

Juliana Marisa Fernandes Silva

Burnout em Cuidadores Formais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016



Juliana Marisa Fernandes Silva

Burnout em Cuidadores Formais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Juliana Marisa Fernandes Silva

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Burnout em Cuidadores Formais

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade Fernando Pessoa, por Juliana Marisa Fernandes Silva, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof^a. Doutora Zélia Teixeira.

Porto, 2016

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

Herbert Freudenberger (1980, citado por Delbrouk, 2006, p.47)

Resumo

Este estudo é sobre a Síndrome de *Burnout* e teve como objetivo geral compreender se o *Burnout* está presente nos cuidadores formais da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva e quais as variáveis socioprofissionais que poderão exercer influência no seu aparecimento.

Pretendeu-se avaliar o *Burnout* dos cuidadores a três níveis distintos: pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente. Para tal, usou-se um questionário de autopreenchimento designado de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI).

A amostra do estudo é composta por 77 cuidadores formais de duas valências distintas (lar de idosos e hospital). A metodologia usada neste estudo foi a metodologia quantitativa, sendo este um estudo de cariz descritivo e correlacional. Os resultados indicam que a grande maioria dos cuidadores formais inquiridos apresentam baixos níveis de *Burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, verifica-se que 10,39% dos cuidadores apresentam altos níveis de *Burnout* Pessoal, 12,99% manifestam altos níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho e 3,9% apresentam altos níveis de *Burnout* relacionado com o utente.

Quanto às variáveis socioprofissionais compreendeu-se que a carga horária é um fator preponderante nos níveis de *Burnout* pessoal e nos 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*. Apelando à premissa de que os cuidadores formais se encontram em risco de *Burnout* e tendo em conta a escassez destes estudos empíricos nesta população, bem como da sua predição através de variáveis socioprofissionais, considera-se que o presente estudo pode contribuir no sentido de conhecer e compreender esta realidade.

Palavras-Chave: Cuidadores Formais; Cuidados Continuados de Média e Longa Duração; Envelhecimento; Síndrome de *Burnout*.

Abstract

This study is about Burnout syndrome and had as main goal to understand if Burnout is present in the formal caregivers of Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva and which socio-economic variables could influence its appearance.

It was pretended to evaluate Burnout from caregivers in three distinct levels: personal, related to work and related to the health-service users. For that it was applied a self-administered questionnaire named Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

The study sample comprises 77 formal caregivers from two distinct centres (day care and hospital). The methodology used in this study was the quantitative, being this study majority descriptive and correlational. The results point out that the majority of the formal respondents caregivers show low levels of *Burnout* in the three scales of CBI. However, it is verified that 10.39% of caregivers present high levels of personal burnout, 12.99% manifest high levels of work related burnout and 3.9% present high levels of patient related burnout.

As the socio-economic variables it was understood that the workload is a preponderant factor of the personal *Burnout* levels and the levels of *Burnout* related with work. The will to abandon the workplace as the will of changing the profession seem to be significantly related with the three levels of *Burnout*. Appealing to the premise that formal caregivers are at risk of *Burnout* and having in account the shortage of these empirical studies in this population, as well as the prediction through the socio-economic levels, it is considered that the present study may contribute to know and understand this reality.

Key-words: Formal Caregivers; Continuous cares of medium and long term; Aging; Burnout syndrome.

Dedicatória

Aos meus pais, com muita gratidão.

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que me acompanharam nesta importante etapa do meu percurso académico, reconhecendo aos mesmos os seus contributos para a realização deste estudo e para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos meus pais por todo o apoio que sempre me deram. Por toda a compreensão que mostraram quando fiz as minhas escolhas, pela confiança, por sempre me terem incentivado a aprender mais, a evoluir e sobretudo a nunca desistir daquilo a que me proponho. Obrigada por todo o amor, carinho, compreensão, dedicação e principalmente pela presença constante na minha vida.

Ao Rui por sempre me incentivar a continuar esta longa caminhada e nunca me ter deixado desistir. Por sempre me ter mostrado que acredita nas minhas capacidades, por todas as palavras reconfortantes nos momentos mais difíceis, pelo apoio incondicional, compreensão, cumplicidade, companheirismo e partilha ao longo destes anos. Estou muito grata por sempre me ter feito acreditar que este percurso valerá a pena.

À madrinha e ao primo Daniel que tal como os meus pais sempre foram uma presença constante na minha vida, por todo o amor e carinho com que sempre me presentearam, por terem partilhado a casa deles comigo, de forma tão generosa, ao longo destes 5 anos inesquecíveis. À minha madrinha, por tudo, mas principalmente, pelo quanto mostra estar orgulhosa da minha caminhada, pois isso sempre me deixou feliz.

Aos meus avós por sempre se mostrarem orgulhosos das minhas concretizações, por todo o carinho e apoio que sempre me deram e continuam a dar.

À amiga Diana que tive a sorte de conhecer no primeiro dia de faculdade e que até hoje me orgulho de a ter na minha vida. Espero que assim continue por muito tempo, pois estou grata por toda a ajuda que sempre me deu ao longo deste percurso. Pelos trabalhos que tivemos oportunidade de desenvolver em conjunto, pela compreensão, por sempre se mostrar disponível e sobretudo pela amizade verdadeira que mostra ter por mim todos os dias.

À amiga Cátia e ao amigo Carlitos por sempre se terem esforçado para me proporcionarem alguns momentos de descontração, por todas as gargalhas e por todos os bons momentos passados juntos, obrigada.

À amiga Sara que sempre me deu força para continuar nos momentos em que estava mais desanimada e por sempre ter feito questão de me dizer que eu seria capaz de concretizar este projeto. Por toda a atenção e pelas palavras reconfortantes que sempre teve para mim o meu sincero agradecimento.

Às amigas de curso Sofia, Lucinda e Paula por toda a partilha, pelos desabafos, pelos momentos de compreensão e aprendizagens alcançadas.

À Patrícia Nunes por sempre me ter mostrado com o seu exemplo o quanto é bom sermos pessoas mais otimistas, por todos os momentos de partilha e companheirismo ao longo deste último ano.

Ao Ricardo pela forma carinhosa e compreensiva como sempre me transmitiu os seus conhecimentos e por toda a paciência que teve para me esclarecer as dúvidas que me surgiram ao longo desta jornada.

À Dr.^a Sílvia por todo o apoio, atenção e compreensão para com as minhas dificuldades, por sempre me ter acompanhado assiduamente e por todo o interesse e prontidão que mostrou em ajudar-me. Obrigada pelos bons conselhos, atenção, companheirismo e sobretudo pelos bons exemplos “profissionais” que me vai dando.

À direção da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva por me ter dado autorização para realizar com os seus colaboradores esta investigação, pela forma como me acolheu e pela receptividade e importância que atribuiu ao meu estudo. Obrigada.

Aos colaboradores que sempre se mostram interessados em cooperar neste trabalho e que despenderam um pouco do seu tempo para poderem participar. A verdade é que sem a colaboração dos mesmos este estudo não teria sido possível, por isso devo-lhes muito. O meu sincero agradecimento a todos eles.

A todos os utentes que tive oportunidade de conhecer e acompanhar, pela atenção, simpatia e genuinidade. Foram sem dúvida uma grande fonte de aprendizagem para mim. Obrigada.

À Dr.^a Zélia Teixeira por se mostrar sempre disponível a transmitir-me os seus conhecimentos, pela sua rigorosa orientação, profissionalismo e contributos para a realização desta investigação. Pela sua exigência e paciência o meu muito obrigada.

Índice

Introdução.....	15
Parte Teórica.....	18
1 – O Ato de cuidar e as suas implicações.....	18
2 - Síndrome de <i>Burnout</i>	20
2.1 - Definição de <i>Burnout</i>	20
2.2 - Fatores causais da síndrome de <i>Burnout</i>	27
2.3 - Consequências da Síndrome de <i>Burnout</i>	30
2.4 - Sinais e Sintomas de <i>Burnout</i>	31
2.5. Principais Modelos Teóricos da Síndrome de <i>Burnout</i>	33
2.6. Prevenção e Intervenção.....	38
Parte Empírica.....	42
Introdução ao tema de estudo.....	42
1. Método.....	42
2. Apresentação dos Resultados.....	49
3. Discussão dos Resultados.....	62
Conclusão.....	70
Referências Bibliográficas.....	73
Anexos	
a) Autorização para a recolha de dados na Instituição	
b) Autorização dos autores para a utilização do instrumento CBI	
c) Consentimento Informado	
d) Questionário utilizado no estudo	

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Idade dos participantes.....	49
Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas dos participantes.....	49
Tabela 3 – Variáveis socioprofissionais dos participantes.....	52
Tabela 4 – Tempo de trabalho como cuidador (dentro e fora da instituição).....	53
Tabela 5 – Interesse dos cuidadores em mudar de trabalho/profissão.....	53
Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto aos níveis médios de <i>Burnout</i>	54
Tabela 7 – Níveis de <i>Burnout</i> apresentados pelos cuidadores.....	55
Tabela 8 – Correlação entre a idade e o <i>Burnout</i> Pessoal.....	55
Tabela 9 – Correlação entre a idade e o <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho.....	56
Tabela 10 – Correlação entre a idade e o <i>Burnout</i> relacionado com os Utentes.....	56
Tabela 11 – Correlação entre as habilitações literárias dos cuidadores e o <i>Burnout</i>	57
Tabela 12 – Associação do estado civil dos inquiridos ao aparecimento do <i>Burnout</i>	57
Tabela 13 – Associação da carga horária ao aparecimento da síndrome de <i>Burnout</i>	58
Tabela 14 – Relação entre a vontade de abandonar o local de trabalho e a síndrome de <i>Burnout</i>	59
Tabela 15 – Associação da função exercida pelos cuidadores ao aparecimento do <i>Burnout</i>	60
Tabela 16 – Associação entre o horário de trabalho e o <i>Burnout</i>	60
Tabela 17 – Relação entre a vontade de mudar de profissão e a síndrome de <i>Burnout</i>	61

Lista de Abreviaturas

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PUMA - Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction

SCMCP – Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SQT- Síndrome de Quemarse por el Trabajo

U.C.C – Unidade de Cuidados Continuados

Introdução

Para grande parte dos trabalhadores “ter emprego” é sinónimo de grande satisfação. No entanto, em muitos outros casos poderá também ser fonte de experiências de tensão e *stress*. Tendo em conta a globalização e o impacto tecnológico na economia, as condições de trabalho alteraram-se e sofreram grandes mudanças, o que, por seu turno, gerou um sentimento de insegurança laboral muito grande. Esse sentimento acarretou também alguns efeitos, como por exemplo, a diminuição da satisfação no trabalho e da produtividade.

Para além disso, os trabalhadores passaram a ter mais responsabilidades e mais exigências ao nível da qualidade e competência para a execução das tarefas, assim como de maior qualificação. Estas condições acabam por ser fonte de *stress* nos profissionais, sendo por isso muito importante avaliar o nível de *stress* profissional a que os indivíduos muitas vezes estão sujeitos.

O envelhecimento populacional, o aumento progressivo das doenças crónicas, degenerativas e progressivas, acarretam inúmeras consequências não só para quem as vivencia como para quem tem de cuidar dessas pessoas. Este fenómeno acabou por tornar cada vez mais necessária a prestação de cuidados formais e informais, que podem revelar-se desgastantes e stressantes sobretudo para aqueles cuja sua função profissional implica cuidar de outras pessoas de forma direta. Talvez por isso, tem sido dada cada vez mais importância ao papel e qualidade do trabalho exercido pelas instituições e pelos profissionais, na prestação de cuidados às pessoas.

Todavia o *stress* não está apenas presente no trabalho, pelo contrário, pode surgir em diversas situações do dia-a-dia. Mas a literatura parece aceitar cada vez mais a noção de que o *stress* é mais significativo quando associado à vida profissional, pois, como já foi referido anteriormente, atualmente o mundo do trabalho é um grande desafio, não só em relação aos vínculos profissionais, que tendem a ser cada vez mais curtos (contratos a curto prazo e de tempo parcial) como também pelas exigências tecnológicas e salários cada vez mais reduzidos. Todos estes fatores acabam por influenciar a qualidade de vida do trabalhador, uma vez que o coloca sob grande pressão emocional/psicológica.

Contudo, quando se faz referência aos cuidadores formais de pessoas idosas ou de pessoas doentes, tudo isso se torna ainda mais difícil na medida em que o ato de cuidar é um ato exigente e pode transformar-se numa tarefa bastante árdua e complexa, pois implica que se auxilie as pessoas nas suas necessidades mais básicas, desde os hábitos de higiene à alimentação, saúde e bem-estar geral.

São múltiplas as razões que tornam cada vez mais premente desenvolverem-se estudos sobre a exaustão emocional e profissional a que os cuidadores estão sujeitos. Em complemento é necessário compreender que esta exaustão poderá conduzir os profissionais à síndrome de *Burnout*, situação que acompanha frequentemente esta realidade.

Para além disso é também fundamental desenvolver-se este tipo de estudos para ajudar a compreender melhor um fenómeno relativamente recente, e, por sua vez, ajudar a desenvolver e a colocar em prática medidas que possam colmatar as preocupações e dificuldades deste tipo de trabalhadores.

Em suma, esta investigação pretende estudar a Síndrome de *Burnout* em cuidadores formais e relacionar a sua existência com algumas características sociodemográficas dos participantes (cuidadores formais que trabalham com idosos e com pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Continuados – U.C.C).

Primeira Parte - Enquadramento Teórico

Parte Teórica

1 – O Ato de cuidar e as suas implicações

As mudanças económicas que surgiram ao longo dos últimos anos têm obrigado os indivíduos a trabalharem cada vez mais, e isso, acarreta muitas consequências, nomeadamente, grande desgaste físico e emocional. Este fenómeno tem vindo a ser alvo de preocupação e tem ganho maior importância nos últimos tempos.

O aumento de pessoas em situação de dependência tem crescido e fez surgir um novo fenómeno na sociedade – o envelhecimento em contexto institucional. Esse fenómeno teve como reflexo a necessidade de criar um novo grupo profissional - os cuidadores formais. Atualmente pode considerar-se que existem dois tipos de apoio, um designado de apoio formal e o outro de apoio informal (Martins, 2007). O apoio formal é prestado nos lares de idosos, serviços de apoio domiciliário e centros de dia, enquanto o apoio informal diz respeito ao cuidado prestado por familiares, amigos e/ou vizinhos (Paúl & Fonseca, 1999), ou seja, os cuidadores informais prestam cuidados contínuos às pessoas dependentes, mas não são remunerados, não têm qualquer vínculo formal nem possuem formação específica para a prestação desses mesmos cuidados (Brito & Ramos, 2002). Já os cuidadores formais são indivíduos qualificados que detêm preparação para o desempenho deste papel, e são remunerados pelos serviços que executam uma vez que estão a desempenhar a sua atividade profissional tendo em conta as suas competências profissionais (Sequeira, 2007).

Assim, pode considerar-se que os cuidadores formais representam um grupo profissional de ajuda onde a relação e as pessoas são a sua principal matéria-prima (Monteiro, 2013). Os cuidadores formais deverão ter como objetivos profissionais contribuir para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, sejam elas temporárias ou definitivas (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008). Desta forma, o cuidador está constantemente em contacto direto e contínuo com pessoas que estão numa situação de dependência e grande vulnerabilidade física, social e cognitiva (Cocco, 2010; Cocco, Gatti, Mendonça Lima & Camus, 2003; Zamora & Sánchez, 2008). Ora, o trabalho desempenhado pelos cuidadores formais nem sempre é fácil, pelo contrário, segundo Bown e Stetz (1999, citado por Brito, 2001) a prestação de cuidados requer um esforço

contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Sabe-se que o desequilíbrio na saúde do profissional traz consequências na sua qualidade de vida, afetando a qualidade dos serviços que são prestados e o nível de produção dos indivíduos (Benevides-Pereira, 2002). Para além disso, como já houve oportunidade de referir anteriormente, cuidar de outra pessoa é algo que exige muito de quem o faz, uma vez que o cuidar é uma tarefa que vai muito para além da satisfação das necessidades básicas do ser humano no momento em que este se encontra fragilizado. O compromisso de cuidar dos “outros” acaba por envolver também o autocuidado, a autoestima, autovalorização e a cidadania do que cuida (Saldanha & Caldas, 2004).

