

Introdução

Atualmente, vivemos em sociedades pautadas pelas transformações, cada vez mais centralizadas nas questões de promoção, prevenção e inclusão social, que visam proporcionar uma melhoria geral, na qualidade de vida e bem-estar das pessoas com deficiência. Como consequência, surge um novo grupo profissional: os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência, e no caso do presente trabalho de investigação, mais especificamente, de pessoas com deficiência intelectual.

Trabalhar com pessoas que necessitam diariamente de cuidados singulares e específicos, requer por parte dos profissionais, um grande envolvimento e vitalidade. As exigências laborais a que estão expostos no dia-a-dia (apoio prestado ao nível da comunicação, independência social, vida diária, capacidades sociais, utilização da comunidade, autonomia, saúde e segurança, capacidades académicas funcionais, lazer e trabalho) podem originar situações específicas de *stress* e danos psicossociais (ao nível físico, psicológico). As vulnerabilidades apresentadas, pelos prestadores de cuidados formais, podem reflectir-se sobre as pessoas que deles dependem, sobre as organizações ou mesmo sobre o seu próprio bem-estar geral (Martins, Pais- Ribeiro & Garret, 2003).

Desta forma, parece-nos importante avaliar quais os riscos a que, diariamente, estão expostos os cuidadores de pessoas com deficiência, uma vez que, estes fatores se refletem, posteriormente sobre os cuidados prestados, colocando em causa o bem-estar de ambos. Considerando o impacto que estas dimensões poderão ter na vida de cuidadores e utentes pareceu-nos, desta forma pertinente aprofundar um pouco mais o conhecimento científico dentro desta temática e contribuir, de alguma forma, para o aumento do conhecimento científico e, eventualmente, sobre a intervenção e ou prevenção que possa ser desenvolvida para diminuir os riscos destes prestadores de cuidados formais.

Dividimos, por isso, a nossa dissertação em dois capítulos. O primeiro contempla o enquadramento teórico do estudo, no qual abordamos o conceito e a contextualização sobre a deficiência intelectual, o papel do cuidador formal e as vulnerabilidades e riscos psicossociais mais relevantes para o estudo. E o segundo capítulo a metodologia utilizada, assim como a caracterização da amostra, os instrumentos usados na investigação, apresentação do desenho metodológico, os objectivos, as hipóteses de investigação estabelecidas, tendo como base a revisão bibliográfica efetuada e os procedimentos adotados aquando da aplicação dos mesmos.

Após a apresentação e discussão dos resultados apresentaremos as devidas conclusões que serão retiradas desta investigação para um melhor conhecimento acerca desta temática.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

Introdução

A modernização das sociedades, sentida essencialmente no século XX, trouxe consigo a renovação do conceito da deficiência. Os indivíduos, até então excluídos, marginalizados e rejeitados, passaram a ser vistos como parte integrante das sociedades, com os mesmos direitos e deveres, dos cidadãos em geral. Podendo assim, usufruir de condições e padrões de vida semelhantes as quais usufrui um indivíduo da mesma idade, no mesmo lugar e do mesmo grupo social (Jiménez, 1997; Niza, 2012; Santos, 2007).

Encontrar um critério uniforme, que reúna consenso, para definir o conceito da deficiência, nomeadamente a intelectual, não se apresenta tarefa fácil. A uniformização destas concepções mostra-se uma missão quase impossível, uma vez que, têm de ser definida de forma contingencial, tendo em conta o contexto temporal, espacial e social de cada indivíduo (Omote, 1994; Amaral, 1994).

Devido a esta sensibilização das sociedades para a necessidade de apoio aos indivíduos com deficiência e para que a inclusão social fosse realizada com tenacidade, foi necessário criar um novo grupo de profissionais, os prestadores de cuidados, responsáveis pela qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos com deficiência. Estes profissionais são os principais colaboradores das equipas de reabilitação que diariamente apoiam, protegem e proporcionam uma vasta gama de cuidados, aos indivíduos que deles dependem, para realizarem as suas atividades diárias e se integrem, de forma sadia nas sociedades. Devido à intensidade diária dos cuidados que prestam estes cuidadores estão continuamente expostos a situações de grande desgaste físico e ou emocional (ao nível dos cuidados de higiene pessoal, alimentação, transferências (cadeira, cama, local), educação, promoção de atividades recreativas e de lazer, entre outros atividades realizadas continuamente e com necessidade de apoio constante).

A exposição continuada, destes profissionais, a situações de grande tensão e desgaste, poderá conduzi-los a ruptura pessoal e profissional, com consequências preocupantes para o prestador de cuidados, para a organização onde são prestados os cuidados e para quem recebe esses mesmos cuidados (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003).

