrome de *burnout* é desta forma uma síndrome psicológica que envolve prolongadas respostas aos stressores, no local de trabalho. Envolve necessariamente stress crónico que resulta de uma incongruência entre o indivíduo e o trabalho, tal como referido por Maslach (2003, citado por Seabra, 2008).

De referir no entanto que, atualmente, não é ainda reconhecida como uma doença pela DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), mas é referida pela American Psychological Association (APA) e no ICD-10/CIF como “Problemas relacionados com a vida” - “Exaustão Vital” (Böhner-Kohler, 2012).

Delbrouck (2006), no entanto, considera o *burnout* como uma doença da relação de ajuda, que poderá nalgum momento da vida afetar um indivíduo saudável.

As três dimensões que caracterizam a síndrome de *burnout* são:

- 1- Exaustão Emocional,
- 2- Despersonalização
- 3- Sentimento de Incompetência (Delbrouck, 2006).

Objetivando cada uma das dimensões:

- 1) Exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional, é a dimensão mais prevalente, segundo Delbrouck (2006).
- 2) Despersonalização ocorre quando o profissional passa a tratar os utentes, os colegas e a organização de uma forma distante e impessoal (Dias, Queirós & Carlotto, 2010).
- 3) Sentimento de incompetência está relacionado com a propensão do trabalhador se avaliar de uma forma negativa, sentindo-se insatisfeito com o seu progresso profissional (Dias, Queirós & Carlotto, 2010).

Já Schaufeli, Leiter e Maslach (2008), referem que a síndrome de *burnout* foca-se em dois pontos.

O primeiro é o aumento constante da procura em relação aos recursos existentes (oferta). Com esse aumento, os recursos não conseguem dar resposta, devido a falta de pessoal, equipamentos e conservar a fluência do trabalho. Devido a esta necessidade, pode originar ao aumento de horas de trabalho, o que leva a um desgaste em que os profissionais

não conseguem recuperar, levando a um aumento das necessidades nos recursos sendo um círculo vicioso.

O segundo ponto é referente à motivação pessoal. As organizações quando tem valores diferentes dos valores pessoais dos trabalhadores podem gerar divergências entre as organizações e trabalhadores levando a uma redução do compromisso entre ambos.

O mundo do trabalho através da sua globalização, mudanças nas dinâmicas de contratações e exigências nas tarefas (produtividade, rentabilidade, tempo) podem contribuir para o *burnout* sendo por estas razões que o *burnout* também é um problema social. (Schaufeli, Leiter & Maslach ,2008).

1.1- Fatores de Burnout

A maioria das investigações estudadas, nestes trinta anos, têm-se focado nos fatores que contribuem para o aparecimento de *burnout*, bem como nas suas consequências para o bem-estar dos profissionais. Os estudos revelam-nos que o aparecimento de *burnout* aparece por uma sequência de respostas stressoras crónicas que os profissionais sentem, face as exigências da atividade laboral sendo superior aos recursos existentes para uma resposta adequada às mesmas (Maslach, 2003).

Com efeito, segundo Maslach, Shaufelli e Leiter (2001), no contexto de trabalho são identificados os seguintes aspetos que podem provocar stress: sobrecarga; liderança, supervisão orientação e hierarquização a que se está sujeito; isolamento social; objetivos do local; autonomia; contacto com os utentes.

No que se refere ao indivíduo, são de referir a ausência do suporte social que recebe fora do serviço e a carreira profissional. O stress causado pela conjugação de elementos stressantes resulta por sua vez em problemas com utentes; burocracia; falta de incentivos; dúvidas sobre a competência; falta de participação no grupo. Dos fatores extrínsecos os mais importantes são os fatores ligados à família (Queirós, 2005).

Já Deminco (2011) dividiu os stressores presentes no ambiente de trabalho em seis grupos:

- 1) Fatores intrínsecos do trabalho: condições impróprias de trabalho, turnos de trabalho, carga horária de trabalho, viagens, riscos, e quantidade de trabalho;
- 2) Papeis stressores: papel equívoco, conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas;
- 3) Relações no trabalho: relações difíceis com o chefe, colegas, clientes diretamente ou indiretamente associados;
- 4) Stressores na carreira: falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou decadência da indústria;
- 5) Estrutura organizacional: estilos de liderança, falta de participação, défice de comunicação;
- 6) Interface trabalho-casa: dificuldade em manusear esta relação (Delbrouck, 2006).

Quadro 1. Fatores da síndrome de *burnout*

Fatores sociodemográficos	Fatores característicos do trabalho
Idade Género Nível educacional Estado civil Nº de filhos Personalidade Sentido de coerência Idealismo	Tempo de profissão Trabalho por turnos Relação com o doente Relacionamento com os colegas de trabalho e com os superiores Pressões na atividade ocupacional Expectativas Ambiguidade de papéis Satisfação na atividade ocupacional Feedback Noções éticas Sentimento de injustiça nas relações laborais
Fatores organizacionais	Fatores sociais
Ambiente físico Mudanças organizacionais Normas institucionais Segurança Comunicação Autonomia	Apoio social Apoio familiar Aspeto cultural Prestígio social

Fonte: Benevides-Pereira, A.M.T. (2002).

Analisando o quadro 1, verificamos os diversos fatores possíveis de induzir a síndrome de *burnout*, estando estes organizados em quatro eixos: fatores sociodemográficos, fatores característicos do trabalho, fatores organizacionais e fatores sociais. Os mesmos permitem nos perceber a multiplicidade de aspetos que podem influenciar o aparecimento de *burnout*, sendo que o quadro sintetiza os principais fatores referenciadas por diversos autores (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, Benevides-Pereira, 2002).

1.2- Stresse e Sintomas de Burnout

O stresse (tensão) está presente no quotidiano dos cuidadores formais. Quando este é contínuo leva a diversas respostas fisiológicas que têm consequências no organismo e sobre o desenvolvimento de diversas patologias.

Por stresse compreende-se por todo o processo ou sequências de processos que provoquem uma alteração da homeostasia corporal, havendo uma resposta adaptativa do organismo de forma a haver um reajusto do mesmo (Sinha,2008). O stresse tem sua importância para a sobrevivência do indivíduo em situações de luta ou fuga (fight or flight), porém elevados níveis de stresse ou uma repetição crónica ao stresse, leva a efeitos negativos no organismo, devido a continua carga alostática (que traduz um processo de adaptação constante a um fator de stresse), provocando uma desregulação fisiológica (neural, metabólica e comportamental) que afasta se do intervalo homeostático em que o organismo se tenta conservar (Sinha, 2008; Figueira,2007).

Os fatores que induzem stresse podem ser emocionais/psicológicos ou fisiológicos.

Como exemplos de stresse emocional ou psicológico de referir: os problemas interpessoais, conflitos pessoais, luto e relação laboral (Carga horária, desemprego...). Como exemplos de stresse fisiológico podemos referir: fome, insónia, hipo- e hipertermia, drogas, doenças crónicas e intervenções cirúrgicas (Sinha 2013; Figueira 2007).

Estas alterações provocadas pelo stresse vão repercutir-se em diferentes sistemas corporais e regiões do corpo, especialmente: Figueira (2007)

- O sistema cardiovascular, com efeitos como a hipertensão arterial, alterações do ritmo cardíaco;
- O sistema músculo-esquelético, com lombalgias, cefaleias de tensão;
- O sistema pulmonar como asma, apneias;
- O sistema imunitário com imunodeficiências,
- O sistema gastrointestinal com úlceras pépticas, colite e intestino irritável;
- O sistema génito-urinário com disfunções na diurese, disfunção erétil ou frigidez;
- O sistema endócrino, com amenorreia, fadiga, letargia e Diabetes Mellitus;
- O sistema nervoso central (SNC), com efeitos no sono, depressão, ansiedade, convulsões, amnésia, concentração;
- O sistema Tegumentar, com diversos sinais de atopia, como eczema, seborreia do couro cabeludo.

Diversos autores têm estudado e desenvolvido o conceito, o processo e as manifestações da síndrome de *burnout*, ou a sequência com que surgem os sintomas.

De facto, segundo Filho e Burd (2010) os sintomas de *burnout* podem juntar-se em quatro áreas:

- 1) Sintomas psicossomáticos (Fadiga crónica, alterações do Trato Gastrointestinal, dores musculares difusas, alterações hormonais...);
- 2) Comportamentais (Falta ao trabalho, alterações comportamentais, humor instável aumento desnecessário do risco e conflitos...);
- 3) Emocionais (Alterações afetivas, irritabilidade, défice de concentração, memorização e pensamento complexo e abstrato);
- 4) Defensivos (distanciamento emocional e profissional, abolição consciente de informação, “fuga”).

Já Gil-Monte (2003) sintetiza as demonstrações do *burnout* em quatro categorias:

- 1) Os sintomas emocionais: uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade e de impotência ou onipotência.
- 2) Os sintomas atitudinais: desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade.
- 3) Os sintomas comportamentais: agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade.
- 4) Os sintomas psicossomáticos: alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (aumento da frequência de infeções, alergias, etc.), problemas sexuais (diminuição da libido), digestivos (úlceras, náuseas, diarreias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, etc.).

Embora exista diferentes pontos sobre o conceito de *Burnout* é unânime que este aparece no indivíduo no final de um processo contínuo de stresse e tensões laborais (Benevides-Pereira & Moreno-Jimenez, 2003).

1.3- Principais modelos

Existem vários modelos da Síndrome de *Burnout* que podem contribuir para uma melhor compreensão das manifestações, são vários os autores que têm contribuído criando diversos modelos teóricos aos longos dos anos.

Na génese dos modelos estão diferentes correntes teóricas, e segundo Pinto e Chambel (2008), estas classificam-se em clínica, psicossocial, organizacional e socio-histórica.

Freudenbergger é o autor a quem se atribui a proposta clínica, pois defende a síndrome de *burnout* como um estado e não como um processo, resultante da atividade profissional. Coloca o problema no indivíduo e na relação com o outro, dependente de características individuais. Caracterizada por um conjunto de sintomas já referidos (fadiga física e mental, irritabilidade, sentimento de impotência...) (Filho & Burd, 2010).

A conceção psicossocial insere os aspetos individuais às variáveis psicossociais (condições e relações no trabalho), o que propicia o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome de *burnout* (a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal no trabalho) (Queirós, 2005).

Já Cherniss (1980; citado por Fontes, 2011) apresenta a conceção organizacional, indica como principais agentes neste processo os agentes stressores organizacionais. Neste modelo a síndrome de *burnout* resulta de uma desvinculação entre as necessidades do indivíduo e os objetivos da instituição.

Por fim, a conceção sócio-histórica salienta mais o papel da sociedade do que o dos fatores pessoais ou institucionais. Esta conceção utiliza como metodologia de investigação a análise histórica, procurando compreender ao longo do tempo, quais os aspetos sociais (Individualismo, economia capitalista...), foram decisivos para o surgimento do *burnout*. (Carlotto, 2001).

A síndrome de *burnout* é um fenómeno transversal à escala global, apesar de existir ligeiras diferenças nas conceções, não implica necessariamente que o termo seja igual em todos os países e línguas. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008). O contexto social local desempenha um papel essencial na forma como é entendida a síndrome de *burnout*. Em alguns países, principalmente do norte da Europa (Holanda e Suécia), o diagnóstico de *burnout* possibilita às pessoas obter um regime de proteção económico e de reabilitação (psicológico e físico). Na grande maioria dos países, no entanto, o diagnóstico de *burnout* não é considerado como doença profissional. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008).

De seguida são enumerados os principais modelos de diagnóstico e será descrito o Modelo de Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

De acordo com Queirós (2005) os modelos mais significativos são:

- 1978- Modelo de House e Wells;
- 1980- Modelo do processo de *burnout* de Cherniss;
- 1980- Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky;
- 1983- Modelo de Meier (1983);
- 1986 e 1988- Modelo de Golembiewski e Munzenrider;
- 1989- Modelo de fases de *burnout* de Leiter;
- 1993- Modelo existencial de Pines;
- 1993- Modelo bi-dimensional do *burnout* (Schaufeli e van Dierendonck);
- 1996- Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach; Jackson; Leiter,);
- 1997- Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo,);
- 1998- Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel;
- 2002- Modelo de sistema interactivo de *burnout* (Marques-Teixeira).
- 2005- Modelo de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

A generalidade dos estudos de investigação científica na área do *burnout* é baseada no Maslach Burnout Inventory (MBI) desde dos anos oitenta (Maslach & Jackson, 1981 citado por Fontes, 2011). Com efeito, o MBI tem sido aplicado em mais de 90% dos estudos sobre o *burnout* em todo o mundo, o que lhe confere um estatuto de hegemónico (Schaufeli & Enzmann, 1998 citado por Fontes, 2011). Existem três versões distintas do MBI que foram desenvolvidas em função das diferentes áreas profissionais: a primeira para aplicar aos profissionais da área da saúde “Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBIHSS) ”; a segunda versão adequada aos profissionais em contexto educativos “Maslach Burnout Inventory - Educators Survey (MBI-ES) ” e a terceira versão, que é a mais genérica, adaptada aos trabalhadores em geral “Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)” (Fontes, 2011).

O modelo de Copenhagen Burnout Inventory (CBI), segundo Kristensen et al. (2005) tem por base um estudo prospetivo sobre o *burnout* no sector de serviços humanos (profissionais de saúde, professores, cuidadores...) designado de Project on *Burnout*, Motivation, and Job Satisfaction (PUMA), enquadrando-se por essas razões no nosso estudo. O CBI foi traduzido para oito línguas (Inglês, Finlandês, Francês, Esloveno Japonês, Mandarin, Cantonense, Sueco) e é atualmente utilizado em vários países (Kristensen et al., 2005)

O estudo PUMA/CBI foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objetivos estudar a prevalência e a distribuição do *burnout*, as causas e consequências do *burnout* e as possíveis intervenções

para reduzir o desgaste, se necessário. Para o nosso estudo o CBI tem vantagens tendo em conta a população em análise e, havendo a versão portuguesa do CBI, e sendo um instrumento fiável e preciso, optámos por este questionário (Fontes, 2011). A primeira dimensão do CBI pretende avaliar o *burnout* pessoal que é definido por um estado de esgotamento físico e psicológico prolongado e pretende avaliar os sintomas de esgotamento gerais. A segunda dimensão é apenas relacionada com o trabalho, em que analisa o esgotamento físico e psicológico prolongado, relacionado com o trabalho da pessoa e é utilizado para avaliar sintomas de esgotamento relacionados ao trabalho. A última dimensão estuda o sentimento de esgotamento relacionado com o cliente e aplica-se aos trabalhadores dos serviços humanos (Kristensen et al, 2005).

O instrumento será descrito com suas características no capítulo destinado à metodologia.

2- O Suporte Social

Neste capítulo pretendemos de uma forma transversal abordar a importância do Suporte Social. O papel do suporte Social tem sua pertinência no decurso da vida e deve ser visto como recurso que permite lidar de forma positiva com eventos de vida sejam elas pessoais ou laborais suscetíveis de provocar stresse (Ribeiro,1999).

O suporte social é uma conceção vasta compostas por diversas dimensões que reflete toda a ajuda que as pessoas orientam a outros que delas carecem.

Este abrange a organização da rede de relações sociais e a adequação da sua função, principalmente o grau que recebe a pessoa, com o apoio de satisfação (Anjos et al. 2015). O Suporte social define-se, como *"a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós"* (Sarason, et al., 1983, citado por Ribeiro, 1999, p.127).

O suporte social da pessoa é constituído por diversos elementos, como família e amigos, assim como por ligações a redes sociais, variáveis na sua intensidade e frequência de contactos. (Ribeiro, 1999). Segundo Zegwaard, (2011), o suporte social visa adaptações, entre as quais se podem destacar as relações interpessoais. Este tem como efeito minimizar as consequências do stresse nas pessoas. É uma situação muito ampla, abrangendo um conjunto de elementos e de aspetos, usando métodos de avaliação muito diversos. Assim, a conceção de suporte social compreende uma enorme variedade de situações e formas de suporte, nomeadamente informacional, emocional e material sendo estes os mais mencionados na opinião de alguns autores.

O suporte social pode ser classificado em três categorias principais: apoio instrumental ou material, apoio emocional e apoio informativo. O apoio emocional refere-se àquilo que as pessoas, que nos são importantes fazem, que nos faz sentir amados, cuidados e que sustenta o nosso senso de auto-estima, como por exemplo, incentivar e dar feedback positivo. O apoio material refere-se aos vários tipos de ajuda concreta que os outros nos podem fornecer, como por exemplo transportes ou dinheiro. O apoio informativo refere-se à ajuda que as pessoas ao nosso redor podem oferecer, nomeadamente através da prestação de informações (Matos & Ferreira, 2000).