Com o aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento da população é dada cada vez mais importância ao papel e à qualidade dos serviços prestados por parte das instituições e profissionais na prestação de cuidados a idosos (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009). Atualmente há também um grande interesse e preocupação pelos riscos psicossociais no trabalho, bem como pelas queixas psicológicas relatadas pelos profissionais que cuidam de idosos (Cocco, 2010; Cabral, 2011), pois os cuidadores formais de idosos exercem uma atividade que implica trabalhar de forma contínua e direta com pessoas dependentes e com grande vulnerabilidade física, cognitiva, social ou de doença crónica ou terminal (Monteiro, Queirós & Marques, 2014).

Assim, os cuidados que são necessários prestar aos utentes podem transformar-se, ao longo do tempo, numa tarefa árdua e bastante complexa devido às exigências que o ato de cuidar implica. No entanto, isso também vai depender da suscetibilidade pessoal, visto que enquanto em alguns cuidadores essas exigências podem de facto originar situações de *stress* no trabalho, noutros não (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009).

Entre as queixas psicológicas mais frequentes estão: o cansaço, *stress*, ansiedade, depressão, sentimentos de angústia, insegurança e desânimo (Ribeiro, et al., 2009). E, segundo Cocco (2010) os cuidadores formais de idosos apresentam maior risco de experienciar a Síndrome de *Burnout*, devido à especificidade das suas funções.

Em suma, o processo de prestação de cuidados é sem dúvida um processo complexo e dinâmico, que se caracteriza por variações constantes, ao longo do tempo, nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar, das redes de apoio social, do sistema de crenças e, sobretudo, de como o prestador de cuidados percebe todos esses fatores (Paúl, 1997 citado por Brito, 2001).

2 - Síndrome de *Burnout*

2.1 - Definição de *Burnout*

De acordo com Dejours (1992, citado por Benevides-Pereira, 2002) o trabalho nem sempre possibilita crescimento, reconhecimento e independência profissional, pois muitas vezes causa problemas de insatisfação, desinteresse, irritação e exaustão. Conseqüentemente, as empresas têm vindo a preocupar-se e a revelar maior atenção quanto à significação e à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como quanto aos efeitos desta relação nos trabalhadores.

Por seu turno, cresce também a necessidade de se investigar a síndrome de *Burnout*, em virtude de ser um constructo que passou a ter bastante protagonismo no mundo laboral na medida em que permitiu explicar grande parte das conseqüências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização. Assim sendo, o termo *Burn-out*, no jargão popular inglês, refere-se àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia (Benevides-Pereira, 2002), e surge como uma espécie de metáfora para “(...) significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental” (Benevides-Pereira, 2002, p. 21).

Um dos primeiros autores a definir a Síndrome de *Burnout* foi Bradley (1969, citado por Neto, Areosa, & Arezes, 2014) utilizando a expressão “*staff burn-out*” para se referir ao desgaste de profissionais dos serviços prisionais, propondo já nessa altura algumas medidas organizacionais de gestão dessa situação. No entanto, o autor que mais se associa à definição de *Burnout* é o psiquiatra americano Herbert Freudenberger que abordou nas suas obras os sintomas dos terapeutas do seu grupo, desgastados com o atendimento a toxicod dependentes, abordando o termo *Burnout* como uma erosão dos

ideais altruístas de ajuda, e definindo-o como “*to fail, wear out become exhausted by making excessive demands of energy, strenght or resources*” (Freudenberger, 1974, citado por Neto, Areosa, & Arezes, 2014, p. 159).

Para este autor o *Burnout* é um conjunto de sistemas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda. São vários os autores que referem o *Burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental que poderá surgir devido ao envolvimento, por períodos longos de tempo, em condições ou situações emocionalmente desgastantes (Siqueira, Jesus, & Oliveira, 2007).

Contudo, pouco tempo depois de o autor Freudenberger definir o constructo de *Burnout* também a psicóloga americana Christina Maslach (1976, p.16) nomeou alguns sintomas desta condição “*(...) after hours, days and months to listening other people’s problems, something inside you can go dead and you don’t give a damn anymore*”. Para além disso, Maslach e Leiter (1997, p. 17) abordam o desgaste progressivo do qual geralmente é difícil sair, salientando o constructo como “*the dislocation between what people are and what they have to do. It represents an erosion in values, dignity, spirit, and will - an erosion of the human soul*”.

O termo *Burnout* foi também designado de “A síndrome do Assistente Desassistido (Portero & Ruiz, 1998 citado por Benevides-Pereira, 2002), devido à desconsideração que se tem tido para com os trabalhadores de serviços de assistência, nomeadamente em relação às condições e suporte no trabalho e chegou também a ser designada de Síndrome do Cuidador Descuidado, devido à pouca atenção que os profissionais de ajuda têm para consigo mesmos (González, 1995 citado por Benevides-Pereira, 2002).

O *Burnout* tende a ocorrer num contexto onde os recursos que o trabalhador possui não se mostram suficientes para fazer face às exigências da tarefa, principalmente se essas tarefas implicam cuidar de outras pessoas (Neto, Areosa, & Arezes, 2014). Este constructo foi inicialmente associado a profissões que implicam a prestação de serviços, mas foi posteriormente alargado a muitas outras profissões.

Como anteriormente referido, os primeiros estudos sobre a síndrome de *Burnout* surgiram na década de setenta e apesar de atualmente ser um fenómeno amplamente

estudado e aplicado a diversas áreas profissionais, as primeiras conceptualizações e abordagens começaram por se realizar apenas com profissionais cuja atividade era a prestação de cuidados nos serviços sociais/humanos e de saúde (Maslach & Leiter, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Isto porque, segundo Maslach (1976), autora pioneira na definição deste conceito, são os profissionais da área da saúde e dos serviços sociais que estão mais suscetíveis a este fenómeno, uma vez que acabam por estar profundamente envolvidos nos problemas dos outros (físicos, psicológicos e sociais) tendo um trabalho extenuante que os torna incapazes de lidar com o *stress* emocional contínuo (Delbrouk, 2006).

Freudenberger (1975, citado por Benevides-Pereira, 2002) realça que existem diferenças e explica que no caso das pessoas que trabalham em funções de ajuda, estas têm que lutar contra uma batalha de três frentes, ou seja, diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por estes profissionais e das necessidades de si próprio. Assim sendo, a síndrome de *Burnout* tende a evidenciar-se mais fortemente em indivíduos que têm, na sua profissão, de tratar/cuidar de pessoas muito carentes, ou que precisam de cuidados extremos, intensivos, e muitas vezes por um tempo prolongado (Benevides - Pereira, 2002). Trata-se de uma doença específica que pode afetar um sujeito saudável: a doença da relação de ajuda.

Delbrouck (2006) refere também que a síndrome de exaustão profissional pode conduzir à depressão e tem características particulares que englobam e excedem o *stress*. No entanto, o *Burnout* acaba muitas vezes por ser confundido com o tédio, a tensão, o conflito, a pressão, o *stress* no trabalho, a fadiga emocional, a depressão, etc. Mas é possível fazer-se a distinção entre *stress* e *Burnout* tendo em consideração o tempo (uma vez que o *stress* profissional prolongado pode conduzir ao *Burnout*) e também entre a depressão e o *Burnout* no que diz respeito ao conteúdo.

Apesar de muitas vezes existirem dificuldades em diferenciar o *Burnout* do estado afetivo da depressão (Maslach & Schaufeli, 1993 citado por Siqueira, Jesus, & Oliveira, 2007), pois a síndrome de *Burnout* refere-se apenas a uma experiência individual específica do contexto de trabalho (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides- Pereira, 2002, Delbrouck, 2006), o *Burnout* está apenas ligado à função

profissional, independentemente das dificuldades de vida nas outras esferas (afetivas, familiar, etc.).

Contudo, a literatura tem-se preocupado em distinguir *Stress* de *Burnout* uma vez que são conceitos diferentes. Pode dizer-se que o *Stress* resulta de um desequilíbrio nos recursos que a pessoa detém para fazer face a determinadas situações/ exigências com qual a pessoa se confronta, no entanto, quando existe a sensação de que é possível controlar a situação o mal-estar da pessoa tende a desaparecer (Neto, Areosa, & Arezes, 2014). Para além disso, quando há *stress* o indivíduo vai tendo consciência do desequilíbrio que existe entre as exigências e os recursos que possui para enfrentar as situações, enquanto que, no *Burnout* o mesmo não acontece pois parece que os indivíduos apresentam uma grande dificuldade para enfrentar as situações stressantes e apresentam poucos recursos pessoais para o enfrentar (Bakker et al., 2014).

Pode dizer-se que o *stress* remete para a ideia de “demasiado”, nomeadamente de demasiada pressão e exigências, enquanto que o *Burnout* remete para a ideia de “insuficiente” e “persistente”, uma vez que como resposta ao stress crónico acabam por escassear os recursos dos indivíduos e esgotar as suas capacidades para fazerem face às situações (Benevides – Pereira, 2002; Pines & Keinan, 2005).

O *Burnout* tem implicações não só ao nível da saúde física como também ao nível da saúde mental, assim como na organização onde o profissional está inserido (Gil-Monte, 2009). Os comportamentos e as atitudes dos profissionais acabam por se alterar devido à tensão negativa gerada no local de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Maslach e Leiter (1997) definem o *Burnout* segundo uma perspetiva mais abrangente não apenas centrada nos profissionais de ajuda (áreas sociais e da saúde). Começam também a atribuir importância ao ambiente organizacional em que os indivíduos desempenham as suas funções laborais.

O termo *Burnout* tem sido designado por exaustão emocional que advém como resposta a várias situações stressantes crónicas interpessoais que decorrem no local de trabalho (Vicente, Oliveira, & Maroco., 2013). Segundo Montero-Marín, García, Campayo, Mera e Hoyo (2009) o *Burnout* está relacionado com a perceção dos sujeitos em relação ao seu trabalho, nomeadamente, à diferença entre os esforços realizados e os

ganhos alcançados pelos mesmos. Para além disso, o *Burnout* é visto como um processo patológico que se manifesta gradualmente e no qual se observa um desequilíbrio entre as exigências profissionais e os recursos pessoais e profissionais que os indivíduos expõem para fazer face às mesmas (Maslach & Leiter, 1997).

Considera-se que a Síndrome de *Burnout* é composta por várias conceções teóricas, segundo Carlotto (2001, citado por Benevides- Pereira, 2002). A primeira pode ser designada de “Conceção Clínica” e, nesta perspetiva defende que a síndrome de *Burnout* é caracterizada como um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa autoestima) podendo levar o profissional à depressão e até mesmo ao suicídio. Freudenberg (1974) é apontado como o autor mais representativo desta conceção clínica, considerando a síndrome de *Burnout* mais como um estado do que propriamente um processo. Segundo esta conceção, o *Burnout* é encarado como uma síndrome que ocorre em função da atividade laboral, porém com características individuais.

A segunda conceção teórica é conhecida como “Conceção Sócio- Psicológica” e sustenta que os aspetos individuais associados às condições e relações de trabalho formam uma constelação que propicia o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, entre eles: exaustão emocional, despersonalização (desumanização da relação com o outro) e diminuição da realização pessoal (Benevides- Pereira, 2002; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Maslach & Jackson, 1982; Maslach & Leiter, 1997).

Quanto à primeira dimensão, exaustão emocional, esta verifica-se quando há falta de energia e um sentimento de esgotamento emocional, como por exemplo, sobrecarga, fadiga, esgotamento de recursos físicos e emocionais (Sousa, Mendonça & Zanini, 2009; Monteiro, Queirós & Marques, 2014). Esta dimensão caracteriza-se por um esgotar progressivo da energia emocional e física, em que o descanso ao fim de um turno de trabalho não chega para recuperar, o que faz com que o trabalhador se levante tão ou mais cansado do que antes (Neto, Areosa, & Arezes, 2014). É um estado que costuma deixar os profissionais pouco tolerantes, facilmente irritáveis, “nervosos”, “amargos”, no ambiente de trabalho e até mesmo fora dele, com familiares e amigos (França & Rodrigues, 2005).

A despersonalização ocorre quando os profissionais começam a tratar os utentes, colegas de trabalho e a instituição de forma distante e impessoal (Dias, Queirós & Carlotto, 2010). Por exemplo, os profissionais começam a responder de forma insensível e indiferente a quem necessita dos seus cuidados ou serviços. Não significa que o indivíduo deixou de ter a sua personalidade, mas que esta sofreu ou está a sofrer alterações, passando a evidenciar atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas e indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais (Benevides- Pereira, 2002).

Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objectos”. Tende a ver cada questão relacionada ao trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido (...). Assim o contacto com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade, ansiedade (França & Rodrigues, 2005, p. 54).

Relativamente à diminuição da realização pessoal, tal como o próprio nome indica, o sujeito acaba por se sentir incompetente e passa a avaliar o seu desempenho com uma conotação negativa, sentindo-se cada vez mais insatisfeito (Dias, Queirós & Carlotto, 2010). Tudo isto traduz-se em sentimentos de incompetência profissional, falta de realização e baixa produtividade no trabalho (Monteiro, Queirós & Marques, 2014). Com o desenvolvimento da exaustão emocional e da despersonalização e todas as consequências que isso acarreta, acaba por ser normal a pessoa sentir que comete falhas e que é por vezes inadequada com os seus ideais, normas e conceitos. Segundo França e Rodrigues (2005) pode surgir nos indivíduos a sensação de que se tornou uma pessoa diferente, bem mais fria e descuidada, surgindo assim como consequência a queda da autoestima que poderá conduzir a depressão.

No entanto, ainda existem pelo menos mais duas concepções teóricas relativamente à síndrome de *Burnout*, a “Concepção Organizacional” e a “Concepção Sócio - Histórica”. A concepção organizacional baseia-se na Teoria das Organizações, e vê o *Burnout* como consequência de um desequilíbrio entre as necessidades do trabalhador e os interesses da instituição onde o mesmo trabalha.

Segundo Cherniss (1980) os agentes organizacionais indutores de *stress* podem desencadear o processo de *Burnout* alegando que as dimensões apresentadas na

síndrome (exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal/profissional) se tratam de mecanismos de enfrentamento/*coping*.

Quanto à “Conceção Sócio - Histórica” sabe-se que prioriza o papel da sociedade considerando-a cada vez mais competitiva e individualista, pelo que a sociedade acaba por ter um papel mais importante no aparecimento da síndrome do que os fatores pessoais ou organizacionais (Benevides- Pereira, 2002).

Em suma, apesar de existirem diversas definições de *Burnout*, existe alguma concordância entre os diversos autores, pois todos acabam por assinalar a influência direta do contexto laboral como condição para determinar a síndrome. Para além disso, a maioria dos pesquisadores também reconhecem a importância do papel desempenhado pelo trabalho, bem como da dimensão relacional e social do *Burnout*. Enfatizam também que os profissionais que exercem atividades diretas com outros indivíduos, prestando-lhes assistência ou sendo responsáveis pelo seu bem-estar estão mais suscetíveis ao desenvolvimento desta síndrome.

2.2 - Fatores causais da síndrome de *Burnout*

No que diz respeito às causas da emergência da síndrome de *Burnout* evidenciam-se dois grupos principais de fatores causais. O primeiro é relativo a fatores pessoais, por exemplo, atitudes em relação ao trabalho, personalidade e características sociodemográficas (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), e o segundo relativo a fatores organizacionais, como por exemplo, número de horas de trabalho, ausência de trabalho em equipa, acumulação de tarefas e falta de recursos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Relativamente aos fatores pessoais realça-se a idade, visto que os mais suscetíveis ao *Burnout* parecem ser os profissionais mais novos, pois são menos experientes e muitas vezes sentem-se mais inseguros para fazer face às exigências do trabalho (Cherniss, 1980). No entanto, são de salientar também os profissionais a meio da sua carreira profissional, uma vez que também poderão sentir os seus recursos emocionais esgotados, quanto à necessidade de enfrentar o *stress* crónico do trabalho (Monteiro, Queirós & Marques, 2014).