Para se compreender cabalmente as implicações do suporte social há que distinguir o suporte social percebido do suporte social recebido.

O primeiro é referente ao suporte social que a pessoa percebe como disponível em situação de necessidade. É caracterizado em termos cognitivos: o indivíduo tem a percepção geral de que é amado e valorizado, e de que tem apoio em caso de necessidade.

O último considera o suporte social que foi efetivamente recebido (Cramer, Henderson & Scott 1997, citado por Ribeiro, 1999). Alguns autores argumentam que as percepções de suporte são vagas e não representam o suporte que está disponível ou o que foi efetivamente recebido. No entanto, é bastante importante na determinação da satisfação e do resultado do suporte este pode influenciar o resultado e a satisfação geral com o suporte recebido (Ribeiro,1999).

Ribeiro (1999) referencia uma investigação com uma amostra de 1269 pessoas, realizada por Wethington e Kessler nos anos 80. Os autores determinaram as componentes de saúde que estavam ligadas à percepção de suporte social ou aos aspetos objetivos do suporte social. Estes apuraram que os efeitos de saúde eram mais explícitos pela percepção de suporte social percebido do que pelo suporte social recebido.

No que diz respeito às formas que assume o suporte social, a literatura aponta para duas formas principais: as redes de suporte social formal, que compreendem organizações sociais formais como instituições, hospitais, programas governamentais e os profissionais que estão vocacionados para prestar serviço especializado as pessoas com algum tipo de carência; e o suporte social informal, referente a pessoas como família, amigos, vizinhos e grupos sociais que podem prestar apoio nas atividades diárias (Ribeiro 1999).

Existe, uma ampla referência de evidência acerca das diversas variáveis e da existência de relação entre elas e o suporte social,

“... a saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason, Poter III, & Antoni, 1985), satisfação com a vida (Sarason et al, 1983), longevidade e mortalidade (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989), queixas somáticas (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau 1985), resistência a doenças (Cohen, 1988), protecção para indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais (Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996), psicopatologia (Kessler et al., 1985) e distress psicológico (Heller 1979...”, (Pais-Ribeiro, et al., 2003 p. 22).

Dunst e Trivette (1990, citados por Ribeiro, 1999) mencionam cinco componentes de suporte social:

- 1) A componente constitucional refere-se às necessidades e concordância das mesmas com suporte existente.
- 2) A componente relacional diz respeito ao estatuto familiar, profissional, tamanho da rede social e à participação em organizações.
- 3) A componente funcional contempla o tipo de suporte emocional, informacional, instrumental, material, a qualidade do suporte, e a quantidade do mesmo.
- 4) A componente estrutural compreende a frequência de contactos, a proximidade física e psicológica, o nível da relação e reciprocidade.

- 5) A componente satisfação consiste na utilidade e nível de ajuda percebido pelo indivíduo (Ribeiro, 1999).

Neste sentido, investigadores fizeram uma ampla pesquisa sobre “*como lidar com o stresse*”, e expuseram que uma das melhores formas é receber/procurar suporte social (Baqtayan, 2011 p 29). Adicionalmente, a ideia de que o apoio social tem efeitos na proteção da saúde está bem suportada empiricamente. (Lino, Portela, Camacho, Atie, & Lima, 2013).

O suporte social deve assim ser visto como um recurso para minimizar acontecimentos negativos, o que pode explicar assim porque é que muitas pessoas, com acontecimentos negativos no meio laboral causadores de muito stresse, não sofrem consequências adversas ao nível do desempenho e do bem-estar geral.

Atendendo que a população em estudo atende a pessoas portadoras de deficiência serão exploradas de seguida algumas considerações teóricas acerca da Deficiência e do domínio da Deficiência Mental, permitindo compreender melhor a população servida pelos cuidadores formais em estudo.

3- A Deficiência

Segundo Muntaner (1998) a forma como a sociedade lidou com os deficientes ao longo dos séculos foi se modificando no comportamento e abordagem desde ideias pré concebidas, crenças, extermínio dos mesmos, a integração.

O reconhecimento dos direitos humanos e legais do deficiente, culminou em 1971, com a “Declaração dos Direitos dos Deficientes Mentais”, pelas Nações Unidas. Na Dinamarca em 1959 começa o início do conceito “*normalização*”, desenvolvido por B-Mikkelsen que, para este autor é a “*possibilidade que os deficientes mentais têm de levar uma existência tão próxima do normal quanto possível*” (1975, citado por Muntaner, 1998).

Os conceitos e definições de deficiência e deficiência mental encontram-se em constante mutação, estando assim intrínseco o conceito de competência social que possui um papel principal no desenvolvimento da definição da deficiência mental.

A Convenção das Nações Unidas acerca dos direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006, vem reiterar o dever da sociedade em garantir que as pessoas com deficiência ou incapacidade, temporária ou permanente, tenham acesso aos direitos humanos e liberdades fundamentais na mesma medida que qualquer outro cidadão. Com o aparecimento da Classificação Internacional para a Funcionalidade (CIF) a tónica da deficiência e/ou incapacidade, deixa de ser apenas focalizada na pessoa e no seu problema, para passar sobretudo a ser entendida como a relação desta com o seu contexto, ou com os diversos domínios sociais, que compete às sociedades, sobretudo, a criar condições que promovam a igualdade de oportunidades e a plena participação social e autónoma de todos os cidadãos.

A ONU definiu o conceito de igualdade de oportunidades como “*o processo pelo qual os diversos sistemas da sociedade e do meio envolvente, tais como serviços, actividades, informação e documentação, se tornam acessíveis a todos e em especial, às pessoas com deficiência*” (SNR-OMS, 1995). Ainda segundo esta organização, o princípio da igualdade de direitos implica que “*as necessidades de todos e de cada um tenham igual importância, que essas necessidades sejam a base do planeamento das sociedades e que todos os recursos sejam utilizados de forma a garantir a cada indivíduo uma igualdade de participação*” (ibidem).

Posto isto, as pessoas com deficiência e/ou incapacidade têm o direito de permanecer nas suas comunidades e ser incluídas nas estruturas regulares de ensino, saúde, emprego e serviços sociais.

A Carta Social Europeia consagra a igualdade de oportunidades no que respeita à participação na sociedade das pessoas com deficiência ao proclamar *que “todas as pessoas com deficiência têm direito à autonomia, à integração social e à participação na vida da comunidade”*, (Conselho da Europa, 1996). A primeira legislação exclusiva sobre a deficiência em Portugal ocorreu em 1971 com a Lei n.º 6/71, de 8 de Novembro, da Presidência da República, que promulgou as bases relativas à reabilitação e integração social de indivíduos deficientes. Contudo, de uma maneira geral o período antes da revolução de Abril de 1974 foi marcado pela ausência de políticas dirigidas aos cidadãos com deficiência, com exceção dos casos de deficiência adquirida pelo trabalho ou pela guerra. De fora ficavam todos os outros casos, que, ao não lhes ser reconhecido o direito de serem protegidos e assistidos pelo Estado, eram obrigados a recorrer à proteção social por via da sociedade civil, de acordo com uma lógica caritativa (Fontes, 2009, citado por Portugal et al, 2010). Em 2001 a ONU aprova a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A funcionalidade e a incapacidade humana passam a ser concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, traumas, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). A CIF tem sido portanto, um dos mais importantes sistemas de classificação no processo de compreensão e definição da deficiência, sendo um quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade, com um âmbito de aplicação universal. Esta classificação introduziu uma distinção entre dois conceitos, frequentemente misturados: deficiência (impairment) e incapacidade (disability). Deficiência é definido como as alterações nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo e Incapacidade é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista funcional, e no desempenho das atividades.

3.1- Deficiência Mental (DM)

As nomenclaturas alusivas à deficiência mental têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, debilidade ou desvantagem mental, idiotice e atraso mental (Schalock et al., 2007). As primeiras referências sobre a problemática surgem da medicina, e concentram-se fundamentalmente nos aspetos biológicos (Cunha & Santos, 2007).

O debate situa-se entre o uso dos termos: *“atraso mental”* e *“incapacidade intelectual”*. O termo de *“atraso mental”* apenas tem em consideração os déficits cognitivos do sujeito e suas limitações. A *“Incapacidade”* visa as limitações do funcionamento da pessoa num contexto social. (Schalock et al., 2007).

Em 1992, a deficiência mental passou a ser definida da seguinte forma:

“O atraso mental refere-se às limitações significativas existentes no funcionamento normal dos indivíduos, sendo caracterizado por um funcionamento intelectual claramente abaixo da média, concomitantemente com limitações associadas a duas ou mais áreas de comportamentos adaptativos, indicadas a seguir: comunicação, autocuidado, rotinas domésticas, competências sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, competências académicas funcionais, lazer e trabalho. O atraso mental manifesta-se antes dos 18 anos.”
(Luckasson et al, 1992, citado por Aguiar & Del Prette, 2006, p.230).

Segundo Cunha e Santos (2007) *“Os termos atraso mental, défice cognitivo e deficiência mental usam-se para identificação de um défice de rendimento e de capacidade de demonstrar uma conduta social e intelectual apropriada para a idade. Contudo, a forma de definir a deficiência mental não é algo que apenas afete o aspeto teórico da problemática, tem também interferência direta no processo de identificação e intervenção nesta população”*, (citado por Cunha & Santos, 2007, p.27).

Diversas correntes científicas e autores classificam a deficiência mental com base no coeficiente de inteligência (Q.I.). A deficiência mental (DM) é um significado que se emprega quando um indivíduo apresenta limitações no funcionamento mental e no desempenho de tarefas (comunicação, atividades da vida diária, relacionamento social).

A Classificação Internacional de Doenças, na sua décima revisão (ICD-10) refere a deficiência mental e define-o como *“uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais”* (Organização Mundial de Saúde, 1993, p.21).

Este documento classifica as pessoas com deficiência mental de ligeiros, moderados, graves, profundos e deficiência mental não especificada.

Na 54ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde surge, a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIF), que inclui as funções mentais e define a deficiência intelectual como *“a limitação das funções mentais gerais, necessárias à compreensão e interpretação integradas em diferentes funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida”* (OMS, 2001, p.1570). Este documento apresenta-se integral, na dimensão da componentes de saúde e bem-estar, deixando de ser uma classificação meramente para as características da doença, para passar a descrever os componentes da saúde, na CIF (OMS, 2003).

Segundo a American Association on Mental Retardation (A.A.M.R) a classificação clássica da DM estratifica-se de acordo com o valor do Q.I. e comportamento adaptativo.

A D.M. ligeira encontra-se entre um Q.I. de 55 e 70, a D.M. moderada remete-se aos valores de Q.I. entre 40 e 54, a D.M. grave está compreendida entre os valores de Q.I. de 25 e 39 e a D.M. profunda tem os seus valores de Q.I. inferiores a 25 (Vieira & Pereira, 2003). A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos (citado por Muntaner, 1998 p 27). A comissão de investigação referente à AAMR, presidido por Ruth Luckasson (1992), publicou a definição funcional para a deficiência mental, ou seja abrangendo a interação entre as capacidades da pessoa, o seu ambiente envolvente e as suas necessidades individuais (Aguiar & Del Prette, 2006).

Surgiram algumas críticas a esta definição, em 2002, a comissão liderada por Luckasson (2002) voltou a reunir para repensar a definição de deficiência mental da AAMR. Assim, passou a assumir uma conceção multidimensional, funcional e bio ecológica da condição de deficiência mental.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (A.A.I.D.D.) antigamente conhecida pela AAMR.

A deficiência passou então a ser definida por :

“Uma incapacidade caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e comportamento adaptativo, expresso nas habilidades sociais, conceituais e práticas. A incapacidade antes da idade de 18 anos.” (A.A.ID.D, 2010)

Muntaner, (1998) referencia vários autores que apontam três fatores etiológicos da deficiência mental, sendo eles os fatores genéticos, externos ou ambientais e os fatores desconhecidos.

Para o estudo da D.M é preciso ter em linha de conta cinco dimensões: (Luckasson, 2002 citado por Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

- 1) Competências intelectuais;
- 2) Nível de adaptação (conceitual, prático e social);
- 3) Participação, interação e situações sociais;
- 4) Saúde (saúde física, saúde mental, etiologia);
- 5) Contexto social (ambiente, cultura, oportunidades).

A prestação de cuidados no âmbito da deficiência reveste-se assim de grande complexidade e exigência, dadas as características que lhe estão associadas, já referidas no capítulo anterior. O cuidador depara-se com a necessidade de manter a integridade física e emocional dos deficientes mentais da instituição. No seguimento do enquadramento teórico deste estudo pretende-se caracterizar o papel do cuidador formal, assim como a relação dos cuidadores na área da Deficiência Mental e do *burnout*

4- O Cuidador Formal

O cuidador é aquele *“membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso ou dependente no exercício das suas actividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...”* (Gordilho et al., 2000, citado por Colomé et al., 2011 p. 307).

Sequeira (2007), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue duas formas de prestar cuidados, configurando diferentes perfis de cuidador:

Os Cuidadores formais são profissionais habilitados com formação específica, (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes ...). Estes profissionais desempenham as suas funções num contexto institucional (lares, instituições de acolhimento, hospitais...) sendo normalmente remunerados.

Os Cuidadores informais prestam cuidados no domicílio, geralmente estes cuidados a cargo das famílias ou próximos. Esta prestação por norma não é remunerada, sendo estes cuidados realizados em tempos parciais ou integrais.

Em qualquer dos casos o cuidador tem a responsabilidade do bem-estar da pessoa ao seu cuidado dependendo do tipo de limitações adquirido (Goodhead & McDonald, 2007). As tarefas podem envolver trabalho doméstico, financeiro, de suporte emocional e companhia. As atividades da vida diária são um foco importante, estas tarefas podem incluir, alimentação (dar e preparar), higiene pessoal (vestir e banho), transporte da pessoa, administrar a medicação, compras e limpeza da residência da pessoa (Castora-Binkley, Noelker, Ejaz & Rose, 2010).

4.1- Cuidadores formais na Deficiência Mental e *Burnout*

Segundo investigações conduzidas por Barbosa et al. (2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais são a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades; e a interação com a família dos utentes.

Segundo Gomes e Cruz (2004), o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados na pessoa é um objeto importante de estudo, devido às suas consequências. Estas afetam tanto o profissional, como também todas as pessoas que a ele recorrem e, como tal, irão incidir no ato de cuidar, instalando-se assim uma espécie de círculo vicioso. Loureiro (2006) refere que os profissionais de saúde mental, professores, assistentes sociais entre outros, são grupos de profissionais que demonstram altas expectativas com o seu trabalho, manifestando, elevados índices de exigência o que os torna mais vulneráveis à síndrome de *burnout*.

Segundo Ribeiro (2005), existem diversas condições que podem originar o stresse ocupacional nos profissionais de saúde, tais como o excesso de trabalho, de responsabilidades e diminuição na progressão na carreira. Para além destas condições, Delbrouck (2006) menciona a duplicidade de papéis, a falta de segurança no emprego, conflitos entre colegas e dificuldades relacionais com o doente. Referir ainda a escassez de pessoal que leva à sobrecarga, a falta de reconhecimento laboral e social, a exposição elevada do profissional a riscos stressores emocionais, sofrimento, dor, contactos com agentes químicos, físicos, e a sobrecarga constante, elevado número de horas (Benevides-Pereira 2002, Gomes, Cruz & Cabanelas, 2008). Carvalho e Lopes (2006) referem o exemplo da enfermagem que é uma profissão que exige uma dedicação especial do profissional, uma vez que o cuidar do outro na sua integridade não significa resolver somente os problemas físicos, mas também identificar todas as suas necessidades e tentar encontrar formas de as solucionar.

Os cuidadores da instituição em estudo, em similitude aos enfermeiros uma vez que se trata de uma profissão do cuidar, encontram-se em contacto direto com a pessoa, nas suas diversas fases, de sofrimento, dor e todas as condições inerentes do paciente. Estes são considerados também uma profissão de risco, sujeito a estarem expostos a diversos fatores de risco de física, química e biológica. (Cavalheiro, Moura Júnior & Lopes, 2008).

O trabalho desenvolvido no seio da saúde mental pela sua multiplicidade e especificidade de atuação é considerado como um fator elevado e suscetível a sobrecarga emocional (Santos & Cardoso, 2010).

Lara (1999; citado por Rammingier, 2002) realizou um estudo com profissionais de um hospital psiquiátrico e verificou que 40% da amostra apresentou indícios de exaustão

emocional e *burnout*. Um estudo realizado na Croácia com 174 profissionais de saúde mental, sendo que 86 eram enfermeiros, 27 assistentes sociais e 61 psiquiatras, estes profissionais apresentaram um grau moderado de síndrome de *burnout*, contudo não houve diferenças significativas quanto à ocupação (Ogresta, Rusac & Zorec 2008).