Quanto à escolaridade, parece que os profissionais com mais habilitações literárias apresentam maiores níveis de *Burnout*, o que pode estar relacionado com a concretização de tarefas de maior responsabilidade, ou com expectativas irrealistas que se tornam impossíveis de concretizar no trabalho (Maslach et al., 2001; Patrick & Lavery, 2007).

Relativamente ao estado civil alguns autores referem que os indivíduos que não têm um parceiro regular têm tendência a apresentar-se mais exaustos profissionalmente (Benevides- Pereira, 2002; Neto, Areosa, & Arezes, 2014), pelo que o estado civil parece influenciar o aparecimento da síndrome de *Burnout* na medida em que os resultados têm demonstrado que os solteiros estão mais predispostos a desenvolver a síndrome do que os casados ou os que vivem em união de facto (Vladut & Kallay, 2010).

Para além disso, sabe-se também que os indivíduos com filhos geralmente apresentam níveis inferiores de *Burnout* (Benevides- Pereira, 2002; Neto, Areosa, & Arezes, 2014). A existência de filhos acaba por equilibrar as preocupações, pois há da

parte dos indivíduos uma maior atenção e investimento para com a família, fazendo com que os mesmos não sofram demasiado com as preocupações do trabalho (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

A síndrome de *Burnout*, de acordo com a literatura, está também relacionada com a rede de suporte social, visto que, os profissionais não casados e sem filhos tendem a mostrar-se mais vulneráveis ao fenómeno. Assim a existência de uma rede de suporte social positiva é favorável ao profissional visto que o ajuda a lidar melhor com as situações profissionais indutoras de *stress* (Benevides – Pereira, 2002; Dickinson-Bannack et al., 2007; Ifeagwazi, 2006; Maslach et al., 2001; Ritter, Stumm & Kircher, 2009).

Um outro fator pessoal que também parece ter influência no aparecimento da síndrome é a personalidade dos indivíduos. Segundo várias investigações as pessoas com traços de personalidade tipo A apresentam níveis de *Burnout* mais elevados (Neto, Areosa, & Arezes, 2014; Simões, 2013). Estes traços de personalidade definem-se por um locus de controlo externo, neuroticíssimo, introversão, estilos de *coping* passivo, de evitamento ou emocional, pessimismo, baixo sentido de coerência face às adversidades, perfeccionismo, idealismo e alta motivação para o trabalho, baixa autoestima (Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos & Contador, 2006; Simões, 2013; Trigo, Teng & Hallak, 2007). Algumas investigações sugerem também que os sujeitos que geralmente apresentam *Burnout* tendem a evidenciar uma reação defensiva diante de situações stressantes (Vladut & Kallay, 2010).

Contudo, apesar de os factores individuais serem importantes para a configuração e entendimento da síndrome de *Burnout*, algumas investigações mostram que alguns desses factores, nomeadamente, os traços de personalidade têm um peso/importância menor no desenvolvimento da síndrome quando comparados com outras variáveis (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

No que diz respeito aos factores organizacionais Benevides-Pereira (2002) salienta os seguintes: o ambiente físico, pois alguns estudos observam que as condições físicas do ambiente de trabalho podem exercer influência no aparecimento da síndrome (ruídos excessivos, intenso calor/frio, iluminação insuficiente, falta de higiene, etc.); as mudanças organizacionais, como por exemplo alterações constantes nas regras e normas

acabam por confundir os indivíduos e predispor-lhes a erros o que por sua vez poderá fazer com que estes se sintam inseguros e desvalorizados; a autonomia dada aos trabalhadores, pois segundo alguns estudos quanto maior o comprometimento e autonomia no desenvolvimento das atividades, maiores são os níveis de realização profissional e menor risco de sofrer de *Burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Relativamente às características do próprio trabalho convém realçar as seguintes: tipo de ocupação, pois tal como refere a literatura os indivíduos que prestam funções de ajuda e assistência estão mais susceptíveis à síndrome (Spooner-Lane & Patton, 2007); tempo de profissão, uma vez que os indivíduos que ingressaram recentemente no mercado de trabalho se encontram mais vulneráveis, possivelmente devido à falta de experiência na profissão ou instituição ou por não terem desenvolvido ainda estratégias de *coping* adequadas (Benevides-Pereira, 2002); tempo na instituição, pois de acordo com a literatura o *Burnout* pode começar a manifestar-se a partir do primeiro ano passado na instituição (Freudenberger, 1974); Relação profissional-cliente, visto que quanto mais próxima e intensa é a relação do trabalhador com o cliente que atende profissionalmente, maior a probabilidade de se desencadear o processo de *Burnout* (Benevides-Pereira, 2002, Spooner-Lane & Patton, 2007); sobrecarga de trabalho que tem sido um dos factores mais apontados como predisponentes à síndrome e que tal como o próprio nome indica refere-se à carga excessiva de trabalho, ou seja, quando o indivíduo tem “muito que fazer” e não consegue dar resposta a tudo deixando-o exausto (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011; Francos, 2005; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Spooner-Lane & Patton, 2007); trabalho por turnos que chega a afetar muitos colaboradores acarretando diversas consequências, quer físicas, quer psicológicas, ou seja, os indivíduos mais propensos a sofrer da síndrome são geralmente os que são obrigados a efectuar mudanças de horários frequentemente e em períodos curtos de tempo (Benevides-Pereira, 2002; Patrick & Levery, 2007); ausência de sentido de comunidade, em alguns contextos laborais acabam por isolar os colaboradores ou tornam impessoal o contacto social, no entanto, o que acaba por ser mais destrutivo nas relações de trabalho são os conflitos crónicos sem se tentarem solucionar. Nestas condições o trabalho torna-se difícil e os níveis de *stress* e *Burnout* são elevados. Para além disso, estes conflitos produzem sentimentos de hostilidade e frustração e reduzem a possibilidade de apoio social (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Spooner-Lane & Patton, 2007).

Serra (2007, p. 550) acredita que as pessoas sujeitas a sofrerem da síndrome de Burnout (...) são aqueles que entram para uma actividade profissional cheias de idealismo e de boas intenções, esperançosas e dedicadas; gradualmente, com o passar do tempo, comprovam que não são apreciadas perdendo significado aquilo que executam. Esta vivência faz-lhes desenvolver um sentimento de fracasso em relação a um objetivo que prezavam.

Em suma, os indivíduos passam a maior parte do seu tempo e da sua vida no local de trabalho, tornando-se este uma fonte de desenvolvimento profissional e pessoal. No entanto, quando é levado ao extremo pode causar estados crónicos de exaustão profissional que conduzem muitas vezes ao *Burnout*, principalmente em profissões onde o contacto interpessoal é diário (Demeneck & Kurowski, 2010).

2.3 - Consequências da Síndrome de *Burnout*

As consequências do *Burnout* podem ser de ordem física e pessoal, tal como já foi relatado anteriormente quando se abordaram os sintomas. No entanto, pode considerar-se que esta síndrome de exaustão profissional acarreta prejuízos a nível pessoal, mas não só. Os prejuízos podem ser notórios ao nível do trabalho, da organização e até mesmo a nível social.

Segundo Benevides-Pereira (2002) os prejuízos relativos ao trabalho são:

- Diminuição da qualidade do trabalho realizado, que poderá ser evidenciada num mau atendimento prestado aos utentes, em prescrições/procedimentos equivocados, imprudência, imperícia e em negligência;

- Predisposição a acidentes, uma vez que os indivíduos se encontram desmotivados e exaustos e por isso mostram-se desatentos e pouco concentrados no trabalho que estão a desempenhar;

- Desistência, os indivíduos quando apresentam *Burnout* manifestam geralmente vontade de abandonar o local de trabalho, o que acarreta inúmeras consequências para a organização, pois, há um desperdício de tempo e dinheiro já investidos com o individuo contratado. Para além disso terão que conduzir um novo processo de recrutamento e seleção o que implica perda de produtividade e perda de tempo na formação de novos colaboradores.

O mesmo autor (Benevides-Pereira, 2002) faz ainda referência às consequências a nível social e organizacional. Quanto às consequências sociais destaca sobretudo o isolamento e o divórcio, referindo que nem sempre a família está disponível para suportar todos os sintomas de *Burnout* evidenciados pelo indivíduo.

Quanto às consequências organizacionais destaca: absentéismo, visto que o número de faltas no trabalho tende a aumentar à medida que o processo do avanço da síndrome também aumenta; rotatividade que funciona como estratégia para o não abandono da profissão que acaba por trazer algumas desvantagens para a empresa, pois implica a organização do pessoal bem como, dispêndio de tempo e dinheiro; baixa produtividade porque se o trabalhador se sente esgotado, irritado, insatisfeito e com dificuldade de concentração isso dificulta e prejudica a produção; e por fim, os acidentes de trabalho que normalmente se devem à dificuldade em manter a atenção e isso acaba por trazer consequências não só para o colaborador mas também para a organização.

Temos pois a síndrome de *Burnout* como um problema social visto que pode ser considerada um transtorno de adaptação crónica que influencia negativamente a qualidade de vida do profissional e que acarreta consequências também para a organização onde o profissional desenvolve a sua atividade, levando assim a um aumento dos custos económicos e sociais (Estella, et al. 2002).

2.4 - Sinais e sintomas de *Burnout*

O *Burnout* pode manifestar-se de diversas formas variando não só em termos de sintomas como também no grau de intensidade com que se manifesta (Freudenberger, 1975). De acordo com a literatura os sintomas relativos à síndrome de *Burnout* são extensos e podem ser agrupados em várias dimensões, nomeadamente, sintomas a nível físico, psicológico/afetivo, comportamental e cognitivo.

A nível físico destacam-se as dores musculares, distúrbios de sono (insónia ou excesso de sono) dores de cabeça, dores de costas, fadiga crónica ou perda de forças, enjoos, tiques, aumento de peso ou perda de apetite, disfunção sexual, alterações dos níveis de colesterol, sudação, problemas gastrointestinais ou cardíacos, hipertensão, úlceras, reaparecimento de asma ou diabetes e lesões causadas pela adoção de

comportamentos de risco (Benevides- Pereira, 2002; Freudenberger, 1974; Maslach,; Maslach & Jackson,1981; Jackson & Leiter, 1996).

A nível psicológico, de um modo geral, os trabalhadores evidenciam os seguintes sintomas: falta de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação de pensamento, impaciência, irritabilidade, sentimento de solidão, baixa autoestima, ansiedade, humor depressivo, labilidade emocional, agressividade, hipersensibilidade ou frieza emocional, diminuição da empatia e aumento da desconfiança (Benevides-Pereira, 2002; Neto, Areosa, & Arezes, 2014; Monteiro, 2013).

A nível comportamental salienta-se a impulsividade, a irritabilidade, agressividade, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias (café, tabaco, álcool, droga ou fármacos, queixas compulsivas, abandono das atividades de lazer, envolvimento em situações de risco (Benevides-Pereira, 2002; Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

A nível cognitivo realça-se a tendência ao isolamento, sentimentos de incapacidade, impotência e fracasso, sensação de perseguição ou pensamentos paranóides, culpabilização, preocupação excessiva, rigidez de pensamento, ideias suicidas, dificuldade na toma de decisões, cinismo, perda de interesse pelo trabalho e absentismo (Benevides-Pereira, 2002).

Contudo, para além dos sintomas já descritos anteriormente, Schaufeli e Buunk (2003, citado por Fonte, 2011) acrescentaram os sintomas relativos à motivação dos trabalhadores dizendo que os indivíduos que sofrem de *Burnout* mostram desilusão, desmoralização, escassez de ideias, diminuição do cuidado e/ou rigor no desempenho das tarefas, resignação e aborrecimento.

Por fim, importa referir que a síndrome de exaustão profissional repercute-se em vários domínios da vida diária dos indivíduos visto que apresenta consequências e efeitos psicossociais que ultrapassam o impacto a nível individual, influenciando também a vida familiar do trabalhador, interação social e, obviamente, a vida profissional (Monteiro, 2013; Neto, Areosa, & Arezes, 2014, Zamora et al., 2004).

2.5. Principais Modelos Teóricos da Síndrome de *Burnout*

São vários os autores que têm contribuído para a conceptualização do processo e das manifestações da síndrome de *Burnout*. Para isso, foram criando diversos modelos teóricos que acabaram por tornar a explicação sobre a síndrome mais consistente. Pois esses modelos teóricos contribuem para a sua compreensão, quer em relação aos seus antecedentes, quer em relação às suas manifestações. De seguida serão enumerados alguns dos principais modelos teóricos, ainda que de forma sumária.

2.5.1. Modelo de Maslach e Jackson

De acordo com este modelo o *Burnout* é definido pela exaustão emocional que consequentemente conduz a uma perda de motivação evidenciada através de atitudes que mostram alguma inadequação e fracasso por parte dos trabalhadores. Segundo Maslach e Jackson (1981) o *Burnout* resulta de um desequilíbrio entre as expectativas individuais e a realidade do contexto laboral que faz com que os indivíduos vivenciem os seguintes sentimentos:

Despersonalização, que diz respeito ao desenvolvimento de atitudes negativas, como por exemplo, cinismo, irritabilidade e insensibilidade para com os utentes;

Falta de realização profissional, pois o indivíduo afetado acaba por avaliar negativamente a sua prestação profissional não se sentindo realizado com as tarefas que desempenha. Ora, tudo isso faz decrescer as suas expectativas pessoais e de autovalorização, fazendo com que o trabalhador se avalie a si próprio de forma negativa. Geralmente apresenta também sentimentos de fracasso e baixa autoestima;

Esgotamento emocional, que diz respeito à falta de energia, fadiga, desgaste mental e falta de recursos emocionais para fazer face a diversas situações laborais. Este cansaço emocional pode acarretar consequências físicas e psicológicas para o colaborador.

2.5.2. Modelo de Leiter

Para Leiter (1983, citado por Fonte, 2011) a exaustão emocional é o fator mais relevante quanto ao aparecimento da síndrome, uma vez que, segundo o autor a exaustão emocional está intimamente ligada a níveis elevados de despersonalização e a

baixos níveis de realização pessoal. Ou seja, a despersonalização ocorre quando o trabalhador tenta de forma ineficaz lidar com a exaustão que surge no relacionamento interpessoal. Para além disso, o autor acredita que a exaustão emocional é o primeiro sintoma a evidenciar-se visto que é mais sensível às causas e ao *stress* laboral.

De acordo com o modelo a exaustão emocional surge como resposta ao *stress* laboral, sendo que existem alguns fatores que contribuem para a mediação do seu impacto, nomeadamente o comprometimento organizacional. As fontes de *stress* laboral são sobretudo os conflitos com os colegas de trabalho e a sobrecarga do mesmo. Contudo, se o indivíduo for capaz de recorrer a estratégias de *coping* adequadas e tiver algum suporte social a exaustão pode ser evitada contribuindo para a realização pessoal (Richardson e Burke, 1995).

2.5.3. Modelo de Cherniss

Para Cherniss (1980) o *Burnout* pode ser considerado um processo de adaptação psicológica e que se constitui por diversas fases ao longo do tempo e que surgem como resposta às diferentes fontes de *stress*. Este modelo defende que a síndrome é composta por duas fases de evolução, nomeadamente: (1) há um desequilíbrio entre a procura e os recursos que o indivíduo possui para fazer face à situação, surgindo assim algum *stress* psicossocial; (2) surgem mudanças comportamentais e tensão psicológica que tornam os indivíduos mais defensivos e evasivos passando a tratar os utentes de forma rotineira e mecânica.

Este modelo baseia-se num estudo que o autor realizou ao longo de dois anos cuja amostra era composta por profissionais das áreas de saúde mental, ensino, direito e enfermagem. Nesse estudo os autores propõem que são várias as características do trabalho que interferem com as expectativas dos indivíduos, causando vários níveis de *stress* aos quais nem todos respondem da mesma forma (Richardson e Burke, 1995).

2.5.4. Modelo de Golembiewsky

Os autores deste modelo são Golembiewsky, Munzenreider e Stevenson (1983, citado por Fonte, 2011) e baseiam-sobretudo no modelo de Maslach. Este modelo tem como objetivo mostrar o aumento progressivo dos três fatores de *Burnout* numa

sequência lógica e neste contexto a despersonalização é considerada o primeiro fator a aparecer na síndrome e o menos grave, sendo que a etapa mais complexa e difícil de resolver é a exaustão emocional (Richardsen e Burke, 1995).

Este é um modelo que se encontra estruturado em oito fases evolutivas que têm tendência a progredir e a aumentar o risco de os indivíduos sofrerem de *Burnout* quando, não existe segurança no trabalho, o indivíduo não apresenta qualquer tipo de motivação intrínseca, não são dadas quaisquer recompensas e não existe um bom relacionamento com os colegas de trabalho, entre outros fatores. O modelo sugere também que os indivíduos que se encontram nas fases mais avançadas de *Burnout* relatam mais experiências de trabalho negativas, assim como, a produtividade também tende a diminuir a nível organizacional (Richardsen e Burke, 1995).

2.5.5. – Modelo de *Stress* Laboral Crónico de Gil-Monte

Gil-Monte et al. (2009) designam o termo *Burnout* como “*Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)*” e consideram que esta síndrome surge como resposta ao *stress* crónico vivenciado no contexto laboral, que advém das más relações interpessoais vivenciadas no trabalho. Segundo os autores o *Burnout* caracteriza-se por uma deterioração cognitiva e emocional, sendo que a nível emocional destacam atitudes de indiferença e distanciamento e a nível cognitivo a perda de ilusão e entusiasmo pelo trabalho.

Este modelo realça que é possível identificar dois perfis quanto à evolução da SQT. Assim, no Perfil 1 surgem um conjunto de sentimentos e atitudes relacionadas com o *stress* laboral que dão origem a um mal-estar de nível moderado não incapacitando o indivíduo de realizar o seu trabalho. Nesta fase os indivíduos apresentam-se apáticos e desgastados psicologicamente, mas ainda não revelam sentimentos de culpa (Fonte, 2011), ao passo que, no perfil 2 as consequências já são consideradas mais severas, pois ao contrário do que acontecia no perfil anterior, nesta fase os trabalhadores para além do desgaste emocional e a apatia também manifestam sentimentos de culpa em relação à situação que se encontram a vivenciar (Gil-Monte et al. 2009).

2.5.6 - Modelo de Comparação Social de Buunk e Schaufeli

Este modelo tem como o objetivo explicar a origem da síndrome de *Burnout* nos enfermeiros. E, de acordo com Buunk e Schaufeli (1993, citado por Fonte, 2011) esta síndrome é composta por dois fatores impulsionadores. O primeiro fator diz respeito à relação que os profissionais estabelecem com os utentes, e o segundo fator tem a ver com os processos de afiliação e comparação social com os demais colegas de trabalho.

Relativamente ao intercâmbio social com os pacientes os enfermeiros identificam alguns fatores que contribuem para o aumento dos seus níveis de *stress*, nomeadamente, a falta de certeza e clareza em relação à forma como deverá atuar com o paciente; à perceção de justiça, ou seja, a perceção sobre o que os trabalhadores transmitem aos outros e o que recebem no exercício das suas funções. Por fim, encontram a falta de controlo, ou seja, muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem controlar como gostariam o resultado do seu trabalho (Buunk & Schaufeli, 1993, citado por Fonte, 2011).

2.5.7 – Modelo de *Copenhagen Burnout Inventory*

Segundo Kristensen et al. (2005) o modelo de *Copenhagen Burnout Inventory* tem por base um estudo prospetivo sobre o *Burnout* no sector de serviços humanos designado de *Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction* (PUMA).

Para além disso, os autores criaram um instrumento que permite avaliar/medir a síndrome de *Burnout*, sendo que o mesmo é composto por três escalas de medida. A primeira escala pretende avaliar o *Burnout* a nível pessoal que tal como o próprio nome indica está relacionado com aspetos pessoais de cada trabalhador. A segunda escala tem a ver com o *Burnout* relacionado com o trabalho e a última diz respeito ao *Burnout* relacionado com os utentes/clientes.

De acordo com Kristensen et al. (2005) a escala de *Burnout* pessoal permite avaliar o nível de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pelo próprio trabalhador; a escala de *Burnout* relacionada com o trabalho pretende avaliar o cansaço físico e psicológico e a exaustão que é percebida pelo próprio trabalhador em relação ao seu trabalho; por fim, a escala de *Burnout* relacionado com o utente refere-se aos

sintomas de exaustão relativos ao trabalho realizado com os utentes e aplica-se aos trabalhadores de serviços humanos, por exemplo enfermeiros.

2.6. Prevenção e Intervenção

Têm sido efetuados alguns estudos como forma de se compreender quais as estratégias de intervenção mais adequadas para lidar e enfrentar o *stress* e consequente exaustão profissional (Gil-Monte & Peiró, 1997).

De acordo com Gil-Monte (2003) existem algumas estratégias de prevenção e intervenção que podem ser aplicadas na síndrome de *Burnout*, as quais poderão ser organizadas em três níveis distintos, nomeadamente: 1) A nível individual, por exemplo formação em resolução de problemas, gestão eficaz do tempo e assertividade; 2) A nível grupal, por exemplo, procura e aceitação do apoio dos colegas e seus superiores, pois isso permitirá melhorar a capacidade dos indivíduos, receber apoio emocional ou outro tipo de ajuda que necessitarem, bem como obter novas informações que poderão revelar-se úteis; 3) A nível organizacional, que serão talvez das intervenções mais importantes, visto que geralmente o problema resulta do contexto de trabalho. Assim as estratégias organizacionais adotadas, como por exemplo, programas de socialização, implementação de sistemas de avaliação que ofereçam aos colaboradores um papel ativo e de participação nas decisões da empresa irão certamente melhorar o clima organizacional.

Neste enquadramento, a prevenção e o tratamento do *Burnout* deverão ser considerados como um problema coletivo e organizacional e nunca considerado apenas a nível individual (Fonte, 2011).

Refletindo sobre o trabalho dos cuidados formais importa salientar que deverão ser implementadas algumas medidas que permitam prevenir a síndrome, nomeadamente, evitar o excesso de horas extras, modificar os métodos da prestação de cuidados de modo a evitar tarefas rotineiras, proporcionar condições de trabalho atrativas, investimento na carreira profissional reconhecendo a importância da formação constante, fomentar a participação dos cuidadores nas tomadas de decisões e por fim, oferecer suporte social às equipas de trabalho (Gil-Monte, 2003).

Para além disso, algumas investigações, de modo a compreender este tópico têm atribuído importância à forma como os colaboradores geralmente lidam e enfrentam as situações stressantes (Zellars, Perrewe, & Hochwarter, 2000), pois existem vários estilos de *coping* que, quando adotados erradamente pelos indivíduos, poderão trazer

consequências, nomeadamente limitar a capacidade de adaptação dos mesmos quando confrontados com determinadas exigências laborais. Por exemplo, o evitamento ou a negação quando usados como estratégia de *coping* para fazer face às situações tende a ser prejudicial para a saúde mental dos indivíduos (Coyne & Racioppo, 2000). Pelo contrário, quando os trabalhadores optam por estratégias de *coping* mais ativas (por exemplo, resolução de problemas) essas revelam-se mais favoráveis e ajustadas às exigências profissionais, nomeadamente, para fazer face às situações que o indivíduo tem a possibilidade de ainda alterar, podendo assim exercer algum controlo sobre as fontes de tensão que o rodeiam (Zellars, Perrewé, & Hochwarter, 2000).

De acordo com Gonçalves e Estela et al. (2002) não existem nenhuma estratégia universal e simples que sejam capazes de prevenir ou tratar a síndrome de *Burnout* reforçando que o que existe são técnicas que permitem enfrentar o *stress*, como por exemplo, a nível individual a resolução eficaz de conflitos, psicoterapia comportamental, melhoria de autocontrolo e das relações interpessoais. Os autores referem também que existem algumas medidas preventivas que poderão ser adotadas pelos indivíduos como forma de prevenir o *Burnout*, essas medidas são: a realização de atividades fora do contexto laboral (de forma regular) e a intensificação e revalorização das relações pessoais, familiares e sociais, visto que, estas medidas visam potenciar as competências psicossociais e profissionais dos trabalhadores acabam por melhorar também as relações interpessoais e o suporte social dos indivíduos contribuindo favoravelmente para o afastamento da síndrome de *Burnout*.

Segundo Maslach (2003) uma outra forma de prevenir o *Burnout* passa necessariamente por promover o compromisso dos profissionais com a instituição onde desempenham funções, aumentando a sua energia e fazendo com que estes se mostrem disponíveis para a concretização das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia.

Para além disso Maslach & Golberg (1998) e Ortega Ruíz & López Ríos (2004) apresentam algumas propostas que visam a prevenção do *Burnout* bem como formas de lidar com os riscos a que os indivíduos estão expostos no trabalho. Essas propostas passam por atuar em dois níveis distintos:

I - A nível organizacional, por exemplo, a planificação de um horário flexível que ofereça aos trabalhadores diversas oportunidades de trabalhar por turnos,

proporcionando-lhes mais autonomia, permitir que participem em processos de tomada de decisão, aumentar a qualidade do ambiente de trabalho (ambiente físico), insistir na importância do trabalho em equipa, limitar o número de horas de trabalho, bem como, definir junto dos trabalhadores objetivos reais e capazes de serem alcançados.

II - A nível individual, será favorável se o indivíduo apostar nos seus recursos pessoais e sociais, como por exemplo, relaxamento, meditação, suporte profissional e familiar, *biofeedback*, passatempos, entre outros. Em acréscimo será também bastante positivo se o indivíduo desenvolver algumas habilidades preventivas, nomeadamente, a ventilação de sentimentos e reestruturação cognitiva.

Em suma, o trabalho de prestação de cuidados, ainda que por vezes seja potencialmente gratificante, pode em determinadas circunstâncias tornar os cuidadores vulneráveis quanto ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout* acarretando efeitos negativos para o bem-estar dos cuidadores que a experienciam e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados prestados. E, uma vez que este fenómeno ainda é relativamente recente e pouco explorado em cuidadores formais, este estudo tem como principal objetivo compreender se o *Burnout* está presente nos cuidadores formais da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva, nomeadamente nos cuidadores formais de duas valências: Lar da Terceira Idade e Unidade de Cuidados Continuados. Pretende ainda analisar possíveis relações entre a síndrome de *Burnout* e diferentes variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, como por exemplo, categoria profissional, anos de profissão, carga horária, idade dos participantes, escolaridade, estado civil.

São pois estes os fundamentos da parte empírica da investigação que dão corpo à segunda parte da presente dissertação.

Segunda Parte – Estudo Empírico

Parte Empírica

Introdução ao tema de estudo

Este estudo teve como objetivo dar sustentação empírica às referências teóricas agregadas na primeira parte. Optou-se por escolher o tema do *Burnout* em cuidadores formais tendo em linha de conta que a prestação de cuidados em saúde a pessoas institucionalizadas apresenta-se como um domínio apontado por Cocco (2010), Cocco, Gatti, Mendonça Lima e Camus (2003), Zamora e Sánchez (2008) e Benevides-Pereira (2002) como sendo de particular vulnerabilidade à manifestação da síndrome de *Burnout*. As informações que se seguem são fruto deste investimento e visam testar um conjunto de interrogações que derivaram da análise teórica prévia.

1. Método

O Método eleito para realizar esta investigação é o método quantitativo, por ser um método que se constitui como fundamental para a análise e interpretação de dados, e, em particular para a elaboração de conclusões fundamentadas a partir desses mesmos dados (Maroco, 2003). No entanto, o método para além de ser quantitativo será fundamentalmente descritivo e correlacional, visto que o que se pretende com esta investigação é relacionar variáveis e analisar possíveis interações entre as mesmas. É também um estudo descritivo, uma vez que se pretende descrever fenómenos e identificar determinadas características dos participantes.

Um dos motivos pela qual se optou pela investigação quantitativa, tem a ver com o facto de ser o tipo de metodologia que mais se tem usado para estudar e explorar a Síndrome de *Burnout* nos cuidadores formais. Por seu turno, as investigações quantitativas permitem adquirir uma maior profundidade nos resultados, e, portanto, considera-se importante utilizar este tipo de método, pois, pretende-se essencialmente avaliar algumas relações de associação, nomeadamente, entre os níveis de *Burnout* dos cuidadores e algumas variáveis sociodemográficas dos mesmos. Acredita-se que da forma como o projeto de investigação está planeado serão possíveis de concretizar e compreender todos os objetivos traçados para o estudo em causa.

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, pois é constituída por pessoas que são de fácil acesso ao investigador e que garantem os critérios de inclusão

definidos para este estudo. Este tipo de amostragem pode não ser representativo da população, sendo apenas representativo da própria amostra (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Para além disso, o tipo de amostra escolhida e o número de participantes podem ser apresentados como limitações deste estudo, visto que a amostra não é aleatória e por isso pode enviesar os resultados obtidos. Relativamente ao número de participantes sabe-se que participaram apenas 77 e por essa razão os resultados do estudo apenas poderão ser considerados para os cuidadores formais da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva (SCMCP).

Esta investigação tem como objetivo geral compreender se a Síndrome de *Burnout* está presente nos cuidadores formais da SCMCP, nomeadamente nos cuidadores formais de duas valências distintas: Lar da Terceira Idade e Unidade de Cuidados Continuados. Os objetivos específicos do estudo são:

a) caracterizar os participantes do estudo quanto às variáveis sociodemográficas (por exemplo, idade, estado civil, agregado familiar...);

b) caracterizar os participantes quanto aos níveis de *Burnout* evidenciados. Especificamente, o que se pretende analisar é que tipo de *Burnout* está mais presente nos cuidadores, ou seja, se é a nível pessoal, ao nível da relação com os utentes ou relacionado com o próprio trabalho;

c) analisar possíveis relações entre a Síndrome de *Burnout* e diferentes variáveis, como por exemplo, categoria profissional, anos de profissão, carga horária, idade dos participantes, escolaridade, estado civil. De modo a verificar se essas variáveis poderão ter alguma influência no aparecimento da Síndrome.

Quanto às hipóteses do estudo, parece pertinente formular as seguintes hipóteses:

H1 – Os cuidadores formais mais jovens são mais vulneráveis à síndrome de exaustão profissional;

H2- Os cuidadores com mais habilitações literárias, apresentam maiores níveis de *Burnout*;

H3- O estado civil estar associado no aparecimento da síndrome nas três dimensões de *Burnout*;

H4 – Quanto maior for a carga horária dos colaboradores, maiores serão os níveis de *Burnout* apresentados pelos mesmos.

H5- Há motivos específicos que levam a querer abandonar o local de trabalho associados aos níveis de *Burnout*;

H6- A função que o trabalhador exerce na instituição pode estar associada a maiores níveis de *Burnout*;

H7- O horário de trabalho associa-se aos níveis de *Burnout*;

H8- Há razões específicas que levam a querer mudar de profissão que estão associadas a maiores níveis de *Burnout*;

Estas hipóteses foram formuladas tendo em conta o preconizado na literatura e, principalmente, a análise dos resultados obtidos noutras investigações já efetuadas sobre o mesmo fenómeno. Optou-se por formular estas hipóteses como forma de compreender melhor quais os fatores que poderão ser impulsionadores do aparecimento da síndrome de *Burnout* nos cuidadores da SCMCP. As hipóteses foram também formuladas no sentido de perceber se neste estudo os dados recolhidos serão coincidentes com os obtidos noutras investigações, pois seria mais um estudo a realçar as ideias defendidas por outros autores.