As principais dificuldades com a relação com o doente, estão relacionadas com o tipo de problemas que o doente apresenta, as interações que se estabelecem, assim como com a posição em que se colocam o profissional e o doente (Pereira, 2002). A ansiedade e a depressão acentua-se mais quanto maior for a dependência física, as perdas a nível mental do paciente, assim como o baixo apoio social e o tempo que se exerce a tarefa (Serrano, 2003, citado por Paulino et al., 2009).

Estes estudos demonstram que os profissionais de saúde mental, sendo responsáveis pelos doentes, pelo seu desenvolvimento e bem-estar, são mais suscetíveis aos fatores de *burnout* e revelam em determinados estudos níveis elevados de *burnout*.

5- O papel do Educador Social na Síndrome de *Burnout*

Nestes últimos anos têm-se desenvolvido estudos que visam compreender quais as estratégias mais indicadas para uma intervenção na Síndrome de *burnout*, não estando estabelecidas contudo nenhuma estratégia geral que sejam capazes de prevenir ou tratar. No entanto, como refere no estudo realizado por Fontes (2011), a prevenção e o tratamento do *burnout* deverão ser considerados como um problema coletivo e organizacional e nunca considerado apenas a nível individual.

A prática do Educador Social tem mudado ao longo dos anos, devido a transformações de ordem sociocultural, filosófica, económica, política e tecnológica, exigindo deste capacidades de adaptação e flexibilidade face a contextos em constante mudança. Ser Educador Social exige mais do que o Saber Básico e do que o Saber Fazer. Ser Educador Social implica expandir o Saber Ser. Este terá um papel em contextos de trabalho como o que está em estudo nesta investigação pois para além da intervenção direta com os públicos, devido à complexidade das intervenções, podem mobilizar-se inúmeras competências que podem minimizar o *burnout* dos cuidadores formais, por exemplo. É nesta relação que ocorre a aprendizagem humana, entendida como a ação de transformar e organizar o quotidiano e a história, bem como de atribuir à vida e aos acontecimentos diferentes sentidos. “*O exercício profissional do Técnico Superior de Educação Social assume-se numa vertente socioeducativa, ao serviço do cumprimento dos valores fundamentais de um Estado de Direito: igualdade perante todos os cidadãos, justiça social e pleno desenvolvimento da consciência democrática*” (ASEDES, 2007). A Educação Social aparece alicerçada no saber matricial da Pedagogia Social, que se interligam na promoção de uma sucessão de serviços socioeducativos e recursos para todos, desde indivíduos, comunidades e sociedade geral.

É pela observação desta interação com o outro que o educador social traça um caminho para a sua ação. É neste contexto que se pode falar de modelos de intervenção, ou seja, esquemas de ação que derivam da reflexão sobre esta realidade levando a elaboração e implementação de programas socioeducativos para as populações mais vulneráveis e em maior risco.

O educador social integra, habitualmente, equipas transdisciplinares promovendo desafios profissionais, pessoais e interpessoais aos seus elementos constituintes (equipas Multidisciplinares, Organizações).

No que diz respeito a esta problemática especificamente, como refere Pereira (2010) no seu estudo, as estratégias desenvolvidas necessitam da presença de alguns aspetos essenciais para sua eficácia na prevenção da síndrome de *burnout*. É importante que os profissionais estejam organizados enquanto equipa, que a intervenção seja intencional e

estruturada, que haja orientação e espírito de equipa o que vai totalmente ao encontro dos princípios de atuação da Educação Social. Os técnicos devem conseguir assegurar um trabalho colaborativo com os restantes membros de equipa com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança que promova a partilha de conhecimentos e estratégias para a prevenção ou intervenção.

O *burnout* sendo um problema essencialmente associado ao contexto de trabalho, afeta, como temos vindo a referir, outras áreas da vida dos profissionais como a vida pessoal e familiar.

A prestação de cuidados apesar de ser gratificante é por vezes insuficiente pela complexidade do trabalho, e pode originar em determinadas situações frustrações, podendo levar o cuidador ao desenvolvimento de stresse perturbando o seu bem-estar físico e emocional e consequente aparecimento de *burnout*. Sendo um círculo vicioso este pode diminuir o desempenho do cuidador e de quem recebe os cuidados. O Educador Social cada vez mais se insere na fronteira, um agente mediador, capaz de ficar atento a fenómenos, de riscos, transições e vulnerabilidades como esta. Este poderá impulsionar medidas preventivas no trabalho e sociedade que poderão ser implementadas pelos indivíduos como forma de prevenir o *burnout*, por exemplo: minimizar conflitos, intensificar e revalorizar as relações pessoais, familiares, melhorar o suporte social e promover atividade fora do contexto laboral através de ações socioeducativas, debates e informações sobre o *burnout*.

Ainda assim, podemos distinguir dois níveis de estratégias para prevenção do *burnout*: As estratégias desenvolvidas em equipa, e as estratégias desenvolvidas de uma forma individual.

A primeira intervenção é planeada e realizada com o âmbito de falar dos problemas abertamente aos elementos da equipa.

A segunda estratégia é desenvolvida de uma forma individual, podendo ou não haver intervenção direta do próprio profissional no seu local de trabalho. (Pereira,2010)

Adicionalmente existem algumas estratégias específicas de prevenção e intervenção que podem ser aplicadas no *burnout*. Maslach e Golberg (1998) e Ortega e López (2004) apresentam algumas propostas.

As propostas organizam-se em dois níveis:

I - A nível organizacional.

Exemplos: Limitar o número de horas e a organização de um horário flexível, mais autonomia, permitir que participem em processos de tomada de decisão, melhorar a qualidade do espaço físico do trabalho, promover o trabalho em equipa, definir em conjunto objetivos reais e alcançáveis.

II - A nível individual.

Exemplos: promoção de bem-estar física e emocional através de exercícios de relaxamento, meditação, atividade em família, lazer, entre outros.

Para o autor Gil Monte (2003) estas estratégias podem ser operacionalizadas a três escalas:

1) Individual: Formação em resolução de problemas, gestão eficaz do tempo e assertividade;

2) Grupal: Procurar apoio dos colegas de trabalho e seus superiores para ações de grupo, receber apoio emocional ou outro tipo de ajuda que necessitem, bem como obter novas informações que poderão revelar-se úteis; isso permitirá melhorar a capacidade dos indivíduos.

3) Organizacional: Programas de socialização, implementação de sistemas de avaliação que estimula os colaboradores na participação e nas decisões da organização.

Neste sentido torna-se pertinente abordar esta problemática no âmbito da Educação Social, ao ser um problema emergente e transversal nas sociedades contemporâneas. Neste estudo procuraremos avaliar o *burnout* a que os profissionais (cuidadores) da APPACDM Santarém estão expostos e relacionando-o com a satisfação com o suporte social por forma a diagnosticar o problema na instituição estabelecendo as bases para futuras ações.

Na parte da metodologia da investigação será explorado os aspetos principais relacionados com a população em estudo, e sobre as correlações e comparações, que dão corpo à segunda parte da presente dissertação.

Parte II: Enquadramento Metodológico

Parte II: Metodologia

Neste capítulo pretende-se definir um conjunto de operações que serão realizadas para que se possam atingir os objetivos propostos para este trabalho.

O homem é um ser movido pela dúvida. Esta pode surgir em qualquer momento e resultar de uma simples observação, de uma pergunta ou de um acontecimento, entre outras coisas. A dúvida provoca no ser humano a inquietação, e esta pode funcionar como motor para a busca de conhecimento. René Descartes (1971) diz que para examinar a verdade é necessário, colocar as coisas em dúvida nem que seja apenas uma vez na vida. O conhecimento adquirido pode ser resultante do senso comum (baseado em sensações, opiniões,..) ou ser científico (baseado na razão). Para a aquisição de conhecimento científico é necessário proceder à sua verificabilidade através da utilização de um método.

“A fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação”. É durante a mesma que, “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses.” (Fortin, 2009, p.53).

Esta consiste no esboço do processo de investigação, desde a fase de conceção até à fase da verificação das hipóteses que culmina na obtenção de novo conhecimento. Polit e Hungler (1995) referem-se à metodologia como sendo um conjunto de conhecimentos ordenados e estratégias que possibilitam ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, tanto na seleção de conceitos, como na elaboração das hipóteses ou na aplicação de técnicas adequadas na colheita de dados.

Será seguidamente apresentado o método de estudo, incluindo a população e amostra com respetivos critérios de inclusão e exclusão, a recolha de dados, o tratamento dos mesmos, as considerações éticas e legais.

1-Tipo de Estudo e Objetivos

Este estudo em particular, é de natureza transversal descritivo, correlacional e tem por base a metodologia quantitativa, porque se traduziram as repostas obtidas em números para poder classificá-las e analisá-las, ou seja “*assenta na medida dos fenómenos e na análise de dados numéricos*” (Fortin, 2009 pag. 27). Para isso utilizar-se-à um conjunto de técnicas estatísticas que serão identificadas adiante. O objetivo global deste estudo consiste na identificação de *burnout* e avaliação do suporte social dos funcionários da APPACDM Santarém.

Esta investigação, pretendeu desenvolver e alcançar os seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar a amostra que se pretendeu estudar de acordo com as variáveis sociodemográficas encontradas.
- 2) Determinar a prevalência do *burnout* dos cuidadores formais nas três dimensões do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI).
- 3) Determinar a distribuição dos cuidadores formais nas quatro dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).
- 4) Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, profissão, anos de profissão, número de horas de trabalho por semana, faltas no último ano, deixar a instituição e profissão.
- 5) Conhecer a correlação entre o *burnout* e o suporte social.

2- Procedimentos de recolha de dados

A escolha correta do método é benéfica para o estudo. Fortin (1999 pag. 310) refere que *“num estudo descritivo, o investigador descreve os factores ou variáveis e detecta relações entre estas variáveis ou factores. Escolherá por conseguinte, métodos de colheita de dados mais estruturados, tais como, o questionário”*.

Após demonstrado o interesse pela instituição em participar, realizou-se uma reunião de apresentação do estudo com o presidente e a diretora técnica, nas quais definiram-se as datas da recolha dos dados. Os questionários foram entregues aos coordenadores e recolhidos posteriormente, fazendo-se acompanhar de envelopes individuais, para proteção de dados e confidencialidade dos inquiridos e foram sempre entregues aos coordenadores responsáveis. No total foram entregues cinquenta questionários, aceitaram participar no estudo quarenta e três cuidadores formais.

Os dados foram recolhidos entre 22 de Janeiro e 2 de Março de 2018.

3- Participantes e critérios de inclusão

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Estes dados são informações na forma de observações ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis, normalmente fornecidas por um conjunto de entidades ou casos. À totalidade dos casos sobre os quais se deseja retirar conclusões dá-se o nome de população ou universo (Hill & Hill, 2005).

Uma população é *“...uma coleção de elementos ou sujeitos que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (Fortin, 2009). *“As suas características definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção.”* (Fortin, 2009)

A amostra desta investigação é não probabilística e de conveniência, visto que os participantes são funcionários da APPACDM de Santarém.

Como critério de inclusão considerámos o facto de trabalhar nesta instituição há pelo menos um ano e de saber ler e escrever.

Os critérios de inclusão foram profissionais a exercer com carga superiores a 20h/ semanais.

4- Instrumentos

A implementação deste estudo implica a aplicação de questionários permitindo a recolha de dados necessários, para análise.

De forma a medirmos as variáveis em estudo serão utilizados como instrumentos de avaliação, de acordo com a ordem apresentada aos participantes, os seguintes:

Questionário sócio-demográfico; Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), em anexo (3;4 e 5).

O pedido de autorização aos autores para a utilização dos instrumentos de recolha de dados foi efetuado por correio eletrónico, as autorizações foram concedidas como se pode verificar no anexo (6).

4.1 Questionário Sócio-Demográfico

A operacionalização das variáveis foi realizada através de um questionário auto avaliativo distribuído a cada colaborador, que englobou uma ficha biográfica, que permitiu recolher dados relativos sobre a vida pessoal e profissional, como sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, local de residência, profissão, anos de profissão, número de anos que trabalha na instituição, número de horas de trabalho por semana, situação contratual, trabalho por turnos, especialidade de trabalho, número de instituições onde trabalha, cargo profissional, faltas ao serviço e mudanças de profissão (anexo 3).

4.2 Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI)

Tal como referido no capítulo 1.3, o Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI) foi produzido pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga. É um questionário constituído por 19 itens que visa avaliar três níveis da Síndrome de *Burnout* (anexo 4).

A primeira dimensão com 6 itens pretende avaliar o *burnout* pessoal que é definido por um estado de esgotamento físico e psicológico prolongado e pretende avaliar os sintomas de esgotamento gerais. A segunda dimensão com 7 itens é apenas relacionado com o trabalho, em que analisa o esgotamento físico e psicológico prolongado, relacionado com o trabalho da pessoa e é utilizado para avaliar sintomas de esgotamento relacionados ao trabalho. A última dimensão, com 6 itens, estuda o sentimento de esgotamento relacionado com o cliente. A frequência com que ocorre o *burnout* pessoal é avaliada num escala de likert em que “nunca/quase nunca” corresponde a zero (0) e “sempre” a cem (100). A frequência com que ocorre o *burnout* relacionado com o trabalho nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida cem (100)

“nunca/quase nunca” e zero (0) “sempre”. No *burnout* relacionado com o cliente, nas quatro primeiras opções “muito pouco” corresponde a zero (0) e “muito” a cem (100) e nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”. A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos. (Kristensen, et al. 2005).

4.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social

A escala de satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida em 1999 e publicada por Pais-Ribeiro, é constituída por 15 frases que são apresentadas como um conjunto de afirmações (anexo 5). Trata-se de uma escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”. Os 15 itens distribuem-se por quatro dimensões:

“Satisfação com amigos” (SA) - inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15);

“Intimidade” (IN) - Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6);

“Satisfação com a família” (SF) - Inclui três itens (itens 9, 10, 11);

“Atividades sociais” (AS) - Inclui três itens (itens 2, 7, 8).

A pontuação total da escala resulta da soma de 15 itens. A cada item é atribuído o valor entre 1 a 5 sendo que “1” Concordo totalmente” assinalados em “A” até “5” “Discordo totalmente” assinalado em “E”. À exceção dos itens 4, 5 e de 9 – 15, que são invertidos, isto é, nos itens assinalados em “E” atribui-se valor “1” e nos assinalados em “A” o valor “5”. A pontuação total pode variar entre 15 e 75 sendo que à pontuação mais alta corresponde uma perceção de maior suporte social.

A pontuação da escala reflete um elevado suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e baixo suporte social (inferior a 25 pontos).

5- Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação foram tratados e processados com a utilização de software estatístico específico.

Os programas utilizados para o efeito foram:

- *SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences, versões 23 para Windows)* utilizado sobretudo para os cálculos;
- *Statistica* muito útil para a formatação de gráficos.

A amostra será caracterizada utilizando estatística descritiva, calculando frequências e medidas de tendência central e de dispersão, bem como testes de estatística inferencial específicos às características das variáveis em estudo.

6- Considerações éticas e legais

A realização de um estudo de investigação desta natureza tem implícito o cumprimento de determinados princípios éticos e legais, dos quais se destacam:

1. Pedido de autorização por escrito à Direção / Diretora técnica da instituição.
2. Informação cabal aos responsáveis das Instituições sobre a natureza e objetivos do estudo;
3. Garantia de confidencialidade da informação recolhida;
4. Proteção da instituição participante, bem como dos profissionais que colaboraram ou estiveram envolvidos, de quaisquer danos e prejuízos físicos, morais ou profissionais decorrentes do estudo ou causada pelos resultados obtidos;
5. Informação aos profissionais participantes sobre os resultados do estudo e esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir;
6. Explicitação das fontes utilizadas, mantendo a autenticidade na redação da presente tese, nomeadamente, no que diz respeito aos resultados obtidos e às conclusões daí resultantes.

Os passos referidos encontram-se de acordo com um conjunto de princípios que foram respeitados de forma a salvaguardar a liberdade e os direitos das pessoas envolvidas no mesmo. Fortin (1999: 113) entende que a ética:

“ coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito como rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.”

Deste modo, foram cumpridos todos os princípios éticos considerando uma investigação desta natureza.

Parte III: Análise de resultados

Parte III: Análise de resultados

De forma a facilitar a interpretação e compreensão dos dados colhidos iremos proceder à sua apresentação e análise. Em primeiro lugar, faremos a análise descritiva, procurando desse modo caracterizar as variáveis que fazem parte do estudo enquanto na análise de hipótese se procederá à análise e inferências com a qual se examinará a relação entre as variáveis.