Segundo Almeida & Freire (2008) as hipóteses a formular num determinado estudo devem enquadrar-se nas hipóteses já existentes na mesma área, serem justificáveis e, ao mesmo tempo, serem relevantes para o problema em estudo. Por outro lado, neste estudo também se sabe que as hipóteses formuladas podem não se confirmar por diversas razões, por exemplo, pelo facto de a amostra não ser representativa da população em estudo, por terem participado profissionais com diferentes categorias profissionais e de duas valências distintas, entre outras razões.

1.1 - Participantes

A amostra desta investigação é uma amostra não-aleatória e por conveniência composta por 77 cuidadores formais da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva, que pertence ao distrito de Aveiro. A escolha deste tipo de amostragem justifica-se pela limitação de tempo e pelos custos associados à investigação (Maroco, 2003).

O grupo será composto pelos cuidadores formais da instituição, nomeadamente, de duas valências distintas: Unidade de Cuidados Continuados e Lar da Terceira Idade. Os critérios de inclusão são o facto de os cuidadores prestarem algum tipo de cuidados/serviços de forma direta, isto é, que tenham proximidade e contacto com os idosos e/ou utentes. A amostra é constituída por vários profissionais que desempenham diferentes funções, por exemplo, desde auxiliares de ação direta, auxiliares de apoio aos serviços gerais a enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros. Para além disso, convém realçar que neste estudo participaram todos os cuidadores formais da instituição que se mostraram interessados em colaborar no estudo, independentemente do tipo de vínculo laboral que tinham com a instituição. Os critérios de exclusão estavam relacionados com o facto de os cuidadores apresentarem limitações físicas ou cognitivas que os impossibilitasse de responder ao questionário e/ou estarem numa categoria profissional não adequada ao objetivo da investigação.

1.2 - Instrumentos

De modo a atingir os objetivos propostos para esta investigação foi organizado um questionário composto por dois grupos de questões. O primeiro grupo diz respeito a questões de carácter sociodemográfico, e o segundo grupo, pretende avaliar o *Burnout* a três níveis distintos: *Burnout* pessoal; *Burnout* relacionado com o trabalho; *Burnout* relacionado com o utente.

O primeiro grupo é um questionário sociodemográfico, que contém várias questões, como por exemplo: idade, estado civil, existência de filhos, agregado familiar, habilitações literárias, experiência profissional, carga horária de trabalho, função exercida, valência em que desempenha funções, local de residência, entre outras. Estas questões foram formuladas para permitir uma maior recolha de dados que foram

considerados pertinentes para a investigação, bem como para a testagem das hipóteses já anteriormente estabelecidas.

O segundo grupo é composto por um questionário que se designa de CBI - *Copenhagen Burnout Inventory* que foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga (Kristensen, et al. 2005). Atualmente, este questionário já se encontra adaptado e validado para a população portuguesa e segundo Fonte (2011) os valores altos do alfa de *Cronbach* indicam uma boa consistência interna na validação da escala para português. Este questionário pretende avaliar a Síndrome de *Burnout* e contém dezanove questões, sendo que essas questões estão divididas em três escalas:

- A escala relativa ao *Burnout Pessoal* avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Diz respeito aos sintomas de exaustão física ou emocional que nem sempre corresponde a situações vivenciadas no trabalho. Esta dimensão é constituída por seis questões, sendo que a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções que varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”. O estudo de adaptação e validação dos itens da escala apresenta como valores de consistência interna para esta escala um alfa de *Cronbach* de 0,845 para o total da escala sendo que 0,803 é o valor mais baixo encontrado para os itens (Fonte, 2011, p.66).

- A escala relativa ao *Burnout relacionado com o trabalho*: analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao trabalho que desempenha. Esta dimensão é constituída por sete questões e é avaliada numa escala com cinco opções: 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”. Relativamente à adaptação e validação dos itens da escala o valor mais baixo do alfa de *Cronbach* é de 0,829 e de 0,866 para o total da escala (Fonte, 2011, p.66-67).

- A escala relativa ao *Burnout relacionado com o utente*: avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Esta dimensão apresenta seis questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas primeiras

quatro questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”. Nesta escala o valor do alfa de *Cronbach* mais baixo é de 0,796 e o alfa de *Cronbach* para o total da escala é de 0,843 (Fonte, 2011, p. 66-67).

Em suma, a pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. E, considera-se como um elevado nível de *Burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

1.3 - Procedimentos

1.3.1 - Recolha de dados

Para se proceder à recolha de dados optou-se por pedir autorização à Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva, por ser uma instituição composta por várias valências com cuidadores formais, e porque o acesso era mais facilitado (visto ter realizado o estágio curricular na instituição). Assim, a recolha de dados efetuou-se em duas valências específicas, nomeadamente, na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (Hospital) e no Lar da Terceira Idade (sendo que participaram também alguns cuidadores formais que prestam cuidados no serviço de apoio ao domicílio). Para isso, foi enviado um pedido formal, por carta, ao Provedor da Instituição (IPSS) solicitando a sua autorização para recolher os questionários junto dos cuidadores, bem como a descrição dos objetivos do estudo e do questionário que se pretendia aplicar. Após receber a autorização para proceder à recolha de dados foram distribuídos os questionários junto dos cuidadores formais de cada uma das valências, em sala requisitada para o efeito. No entanto, antes do seu preenchimento foi realizada uma breve apresentação aos cuidadores sobre os objetivos do estudo e do próprio questionário, salientando-se o carácter voluntário do seu preenchimento. O consentimento informado foi preenchido antes da entrega do questionário e recolhido no momento, de modo a respeitar a confidencialidade e o anonimato dos participantes interessados em colaborar no estudo. Os questionários ficaram durante alguns dias com os colaboradores, de forma a dar-lhes algum tempo para poderem responder. Contudo, assim que os questionários ficaram preenchidos os colaboradores entregaram-nos presencialmente ao investigador (em dias previamente combinados para a sua recolha).

Optou-se por fazer a recolha desta forma de modo a garantir que apenas o investigador teria acesso aos resultados dos participantes. O período estabelecido para a recolha de dados foi de Abril a Junho de 2015, de forma a dar oportunidade e tempo de todos os interessados poderem participar.

1.3.2 Análise de dados

Para se proceder a esta investigação recorreu-se à análise estatística, mais especificamente os dados recolhidos foram introduzidos e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 com recurso a diferentes provas estatísticas, nomeadamente, testes de associação – *Coeficiente de Correlação de Pearson* (r) para avaliar a relação entre variáveis quantitativas -, assim como *Testes de Diferenças em Contexto de Design intersujeitos – Teste T para Amostras Independentes* (t) e teste *ANOVA Unifatorial* (F). Para além disso, optou-se também por usar a estatística descritiva como forma de conhecer melhor a amostra do estudo. Mais concretamente, pode dizer-se que para atingir os objetivos desta investigação, foram aplicados testes de estatística inferencial. Utilizou-se o *Test-t de Student* para amostras independentes e a *ANOVA unifactorial*, rejeitando-se a hipótese nula para um nível de significância menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados na amostra com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*, aceitando-se a normalidade de distribuição para as amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central.

Nesta amostra a consistência interna das três escalas do CBI foi avaliada através do alfa de *Cronbach*. O valor do alfa de *Cronbach* obtido na escala relativa ao *Burnout* Pessoal foi de 0,801. Na escala de *Burnout* relacionado com o trabalho o valor do alfa de *Cronbach* foi de 0,665 e, por fim, na escala de *Burnout* relacionado com o utente o valor obtido foi de 0,811. Os valores do alfa de *Cronbach* obtidos são abonatórios de uma boa consistência interna para as três escalas do CBI, apesar de um dos valores ser um pouco baixo (0,665) ainda se poderá considerar como razoável.

2. Apresentação dos Resultados

2.1 Análise Descritiva

A amostra é constituída por 77 indivíduos, tem uma média de idade de 40,51 anos, sendo a idade máxima 65 anos e a idade mínima 19 anos, com um desvio padrão 12,14 (Tabela 1).

Tabela 1 – *Idade dos participantes*

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
77	19	65	40,51	12,14	28,50	45,00	50,00

Tabela 2 – *Variáveis sociodemográficas dos participantes*

Variáveis Sociodemográficas		Nº	%
Estado Civil	Solteiro	20	26
	Casado ou a viver em união de facto	47	61
	Divorciado, separado	5	6,5
	Viúvo	5	6,5
Habilitações literárias	Até ao 4º ano	8	10,4
	Até ao 6º ano	14	18,2
	Até ao 9º ano	16	20,8
	Até ao 12º ano	17	22,1
	Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	22	28,6
Nº de Filhos	0	25	32,5
	1	25	32,5
	2	21	27,3
	3	5	6,5
	4	1	1,3
Agregado	Vive sozinho	3	3,9
	Vive acompanhado	74	96,1
Local de Residência	Meio Rural	70	90,9
	Meio Urbano	7	9,1

Quanto ao estado civil dos inquiridos é possível verificar que 61% (47) são casados, 26% (20) são solteiros, 6,5% (5) divorciados e a mesma percentagem se aplica aos viúvos 6,5%.

Em relação às habilitações literárias o ensino superior apresenta o valor mais elevado da amostra, visto que 28,6% dos inquiridos tem habilitações ao nível de Licenciatura/Mestrado ou Doutoramento. Posteriormente, aparece o 12º ano de

escolaridade com 22,1%, o 9º ano com 20,8%, o 6º ano com 18,2% e, por fim, o 4º ano de escolaridade com 10,4% dos indivíduos.

No que diz respeito ao número de filhos constata-se que 25 inquiridos não têm filhos, outros 25 apenas têm um. No entanto, no total da amostra há quem tenha 2 ou mais filhos, nomeadamente 21 indivíduos têm 2 filhos, 5 indivíduos têm 3 filhos e 1 indivíduo tem 4 filhos.

No grupo de participantes foi possível constatar que 74 pessoas vivem acompanhadas pelos seus familiares e apenas três fazem vida sozinhas.

Relativamente ao local de residência dos inquiridos verifica-se que a maioria (90,9%) reside em meio rural.

Quanto às variáveis socioprofissionais apresentadas na tabela 3, constata-se que 46,8% dos inquiridos exercem funções na Unidade de Cuidados Continuados e 46,8% exerce funções no Lar da Terceira Idade. No entanto, 6,5% exerce funções em ambas as valências. Em relação à categoria profissional dos inquiridos verifica-se que 44,2% são Auxiliares de Apoio a Serviços Gerais, 22,1% são Enfermeiros(as), 14,3% são Ajudantes Familiares Domiciliários, 11,7% são Ajudantes de Lar e Centro de Dia. Contudo, a amostra é também constituída por 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicólogo(a), 1 Nutricionista, 1 Animador(a) e 1 Assistente Social.

Quanto à ocupação anterior dos inquiridos sabe-se que 46,8% não desempenharam qualquer outra função anteriormente. Os restantes inquiridos desempenharam outro tipo de funções, por exemplo, alguns dos inquiridos antes de trabalhar na instituição foram empregados fabris (19,5%) e empregados de balcão (3,9%).

Tabela 3 – Variáveis socioprofissionais dos participantes

Variáveis Socioprofissionais		N	%	
Valência em que desempenha funções	U.C.C. (Hospital)	36	46,8	
	U.C.C. e Lar	5	6,5	
	Lar	36	46,8	
Função exercida	Ajudante Familiar e Domiciliária	11	14,3	
	Enfermeiro(a)	17	22,1	
	Fisioterapeuta	1	1,3	
	Terapeuta Ocupacional	1	1,3	
	Psicólogo(a)	1	1,3	
	Nutricionista	1	1,3	
	Assistente Social	1	1,3	
	Ajudante de Lar e Centro de Dia	9	11,7	
	Animador(a)	1	1,3	
	Auxiliar de Apoio a Serviços Gerais	34	44,2	
	Profissional de Armazém	1	1,3	
	Empregada de Balcão	3	3,9	
	Sem ocupação anterior	36	46,8	
	Empregada Fabril	15	19,5	
Ocupação anterior	Serviços Sociais	1	1,3	
	Trabalhos Ocupacionais	1	1,3	
	Motorista	1	1,3	
	Empregada de Limpeza	1	1,3	
	Bordadeira	1	1,3	
	Empregada Doméstica	2	2,6	
	Cozinheira	1	1,3	
	Costureira	1	1,3	
	Restauração	1	1,3	
	Auxiliar de Ação Educativa	2	2,6	
	Lojista	2	2,6	
	Promotora de Vendas	1	1,3	
	Trabalhos de Investigação	1	1,3	
	Operadora de Divertimentos	1	1,3	
	Tarefeira	1	1,3	
	Professor(a) de Educação Visual	1	1,3	
	Animador(a) Sociocultural	1	1,3	
	Agricultura	2	2,6	
	Tipo de horário	Trabalha por turnos	28	36,4
		Horário fixo	49	63,6
Horas de trabalho semanal	35 horas semanais	7	9,1	
	Menos de 35 horas semanais	61	79,2	
	Mais de 35 horas semanais	9	11,7	
Faltas durante o último mês	Nunca	76	98,7	
	Raramente (1 -2 vezes)	0	0	
	Algumas vezes (3 - 4 vezes)	1	1,3	
	Bastantes vezes (mais de 5 vezes)	0	0	

Relativamente ao horário dos cuidadores verifica-se que 49 inquiridos (63,6%) têm um horário fixo, enquanto que 28 inquiridos (36,4%) trabalham por turnos. Além disso, verifica-se também que 9,1% dos indivíduos trabalham 35 horas semanais, 79,2% trabalha menos de 35 horas e 11,7% trabalham mais do que 35 horas. Quanto ao absentismo durante o último mês confirma-se que a maioria dos inquiridos (98,7%) nunca faltou ao trabalho.

Tabela 4 – *Tempo de trabalho como cuidador (dentro e fora da instituição)*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Tempo de trabalho com idosos/doentes (anos)	77	0.3	44	9,62	8,67	3	8	13
Tempo de trabalho na U.C.C./Lar ou S.A.D. (anos)	77	0.3	26	8,54	7,49	2	7	12

Na tabela 4 observamos que na amostra de 77 cuidadores formais a média do tempo de trabalho com idosos/doentes é de 9,62 anos, sendo 3 meses o tempo mínimo e 44 anos o tempo máximo, com um desvio-padrão de 8,67.

Quanto à média do tempo de trabalho na Instituição sabe-se que é de 8,54 anos, sendo o tempo mínimo de 3 meses e o tempo máximo de 26 anos, com um desvio-padrão de 7,49.

Na tabela que se apresenta de seguida (tabela 5) é possível compreender a percentagem de indivíduos que manifestam vontade de abandonar o seu local de trabalho e que gostariam de mudar de profissão. Assim sendo, constatou-se que a maioria dos indivíduos (74%) não mostra qualquer vontade de deixar o seu local de trabalho atual. No entanto, ainda assim (26%) mostram-se insatisfeitos com o seu local de trabalho. Relativamente à mudança de profissão verifica-se, mais uma vez, que a maioria dos inquiridos (83,1) encontram-se satisfeitos com a profissão que desempenham e não manifestam vontade de mudar. Por outro lado, embora a percentagem seja muito menor, 16,9% dos inquiridos manifestam vontade de mudar de profissão.

Tabela 5 – *Interesse dos cuidadores em mudar de trabalho/profissão*

Variáveis		N	%
Deixaria o seu local de trabalho atual	Sim	20	26
	Não	57	74
Mudaria de profissão	Sim	13	16,9
	Não	64	83,1

No que diz respeito à caracterização da amostra relativamente aos valores médios de *Burnout*, é possível observar, através da tabela 6, que no valor do *Burnout* Pessoal a média é de 37,74, o que revela um nível baixo de *Burnout* Pessoal nos cuidadores formais da amostra em estudo. O desvio padrão é de 12,94. O cuidador formal com o nível mais baixo de *Burnout* Pessoal apresentou uma pontuação de 0,00 e o inquirido com o nível mais elevado de *Burnout* Pessoal apresentou uma pontuação média de 71.

Em relação ao *Burnout* relacionado com o trabalho a média é de 33,09 revelando também um nível baixo de *Burnout*. O desvio padrão é de 18,17. A pontuação do cuidador formal que revela o nível mais baixo de *Burnout* relacionado com o trabalho é de 0,00 e o cuidador formal que revela a pontuação média mais elevada obteve 75.

Quanto ao *Burnout* relacionado com o utente a média obtida é de 25,12, evidenciando assim que os cuidadores formais presentes nesta amostra revelam um nível baixo de *Burnout* relacionado com os utentes. O desvio-padrão é de 15. Assim, o cuidador com o nível mais baixo de *Burnout* relacionado com os utentes apresentou uma pontuação média de 0,00 sendo que o inquirido com o nível mais elevado de *Burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação média de 63.

Tabela 6 – *Caracterização da amostra quanto aos níveis médios de Burnout*

CBI	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Burnout pessoal	7 7	0	71	37,74	12,94	29	38	46
Burnout relacionado com o trabalho	7 7	0	75	33,09	18,17	18	32	43
Burnout relacionado com o utente	7 7	0	63	25,12	15,87	13	25	38

Ao analisar a tabela 7 pode observar-se que a grande maioria dos cuidadores formais inquiridos apresentam baixos níveis de *Burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, verifica-se que 10,39% (8) dos cuidadores apresentam altos níveis de *Burnout* Pessoal; 12,99 (10) manifestam altos níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho e 3,9% (3) apresentam altos níveis de *Burnout* relacionado com o utente.

Tabela 7 - *Níveis de Burnout apresentados pelos cuidadores*

CBI		N	%
Burnout pessoal	Baixo Nível de Burnout	69	89,61
	Alto Nível de Burnout	8	10,39
Burnout relacionado com o trabalho	Baixo Nível de Burnout	67	87,01
	Alto Nível de Burnout	10	12,99
Burnout relacionado com o utente	Baixo Nível de Burnout	74	96,1
	Alto Nível de Burnout	3	3,9

2.2 Análise Inferencial

De seguida serão descritos os resultados que se obtiveram para cada uma das hipóteses formuladas, sendo de realçar que este estudo é composto por 8 hipóteses, nomeadamente:

H1 – Os cuidadores formais mais jovens são mais vulneráveis à síndrome de exaustão profissional;

Tabela 8 - *Correlação entre a idade e o Burnout Pessoal*

		Idade	Burnout_Pessoal
Idade	Correlação de Pearson	1	,000
	Sig. (2 extremidades)		,998
	N	77	77
Burnout_Pessoal	Correlação de Pearson	,000	1
	Sig. (2 extremidades)	,998	
	N	77	77

Para a testagem desta hipótese optou-se por usar uma correlação de *Pearson*, uma vez que o objetivo é descobrir a relação entre duas variáveis quantitativas (idade –

variável independente e o *Burnout* – variável dependente). Após a aplicação deste teste estatístico constata-se que não existe qualquer correlação entre a idade dos inquiridos e o *Burnout* Pessoal ($r=0$; $sig.=0,99$).

De acordo com os resultados evidenciados nas tabelas 9 e 10, o mesmo parece acontecer com o *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o utente, pois, não existe correlação entre a idade e o *Burnout* relacionado com o trabalho ($r= -0,44$; $sig. = 0,70$) nem entre a idade e o *Burnout* relacionado com os utentes ($r=0,157$; $sig. = 0,17$).

Tabela 9 - *Correlação entre a idade e o Burnout relacionado com o trabalho*

		Idade	Burnout_Trabalho
Idade	Correlação de Pearson	1	-,044
	Sig. (2 extremidades)		,703
	N	77	77
Burnout_Trabalho	Correlação de Pearson	-,044	1
	Sig. (2 extremidades)	,703	
	N	77	77

Tabela 10 - *Correlação entre a idade e o Burnout relacionado com os Utentes*

		Idade	Burnout_Utentes
Idade	Correlação de Pearson	1	,157
	Sig. (2 extremidades)		,173
	N	77	77
Burnout_Utentes	Correlação de Pearson	,157	1
	Sig. (2 extremidades)	,173	
	N	77	77

H2- Os cuidadores com mais habilitações literárias, apresentam maiores níveis de *Burnout*;

Neste caso optou-se por realizar uma análise da variância (*ANOVA*) entre os vários grupos da variável habilitações literárias, pois pretendia-se avaliar se há diferenças no *Burnout* tendo por base as habilitações literárias.

Assim, ao consultar a Tabela 11 pode verificar-se que o resultado obtido acaba por não confirmar a hipótese previamente estabelecida. Constata-se que a síndrome de *Burnout* não é influenciada pelas habilitações literárias dos participantes relativamente às três dimensões do CBI. Nos três casos o $p > 0,05$ (*Burnout* Pessoal – $p=0,112$; *Burnout* relacionado com o Trabalho – $p=0,109$; *Burnout* relacionado com os Utentes – $p=0,683$).

Tabela 11 – *Relação entre as habilitações literárias dos cuidadores e o Burnout*

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Burnout_Pessoal	Entre Grupos	1239,775	4	309,944	1,943	,112
	Nos Grupos	11483,030	72	159,487		
	Total	2473,850	76			
Burnout_Trabalho	Entre Grupos	2473,850	4	618,462	1,968	,109
	Nos Grupos	22630,514	72	314,313		
	Total	25104,364	76			
Burnout_Utentes	Entre Grupos	590,382	4	147,596	,573	,683
	Nos Grupos	18545,566	72	257,577		
	Total	19135,948	76			

H3- O estado civil poderá ter influência no aparecimento da síndrome nas três dimensões de *Burnout*;

Neste caso usou-se novamente o teste estatístico *ANOVA* quanto à variável do estado civil, uma vez que se quer verificar se há diferenças no *Burnout*, tendo por base o estado civil dos inquiridos.

Assim, pode dizer-se que o *Burnout* não é influenciado pelo estado civil dos participantes, tal como se pode ver na tabela 12.

Nos três casos o valor de p não é significativo. ($p > 0,05$: *Burnout* pessoal – $p=0,938$; *Burnout* relacionado com o trabalho – $p=0,781$; *Burnout* relacionado com os utentes – $p=0,185$).

Tabela 12 – Associação do estado civil dos inquiridos ao aparecimento do Burnout

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Burnout_Pessoal	Entre Grupos	70,903	3	23,634	,136	,938
	Nos Grupos	12651,902	73	173,314		
	Total	12722,805	76			
Burnout_Trabalho	Entre Grupos	366,951	3	122,317	,361	,781
	Nos Grupos	24737,413	73	338,869		
	Total	25104,364	76			
Burnout_Utentes	Entre Grupos	1217,653	3	405,884	1,654	,185
	Nos Grupos	17918,295	73	245,456		
	Total	19135,948	76			

H4 – Quanto maior for a carga horária dos colaboradores, maiores serão os níveis de *Burnout* apresentados pelos mesmos.

Para testar a veracidade desta hipótese usou-se a prova estatística *ANOVA* entre os 3 grupos da variável - carga horária, visto que se pretende avaliar se há diferenças no *Burnout*, tendo por base a carga horária dos cuidadores formais.

Tabela 13 – Associação da carga horária ao aparecimento da síndrome de Burnout

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Burnout_Pessoal	Entre Grupos	1106,453	2	553,277	3,524	,035
	Nos Grupos	11616,352	74	156,978		
	Total	12722,805	76			
Burnout_Trabalho	Entre Grupos	3902,678	2	1951,339	6,811	,002
	Nos Grupos	21201,685	74	286,509		
	Total	25104,364	76			
Burnout_Utentes	Entre Grupos	268,305	2	134,153	,526	,593
	Nos Grupos	18867,643	74	254,968		
	Total	19135,948	76			

Pode dizer-se que o *Burnout* Pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho são influenciados pela carga horária, tal como se pode verificar na tabela 13 ($p < 0,05$). Já no que diz respeito ao *Burnout* relacionado com o utente, essa relação é inexistente ($p > 0,05$). Ou seja, o cuidador formal terá os mesmos níveis de *Burnout* relacionado com o utente, independentemente das horas de trabalho semanal que desempenhe. No entanto, no *Burnout* Pessoal e no *Burnout* relacionado com o Trabalho, o mesmo já não acontece, visto que, a carga horária é um fator preponderante nos níveis de *Burnout* pessoal e relacionado com o trabalho.

H5- Há motivos específicos que levam a querer abandonar o local de trabalho associados aos níveis de *Burnout*;

Basicamente, aquilo que se quer compreender com esta hipótese é se os cuidadores que manifestam vontade em abandonar o seu local de trabalho atual o fazem devido ao *Burnout*. Para tal, foi usado o *Teste-t* uma vez que só há dois grupos de dados da variável independente.

Assim, ao analisar a tabela 14 é possível compreender que esta hipótese é corroborada, pois, a vontade de abandonar o local de trabalho parece estar significativamente relacionada com os três níveis de *Burnout*, visto que o valor de p é significativo ($p < 0,05$) em todas as dimensões do *Burnout* avaliadas.

Tabela 14 – *Relação entre a vontade de abandonar o local de trabalho e a síndrome de Burnout*

		teste-t para igualdade de médias		
		Sig. (2 extremidade)	Diferença média	Erro padrão de diferença
Burnout_Pessoal	Variâncias iguais assumidas	,001	11,29298	3,12371
	Variâncias iguais não assumidas	,002	11,29298	3,36901
Burnout_Trabalho	Variâncias iguais assumidas	,000	16,22281	4,37030
	Variâncias iguais não assumidas	,005	16,22281	5,21558
Burnout_Utentes	Variâncias iguais assumidas	,020	9,50088	4,00375
	Variâncias iguais não assumidas	,027	9,50088	4,08949

H6- A função que o trabalhador exerce na instituição pode estar associada a maiores níveis de *Burnout*;

De acordo com os resultados obtidos pode dizer-se que a síndrome de *Burnout* não é influenciada pela função que os cuidadores exercem na instituição, tal como se pode ver na tabela 15.

Nos três casos o valor de p não é significativo ($p > 0,05$ - *Burnout* pessoal: $p = 0,117$; *Burnout* relacionado com o trabalho: $p = 0,136$; *Burnout* relacionado com os utentes: $p = 0,790$).

Tabela 15 – Associação da função exercida pelos cuidadores ao aparecimento do *Burnout*

		Soma dos	df	Quadrado	Z	Sig.
		Quadrados		Médio		
Burnout_Pessoal	Entre	2315,139	9	257,238	1,656	,117
	Grupos					
	Nos	10407,666	67	155,338		
	Grupos					
	Total	12722,805	76			
Burnout_Trabalho	Entre	4416,173	9	490,686	1,589	,136
	Grupos					
	Nos	20688,190	67	308,779		
	Grupos					
	Total	25104,364	76			
Burnout_Utentes	Entre	1435,213	9	159,468	,604	,790
	Grupos					
	Nos	17700,735	67	264,190		
	Grupos					
	Total	19135,948	76			

H7- O horário de trabalho realizado associa-se aos níveis de *Burnout*;

De modo a verificar a veracidade desta hipótese optou-se por usar o *Teste-t* uma vez que só existem 2 grupos de dados relativos à variável independente (horário de trabalho). Assim, conclui-se que o horário de trabalho não está relacionado com os três níveis de *Burnout*. Esta informação pode verificar-se através da consulta dos valores de p apresentados na tabela 16. Nos 3 casos $p > 0,05$.

Tabela 16 – Associação entre o horário de trabalho e o Burnout

		teste-t para igualdade de médias		
		Sig. (2 extremidade)	Diferença média	Erro padrão de diferença
Burnout_Pessoal	Variâncias iguais assumidas	,680	-1,27551	3,08201
	Variâncias iguais não assumidas	,679	-1,27551	3,06889
Burnout_Trabalho	Variâncias iguais assumidas	,192	-5,64286	4,28498
	Variâncias iguais não assumidas	,157	-5,64286	3,94420
Burnout_Utentes	Variâncias iguais assumidas	,392	3,23980	3,76556
	Variâncias iguais não assumidas	,394	3,23980	3,76872

H8 - Há razões específicas que levam a querer mudar de profissão que estão associadas a maiores níveis de *Burnout*;

Pretende-se compreender se as pessoas que mostram vontade de mudar de profissão, o querem fazer devido à síndrome de *Burnout*.

Tabela 17 – Relação entre a vontade de mudar de profissão e a síndrome de Burnout

		teste-t para igualdade de médias		
		Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença
Burnout_Pessoal	Variâncias iguais assumidas	,002	11,69591	3,72501
	Variâncias iguais não assumidas	,006	11,69591	3,69851
Burnout_Trabalho	Variâncias iguais assumidas	,013	13,58774	5,34008
	Variâncias iguais não assumidas	,034	13,58774	5,84241
Burnout_Utentes	Variâncias iguais assumidas	,008	12,63101	4,63530
	Variâncias iguais não assumidas	,018	12,63101	4,82751

Para se poder compreender se esta hipótese faz ou não sentido optou-se, mais uma vez, por usar o *Teste-t* visto que só existem 2 grupos de dados relativos à variável independente (mudança de profissão).

Assim, pode dizer-se que esta hipótese acaba por se confirmar, visto que a vontade dos cuidadores formais de mudar de profissão parece estar significativamente relacionada com os três níveis de *Burnout*, tal como se pode verificar pelos valores de *p* apresentados na tabela 17, pois quer no *Burnout* Pessoal, quer no *Burnout* relacionado com o trabalho, quer no *Burnout* relacionado com o utente o valor de $p < 0.05$.

Finalizada a apresentação dos resultados procederemos à discussão dos mesmos recorrendo sempre que possível ao enquadramento teórico respetivo.

3. Discussão dos Resultados

A síndrome de exaustão profissional é nos dias de hoje um tema central de debate e de investigação, e sabe-se que este fenómeno pode acarretar inúmeras consequências negativas quer no que diz respeito ao bem-estar físico e mental dos profissionais quer no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pelos mesmos, pelo que os estudos sobre esta realidade têm vindo a crescer (Benevides- Pereira, 2002; Delbrouck, 2006; Neto, Areosa, & Arezes, 2014; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009). Apesar deste facto ainda há uma escassez de estudos que estabeleçam as relações entre este fenómeno nos cuidadores formais e determinadas características socioprofissionais dos mesmos.

Assim, é neste domínio que o presente estudo pode ser enquadrado, uma vez que procura compreender este fenómeno com uma amostra de cuidadores formais e estabelecer possíveis relações com algumas variáveis socioprofissionais e sociodemográficas.

Os cuidadores formais avaliados, não parecem encontrar-se em risco de sofrer de *Burnout* uma vez que os níveis de *Burnout* evidenciados nesta amostra são bastante baixos. No entanto, verifica-se que 10,39% dos cuidadores apresentam altos níveis de *Burnout* Pessoal, 12,99% manifestam altos níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho e 3,9% apresentam altos níveis de *Burnout* relacionado com o utente. Estes valores parecem ir de encontro aos resultados já obtidos noutras investigações, pois de acordo com o estudo efetuado por Fonte (2011) o *Burnout* relacionado com o trabalho é aquele em que os cuidadores apresentam geralmente 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 aconteceu com a amostra deste estudo, pois apesar da diferença entre o *Burnout* pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho não ser muito significativa, o *Burnout* relacionado com o trabalho é superior aos outros dois níveis.

Quanto à caracterização da amostra é possível constatar que grande parte dos cuidadores vivem num meio pequeno e rural e de acordo com alguns estudos é neste tipo de meios que existe uma maior perceção de suporte social recebido (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005). De acordo com a literatura, quando há estabilidade do contexto físico e estabilidade populacional durante um longo período de tempo, isso por

si só pode propiciar uma maior proximidade entre os moradores/vizinhança de um determinado meio rural. É dada maior importância à família nuclear, fortalecem-se os laços afetivos e passa a existir uma rede de suporte social maior (Sequeira & Silva, 2002) acabando por favorecer o bem-estar psicológico dos indivíduos e atuando como um fator protetor da síndrome de *Burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Refletindo acerca dos baixos níveis de *Burnout* evidenciados na amostra em estudo, considera-se que, em parte, se possa dever ao facto de a grande maioria dos cuidadores formais do estudo viverem em meio rural e terem uma boa rede de suporte social. No entanto, é conveniente realçar que a rede de suporte social acabou por não ser investigada neste estudo, pelo que seria pertinente em estudos futuros, ter em consideração esta variável, de modo a analisar a sua função preventiva no aparecimento da Síndrome de *Burnout*.