1 - Questionário Sociodemográfico

No decorrer do presente estudo, foram aplicados inquéritos a 42 profissionais, tendo sido excluídas da análise as respostas de um dos inquiridos com base nos critérios de exclusão definidos. Desta forma, a amostra estudada é composta por 41 pessoas, sendo que 36 (87,8%) são do sexo feminino e 5 (12,2%) do sexo masculino (Tabela 1). Os respondentes têm idades compreendidas entre os 25 e os 62 anos (45 anos média de idade; desvio padrão $\pm 9,7$). A idade média dos homens é de $46,0 \pm 11,2$ anos, variando entre os 35 e os 60 anos. A idade média das mulheres é de $44,9 \pm 9,7$ anos, variando entre os 25 e os 62 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos por sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Sexo	N	%
Masculino	5	12,2
Feminino	36	87,8
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Todos os profissionais inquiridos sabem ler e escrever e possuem mais de 6 anos de escolaridade, sendo que a maioria possui habilitações literárias ao nível do ensino secundário (51,2%). Cerca de 1/3 (34%) apresentam habilitações literárias de nível superior, sendo que 11 (26,8%) possuem uma licenciatura, 2 (4,9%) possuem bacharelato e apenas 1 (2,5%) mestrado. Cerca de 15% dos inquiridos frequentaram o 3º ciclo de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Habilitações literárias	N	%
7º - 9º ano	6	14,6
10º - 12º ano	21	51,2
Bacharelato	2	4,9
Licenciatura	11	26,8
Mestrado	1	2,5
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

No que diz respeito à situação conjugal, a maioria dos inquiridos é casada representando 24 inquiridos (58,5%), enquanto 8 (19,5%) são solteiros. Apenas 5 (12,2%) dos inquiridos são divorciados e 3 (7,3%) estão unidos de facto (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos os estado civil. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Situação conjugal	N	%
Casados	24	58,5
Divorciados	5	12,2
União de facto	3	7,3
Solteiros	8	19,5
Não responde	1	2,5
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Quando inquiridos acerca da sua descendência, do total dos inquiridos, apenas um não respondeu se tinha filhos. Dos que responderam a esta questão, 33 (80,5%) tem filhos. No entanto, um dos inquiridos que respondeu ter filhos não especificou quantos. Os inquiridos que responderam a esta questão possuem em média 1 ($1,3 \pm 0,8$) filho, sendo que a maioria do número total de inquiridos possui 2 filhos ($n=17$; 41,5%), ao passo que 14 (34,2%) possuem apenas um filho. Apenas 7 (17,0%) não possuem filhos e apenas 1 (2,4%) tem 3 filhos. No total, 2 dos inquiridos (4,9%) não responderam quantos filhos possuem (Tabela 4).

Tabela 4– Distribuição dos inquiridos segundo o número de filhos. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Número de filhos	N	%
0	7	17,0
1	14	34,2
2	17	41,5
3	1	2,4
Não responde	2	4,9
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

No que diz respeito a outros dependentes a cargo, 25 (61%) responderam não ter, 11 (26,2%) não responderam a esta questão e apenas 5 (12,2%) responderam ter outros dependentes a cargo (Tabela 5). Destes últimos um respondeu que tem a mãe a cargo, um outro, a tia; um terceiro diz ter um filho dependente, revelando não ter entendido o âmbito da questão; um quarto diz ter um outro dependente a cargo, não especificando quem e, finalmente; um quinto que diz ter outros dependentes a cargo mas não diz nem quantos nem qual a natureza dos laços que o unem a esses dependentes.

Tabela 5– Distribuição dos inquiridos relativamente ao facto de ter outros dependentes a cargo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Outros dependentes	N	%
Sim	5	12,2
Não	25	61,0
Não Responde	11	26,8
Total	116	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

A análise da tabela 6 permite concluir que a maioria dos inquiridos vive em meio urbano (n=23; 56,1%), enquanto 15 (36,6%) vive em meio rural. Apenas 3 (7,3%) dos inquiridos não responderam a esta questão (Tabela 6).

Tabela 6– Distribuição dos inquiridos em função do local de residência. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Local de residência	N	%
Rural	15	36,6
Urbano	23	56,1
Não responde	3	7,3
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Fator fundamental para compreender a prevalência de Burnout é a duração do tempo de serviço no domínio da prestação de cuidados, pelo que se apresenta de seguida informação sobre este assunto. Do número total dos inquiridos, apenas 1 não respondeu há quantos anos exerce a sua profissão. Quase metade dos profissionais inquiridos trabalha há mais de 20 anos na profissão. Em média os inquiridos que responderam a esta questão exercem a sua profissão há 19,2 ($\pm 10,7$) anos, variando entre 3 e 42 anos de (Tabela 7).

Tabela7– Distribuição dos inquiridos em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Anos de profissão	N	%
Até 10 anos	12	29,3
Entre 11 e 20 anos	11	26,8
Mais de 20 anos	17	41,5
Não responde	1	2,4
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Na distribuição dos inquiridos em função dos anos de trabalho na instituição (Tabela 8), em média, os profissionais que responderam a esta questão exercem a profissão na instituição há $17,5 \pm 9,9$ anos, variando entre os 3 e os 42 anos de casa. Do número total de inquiridos, apenas 2 não responderam há quantos anos exercem a profissão na instituição (Tabela 8).

Tabela 8– Distribuição dos inquiridos em função dos anos de trabalho na instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Anos de trabalho na instituição	N	%
Até 10 anos	12	29,3
Entre 11 e 20 anos	14	34,1
Mais de 20 anos	13	31,7
Não responde	2	4,9
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Do número total de inquiridos 28 (68,3%) trabalham 35 horas, 7 (17,1%) trabalham mais de 35 horas e 6 (14,6%) menos de 35 horas semanais na instituição (Tabela 9)

Tabela 9– Distribuição dos inquiridos em função do número de horas semanais que trabalham na instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Número de horas de trabalho semanal na instituição	N	%
Inferior a 35 horas semanais	6	14,6
35 horas semanais	28	68,3
Superior a 35 horas semanais	7	17,1
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

A grande maioria dos inquiridos (n=35; 85,4%) não trabalha por turnos. Apenas 6 (14,6%) trabalham por turnos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos em função do trabalho por turnos. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Trabalho por turnos	N	%
Sim	6	14,6
Não	35	85,4
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

A grande maioria dos inquiridos não trabalha parcialmente fora da instituição (n=36; 87,8%), enquanto 4 (9,8%) trabalha parcialmente noutro local fora da instituição. Apenas um dos inquiridos não respondeu a esta questão (Tabela 11). Do número total de inquiridos que responderam trabalhar parcialmente fora da instituição (n=4), 1 trabalha 2 horas semanais, 1 trabalha 4 horas semanais, 1 trabalha 7 horas semanais e 1 trabalha 15 horas.

Tabela 11– Distribuição dos inquiridos em função do trabalho parcial fora da instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Trabalho parcial fora da instituição	N	%
Sim	4	9,8
Não	36	87,8
Não responde	1	2,4
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

A grande maioria dos inquiridos (n =32; 78,1%) pertence ao quadro da instituição, sendo que apenas 3 (7,3%) apresentam um vínculo contratual precário e 1 (2,4%) trabalham para a instituição na modalidade de prestação de serviços. Apenas um dos inquiridos não respondeu qual o tipo de vínculo laboral apresenta com a instituição (Tabela 12).

Tabela 12– Distribuição dos inquiridos em função da situação contratual. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Situação contratual	N	%
Do quadro / efetivo	32	78,1
Vínculo precário / termo	3	7,3
Prestação de serviços	1	2,4
Não responde	5	12,2
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

No último ano, 16 (39,0%) dos inquiridos nunca faltou ao trabalho, 12 (29,3%) raramente faltou ao trabalho, 8 (19,5%) faltou algumas vezes ao trabalho e apenas 2 (4,9%) faltou bastantes vezes ao trabalho. Apenas 3 (7,3%) dos inquiridos não responderam a esta questão (Tabela 13).

Tabela 13– Distribuição dos inquiridos em função da frequência com que faltou ao trabalho no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.

No último ano faltou ao serviço	N	%
Nunca	16	39,0
Raramente	12	29,3
Algumas vezes	8	19,5
Bastantes vezes	2	4,9
Não responde	3	7,3
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

No último mês, 30 (73,2%) dos inquiridos nunca faltou ao trabalho, 7 (17,0%) raramente faltou ao trabalho e apenas 2 (4,9%) faltou algumas vezes ao trabalho. Apenas 2 (4,9%) dos inquiridos não respondeu a esta questão (Tabela 14).

Tabela 14– Distribuição dos inquiridos em função da frequência com que faltou ao trabalho no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.

No último mês faltou ao serviço	N	%
Nunca	30	73,2
Raramente	7	17,0
Algumas vezes	2	4,9
Não responde	2	4,9
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Relativamente à mudança de instituição os inquiridos mostram-se relativamente divididos na opinião, 24 (58,5%) continuaria na instituição e 16 (39,1%) mudaria e apenas 1 (2,4%) não respondeu a esta questão (Tabela 15).

Tabela 15– Distribuição dos inquiridos em função da sua vontade de deixar a instituição onde trabalha. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Deixaria a instituição onde trabalha	N	%
Sim	16	39,1
Não	24	58,5
Não responde	1	2,4
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Relativamente à mudança de profissão esta tendência é ligeiramente diferente, já que 28 (69,3%) afirma que não mudaria e 12 (29,3%) efetivamente mudaria de profissão caso tivesse oportunidade e apenas 1 (2,4%) não respondeu a esta questão (Tabela 16).

Tabela 16– Distribuição dos inquiridos em função da sua vontade de mudar de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Mudaria de profissão	N	%
Sim	12	29,3
Não	28	68,3
Não responde	1	2,4
Total	41	100,0

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

2- Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI)

De seguida serão descritos os resultados dos dados que se obtiveram do Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

No que diz respeito às três dimensões avaliadas no CBI dos cuidadores da APPACDM é possível analisar, através da tabela 17, que 43,9% apresentaram sintomas de *burnout* pessoal, o que representa 18 dos cuidadores formais. O cuidador formal com o nível mais baixo de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação de 8,33 e o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação de 79,2.

Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho a proporção ascende aos 47,3%, o que representa 18 dos cuidadores. A pontuação do cuidador formal que revela o nível mais baixo de *burnout* relacionado com o trabalho é de 17,9 e o cuidador formal que revela a pontuação mais elevada obteve 85,7.

Quanto ao *burnout* relacionado com o utente a percentagem alcançada é de 21,9% demonstrando baixos níveis de *burnout* com os utentes da APPACDM, o que representa 9 dos cuidadores formais neste nível. O cuidador com o nível mais baixo de *burnout* relacionado com os utentes apresentou um resultado de 0,0 e o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação de 79,2.

Referente ao *burnout* global (as três dimensões), a média é de 36,8%, o que equivalerá a cerca de 14 cuidadores formais a apresentar sintomas nas três dimensões de *burnout* (pessoal, trabalho e utente), sendo 2 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. O cuidador com o nível mais baixo de *burnout* global apresentou 15,8 e o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* global obteve uma pontuação de 77,6.

Tabela 17 – Valores da escala de Burnout após conversão para percentagem, incluindo número de inquiridos acima dos 50 pontos (N/%), Nº de itens (perguntas) e número de respostas válidas (N).

Escala de Burnout	Nº de itens	N / % Pessoas Acima dos 50 pontos	N
Pessoal	6	18 / 43,9%	41
Trabalho	7	18 / 47,3%	38
Utente	6	9 / 21,9%	41
Global	19	14 / 36,8%	38

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Estes dados vão ao encontro aos resultados obtidos noutras investigações, pois em coerência com estudos referenciados e efetuado por Fonte (2011) o *burnout* relacionado com o trabalho é aquele em que os cuidadores ostentam níveis mais altos. Por outro lado, o *burnout* relacionado com o utente é aquele em que os trabalhadores tendem a apresentar níveis mais baixos. O mesmo é demonstrado com a amostra deste estudo.

Nota: A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos. (Kristensen, et al. 2005). Em anexo 8: Valores médios da escala de Burnout após conversão para percentagem, incluindo desvio padrão (DP) e número de respostas válidas (N)

3- Escala de Satisfação com o Suporte Social

No que diz respeito à análise dos quinze itens, distribuídos por quatro dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (ver anexo 5) aplicadas aos cuidadores da APPACDM, é possível analisar, através da tabela 18, que relativamente ao suporte global estes representam 82,4%, sendo 28 dos cuidadores formais que demonstram elevado suporte social global. No médio suporte social, 17,6%, o que representa 6 dos cuidadores. Não existem cuidadores formais a apresentar baixo suporte social global.

O cuidador formal com o nível mais baixo de suporte social global apresentou uma pontuação de 36,7 e o inquirido com o nível mais elevado de suporte social global apresentou uma pontuação de 96,7.

Na dimensão Satisfação relativamente às amizades, 73% referem sentir um elevado nível de satisfação em relação às amizades, o que representa 27 dos cuidadores. Nos níveis médios de suporte social, registaram-se 24,3%, o que representa 9 dos cuidadores ao passo que no baixo suporte social apenas existem 2,7% representando 1 cuidadores formais.

O cuidador formal com o nível mais baixo com a satisfação relativamente às amizades apresentou uma pontuação de 35 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 100.

Na dimensão da intimidade, 75% apresentam um elevado suporte social, o que representa 29 dos cuidadores. No médio suporte social, 25%, o que representa 10 dos cuidadores e nos níveis considerados baixos de suporte social não se verificaram registos.

O cuidador formal com o nível mais baixo com a dimensão da intimidade apresentou uma pontuação de 31,3 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 100.

Na dimensão da satisfação na família, 80% expressam sentir um elevado suporte social, o que representa 32 dos cuidadores. No médio suporte social, 17,5%, o que representa 7 dos cuidadores e no baixo suporte social, 2,5% representando 1 dos cuidadores formais.

O cuidador formal com o nível mais baixo apresentou uma pontuação de 0,0 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 100.

Na dimensão das atividades sociais, 41% apresentam um elevado suporte social, o que representa 16 dos cuidadores. No médio suporte social, 36%, o que representa 14 dos cuidadores e com baixos níveis de suporte social na dimensão das atividades sociais identificaram-se 23% dos sujeitos na amostra, representando 9 dos cuidadores formais.

O cuidador formal com o nível mais baixo apresentou uma pontuação de 0,0 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 100 nas atividades sociais.

Tabela 18 – Valores referentes as quatro dimensões incluído número de inquiridos (N/%), percentagem e número de respostas válidas (N).

Escala ESSS	Nº de itens	N / % (inf.25)	N / % (26 a 50)	N / % (51 a 75)	N
Satisfação amizades (SA)	5	1 / 2,7%	9/ 24,3%	27/ 73%	37
Intimidade (I)	4	0	10/ 25%	29/ 75%	39
Satisfação família (SF)	3	1 / 2,5%	7/ 17,5%	32/ 80%	40
Actividades sociais (AS)	3	9 / 23%	14/ 36%	16/ 41%	39
Global	15	0	6/ 17,6%	28/82,4%	34

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM,2018

Em suma, a análise da distribuição dos indicadores da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) dos cuidadores da APPACDM, em coerência os resultados apresentados do suporte global da amostra em estudo, indicam que esta se encontra com elevado suporte recebido, o que representa 28 inquiridos. Para um alto nível de satisfação social será necessário que os utentes obtenham um score alto em todas as dimensões (SA, I, SF, AS). As dimensões com elevado suporte social são em particular a da intimidade com 29 inquiridos e a da família com 32 inquiridos. Referentes as atividades sociais (AS) estes apresentam-se menos satisfeitos no seu conjunto devido a dispersão dos diferentes níveis de suporte social.

Nota: A pontuação da escala reflete um elevado suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e baixo suporte social (inferior a 25 pontos). Em Anexo 8: Valores médios da escala ESSS após conversão para percentagem.

Metodologia estatística

Previamente à análise dos dados que visa testar as hipóteses gerais do estudo foram construídas as escalas e respetivas dimensões tendo em conta os algoritmos de cálculo dos valores. (Fonte, 2011; Ribeiro, 2011).

A consistência interna das escalas aplicadas e respetivas dimensões foi verificada através do teste alpha de Cronbach, sendo que valores superiores a 0,7 indicam uma boa consistência interna. A normalidade destas foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk (H_0 : a variável apresenta distribuição normal).

Para testar variáveis independentes categoriais com apenas 2 categorias foi aplicado o teste t-student para as escalas e dimensões com distribuição normal e o teste de Wilcoxon para as que não apresentam distribuição normal (H_0 : as categorias não apresentam diferenças relativamente à variável resposta).

Para testar variáveis independentes contínuas foi utilizado o teste de correlação de Pearson para as escalas e dimensões normais e o de Spearman para as que não apresentam distribuição normal (H_0 : as variáveis não estão correlacionadas).

Para avaliar o resultado dos testes estatísticos observou-se o respetivo valor-p com o valor de corte de 0,05. Quando o valor-p é superior a 0,05 aceita-se H_0 como verdadeira, caso contrário conclui-se que H_0 é falsa (Maroco, 2011).

4- Análise das hipóteses

Uma vez apresentada a estatística descritiva e os resultados dos dados do Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) iremos proceder à análise inferencial. Procuraremos, assim, avaliar e determinar a influência das relações existentes entre algumas das variáveis sociodemográfica com as escalas utilizadas (CBI e ESSS).

Conclui-se que as escalas apresentam de uma forma geral bons valores de consistência interna ($\alpha > 0,7$), verificando-se que apenas a dimensão intimidade da escala ESSS não ultrapassa o valor de referência 0,7 (Tabela 19). No entanto, como esta dimensão apenas é constituída por 3 itens não se considera adequada a remoção de nenhum deles para aumentar a sua consistência interna.

Tabela 19 – Valores do teste de alpha de cronbach para as escalas e respetivas dimensões – SA = satisfação com amizades, IN = intimidade; SF = satisfação com família; AS = atividades sociais. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	alpha
Burnout Total	0,943
Burnout Pessoal	0,894
Burnout Trabalho	0,915
Burnout Utente	0,836
ESSS Total	0,845
ESSS Satisfação com amizades	0,749
ESSS Intimidade	0,639
ESSS Satisfação com família	0,720
ESSS Atividades sociais	0,738

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

No seu valor global as escalas de *Burnout* e Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS) apresentam uma distribuição normal. No entanto as dimensões *Burnout* Utente, ESSS IN e ESSS SF não apresentam uma distribuição normal (Tabela 20). Desta forma, para o estudo destas dimensões serão utilizados testes não-paramétricos enquanto para as escalas e restantes dimensões serão utilizados testes paramétricos.

Tabela 20 – Valores do teste de normalidade de Shapiro-Wilk (W) e respetivo valor-p. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor- p
Burnout Total	0,947	0,068
Burnout Pessoal	0,964	0,222
Burnout Trabalho	0,979	0,694
Burnout Utente	0,937	0,025
ESSS Total	0,978	0,723
ESSS SA	0,979	0,694
ESSS IN	0,919	0,008
ESSS SF	0,943	0,044
ESSS AS	0,963	0,231

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Sexo

Nenhuma das escalas ou respetivas dimensões apresenta diferenças em função do sexo ($p > 0,05$; Tabela 21 e 22). No entanto, na dimensão satisfação com a família da escala ESSS verifica-se uma ligeira tendência para as mulheres apresentarem valores mais elevados, apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa (Gráfico 1).

Tabela 21 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	0,740	0,488
Burnout Pessoal	1,485	0,185
Burnout Trabalho	0,745	0,487
ESSS Total	0,813	0,451
ESSS SA	0,431	0,683
ESSS AS	-0,502	0,634

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 22 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	90,0	1,000
ESSS IN	102,5	0,459
ESSS SF	130,5	0,076

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

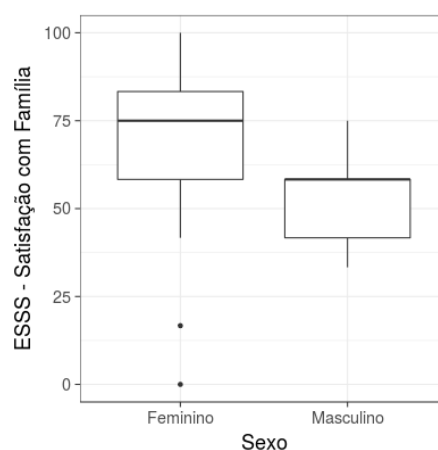


Gráfico 1 – Satisfação com a Família em função do sexo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Idade

Observa-se que tanto o *Burnout* total como as dimensões pessoal e trabalho exibem correlações significativas, moderadas e negativas com a idade, concluindo-se que nas pessoas mais velhas apresentam significativamente menos *burnout* (total, pessoal e trabalho) do que as pessoas mais novas ($p < 0,05$; Tabelas 23 e 24; Gráfico 2).

Tabela 23 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respetivo valor- p em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	r	valor- p
Burnout Total	-0,402	0,013
Burnout Pessoal	-0,397	0,010
Burnout Trabalho	-0,397	0,014
ESSS Total	0,201	0,254
ESSS SA	0,132	0,436
ESSS AS	0,271	0,436

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 24 – Valores do teste de correlação de Spearman (ρ) e respetivo valor- p em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	ρ	valor- p
Burnout Utente	-0,237	0,136
ESSS IN	0,084	0,613
ESSS SF	0,258	0,108

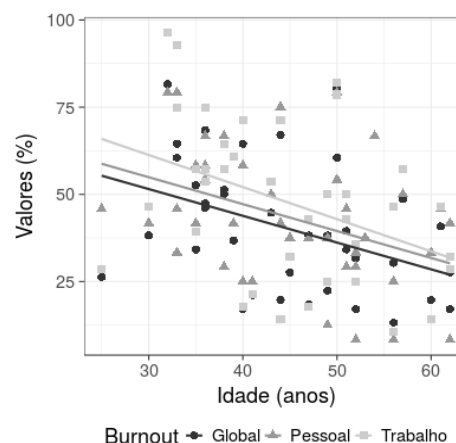


Gráfico 2 – Burnout total e respetivas dimensões pessoal e trabalho em função da idade. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Conjugalidade

Foi nosso interesse saber qual a relação que a situação na conjugalidade estabelece com a síndrome de *burnout* e o suporte social. Dada a dimensão reduzida da amostra a situação na conjugalidade foi recodificada em apenas 2 categorias: viver em conjugalidade (aqueles efetivamente casados ou em união de facto...) e não viver em conjugalidade (todos os restantes). Constatou-se que nenhuma das escalas ou dimensões apresenta diferenças significativas com o facto de os profissionais viverem ou não viverem em conjugalidade ($p > 0,05$; Tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função do estado civil/ conjugalidade. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	-0,582	0,566
Burnout Pessoal	-0,754	0,456
Burnout Trabalho	-0,677	0,506
ESSS Total	-0,403	0,690
ESSS SA	-0,385	0,703
ESSS AS	-0,660	0,515

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 26 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função do estado civil. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	200,0	0,478
ESSS IN	151,5	0,887
ESSS SF	150,5	0,579

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Anos de profissão

Analisámos igualmente os resultados da relação entre os anos de profissão e as várias dimensões e escalas. Observa-se que a dimensão satisfação com a família da escala ESSS está significativamente e positivamente correlacionada com o tempo de profissão ($p < 0,05$; Tabelas 27 e 28), concluindo-se que as pessoas com mais tempo de profissão apresentam significativamente mais satisfação com a família (Gráfico 3).

Tabela 27 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respetivo valor-p em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	r	valor-p
Burnout Total	-0,138	0,414
Burnout Pessoal	-0,268	0,100
Burnout Trabalho	-0,102	0,548
ESSS Total	0,244	0,178
ESSS SA	0,168	0,334
ESSS AS	0,176	0,298

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 28 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respetivo valor-p em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	rho	valor-p
Burnout Utente	-0,035	0,831
ESSS IN	0,025	0,883
ESSS SF	0,363	0,025

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

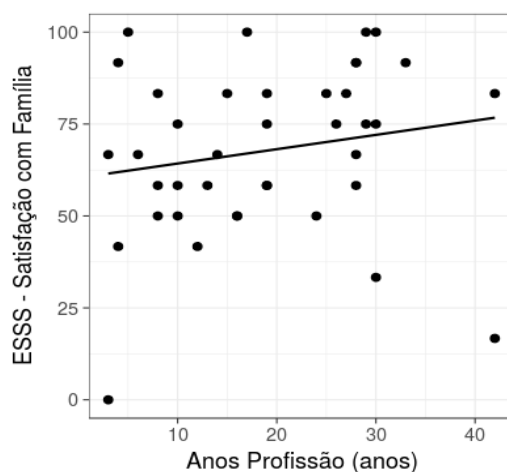


Gráfico 3 – Satisfação com a família em função dos anos de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Horas de trabalho

Observa-se que nenhuma das escalas ou dimensões em estudo está significativamente correlacionada com as horas ($p > 0,05$; Tabelas 29 e 30).

Tabela 29 – Valores do teste de correlação de Pearson (r) e respectivo valor- p em função das horas de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	r	valor- p
Burnout Total	-0,044	0,793
Burnout Pessoal	-0,013	0,934
Burnout Trabalho	-0,011	0,949
ESSS Total	-0,028	0,874
ESSS SA	-0,029	0,865
ESSS AS	-0,092	0,579

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 30 – Valores do teste de correlação de Spearman (rho) e respectivo valor-p em função dos horas de profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	rho	valor-p
Burnout Utente	-0,122	0,449
ESSS IN	-0,010	0,953
ESSS SF	-0,012	0,941

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Faltas no último ano

Apenas se verifica uma relação significativa marginal entre a ESSS – Satisfação com a família e as faltas no último ano (Tabela 31 e 32). No gráfico 4 é possível observar que os inquiridos que apresentam maior satisfação com a família têm uma tendência a faltar menos ao trabalho.

Tabela 31 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	-0,188	0,854
Burnout Pessoal	-0,194	0,849
Burnout Trabalho	-0,119	0,907
ESSS Total	-1,597	0,128
ESSS SA	-0,692	0,501
ESSS AS	-0,148	0,178

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 32 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	103	0,218
ESSS IN	124	0,831
ESSS SF	85	0,085

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

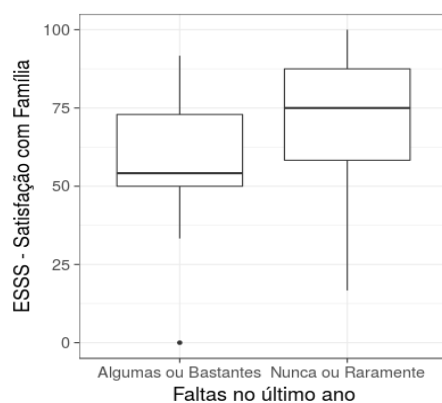


Gráfico 4 – ESSI – Satisfação com Família em função das faltas no último ano. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Não se verifica nenhuma relação significativa entre as escalas de *Burnout* e ESSI face às faltas no último mês (Tabela 33 e 34).

Tabela 33 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função das faltas no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	0,241	0,813
Burnout Pessoal	-0,360	0,725
Burnout Trabalho	0,450	0,662
ESSI Total	0,443	0,668
ESSI SA	1,088	0,300
ESSI AS	-1,689	0,110

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 34 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função das faltas no último mês. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	153,5	0,536
ESSI IN	116,5	0,985
ESSI SF	162,0	0,276

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Deixar a instituição

Verificam-se relações significativas entre a escala de *burnout*, incluindo todas as suas dimensões, e a vontade de deixar a instituição (Tabelas 35 e 36). Previsivelmente, em todos os casos se registam maiores valores de *burnout* nos inquiridos que mostram vontade de deixar a instituição (Gráficos 5 a 8).

Tabela 35 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a instituição”. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	-6,185	0,000
Burnout Pessoal	-4,858	0,000
Burnout Trabalho	31,481	0,000
ESSS Total	1,277	0,218
ESSS SA	24,760	0,316
ESSS AS	26,789	0,096

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 36 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a instituição”. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	53,0	0,000
ESSS IN	196,0	0,480
ESSS SF	209,5	0,463

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

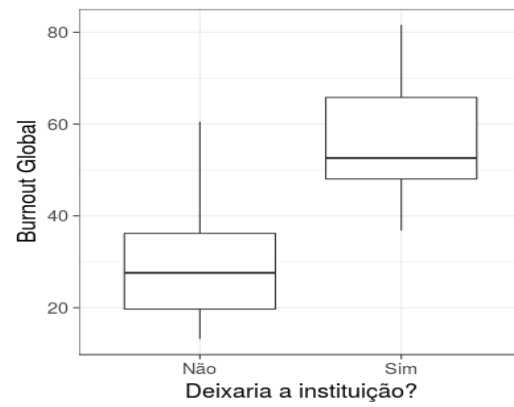


Gráfico 5 – Burnout Global em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

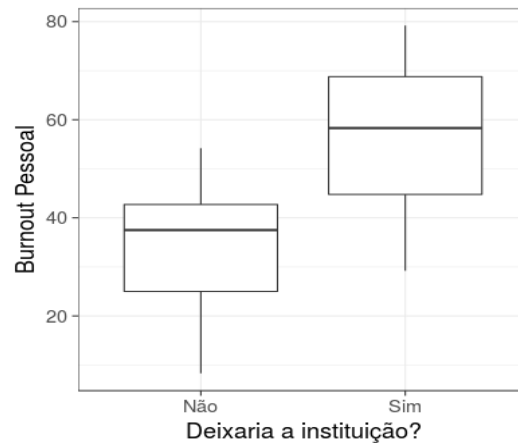


Gráfico 6 – Burnout Pessoal em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

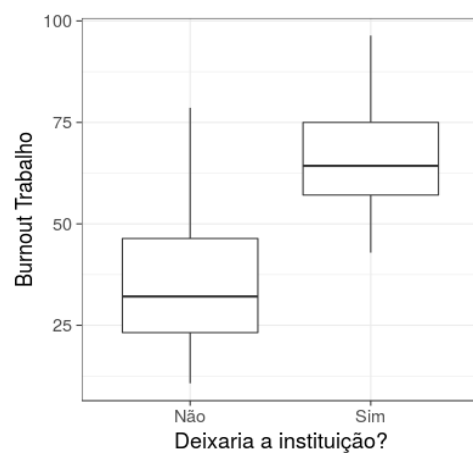


Gráfico 7 – Burnout Trabalho em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

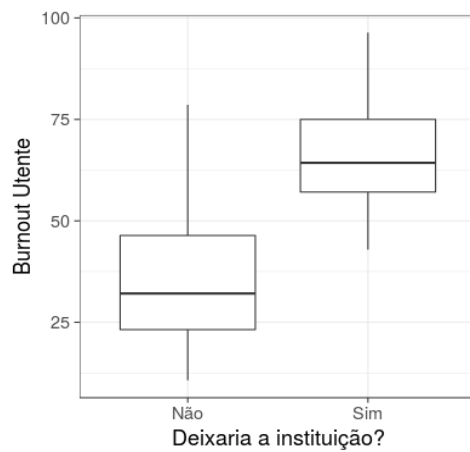


Gráfico 7 – Burnout Utente em função da vontade de deixar a instituição. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Deixar a Profissão

Verificam-se relações significativas entre a escala de *burnout*, incluindo todas as suas dimensões, e a vontade de deixar a Profissão (Tabelas 37 e 38). Em todos os casos se registam maiores valores de burnout nos inquiridos que mostram vontade de deixar a profissão (Gráficos 9 a 12).