Para além do suporte social existem também outras variáveis que podem ter atuado como mediadoras no aparecimento da síndrome de *Burnout* nos cuidadores formais que compõem esta amostra, nomeadamente algumas características socioprofissionais (a carga horária, a vontade de abandonar o local de trabalho e a vontade de mudar de profissão) (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Constatou-se que ao contrário do que a literatura preconiza não se verificou qualquer correlação entre a idade dos participantes e os três níveis de *Burnout* estudados. Para Cherniss (1980) os mais suscetíveis ao *Burnout* parecem ser os profissionais mais novos, pois são menos experientes e muitas vezes sentem-se mais inseguros para fazer face às exigências do trabalho. No entanto, são de salientar também os profissionais a meio da sua carreira profissional, uma vez que também poderão sentir os seus recursos emocionais esgotados, quanto à necessidade de enfrentar o *stress* crónico do trabalho (Monteiro, Queirós & Marques, 2014). Nesta amostra isso não se verificou, visto que a idade não mostrou estar associada aos níveis de *Burnout* dos inquiridos. Ou seja, a hipótese 1 (os cuidadores formais mais jovens são mais vulneráveis à síndrome de exaustão profissional) acabou por não se confirmar neste estudo.

Quanto às habilitações literárias, alguns autores (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Patrick & Lavery, 2007) defendem que quanto mais habilitações têm os

indivíduos maiores serão os seus níveis de *Burnout*. No entanto isso não se evidenciou neste estudo onde as habilitações literárias também não mostraram estar associadas ao aparecimento da síndrome, o que faz com que a hipótese 2 (os cuidadores com mais habilitações literárias, apresentam maiores níveis de Burnout) não se confirme.

O estado civil pode influenciar os níveis de *Burnout* na medida em que os estudos têm demonstrado que os solteiros estão mais predispostos a desenvolver a síndrome do que os casados (Benevides-Pereira, 2002; Neto, Areosa & Arezes, 2014), o que nesta amostra também não se verifica, uma vez que nenhum dos três níveis de *Burnout* avaliados mostraram ser influenciados pela variável relativa ao estado civil. Ou seja, mais uma vez, a hipótese 3 (o estado civil poderá ter influencia no aparecimento da síndrome nas três dimensões de *Burnout*) foi infirmada neste estudo. No entanto sabe-se que na amostra deste estudo 61% dos sujeitos são casados ou vivem em união de facto, a maioria tem filhos e vive acompanhado, ou seja, mais uma vez estes fatores podem ser indicadores de uma rede de suporte social positiva que acaba por ajudar os profissionais com possíveis situações stressantes do contexto de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Ritter, Stumm & Kircher, 2009).

Constata-se que as variáveis individuais sociodemográficas relativas aos cuidadores formais que participaram neste estudo não se mostraram muito importantes relativamente ao surgimento da síndrome de *Burnout*, o que, por sua vez, vai de encontro ao que Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) defendem, pois referem que apesar de os fatores individuais serem importantes para a configuração e entendimento da síndrome, algumas investigações mostram que os fatores individuais têm um peso/importância menor no desenvolvimento da síndrome quando comparados com outras variáveis. Talvez isso possa ser explicativo de alguns dos resultados supracitados, pois nenhuma das hipóteses relativas a variáveis sociodemográficas se confirmaram, sendo que, o mesmo não aconteceu quando se tratou de perceber a influencia de algumas variáveis socioprofissionais no aparecimento do *Burnout*, tal como se poderá constatar de seguida.

Relativamente à hipótese deste estudo que sugeria que quanto maior fosse a carga horária dos cuidadores maiores seriam os seus níveis de *Burnout* acabou por ser corroborada, pois os resultados mostraram que o *Burnout* pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho são influenciados pela carga horária dos cuidadores, visto

que a carga horária de trabalho bem como a sobrecarga do mesmo tem sido um dos fatores mais apontados como predisponentes à síndrome, na medida em que faz com que os indivíduos tenham que executar inúmeras tarefas em tão pouco tempo que acabam por ficar exaustos (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011; Francos, 2005; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Spooner-Lane & Patton, 2007).

No entanto é importante realçar que o mesmo não aconteceu com o *Burnout* relacionado com o utente, ou seja, a relação entre a carga horária de trabalho e os níveis de *Burnout* relacionado com o utente é inexistente, o que pode sugerir que os cuidadores apesar da carga de trabalho que possam ter não deixam que isso afete a sua relação com os utentes, daí não existir qualquer influência. Ou seja, a hipótese 4 (quanto maior for a carga horária dos colaboradores, maiores serão os níveis de Burnout apresentados pelos mesmos) foi confirmada. Nomeadamente, verificou-se que se pode associar a carga horária aos níveis de *Burnout* Pessoal e aos níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho e infirmada no que diz respeito à sua associação aos níveis de *Burnout* relacionado com os utentes.

Compreendeu-se também, ao longo deste estudo, que a vontade dos cuidadores em abandonar o seu local de trabalho está relacionada com os três níveis de *Burnout*. O que é previsível, pois os indivíduos quando apresentam *Burnout* geralmente manifestam vontade de abandonar o local de trabalho (Benevides-Pereira, 2002). Estas informações permitem confirmar a veracidade da hipótese 5 (há motivos específicos que levam a querer abandonar o local de trabalho associados aos níveis de *Burnout*).

No que diz respeito à função exercida pelos cuidadores e à sua relação com os três níveis de *Burnout* pode dizer-se que, ao contrário do que é descrito por Spooner-Lane e Patton (2007) que afirmam que os níveis de *Burnout* podem ser influenciados pelo tipo de ocupação desempenhada, neste estudo a síndrome de *Burnout* não é influenciada pela função que os cuidadores formais exercem na instituição, o que, refletindo-se sobre o contexto estudado, se pode dever ao facto de que os cuidadores apesar de terem ocupações diferentes atuam no seu trabalho como uma equipa difundindo um sentimento de implicação partilhada procurando exercer determinadas funções em conjunto (Katzenbach & Smith, 1993, cit. in Passos, 2001). Esta poderá ser uma justificação para o facto de a função exercida não influenciar os níveis de *Burnout* apresentados pelos cuidadores formais. Assim, pode dizer-se que a hipótese 6 (a função

que o trabalhador exerce na instituição pode estar associada a maiores níveis de *Burnout*) foi infirmada neste estudo.

No que diz respeito ao horário de trabalho e à sua associação para com o aparecimento da síndrome de *Burnout* este estudo mostrou que o horário de trabalho não está relacionado com os três níveis de *Burnout*. Ou seja, a hipótese 7 (o horário de trabalho associa-se aos níveis de *Burnout*) não foi corroborada. No entanto a literatura refere que o horário de trabalho é um dos fatores organizacionais que pode contribuir para o aparecimento da síndrome, nomeadamente se os indivíduos forem constantemente obrigados a efetuar mudanças de horário e em períodos curtos de tempo, bem como a desempenhar o seu trabalho por turnos (Patrick & Levery, 2007). Contudo, sabe-se que isso não acontece na instituição. Pelo contrário, grande parte dos cuidadores formais da amostra têm um horário de trabalho fixo e para além disso a maioria acaba por trabalhar menos de 35 horas semanais, pelo que se acredita que estes fatores tenham contribuído para estes resultados.

Relativamente às razões específicas nomeadas pelos cuidadores que os levavam a manifestar vontade de mudar de profissão, procurou-se saber se essa vontade poderia estar ou não relacionada com a síndrome de *Burnout* e compreendeu-se que a vontade que os cuidadores manifestavam em mudar de profissão está relacionada com os níveis de *Burnout*. O que fez com que a hipótese 8 (há razões específicas que levam a querer mudar de profissão que estão associadas a maiores níveis de *Burnout*) se pudesse confirmar. Estes resultados são coerentes com os da literatura, uma vez que segundo Benevides-Pereira (2002) os indivíduos que apresentam *Burnout* estão desmotivados e não investem na sua profissão, acreditando muitas vezes que a mudança da mesma possa melhorar essa condição.

Tal como se pode constatar, a maior parte dos resultados obtidos não foram de encontro às hipóteses que se estabeleceram previamente para este estudo. No entanto, considera-se que os resultados obtidos são passíveis de serem compreendidos, pois comparando este estudo com outros, sabe-se que este é um pouco diferente, visto que foi realizado numa só instituição que tem características muito particulares, nomeadamente, apesar de ser uma só instituição é constituída por 2 valências distintas, o lar da terceira idade e a unidade de cuidados continuados. Os cuidadores formais que participaram no estudo apesar de pertencerem a uma só instituição, desempenham

funções diferentes uns dos outros dentro da mesma, o que por si só já poderá influenciar os resultados obtidos.

Para além disso, as razões que se podem apontar de modo a justificar os baixos níveis de *Burnout* encontrados nos cuidadores formais da instituição podem ter a ver com o facto de os cuidadores da instituição trabalharem em equipa promovendo a coesão grupal, fator esse que poderá contribuir para o aumento da satisfação com o trabalho e a diminuição do *Burnout*, pois segundo alguns estudos quanto maior for a satisfação com o trabalho menor é o nível de *Burnout* (Visser, Smets, Oort & Haes, 2003), assim como menor é a probabilidade de cometer erros nas tarefas desempenhadas e maior é a qualidade dos serviços prestados (Cedfedt et al.,2010). Alguns estudos referem também que quanto mais satisfeitos os profissionais se mostram para com as relações interpessoais estabelecidas no contexto de trabalho e quanto mais se sentem reconhecidos e valorizados, menor é o *Burnout* (Thieleman & Cacciatore, 2014).

No entanto, a ausência de *Burnout* na maioria dos cuidadores formais estudados também poderá ser explicada pelo facto de a instituição adotar medidas que de certa forma podem atuar como sendo preventivas da síndrome, nomeadamente: evitam o excesso de horas extra, proporcionam condições de trabalho atrativas e gratificantes (por exemplo, grande parte dos trabalhadores descreveram que trabalhavam 35 horas semanais ou menos sendo que referiram também ter um horário fixo), é uma instituição que reconhece a necessidade e importância da formação permanente e que investe no aperfeiçoamento profissional dos colaboradores, assim como fornecem suporte social às equipas e procuram envolver os colaboradores a participar nos processos de tomada de decisão. E, segundo Gil-Monte (2003) todos estes fatores podem contribuir para a prevenção da síndrome de *Burnout* nas empresas.

Ao interpretar estes dados não se pode esquecer que este estudo tem limitações e por isso os resultados obtidos terão sempre que ser interpretados com alguma cautela. Importa ressaltar que os dados obtidos neste estudo dizem respeito a uma instituição específica e, portanto, não se pretende que os resultados sejam generalizáveis a todas as instituições semelhantes, pelo contrário. Para além disso, a amostra teve um número reduzido de participantes pelo que seria benéfico se houvesse a possibilidade de se realizar um aprofundamento do estudo, pois não se sabe se os que participaram no

estudo não o fizeram por serem os que se encontravam mais satisfeitos com o trabalho, sendo que seria para eles mais fácil falar dos sentimentos externos do que das suas fragilidades.

Portanto, é possível que os cuidadores que se encontravam menos satisfeitos com trabalho tivessem sentido um constrangimento maior ao responder ao questionário, uma vez que o estudo foi realizado por um estagiário que estava integrado na própria instituição. Assim, as principais limitações deste estudo prendem-se com o facto de a amostra ser bastante reduzida, o que acaba por gerar alguns obstáculos ao nível da generalização de resultados e da representatividade da amostra relativamente à população em estudo.

O tamanho da amostra pode ter contribuído negativamente para o facto de não se conseguirem verificar grandes diferenças na amostra, sendo por isso importante em estudos futuros alargar o estudo a outras instituições.

Uma outra limitação diz respeito ao instrumento utilizado para medir a síndrome de *Burnout*, pois para além de ser um instrumento ainda muito pouco utilizado, é uma escala de *likert* de autopreenchimento e pode gerar alguns erros, uma vez que apresenta várias opções que poderão ser interpretadas de diferentes formas. Por fim, salienta-se também outra limitação que tem a ver com a escassez de estudos neste tipo de profissionais bem como a pouca literatura que existe sobre esta temática.

Para além disso, este estudo podia ter sido um pouco mais completo se se tivessem usado outro tipo de instrumentos que permitissem estabelecer possíveis relações com os níveis de *Burnout* evidenciados pelos cuidadores. Nomeadamente instrumentos que permitissem mensurar o Suporte Social e a Satisfação com o Trabalho, pois tal como já se verificou anteriormente na literatura, estes dois conceitos poderão influenciar os níveis de *Burnout* apresentados pelos cuidadores. No entanto, devido a vários constrangimentos (tempo, burocracias...) teve que se optar por utilizar apenas o CBI medindo somente os níveis de *Burnout* dos cuidadores a três níveis distintos (pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente).

Acredita-se que também seria pertinente realizar junto dos cuidadores formais da instituição um estudo qualitativo utilizando-se a técnica da entrevista (semiestruturada), pois esta tipologia de estudo permite compreender e estudar de forma mais profunda e

detalhada o fenômeno, para além de também ser mais flexível, visto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que o estudo se desenvolve (Gil, 1999). Além disso consegue captar a comunicação não-verbal dos sujeitos, que acaba por ser muito importante, e possibilita obter informações mais precisas, podendo também ser comprovadas, de imediato, possíveis discordâncias no discurso dos sujeitos (Marconi & Lakatos, 2003).

Conclusão

Uma vez finalizado este estudo, algumas reflexões poderão ser lançadas em torno do que se desenvolveu ao longo do mesmo que podem interessar para estudos futuros, nomeadamente as limitações e o contributo desta investigação.

A revisão da literatura que se efetuou na primeira parte deste trabalho permitiu compreender melhor a síndrome de *Burnout* e a importância da sua presença no contexto laboral contemporâneo, contribuindo também de forma decisiva para a delimitação do estudo, nomeadamente, para uma melhor definição de objetivos. O enquadramento teórico realizado teve por base o aprofundamento dos dados relativos ao *Burnout* assim como perceber o seu impacto nos trabalhadores dos serviços humanos (cuidadores formais). Assim, foi fundamental compreender diversos conteúdos relativos ao *Burnout*, nomeadamente, as implicações do ato de cuidar, as várias definições da síndrome de *Burnout* bem como os fatores causais da mesma, as suas consequências e os principais sinais e sintomas. Para além disso, foi de igual modo importante saber de que forma se poderá prevenir e intervir na síndrome.

Os objetivos traçados para este estudo foram alcançados uma vez que foi possível compreender os níveis de *Burnout* apresentados pelos cuidadores da SCMCP e verificar que algumas variáveis socioprofissionais podem estar associadas à síndrome, como por exemplo, a carga horária de trabalho, a vontade de abandonar o local de trabalho e a vontade de mudar de profissão.

Das 8 hipóteses consideradas inicialmente foram confirmadas apenas 3, especificamente as que consideram que quanto maior for a carga horária dos colaboradores, maiores serão os níveis de *Burnout* apresentados pelos mesmos, que há motivos específicos que levam a querer abandonar o local de trabalho associados aos níveis de *Burnout*, e, por fim, que há razões específicas que levam a querer mudar de profissão que estão associadas a maiores níveis de *Burnout*.