Tabela 37 – Valores do teste t-student (t) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a profissão”. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	t	valor-p
Burnout Total	-2,327	0,032
Burnout Pessoal	-2,732	0,012
Burnout Trabalho	-2,387	0,026
ESSS Total	1,343	0,200
ESSS SA	1,705	0,103
ESSS AS	0,455	0,655

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Tabela 38 – Valores do teste de Wilcoxon (W) e respetivo valor-p em função da questão “Deixaria a profissão”. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Variáveis resposta	W	valor-p
Burnout Utente	106,5	0,069
ESSS IN	192,5	0,248
ESSS SF	197,5	0,277

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

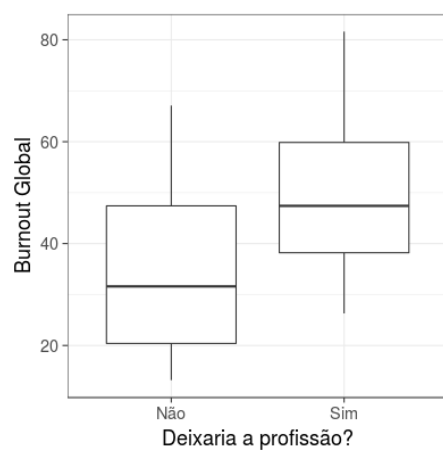


Gráfico 8 – Burnout Global em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

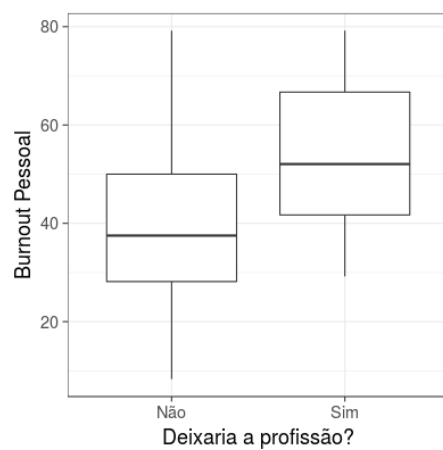


Gráfico 9 – Burnout Pessoal em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

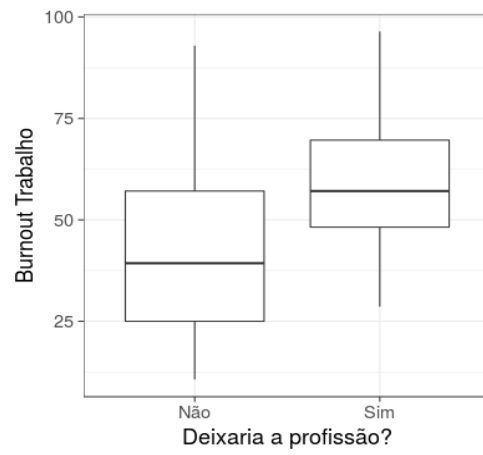


Gráfico 10 – Burnout Trabalho em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

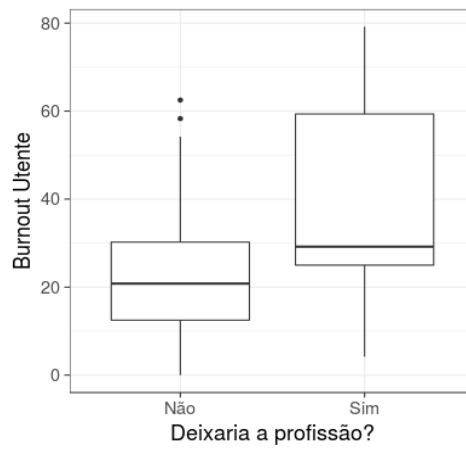


Gráfico 11 – Burnout Utente em função da vontade de deixar a profissão. Cuidadores da APPACDM, 2018.

5- Burnout vs ESSS

Na análise entre a relação do *burnout* e o suporte social, observa-se que os valores da escala ESSS apresentam medianas superiores a 50% em todas as suas dimensões. Referente a escala de *Burnout* os resultados apresentam valores medianos inferiores a 50% em todas as suas dimensões.

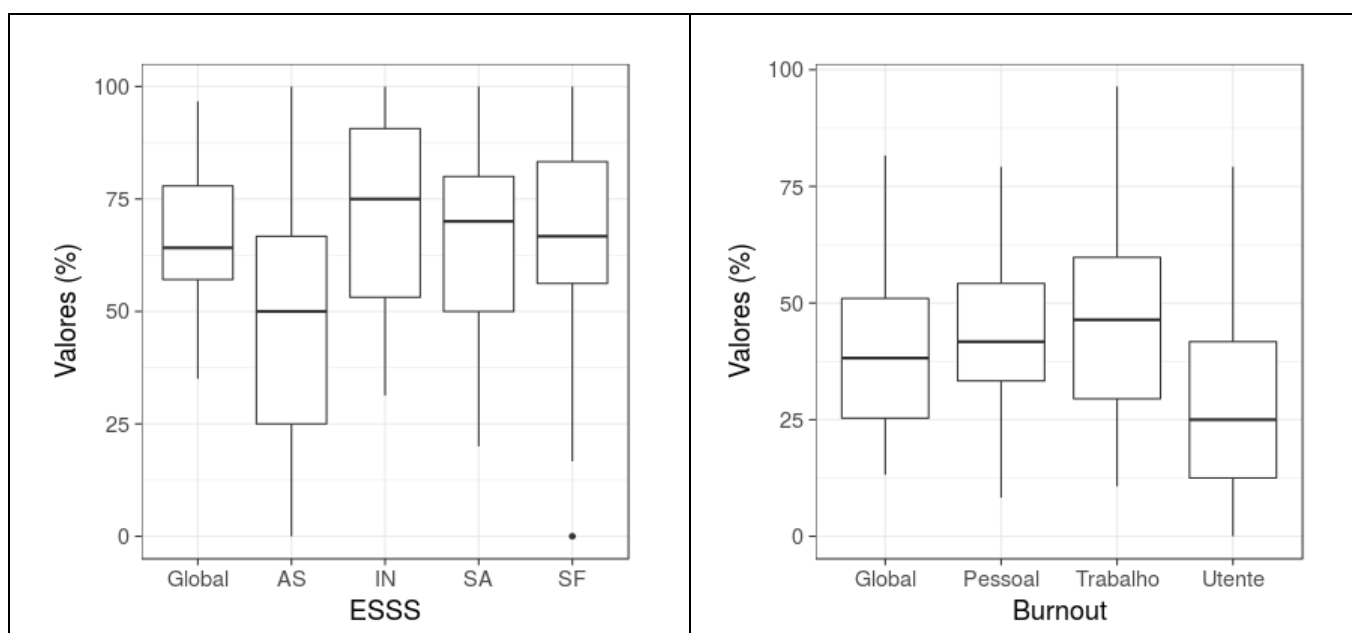


Gráfico 12 – Valores medianos das escalas (ESSS à esquerda e Burnout à direita), com indicação dos quartis Q25 e Q75 e do máximo e mínimo. Cuidadores da APPACDM, 2018.

A análise de correlações tem por objetivo medir o grau e o relacionamento entre variáveis, que será dado pelo coeficiente de correlação. Este coeficiente vai nos dizer se a relação é significativa (forte) ou não e se vai no mesmo sentido ou em sentido contrário. Uma correlação negativa entre as duas variáveis significa que se uma aumenta a outra irá diminuir.

Verificam-se correlações significativas e negativas entre:

- ESSS Global e *Burnout* Pessoal,
- ESSS Atividades Sociais com o *Burnout* Global e todas as suas dimensões (Pessoal, Trabalho e Utente), exposto na tabela 39 com valores a negrito e gráficos para otimizar a interpretação.

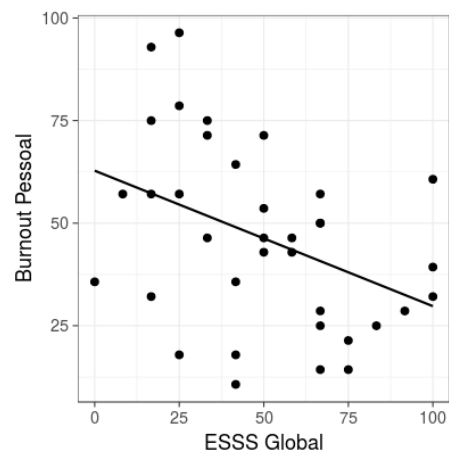


Gráfico 13 – ESSS Global em função do Burnout pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.

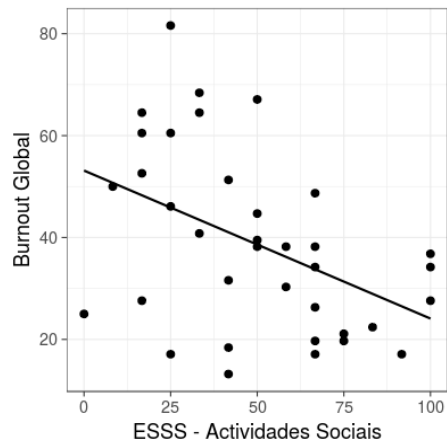


Gráfico 14 – ESSS AS em função do Burnout Global. Cuidadores da APPACDM, 2018.

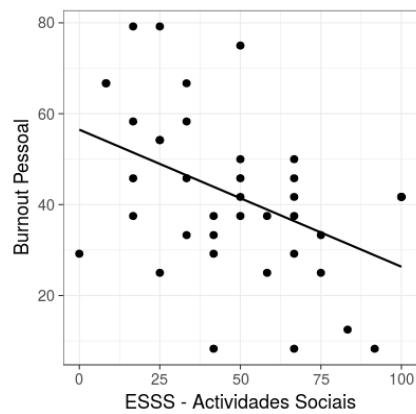


Gráfico 15 – ESSS AS em função do Burnout Pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.

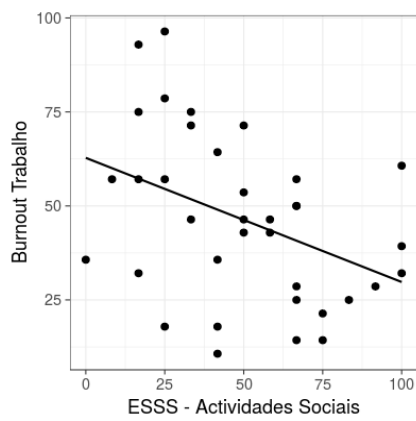


Gráfico 16 – ESSS AS em função do Burnout Trabalho. Cuidadores da APPACDM, 2018.

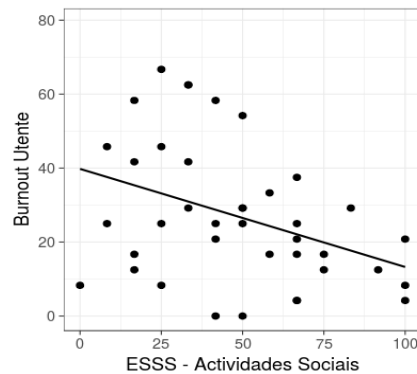


Gráfico 17 – ESSS AS em função do Burnout Utente. Cuidadores da APPACDM, 2018.

Existe uma associação negativa entre ambas, expondo a importância da variável (suporte social). Estes resultados vão deste modo ao encontro da meta-análise realizada por Halbesleden (2006) em que o suporte social aparece como negativamente relacionado com as várias dimensões de *burnout*.

Tabela 39 – Valores do teste de correlação de Spearman (ρ) e respectivo valor-p entre a escala de Burnout e a escala de Satisfação com o Suporte Social – SA = satisfação com amizades, IN = intimidade; SF = satisfação com família; AS = actividades sociais. Valores-p < 0,05 estão assinalados a negrito. Cuidadores da APPACDM, 2018.

		ESSS SA	ESSS IN	ESSS SF	ESSS AS	ESSS Global
Burnout Pessoal	rho	-0,282	-0,214	-0,258	-0,429	-0,372
	valor-p	0,091	0,191	0,108	0,006	0,031
Burnout Trabalho	rho	-0,142	-0,102	0,034	-0,42	-0,213
	valor-p	0,422	0,555	0,841	0,011	0,25
Burnout Utente	rho	-0,199	-0,196	-0,15	-0,368	-0,252
	valor-p	0,236	0,233	0,357	0,021	0,151
Burnout Global	rho	-0,226	-0,199	-0,13	-0,453	-0,315
	valor-p	0,199	0,245	0,443	0,006	0,085

Fontes: Inquéritos aos Cuidadores formais da APPACDM, 2018

Esta tabela expressa o cruzamento entre as variáveis em estudo, ou seja entre as dimensões do *burnout* e as dimensões da escala de satisfação do suporte social. Verifica-se a existência de correlação na amostra geral entre as dimensões e as actividades sociais (AS).

Parte IV : Discussão de resultados

Parte IV: Discussão de resultados

Os objetivos desta pesquisa centraram-se na avaliação e comparação da relação entre os sintomas de *Burnout* e a percepção de Suporte Social dos cuidadores formais que trabalham na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental de Santarém. No seguimento é apresentada a discussão dos resultados, sendo que para além do referido foram verificadas as relações sociodemográficas e diferentes variáveis.

Desta forma, a amostra estudada é composta por 41 pessoas, sendo que 36 (87,8%) são do sexo feminino e 5 (12,2%) do sexo masculino. Nenhuma das escalas ou respetivas dimensões apresenta diferenças em função do sexo. No entanto, na dimensão satisfação com a família da escala ESSS verifica-se uma ligeira tendência para as mulheres apresentarem valores mais elevados, apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa.

Na literatura as análises de género, referem que os homens apresentam menores níveis de *burnout* comparativamente às mulheres. Já relativamente à situação na conjugalidade os sujeitos em conjugalidade e com filhos apresentam também níveis mais baixos de *burnout* (Queirós, 2005). Os níveis de *burnout* podem ser influenciados pela situação na conjugalidade, alguns estudos apontam que indivíduos solteiros e divorciados estão mais propensos a desenvolver níveis mais elevados de *burnout* comparativamente aos que vivem em conjugalidade. (Benevides-Pereira, 2002; Queirós, 2005; Guevara & colaboradores, 2004). No presente estudo, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa, uma vez que nenhum dos três níveis de *burnout*, assim como o suporte social avaliado, apresentam diferenças significativas com o facto de os profissionais viverem ou não em conjugalidade, pelo que os resultados não confirmam os dados apresentados na literatura.

A amostra estudada apresenta idades compreendidas entre os 25 e os 62 anos. A idade média dos homens é de 46 anos, variando entre os 35 e os 60 anos. A idade média das mulheres é de 44 anos, variando entre os 25 e os 62 anos. Observa-se que tanto o *burnout* total como as dimensões pessoas e trabalho exibem correlações significativas, moderadas e negativas com a idade, concluindo-se que as pessoas mais velhas apresentam significativamente menos *burnout* (total, pessoal e trabalho) do que as pessoas mais novas. Os dados obtidos no estudo vão ao encontro aos estudos de Magalhães e Glina (2006) e Mallar e Capitão (2004), em que foi possível verificar a presença de diferenças entre os sujeitos mais novos comparativamente com sujeitos mais velhos, sendo que os primeiros apresentam níveis mais elevados de *burnout*.

Segundo Ribeiro (2005), em estudos efetuados em profissionais de saúde existem diversas condições que podem originar o stresse ocupacional, tais como o excesso de

trabalho, de responsabilidades e diminuição na progressão na carreira. Uma outra explicação para a incidência de *burnout* nos sujeitos mais novos, tem como explicação o facto de estes terem baixas expectativas de sucesso, otimismo e elevados níveis de pessimismo e desilusão (Gomes, 1998). Para além deste contexto, Delbrouck (2006) menciona a duplicidade de papéis, a falta de segurança no emprego, conflitos entre colegas e dificuldades relacionais com o doente. Uma das outras possíveis explicações para este facto é os indivíduos mais novos não conseguirem desenvolver estratégias adequadas, de controlo no problema, principalmente nos primeiros anos de prática profissional, o que poderá levar ao abandono da profissão (Tamayo & Tróccoli, 2002). Em contrapartida os indivíduos mais velhos podem ter desenvolvido estratégias mais adequadas, que o permitiram o ultrapassar a situação de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981; citado por Oliveira, 2008). Os trabalhadores que permanecem serão aqueles mais resilientes face às dificuldades inerentes às tarefas de cuidar.

A influência da idade na satisfação no trabalho, nas diversas pesquisas bibliográficas são contraditórias, sendo que numerosos estudos acharam diferenças significativas da satisfação no trabalho em função da faixa etária tanto em sujeitos mais velhos como sujeitos mais novos (Herrera, Manrique, 2008; López, Bernal, Cánovas, 2001).

Todos os profissionais inquiridos sabem ler e escrever e possuem mais de 6 anos de escolaridade, sendo que a maioria possui habilitações literárias ao nível do ensino secundário (51,2%). Cerca de 34% apresentam mesmo habilitações literárias de nível superior, sendo que 11 (26,8%) possuem uma licenciatura, 2 (4,9%) possuem bacharelato e apenas 1 (2,5%) mestrado. Cerca de 15% dos inquiridos frequentaram o 3º ciclo de escolaridade. Quanto às habilitações literárias, alguns autores (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Patrick & Lavery, 2007) referem que quanto mais habilitações têm os sujeitos, maiores serão os seus níveis de *burnout*. No presente estudo, as habilitações literárias também não mostraram estar associadas ao aparecimento da síndrome de *burnout*.

A carga horária de trabalho bem como a sobrecarga do mesmo, possui uma das causas mais determinantes e mencionadas na síndrome, o que leva a executar inúmeras tarefas em curtos períodos de tempo, levando os indivíduos mais rapidamente à exaustão (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). Do número total de inquiridos aferiu-se que 28 (68,3%) trabalham 35 horas, 7 (17,1%) trabalham mais de 35 horas e 6 (14,6%) menos de 35 horas semanais na instituição. A grande maioria dos inquiridos (n=35; 85,4%) não trabalha por turnos pelo que neste estudo não se pode estabelecer esta relação, tal como referida na literatura.

É relevante salientar que o *burnout* relacionado com o utente, ou seja, o *burnout* que se reflete na perda de qualidade do serviço prestado ao utente, e que atinge cerca de 28,4% dos cuidadores da instituição de acordo com a análise, não está relacionado com a carga

horária, o que indica que os profissionais apesar das diferentes cargas de trabalho que possam possuir, não deixam que isso influencie negativamente a sua relação com os utentes.

Por outro lado, quase metade dos profissionais inquiridos trabalha há mais de 20 anos na profissão. Em média, os profissionais que responderam a esta questão exercem a profissão na instituição há $17,5 \pm 9,9$ anos. Observa-se que a dimensão satisfação com a família, da escala ESSS, está significativamente e positivamente correlacionada com o tempo de profissão, concluindo-se que as pessoas com mais tempo de profissão apresentam significativamente mais satisfação com a família. Os diversos estudos neste domínio corroboram os resultados obtidos, e indicam que são os profissionais mais jovens, que por sua vez tendem também a ser mais qualificados, que se encontram mais suscetíveis à emergência de *burnout* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Segundo a literatura, os profissionais mais jovens são os que têm um período laboral mais alargado, quer dizer, que conciliam com outras atividades laborais. Este acumular implica um maior esforço e adaptação entre diferentes ambientes originando um aumento do sentimento de sobrecarga laboral. A procura por melhores condições profissionais e financeiras, associado ainda a pouca experiência profissional origina um maior desgaste dos jovens (Maslach & Jackson, 1981; citado por Carlotto, 2009).

Determinados aspetos parecem afetar estes profissionais nomeadamente a percepção de falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho e problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares, o que similarmente corrobora o estudo com psicólogos realizado por Gomes (1999). Para Tamayo e Tróccoli (2002) a falta de suporte social associa-se a níveis mais elevados de *burnout*.

Por seu turno, a satisfação no ambiente trabalho tem sido apresentada como grande influenciadora do estado emocional do indivíduo, que se manifesta na forma de felicidade, caso o profissional esteja satisfeito ou insatisfeito, levando ao desagrado.

Neste estudo verificaram-se relações significativas entre a escala de *burnout*, em todas as suas dimensões, e a vontade de deixar a instituição e a profissão, nos inquiridos que mostram valor mais elevados de *burnout*. A insatisfação no trabalho tem naturalmente grande tendência a levar os profissionais em deixar o emprego, num estudo realizado por Levin (2005) com trabalhadores que cuidam de crianças e que chegou a esta conclusão. Ribeiro (2011), refere num estudo em que avalia diferentes dimensões de suporte social, do qual confirma que o fator primordial de suporte social é a família, para a população portuguesa. No entanto, apenas se verifica uma relação significativa marginal entre a ESSS – Satisfação com a família e as faltas no último ano, uma vez que é possível observar que os inquiridos que apresentam maior satisfação com a família têm uma tendência a faltar menos ao trabalho. Ganster et al. (1986, citado por Ribeiro, 2011) numa investigação em que se pesquisou o papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho, conclui haver relação entre

componentes do suporte social e queixas somáticas, apesar de neste estudo não termos caracterizado as queixas somáticas. O trabalho em contexto de saúde mental pela sua multiplicidade e especificidade de atuação é considerado como um fator elevado e suscetível a sobrecarga emocional. (Santos & Cardoso, 2010). Nos resultados obtidos, podemos comparar os valores da escala ESSS que apresentaram medianas superiores a 50% em todas as suas dimensões, com a escala de *burnout* apresentaram valores medianos inferiores a 50% em todas as suas dimensões, sendo que estes resultados vão de encontro ao estudo (Meta-análise) realizada por Halbesleden (2006) em que o suporte social aparece como negativamente relacionado com as dimensões de *burnout*, ou seja, a perceção do suporte social é um fator protetor em relação ao *burnout*.

O suporte social tem adquirido pertinência nas investigações científicas de diversos autores, sendo considerado como um recurso fundamental a manutenção do bem-estar físico e emocional dos indivíduos, sendo uma dimensão fundamental a tomar em consideração na prevenção do *burnout* entre os colaboradores de uma instituição (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007).

Em suma, o estudo sensibiliza-nos na importância do suporte social uma vez que este ajuda os sujeitos a compatibilizar os diferentes papéis de vida (família, amigos, etc...), o que pode contribuir, em última análise, para o bom desempenho das instituições, minimizando o impacto do *burnout* nos espaços onde os sujeitos se incluem e desempenham a sua atividade laboral.

Após a discussão dos resultados, o próximo capítulo irá apresentar as conclusões e considerações finais do estudo, bem como as suas limitações, e algumas sugestões para futuras investigações.

Parte V: Conclusões e considerações finais

Parte V: Conclusões e considerações finais

O presente trabalho de investigação – *Burnout* e Satisfação com o Suporte Social em Cuidadores Formais da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental de Santarém, foi realizado para a atribuição de grau Mestre em Educação Social e Intervenção Comunitária, pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. A realização final deste estudo e toda a sua evolução guia-nos a considerações que poderão ser desenvolvidas para estudos futuros, nomeadamente as limitações e o contributo desta investigação para a compreensão do fenómeno em causa.

Enquanto futuros profissionais na área da Educação social é importante estar desperto para a problemática do *burnout* e para a importância do suporte social, tendo em conta a sua influência no contexto laboral. O tema desta pesquisa enquadra-se na área social e na da saúde pois, segundo Queirós (2005), o *burnout* é um tema que tem originado múltiplas investigações pelo mundo, não se estendendo o interesse às duas áreas estudadas o *burnout* e o suporte social. Em Portugal já se realizaram estudos ligados ao *burnout*, principalmente com profissionais da área da educação e saúde.

O enquadramento teórico concretizado permitiu compreender melhor a síndrome de *burnout* e a importância da sua presença no contexto laboral a que os funcionários de uma instituição na área da Deficiência Mental estão sujeitos assim como comparar, analisar com a satisfação com o suporte social e quais as variáveis sociodemográficas de influência. A avaliação do *burnout* dos cuidadores consistiu nas suas três dimensões distintas: pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente. Avaliou-se o Suporte Social do indivíduo, composto pelos familiares, amigos, bem como pela própria frequência de contactos, pela existência ou não de amigos íntimos e de redes sociais. Para tal, usou-se um questionário de autopreenchimento designado de Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI.) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

O conhecimento destes dados permitirá num futuro estudo saber de que forma se poderá prevenir, e intervir na síndrome. Neste contexto a prática da Educação Social revela-se particularmente pertinente, pois caracteriza-se pela função do trabalho voltado aos diferentes espaços sociais destinados a grupos em desvantagem na sociedade. O seu campo de trabalho está integrado nas diferentes áreas sociais sendo que no mundo atual as respostas têm de ser cada vez mais diversificadas e ajustadas aos problemas emergentes na sociedade, tal como o *burnout*. Recorde-se que os educadores sociais podem ser considerados profissionais da educação mas também trabalhadores sociais, uma vez que desenvolvem uma ação educativa no terreno do social (Carvalho & Baptista, 2004).

Neste caso, o educador social poderá adotar estratégias socioeducativas nas instituições que prestam cuidados, dirigidos não só aos utentes, mas também aos colaboradores, sendo mais eficazes se nas suas ações reforçarem algumas medidas no qual expomos no enquadramento teórico, com objetivo de melhorar o bem-estar do indivíduo e a sua qualidade de vida na sociedade.

As principais limitações deste estudo prendem-se com o facto de a amostra ser reduzida, o que limita o alcance de alguns dos resultados e afeta a representatividade da amostra relativamente à população em estudo, sendo por isso importante em estudos futuros alargar o estudo a outras instituições, permitindo conhecer melhor o fenómeno estudado, podendo introduzir outras variáveis como o tipo de população a que se presta cuidados. Igualmente importante será conjugar métodos qualitativos e outras escalas de avaliação para complementar e aprofundar o tema. Por último, umas das grandes limitações, sentido pelo investigador foi a realização do estudo em simultâneo com a sua atividade profissional. O tempo dividido entre a investigação, responsabilidade familiar e a atividade profissional de fisioterapeuta foram, apesar de desafiantes, estimulantes e gratificantes para o crescimento enquanto pessoa e profissional.

Apesar destas limitações, considera-se que os objetivos delineados para este estudo foram atingidos uma vez que foi possível compreender os níveis de *burnout* e relacionar com a Satisfação do suporte Social dos cuidadores formais na APPACDM- Santarém.

Como conclusões principais a reter deste estudo pode-se referir que apesar da perceção quantitativa de prevalência do fenómeno na instituição estudada, a grande maioria dos cuidadores formais inquiridos apresentam níveis de *burnout* nas suas várias dimensões. Destacamos que existem catorze cuidadores formais que apresentam *burnout* global o que reflete 38,6 % na amostra com valores expressivos de *burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, verifica-se que 43,9% dos cuidadores apresentam níveis de *burnout* Pessoal, ao passo que quase metade, 47,3%, manifestam níveis elevados de *burnout* relacionado com o trabalho. Curiosamente, apenas 21,9% apresentam níveis elevados de *burnout* relacionado com o utente. Na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a grande maioria dos cuidadores formais estudados apresentam um elevado suporte social global o que representa 82,4% dos cuidadores formais. O médio suporte social global, representa 17,6% enquanto o baixo suporte social global não é representativo, importante referir que a dimensão em que os cuidadores formais estão menos satisfeitos é referente às atividades sociais (AS), sendo que estes apresentam-se dispersos nos diferentes níveis de suporte social.

Os estudos evidenciam relação entre *burnout* e suporte social, sendo que neste estudo também se verifica uma associação negativa entre ambas, expondo a importância desta variável (suporte social) como um fator protetor para o aparecimento de *burnout*. Porém os estudos empíricos ainda são poucos para compreender cabalmente a relação entre estas

variáveis, nomeadamente a causalidade que é possível estabelecer entre elas: o burnout contribui para a percepção subjetiva de menor suporte social ou um efetivo menor suporte social contribui para maior vulnerabilidade à síndrome de burnout?

Quanto às variáveis sociodemográficas compreendeu-se que os cuidadores com menor suporte familiar e satisfação com as atividades sociais estão mais expostos aos níveis de *burnout* pessoal e aos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho. A vontade de abandonar o local de trabalho, bem como a vontade de mudar de profissão também parecem estar significativamente relacionadas com os três níveis de *burnout*.

De notar por fim, que os dados obtidos no estudo não foram ao encontro de alguns pontos referidos em estudos efetuados por outros investigadores mas poderão constituir um contributo relevante para a compreensão da síndrome de *burnout* no contexto dos cuidadores formais na área da deficiência mental. Permitiu-nos igualmente alargar conhecimentos académicos em geral, tendo sido particularmente desafiante refletir sobre a importância de promover ações socioeducativas de sensibilização para a problemática na instituição, estando referidas algumas orientações no capítulo o papel do educador social na síndrome de *burnout*, assim como estabelecer diretrizes futuras para o desenvolvimento de programas no suporte social suportadas pelos resultados desta investigação.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. & Del Prette, Z. (2006). Habilidades sociais e comunicativas: avaliação e intervenção junto a adultos com deficiência mental. *Temas em Educação Especial*, 16, 229-238.
- American Association on Mental Retardation (2002). Mental retardation: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC, USA: AAMR.
- Anjos, Karla; Boery, Rita; Pereira, Rafael (2014). Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014, Vol. 23(3) pp.600-8;
- Associação americana de deficiências intelectual e do Desenvolvimento (AADID). (2010). *Concepção de deficiência intelectual segundo a Associação Americana de Deficiências Intelectual e do Desenvolvimento*. Washington, DC: AAIDD.
- Bähner-Kohler, S. (2012). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working*. New York: Springer.
- Bautista, R. e outros. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro. Lisboa.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.
- Baqutayan, S. (2011). Stress and social support. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 29-34.
- Benevides- Pereira, T. M. A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Benavides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2003). O Burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1-1, 68-75.
- Carlotto, M. (2009). A relação profissional-paciente e a síndrome de Burnout. *Encontro: Revista de Psicologia*, XII(17), 7-20.
- Carlotto, M., Nakamura, A. & Câmara, S. (2006). *Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde*. *PSICO*, 37(1), 57-62.
- Carlotto, M., (2001). *Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional*. ULBRARS: Caderno Universitário.
- Castora-Binkley, M., Noelker, L., Ejaz, F., Rose, M. (2010). Inclusion of caregiver supports and services in home- and community- based service programs: recent reports from State Units on Aging. *Journal of Aging & Social Policy*, 23(1), 19-33. Doi: 10.1080/08959420.2011.532001
- Carvalho, A. D e Baptista, I. (2004). *Educação Social – Fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, M. & Felli, V. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(1), 61-69.
- Carvalho, G. & Lopes, S. (2006). Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arquivo Ciência Saúde*, 13(4), 215-219.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F. & Lopes, A. C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(1), 29-35.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312. Consultado a 07 de Março de 2018, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
- Cunha, I., & Santos, L. (2007). *Aprendizagem cooperativa na deficiência mental (trisomia 21)*. Cadernos de Estudo, 5, 27-44.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Demeneck, V. & Kurowski, C. (2010). Síndrome de Burnout: ameaça da saúde mental do trabalhador. *Programa de Apoio à Iniciação Científica*, 503- 518. Consultado a 15 de Janeiro, 2018 em www2.fae.edu/galeria/getImage/1/5083007472669816.pdf
- Deminco, M. (2011). *Jornada de Trabalho e redução do Stress*. Psicologia organizacional. Consultado em Novembro 22, 2017, em <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/jornada-de-trabalho-e-reducao-do-stress>
- Dias, S.; Queirós, C. & Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32
- Figueira J. Fisiopatologia do Stress. In: Mota Pinto A, editor. *Fisiopatologia - Fundamentos e Aplicações*. . Coimbra: Lidel; 2007. p. 285-92.
- Filho, J. & Burd, M. (2010). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonte, c. – Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). *A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses*: um estudo sobre as diferenças de género. *Teoria, investigação e prática*, 2, 193-212.
- Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stress, “Burnout”, Saúde Física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado Familiar. In M. G. Pereira, C. Simões, & T. McIntyre, (Eds.), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2ª ed.)*, IV, 178-192, Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R. S. (1998). *Stress e “Burnout” Nos Profissionais de Psicologia*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Gil-Monte, P.R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária. *Revista Eletrónica InterAcção Psy*, 1, 19-33.
- Goodhead, A. & McDonald, J. (2007). Informal caregivers literature review: a report prepared for the National Health Committee. Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington. Consultado a 22 de Março, 2018, de <http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc2573450006> FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf
- Guevara, C.A., Henao, D.P. & Herrera, J.A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178.
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: An educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Publica Mexico*, 50(2), 239-254. Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro. *PLOS ONE*, 10-1371.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. e Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207.
- Halbesleben, J.R. (2006). Source of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of applied Psychology*, 91(5), 1134.
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T. & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39 (1-2) , 133, 144.

- Herrera G, Manrique FG. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de Enfermería. *Aquichan*. 2008;8(2):243-56.
- Hicks, C. H. (2000). Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos. 3ªed. Lusociência.
- Hill, M. M., Hill, Andrew. (2005). Investigação por questionário. 2ªed. Edições Sílabo.
- Levin, A. (2005). Stress, job satisfaction, and social support: What relationship do they have to workplace turnover intentions? Abstract presented, *1st Annual Community, Work, and Family Conference*, Manchester, England, March 16-19
- Lino, V., Portela, M., Camacho, L., Atie, S., & Lima, M. (2013). Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly *Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil*.
- López F, Bernal L, Cánovas A. Satisfacción laboral de los profesionales de un hospital comarcal de Murcia. *Rev Calid Asist*. 2001;16:243-6.
- Loureiro, E. M. F. (2006). Estudo da Relação entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 243-253.
- Magalhães, R.A. & Glina, D.M. (2006). Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*, 11(½), 29-35.
- Mallar, S.C. & Capitão, C.G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9(1), 19-29.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS* (1ªed.). Lisboa. Edições Sílabo
- Maslach, C., Schaufeli, B. & Leiter, P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52,397-422.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*. Vol.13, Nº.5, pp.189-192. A.P.A. October 2003.
- Muntaner, j. (1998). La Sociedad ante el Deficiente Mental. Narcea, S.A. de Ediciones. Madrid.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L. (2008). Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat Med Journal*, 49, 364-374.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2003). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (Coords). (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (2003). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, M. M. C. M. Q. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ortega Ruíz, C., & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160
- Pais-Ribeiro J. L. (1999). Escala de Satisfação com o suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Paulino, F., Duarte, D., Brito, M., Degaki, N. & Schwartz, D. (2009). Perfil do cuidador profissional de idosos com demência. Obtido em 14 de Abril de 2018, de http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-148.pdf

- Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48
- Pereira, S. M. (2010). Cuidados Paliativos. Confrontar a morte. Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Pinto, A. M. Chambel, M.J., 2008. *Burnout e Engagement em contexto organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Queirós, P. J. P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*, 16(1), 111-124.
- Ribeiro (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M.(2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Santos, A. & Cardoso, C. (2010). Profissionais de Saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., et al. (2007). El Nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38 (4), 5- 20.
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. Leiter, M.P. Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14 (3), p. 204-220.
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional*. Dissertação em Doutoramento em Ciências de Saúde Mental. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Porto: Quarteto.
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora
- Sinha R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1141:105-30.
- Sinha R, Jastreboff AM. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):827-35.
- Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1) 37-46.
- Vieira, F. & Pereira, M. (1996). “Se houvera quem me ensinara...” A Educação de Pessoas com Deficiência Mental. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, F. & Pereira, M. (2003). “Se houvera quem me ensinara...” (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO.
- Zegwaard, Marin et al.(2011) Review: a conceptual model of perceived burden of informal caregivers for older persons with a severe functional psychiatric syndrome and concomitant problematic behavior. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, nº 20, pp. 2233–2258.