No que diz respeito aos resultados compreendeu-se que não existe qualquer correlação entre a idade dos participantes e o *Burnout*; que os níveis de *Burnout* não são influenciados pelas habilitações literárias nem pelo estado civil dos sujeitos e que o *Burnout* Pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho são influenciados pela carga horária do trabalhador; que a vontade de abandonar o local de trabalho parece estar

significativamente relacionada com os três níveis de *Burnout*, que a síndrome não parece ser influenciada pela função que os cuidadores exercem na instituição nem pelos seus horários de trabalho; e, por fim, compreendeu-se que a vontade dos cuidadores em relação ao mudar de profissão parece estar significativamente relacionada com a síndrome de *Burnout*.

Para além disso, a maioria da amostra inquirida, de acordo com os resultados obtidos, refletiu baixos níveis de *Burnout* nas três escalas do CBI.

As limitações deste estudo prendem-se sobretudo com o facto de a amostra não ter sido aleatória, mas sim por conveniência, o que poderá enviesar os resultados obtidos com o número de participantes no estudo visto que apenas participaram 77 de tal forma que se se conseguisse mais participantes teria sido mais vantajoso pois os resultados seriam mais enriquecidos.

A amostra do estudo também não permite que os resultados sejam generalizados. Pelo contrário, todas as conclusões obtidas apenas dizem respeito à população estudada e circunscrita à instituição em questão (cuidadores formais de idosos/utentes da SCMCP).

O estudo efetuado também poderia ser um pouco mais ambicioso, pois poderiam ter sido escolhidos outros instrumentos que permitissem avaliar outras variáveis que poderiam ter interesse em relacionar com o *Burnout*, como por exemplo o Suporte Social e a Satisfação com o Trabalho, o que pode ficar como sugestão para estudos futuros.

Para além disso, seria interessante se se procurasse estender o estudo a outras instituições que prestassem o mesmo tipo de serviços, pois isso iria permitir conhecer melhor o fenómeno estudado. Mas, tal como já foi sendo referido ao longo do estudo, as características da amostra e os objetivos traçados para esta investigação foram delineados tendo em conta o tempo, custos e burocracias necessárias, daí se ter optado por realizar um estudo mais simples.

Para além das limitações acredita-se que este estudo também apresenta pontos fortes, na medida em que, desde logo, acarreta várias vantagens para a instituição onde foi efetuado: permitiu conhecer melhor a realidade dos colaboradores e compreender

como se sentem na instituição, bem como conhecer a sua perceção sobre o trabalho que desempenham, o que permitirá realizar algumas intervenções junto dos colaboradores. Neste âmbito pode ser pertinente avaliar se será necessário proceder a mudanças organizacionais, implementar atividades que melhorem a satisfação dos mesmos, facultar apoio psicológico aos colaboradores que se mostrem emocionalmente mais exaustos, promover ações de formação adequadas, entre outras.

Os estudos efetuados sobre a Síndrome de *Burnout* são muito importantes, pois para além de permitirem aprofundar os conhecimentos sobre o fenómeno, ajudam também a compreender quais os fatores que podem ser impulsionadores da síndrome. Para além disso permitem compreender que é necessário que a prevenção e a intervenção no *Burnout* sejam abordadas como um problema coletivo e organizacional e não como um problema exclusivamente individual.

Em suma, a nível pessoal pode considerar-se que este estudo foi sem dúvida um grande desafio, pois os resultados obtidos nesta investigação não foram de encontro àquilo que era expectável e isso obrigou-nos a refletir sobre as mais variadas razões que poderiam ter originado esses resultados, o que nem sempre foi fácil.

A oportunidade de lidar com cuidadores nas suas variadas experiências foi provavelmente a mais-valia deste estudo, possibilitando uma reflexão pessoal sobre a dimensão do cuidar do outro que se esperava que tivesse um peso maior nos participantes. Por outro lado, foi muito interessante poder refletir sobre a aplicação dos conhecimentos da psicologia à experiência individual na prestação de cuidados ao outro, e ao contexto laboral como área primordial do desenvolvimento humano. Por fim, salienta-se o contacto com esta realidade estudada na instituição que contribuiu e muito para um enriquecimento profissional e pessoal.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios
- Bakker, A. B., & Demerouti, E., & Sanz - Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organisational Psychology and Organizational Behaviour*, 1, 19.1-19.23
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), 119-129
- Benevides- Pereira, T. M. A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Brito, F. C., & Ramos, L. R. (2002). Serviços de atenção à saúde do idoso. In M. P. Netto, (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 394-402). São Paulo: Ateneu
- Brito, L. (2001). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto
- Cabral, F. (2011). *Segurança e saúde do trabalho: Manual de prevenção de riscos profissionais*. Lisboa: Verlag Dashofer
- Cedfeldt, A., Bower, E., English, C., Grady-Weliky, T., Girard, D. & Choi, D. (2010). Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions. *Medical Education*, 44, 977-984.
- Cherniss C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger
- Cocco E., Gatti, M., Mendonça Lima C. & Camus V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 78-85

- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71
- Coyne J., & Racioppo, M. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi
- Demeneck, V. & Kurowski, C. (2010). Síndrome de Burnout: ameaça da saúde mental do trabalhador. *Programa de Apoio à Iniciação Científica*, 503- 518
- 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*, 32,4- 21
- Dickinson-Bannack, M., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M., Palomeque, R., González-Quintanilla, E. & Hernández-Vargas, I. (2007). Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 75-79
- Estella, G. F., Díaz, J. A., Alonso, J. A. B., Garzón, P. J. C., Camacho, A. F., Sendín, J. J. R., Pedro, I. S. e Camiño, J. M. S. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. *Medicina General*. 43. 278-283
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2005). *Stress e Trabalho - Uma Abordagem Psicossomática* (4ª ed.). São Paulo: Atlas, S.A

- Francos, M. (2005). Factores generadores de estrés: Un caso concreto. *Informaciones Psiquiátricas*, 75-93
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165
- Freudenberger, H. J. (1975). The Staff Burn-out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, volume 12, # 1, 73-83
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173
- Gil, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ªed.). São Paulo: Atlas, 2002
- Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U. e Ocaña, J. I. S. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental; Vol. 32, Nº 3. 31:205-214*
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología
- Gil-Monte, P.R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária. *Revista Eletrónica InterAção Psy*, 1, 19-33
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318
- Gonçalves Estella, F., Aizpiri Díaz, J., Barbado Alonso, J., Cañones Garzón, P., Fernández Camacho, A., Rodríguez Sendín, J., Serna de Pedro, I., & Solla Camino, J. (2002). Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283
- Hernandez-Martin, L., Fernandez-Calvo, B., Ramos, F., Contador, I. (2006). Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionários de prisiones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 155-64

- Ifeagwazi, C. (2006). The Influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(4), 359-373
- 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
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. *Fundamentos de metodologia científica* (5ªed.). São Paulo: Atlas, 2003
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS* (1ªed.). Lisboa. Edições Sílabo
- Martins, R. M. (2007). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, XX, 128-134
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. In G. S. Sanders e J. Suls (eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, Londres, Laurence Erlbaum Associates
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192
- Maslach, C. e Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2. 99-113
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: News perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Maslach, C., Jackson, S & Leiter, M. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press

- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422
- Monteiro, B. D. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014) Empatia e Engagement como Preditores do Burnout em Cuidadores Formais de Idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(1), 2-12
- Montero-Marín, C., García- Campayo, J., Mera, D., & Hoyo, Y. (2009) A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4, 31
- Nascimento, L., Moraes, E., Silva, J., Veloso, L. & Vale A. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514-517
- Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Civeri Publishing
- 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
- Passos, A. (2001). Grupos e equipas de trabalho. In J. Ferreira, J. Neves & A. Caetano (Coord.) *Manual de psicossociologia das organizações* (pp. 335-355). Amadora: McGraw-Hill
- Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores

- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 345-362
- Pines, A., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ªed.). Porto: Livpsi
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875
- Ritter, R., Stumm, E. & Kircher, R. (2009). Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11(2), 236-248
- Saldanha, A. L., & Caldas, C. P. (2004). *Saúde do Idoso - A arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na Vida de Todos os Dias* (3ª ed.). Coimbra: MinervaCoimbra
- Simões, A. C. S. (2013) *Burnout em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco: Instituto Superior de Castelo Branco
- Siqueira, M. M., Jesus, S. N., & Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da Saúde Teoria e Pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo
- Sousa, I., Mendonça, H. & Zanini, D. (2009). Burnout em professores universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1), 1-8

- Spooner-Lane, R. & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 8-16
- Thieleman, K. & Cacciatore, J. (2014). Witness to Suffering: Mindfulness and Compassion Fatigue among Traumatic Bereavement Volunteers and Professionals. *Social Work*, 59, 34-41.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., Hallak, J. E. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psicologia Clínica*, 34 (5), 223-33
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco., J. (2013). Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em Profissionais Portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2013, 14 (1), 152-167
- Visser, M., Smets, E., Oort, F. & Haes, H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168(3), 271-275.
- Vladut, C. I., Kallay, E. (2010). Work, stress, personal life, and Burnout. Causes, consequences, possible remedies. *Cognition, Brain, Behavior*, 14 (3), 261-80
- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, Nº. 2, 323-336
- Zamora, Z. & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142
- Zellars, K., Perrewe, P., & Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 1570-1598

Anexo A)

Exmo Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva

Dr. Artur José Beleza de Vasconcelos Oliveira

Juliana Marisa Fernandes Silva, a frequentar o Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa vem por este meio solicitar Vossa Excelência para que possa aplicar o questionário que se anexa a todos os colaboradores (com qualquer tipo de vínculo laboral) que prestam cuidados diretos aos utentes da Unidade de Cuidados Continuados, do Lar da Terceira Idade e do Serviço de Apoio Domiciliário.

Este pedido surge no contexto do estudo da Síndrome de *Burnout* em cuidadores formais que exercem as suas funções na Unidade de Cuidados Continuados, Lar da Terceira Idade e Serviço de Apoio ao Domicílio.

Este estudo tem como principais objetivos:

- Determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nos colaboradores que prestam cuidados diretos aos utentes da Unidade de Cuidados Continuados, do Lar da Terceira Idade e do Serviço de Apoio Domiciliário;
- Avaliar sentimentos da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) nos colaboradores que prestam cuidados diretos na Unidade de Cuidados Continuados, no Lar da Terceira Idade e no Serviço de Apoio Domiciliário.

Comprometo-me à confidencialidade de todos os dados recolhidos durante a investigação e ao envio dos resultados da pesquisa se assim o entenderem.

Agradeço desde já a atenção dispensada e fico ao dispor para qualquer esclarecimento.

Porto, Março de 2015

Com os melhores cumprimentos

Anexo B)


Autorização para a utilização do Instrumento – *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)

E-mail enviado

← [+] ! [🗑️] [📁] [📧] Mais ▾ 72 de 840 < > Pt ▾

Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis [🗑️] [📄] [📧]

Caixa de entrada x


 **Juliana Marisa Fernandes Silva** <29449@ufp.edu.pt> 26/02/15 ☆ [↩️] [▾]
para tsk ▾

Dear Doctor Tage S. Kristensen

I am a student of "Health and Clinical Psychology" Master Course, in Fernando Pessoa University, at Oporto, Portugal. We're preparing a thesis on the burnout syndrome in formal caregivers and the Copenhagen Burnout Inventory is an interesting and useful tool to use in this work. Thus, we ask for your permission for the use of CBI in our study.


Thank you very much.
Best regards,

Juliana Silva
Master student
Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

 **Tage Søndergaard Kristensen** <tsk@task-consult.dk> 27/02/15 ★ [↩️] [▾]

Resposta

← [+] ! [🗑️] [📁] [📧] Mais ▾ 72 de 840

 **Tage Søndergaard Kristensen** <tsk@task-consult.dk> 27/02/15 ★ [↩️] [▾]
para mim ▾

Dear Juliana,

Thank you very much for your mail.

The questionnaire is in public domain, and everyone is free to use it.

I enclose some material for your information.

Best regards,

Tage

Tage Søndergård Kristensen
Task-Consult
Østre Alle 35E
3250 Gilleleje
Mob 29 70 40 12
E-mail tsk@task-consult.dk

E-mail enviado

67 de 840

Autorização para usar o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) na Tese de Mestrado- Versão adaptada em Português   

Caixa de entrada x

 **Juliana Marisa Fernandes Silva** <29449@ufp.edu.pt> 27/02/15 ☆  

para cesaltinofonte ▾

Caro Doutor Cesaltino Fonte,

Sou estudante do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e, neste momento, estou a desenvolver uma Tese sobre o "Burnout nos cuidadores formais". Assim, tendo já pedido autorização ao autor do instrumento original, gostaria também de lhe pedir autorização para usar a versão do instrumento adaptada para português. Uma vez que, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) é um instrumento muito interessantes para o trabalho que pretendo desenvolver.

Grata pela atenção.

Cumprimentos,




Juliana Silva
Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Resposta

67 de 840

Juliana Silva
Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Cesaltino Fonte
Aderir ao Google+

 **Cesaltino Fonte** <cesaltinofonte@gmail.com> 10/03/15 ☆  

para mim ▾

Boa
Dr.ª Juliana Marisa Fernandes Silva


Muito obrigado pelo seu interesse no questionário CBI - PT.
Informo que pode aplicar a escala no seu trabalho.

Bom trabalho

Cumprimentos,

Cesaltino Fonte

....

 CBI - PT pdf.pdf

Anexo C)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo:

Síndrome de *Burnout* em Cuidadores Formais

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos do estudo que será efectuado. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Juliana Marisa Fernandes Silva

Assinatura:

Anexo D)



QUESTIONÁRIO

Este questionário é realizado no âmbito de Mestrado Integrado de Psicologia, na área de Psicologia Clínica e de Saúde, a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (Dissertação de Mestrado), sendo importante salientar que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual, e não da instituição a que pertencem.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Não existem respostas certas ou erradas, por isso solicita-se que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

Obrigado pela sua colaboração!

Grupo I - Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** _____

2. **Estado Civil:**

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Solteiro |
| <input type="checkbox"/> | Casado ou a viver em união de facto |
| <input type="checkbox"/> | Divorciado, separado |
| <input type="checkbox"/> | Viúvo |

3. **Habilitações literárias:**

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Até ao 4º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 6º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 9º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 12º ano |
| <input type="checkbox"/> | Licenciatura/Mestrado/Doutoramento |

4. **Tem filhos?** Sim Não

Se respondeu sim. Quantos? _____

5. **Com quem vive actualmente?**

Vive Só Acompanhado(a)

6. Local de residência:

Meio Rural
Meio Urbano

7. Qual a valência em que desempenha funções? _____

8. Há quanto tempo trabalha com idosos/doentes? _____

9. Há quanto tempo trabalha na U.C.C/ Lar ou S.A.D? _____

10. Qual a função que exerce? _____

11. Já teve outra ocupação anteriormente? Sim Não

11.1 Se sim, qual: _____

12. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____

13. Tipo de horário que faz?

Trabalha por turnos
 Horário fixo

14. Quantas horas trabalha por semana?

35 horas semanais
 Menos de 35 horas semanais
 Mais que 35 horas semanais

15. Durante o último mês faltou ao serviço?

Nunca
 Raramente (1- 2 vezes)
 Algumas vezes (3- 4 vezes)
 Bastantes vezes (mais que 5 vezes)

16. Se tivesse possibilidade de mudar deixaria o seu local de trabalho actual?

Sim Não

Quais as razões que o levariam a essa mudança? _____

17. Se tivesse oportunidade mudava de profissão?

Sim Não

Quais as razões que o levariam a essa mudança? _____

Grupo II - Inventário de *Burnout* de Copenhagen

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões de *Burnout*. Não existem respostas correctas ou erradas. Os indivíduos deverão optar por sinalizar a resposta que exprime com maior veracidade a sua experiência. Para cada uma das frases deverá responder de acordo com a frequência que sente relativamente ao que lhe está a ser questionado. Para isso, só tem que assinalar com uma cruz a resposta que, na sua opinião, lhe parece mais verdadeira.

Nota:

- Síndrome de *Burnout*: refere-se à forma como os indivíduos reagem ao *stress* crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos quer em relação às pessoas com as quais trabalham quer em relação ao seu próprio papel profissional.

***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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase Nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/ Quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Burnout relacionado com o utente

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>