Pesquisa Web:

appacdmsantareminfo.wixsite.com/site

<http://www.aptses.pt/static/CODIGODEONTOLOGICO.pdf> (ASEDES)

Fontes de Dados: INE - XIV Recenseamento Geral da População

<http://www.eastin.eu/pt-pt/searches/products/list?iso=1210> pesquisado de Novembro de 2017 à Março 2018

<https://app.inr.pt/SAPA/> pesquisado de Novembro de 2017 à Abril 2018

<http://www.inr.pt/category/1/1/acessibilidades> pesquisado de Novembro de 2017 à Abril 2018

<https://www.iefp.pt/> pesquisado em Janeiro à Abril 2018

Anexos

- 1- Pedido de autorização à Instituição
- 2- Protocolo de Consentimento Informado
- 3- I -Questionário Sociodemográfico
- 4- II – Inventário de Burnout de Copenhagen
- 5- III- Questionário Escala de Satisfação Suporte Social (ESSS)
- 6- Pedido de autorização aos autores dos questionários.
- 7- Gráficos
- 8- Percentagens das escalas por extenso: burnout/ESSS

1 Pedido de autorização à Instituição

A. Ao Sr. Presidente. Por mim pode acontecer de imediato. obrigada!

APPACDM de Santarém	
Nº	518 18 12 017
1-1	

Exmo/a(s) Sr./a(s)
Diretora Técnica e Presidente da Direção da APPACDM de Santarém

O meu nome é Bruno Cunha e encontrou-me a frequentar o Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária na Escola Superior de Educação de Santarém. Encontro-me a realizar uma investigação com o tema "Burnout e Satisfação com o Suporte Social em Cuidadores Formais".

O presente trabalho de investigação tem como objetivo o estudo na identificação de Burnout e avaliação do suporte social dos funcionários

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração, no sentido de autorizar a realização dos questionários dos: Questionário sócio-demográfico; Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Os questionários serão entregues para cada cuidador para preenchimento.

Condições do estudo:

- a) A garantia de esclarecer qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e respetivo tratamento;
- b) A segurança de que nenhum participante será identificado e que será mantido o carácter confidencial da informação relacionada à sua privacidade;
- c) A certeza de que o participante e a Instituição não terão nenhum gasto para participar nesta pesquisa;

Santarém, 5 de Dezembro de 2017

Responsável pela pesquisa:

Bruno Cunha

*Autorizado.
20/12/17
Ao Dr. Bruno
para o levantamento
de dados
20
12
2017*

2 Protocolo de Consentimento Informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Bruno Cunha do Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Santarém. Encontro-me a realizar uma investigação com o tema “Burnout e Satisfação com o Suporte Social em Cuidadores Formais ”.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

O objetivo global deste estudo consistirá na identificação de Burnout e avaliação do suporte social dos funcionários da APPACDM Santarém.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

Responder aos questionários: Questionário sócio-demográfico; Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação nesta área, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Assinatura do investigador: _____

Após a conclusão do estudo será enviada uma síntese dos resultados encontrados, aos participantes que tenham demonstrado esse interesse.

Contatos do investigador: fisiobcunha@gmail.com e 916227242

Consentimento:

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a seguinte declaração: "Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo de forma clara e detalhada, que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a minha participação se assim o desejar."

Instruções para o preenchimento:

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo com uma cruz no referente à resposta que pretende assinalar. Se não quiser responder, por favor não assinale a resposta e deixe em branco.

3 I Questionário Sociodemográfico

1. Sexo: Masculino _____ Feminino _____

2. Idade: _____ (anos)

3. Habilitações escolares:

Não sabe ler nem escrever _____ Sabe ler e/ou escrever _____

1º- 4ºANO _____ 5º - 6ºANO _____ 7º - 9º ANO _____ 10º-12º ANO _____

Ensino Superior:

Bacharelato _____ Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____

4. Estado Civil:

Solteiro(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viúvo(a) _____ União de facto

Separado(a) _____

5. Tem Filhos:

Não _____ Sim _____ . Se respondeu sim, quantos _____

Outros Dependentes: Não _____ Sim _____ Quantos? _____

Quem? _____

6. Local de Residência: Rural _____ Urbano _____

7. Profissão: _____

8. Anos de Profissão: _____ (anos)

9. Há quantos anos trabalha na instituição? _____ (anos)

10. Quantas horas trabalha por semana? _____

11. Trabalha por turnos?

Não _____ Sim _____

12. Trabalha parcialmente em mais algum local fora instituição?

Não _____ Sim _____

Se respondeu que sim, diga quantas horas trabalha por semana nessa mesma _____

13. Situação contratual:

Do quadro/efetivo _____ Vínculo precário/termo _____ Prestação de serviços _____

14. No último ano faltou ao serviço?

Nunca _____ Raramente _____ Algumas vezes _____ Bastantes vezes _____

15. No último mês faltou ao serviço?

Nunca _____ Raramente _____ Algumas vezes _____ Bastantes vezes _____

16. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?

Não _____ Sim _____

17. Se pudesse mudaria de profissão?

Não _____ Sim _____

Muito Obrigado pela colaboração.

4 II Inventário de Burnout de Copenhagen

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do burnout. Não há respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem o sentimento, assinalando com uma cruz.

Esclarecimento:

Síndrome de Burnout: resposta ao stress crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais trabalhamos e ao próprio papel profissional. Cansado significa sem forças, Fatigado significa enfadado, Exausto significa esgotado.

Burnout pessoal.

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?					
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?					
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?					
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?					
5. Com que frequência se sente fatigado/a?					
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?					

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?					
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?					
3. O seu trabalho deixa- o(a) frustrado(a)?					
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?					
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?					
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?					
	Nunca/ quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?					

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?					
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?					
3. Trabalhar com clientes deixa- o/a sem energia?					
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?					
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?					
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?					

5 III Escala de Satisfação Suporte Social (ESSS)

Leia com atenção as seguintes afirmações e para cada uma delas selecione com um círculo a letra que corresponde à resposta que mais se adequa a si.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E

Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, etc.)	A	B	C	D	E

Muito obrigado pela sua colaboração!

6 Pedido de autorização aos autores dos questionários.

Caixa de entrada (1 418)

Importante

Correio enviado

Rascunhos (24)

Todo o correio

Categorias

1-Mestrado C.ed. social

1-Osteo pediat

APPACDM (9)

Bruno Formações

Carlos Raposo Osteo...

COL

Curso tec. manipul

EDP

Federação Port Osteo...

ITMP (1)

Osteopatia ERISA/FPO

Categoria...

Iniciar sessão

Ao iniciar sessão, iniciará sessão nos Hangouts no Google

para mim

Caro colega

Autorizo o uso da ESSS. Informo que no meu site, na secção "books" encontra o manual do instrumento que é de acesso aberto.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlp@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Bruno Cunha [fbisbkcunha@gmail.com]

Enviado: quarta-feira, 20 de Dezembro de 2017 12:40

Para: José Luís Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para usar o Questionário Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS),

Clique aqui para Responder ou Encaminhar

Clique aqui para ativar as notificações no ambiente de trabalho para o Gmail. Saiba mais Ocultar

6 de 8 755

para mim

Bom dia

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT. Informo que pode aplicar a escala no vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Cesaltino Fonte

CBI - PT.pdf

Clique aqui para Responder ou Encaminhar

14.01 GB (93%) de 15 GB utilizados

Termos - Privacidade

Mostrar tudo

7 Gráficos

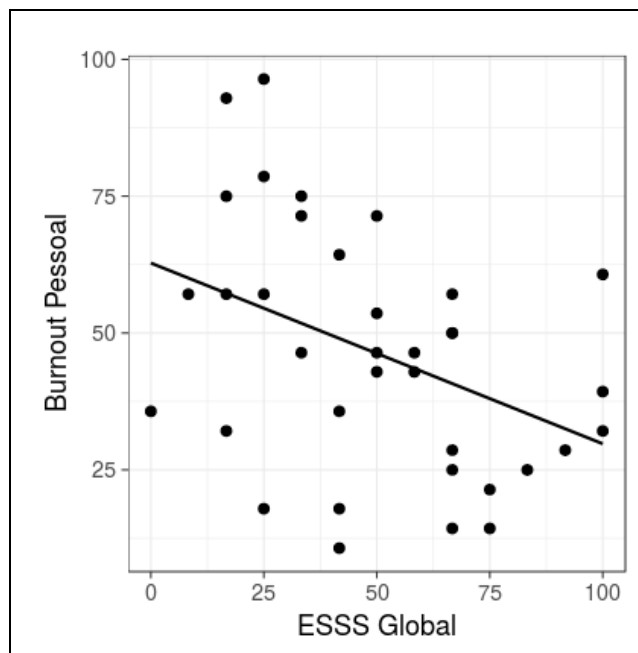


Gráfico 18 – ESSS Global em função do Burnout pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.

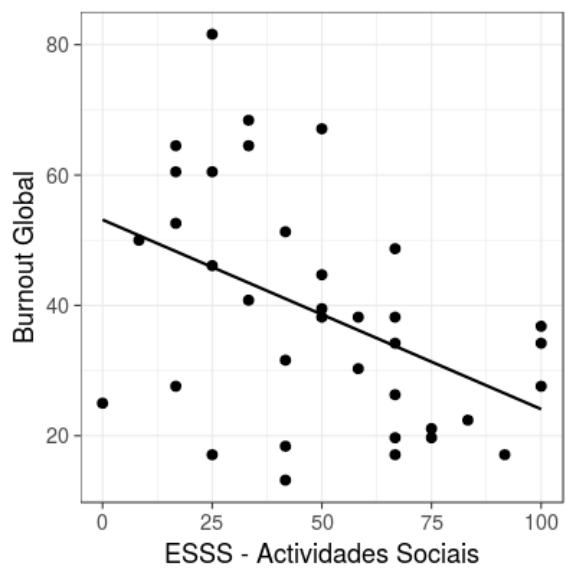


Gráfico 19 – ESSS AS em função do Burnout Global. Cuidadores da APPACDM, 2018.

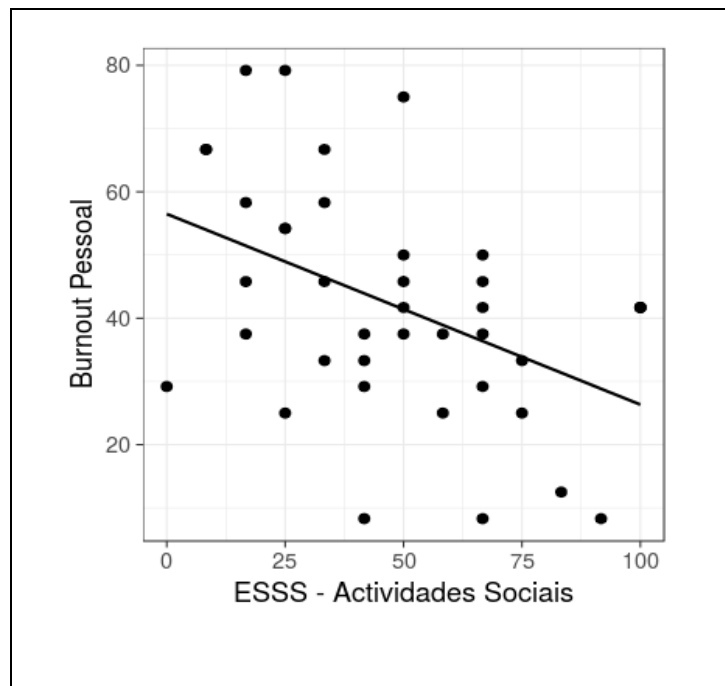


Gráfico 20 – ESSS AS em função do Burnout Pessoal. Cuidadores da APPACDM, 2018.

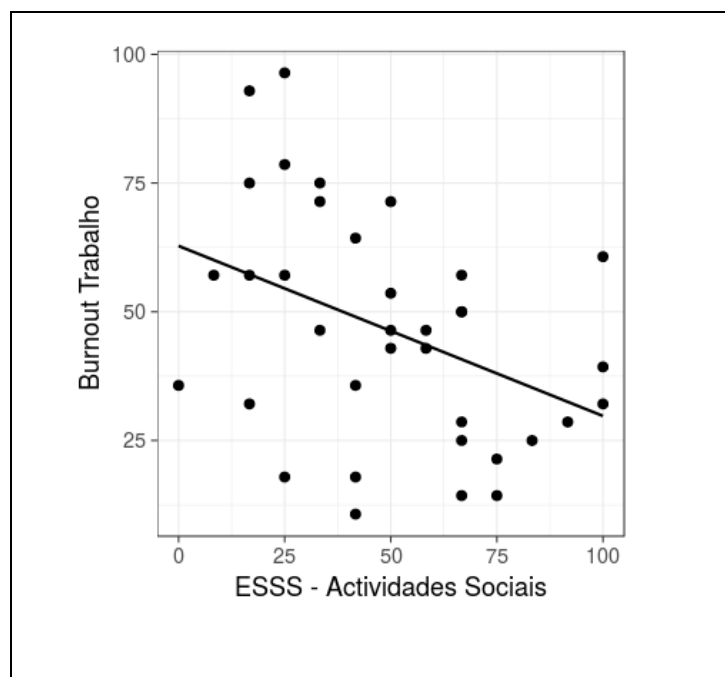


Gráfico 21 – ESSS AS em função do Burnout Trabalho. Cuidadores da APPACDM, 2018.

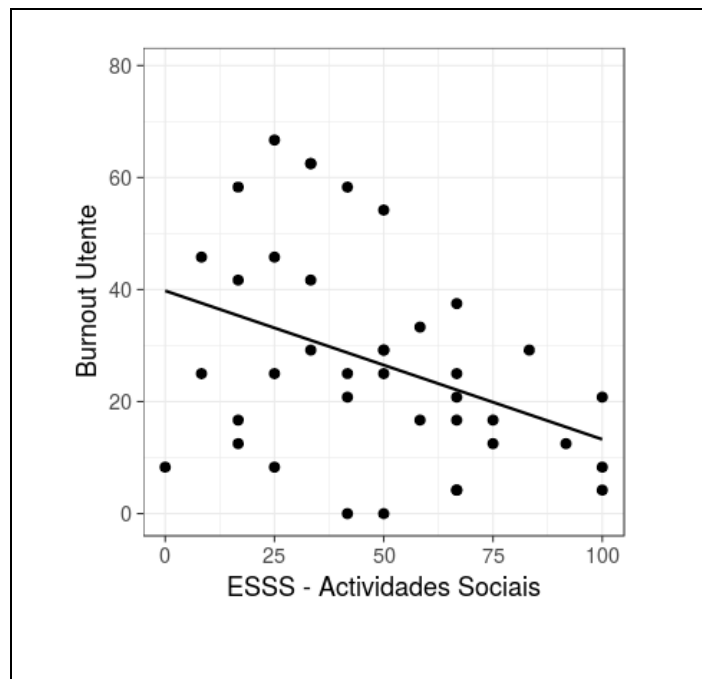


Gráfico 22 – ESSS AS em função do Burnout Utente. Cuidadores da APPACDM, 2018.

8 Percentagens das escalas por extenso/ Médias total dos inquiridos

Tabela 40 – Valores médios da escala de Burnout após conversão para percentagem, incluindo desvio padrão (DP) e número de respostas válidas (N)

Escola de Burnout	Média	DP	N
Pessoal	43,3	18,9	41
Trabalho	47,6	22,5	38
Utente	28,4	20,0	41
Global	40,1	18,6	38

Tabela 41 – Valores médios da escala ESSS após conversão para percentagem

ESSS	Escola	Média	DP	N
amizades	Satisfação	66,2	18,2	37
	Intimidade	73,3	20,8	39
família	Satisfação	67,5	22,7	40
	Actividades	48,1	26,9	39
sociais	Global	65,7	15,6	34