1.1. Breve resenha histórica do conceito de Deficiência

Ao longo dos séculos prevaleceu a ideia que um corpo deformado correspondia a uma mente perturbada. Neste sentido, as pessoas com deficiência foram, durante muito tempo,

excluídas e incompreendidas. Reflexo desta insipiência, eram as atribuições e as atitudes que as sociedades do passado tinham perante as pessoas com deficiência, onde a dissemelhança era um estigma que provocava medos, frustrações, superstições e exclusão (Silva, 2001). O medo provocado pela diferença foi durante séculos, colmatado pela total intolerância das sociedades, onde indivíduos com algum tipo de malformação eram considerados impuros, isto é, indivíduos que não tinham o direito de pertencer às comunidades sociais existentes (Gugel, 2007).

Durante séculos acreditou-se que excluir esta população, do mundo dos demais era a única solução para o problema, a exclusão foi pois o espelho da política praticada globalmente, até meados do século XX, onde as atitudes de exclusão continuavam enraizadas nas sociedades (Correia, 1997; Jimenez, 1997, as cited in Campos & Martins, n.d.).

Só após o renascimento humanista, nos anos 60, é que os indivíduos com deficiência passaram a ter voz nas sociedades, a ter o direito à educação, aos cuidados de saúde e reabilitação, ou seja, passaram a ser vistos como parte integrante das sociedades, com a “possibilidade de desenvolverem uma vida tão normal quanto possível. (Jiménez, 1997, p.24).

As sociedades, que até então excluía e segregavam estes indivíduos, passaram a ser responsabilizadas pela melhoria das suas condições de vida, dos seus familiares e das organizações que dignificam e promovem a igualdade de direitos e, simultaneamente, permitem sua integração social (Portal do Cidadão com Deficiência, 2003; Sanches & Teodoro, 2006). De facto, os anos 60 marcaram a mudança na concepção das deficiências e nos comportamentos perante as pessoas com deficiência, e nomeadamente com deficiência intelectual. A partir desse momento, passou-se de uma concepção reducionista (medico-orgânica, psicológica do tipo psicométrico) para uma concepção multidimensional da deficiência, ou seja, a humanidade passou a centrar-se no funcionamento dos indivíduos com deficiência e a dar grande importância aos seus meios de inserção ou inclusão social (Alonso & Bermejo, 2001).

O renascimento humanístico trouxe consigo a mudança da terminologia da deficiência. De facto, revelou-se fundamental terminar com as conotações pejorativas que, durante séculos, acompanharam estes indivíduos. Assim sendo, a terminologia mais utilizada nos dias de hoje, e a mais comumente aceite, é a de pessoa com deficiência, por oposição à designação de “deficiente”. Esta designação reforça a percepção das pessoas com deficiência, como pessoas com valor e poder pessoal para realizarem escolhas, tomar decisões e assumirem o controlo das situações em seu redor, de indivíduos com responsabilidades na sociedade (Sasaki, 2003; Sasaki 2005)

1.2.O conceito de Deficiência

Ao longo do tempo, o conceito histórico e social sobre a deficiência intelectual sofreu diversas reformulações, tal como o conceito de pessoa com deficiência. Para que possamos entender este conceito na sua totalidade e plenitude, achamos pertinente iniciar esta contextualização pela definição mais atual e aceite de deficiência, de acordo com organizações de referência na área.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), deficiência representa qualquer perda ou malformação da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, definida através de um fenómeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade na qual ela vive (OMS, 1995, 2004). Tendo em conta esta definição, podemos afirmar que um indivíduo com deficiência é uma pessoa que apresenta incapacidade/limitações para realizar determinadas atividades do seu quotidiano, decorrentes da sua interação com o meio e do padrão considerado normal, para o ser humano.

Já a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto Lei nº 56/2009, de 30 de julho. Diário da República n.º 146, de 30 de Julho de 2009, p. 4906, I Série. Assembleia da República. Lisboa) afirma que “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

De acordo com a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, “considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatômica, susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes” (Decreto Lei nº9/89 de 2 de maio. Diário da República n.º 100/89. I Série-A. Assembleia da República. Lisboa).

Tendo em conta a literatura consultada, podemos ainda, afirmar que a população com deficiência é constituída por um grupo bastante heterógeno, uma vez que, existem vários tipos de deficiência:

-Deficiência física - “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral,

membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções” (Decreto Lei nº3.298/ 1999, de 20 de Dezembro, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Brasil).

-Deficiência auditiva - “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz” (Decreto Lei nº3.298/ 1999, de 20 de Dezembro, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Brasil).

- Deficiência visual – danos produzidos no sistema visual podendo variar quanto às causas (traumatismo, demência, malformação ou deficiente nutrição) e/ou natureza (congénita, adquirida ou hereditária), o que produz redução ou perda de capacidade para realizar tarefas visuais (Acapo, 2009, as cited in Soares, Fontinho, Duarte, Marques & Matias, 2009, p. 3);

- Deficiência intelectual – limitação ao nível funcionamento cognitivo e adaptativo, que se manifesta durante o período de desenvolvimento, ou seja antes dos 18 anos de idade, que limitam a capacidade dos indivíduos para aprender e, conseqüentemente, para tomarem decisões lógicas, fazerem escolhas e julgamentos e também na sua capacidade de auto-controlo e de interacção com o outro (Vieira & Pereira,2003, p. 43; Asociación de las personas con discapacidad intelectual del Suroeste de Almeria, n.d.).

- Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Constatamos também, que os indivíduos com deficiência são a minoria mais numerosa e desfavorecida do mundo, e que em 2001, mais de 6,1% da população total de Portugal era representada por indivíduos com algum tipo de deficiência, sendo que destes 0,7% eram indivíduos com deficiência intelectual (Portal do Cidadão com Deficiência, 2003, Associação Portuguesa de Deficientes, 2009; Instituto Nacional Estatísticas, 2001).

Na atualidade o conceito de deficiência tem uma matriz multidimensional, matriz essa que foi emergindo ao longo dos séculos, e apesar das dificuldades encontradas durante a sua evolução, nos dias de hoje este conceito assenta sob uma classificação dinâmica e interativa, classificando os indivíduos com deficiência por categorias e passou-se a dar maior ênfase e a valorizar principalmente as suas funcionalidades ou capacidades e não apenas as suas limitações ou incapacidades (American Association on Mental Retardation, 2002; Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, 2006; Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, 2009).

1.3.O conceito de Deficiência Intelectual

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) 10% da população dos países em desenvolvimento são indivíduos com deficiência, sendo que metade destes são indivíduos com deficiência intelectual. Considerando esta prevalência, parece-nos importante definir e compreender o conceito de deficiência intelectual, procurando assim esclarecer claramente o conceito e evitar a perpetuação de preconceitos, estereótipos e estigmas, que continuam a subsistir em redor deste conceito.

A concepção multidimensional da deficiência possibilitou-nos compreender e alargar horizontes e concluir que não é suficiente identificar o tipo e o grau de deficiência, uma vez que, o grau de incapacidade intelectual, por si só, não é suficiente para categorizar um indivíduo. Para tal, devemos de ter em atenção as suas limitações funcionais, os fatores ambientais e pessoais, e as necessidades de apoio individualizado, para assim, quantificarmos e categorizarmos as problemáticas destes indivíduos (American Association on Mental Retardation-AAMR, 2002).

Face à multidimensionalidade deste conceito, percebemos que é importante conhecer as funcionalidades e incapacidades das pessoas com deficiência, ou seja, temos que, primeiramente conhecer as habilidades do indivíduo e os apoios que recebe do meio de inserção, para assim, compreendermos a sua realidade funcional.

Define-se, deste modo, deficiência intelectual como uma incapacidade, ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, assim como no funcionamento individual, quando o indivíduo se encontra dentro de um contexto social (AAMR, 2002). Isto é, perante uma pessoa com deficiência intelectual, temos que ter em conta as suas limitações substanciais ao nível do funcionamento atual, caracterizado por um funcionamento intelectual global significativamente abaixo da média, onde existem, concomitantemente, limitações em duas ou mais das seguintes competências adaptativas: comunicação, autocuidado, vida diária, competências sociais ou interpessoais, utilização de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas, funcionais, de trabalho, lazer, saúde e segurança (AAMR, 2002, as cited in Luckasson, 1992).

De acordo com a American Psychological Association (APA, 2011), a deficiência intelectual define-se como uma perturbação que se caracteriza por um funcionamento intelectual abaixo da média de acordo com a sua faixa etária, isto é, um quociente intelectual igual ou inferior a 70.

As pessoas com deficiência intelectual apresentam também um défice no funcionamento adaptativo designadamente, “ (...) comunicação, cuidados próprios, vida

doméstica, competências sociais, interpessoais, uso de recursos comunitários, auto controlo, competências académicas funcionais, trabalho tempos livres, saúde e segurança (APA, 2004, p.39), com início antes dos 18 anos de idade, com diferentes graus de deficiência (deficiência ligeira, moderada, grave e profunda) (Luckasson et al.,2002, p.8).

É importante salientar que os diferentes graus de classificação de pessoas com deficiência intelectual (ligeira, moderada, grave e profunda) apenas servem como um apoio necessário para o melhoramento, de forma consistente e duradoura, do funcionamento cognitivo e do comportamento adaptativo dos indivíduos com deficiência intelectual.

Pudemos, então, definir de forma sumaria a deficiência intelectual como uma limitação do funcionamento intelectual, com limitações significativas ao nível do funcionamento adaptativo, em pelo menos, duas das áreas das habilidades adaptativas, que surge antes dos 18 anos e resultam de vários processos patológicos, que afectam o funcionamento do sistema nervoso central (Luckasson et al.,1992, p.5).

1.4.Deficiência Intelectual em Portugal

Devido à preocupação crescente das últimas décadas, sobre as pessoas com deficiência, o ano de 1981, foi considerado o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e implementados os seus direitos, enquanto cidadãos. Desta forma, os indivíduos com algum tipo de mal formação passaram a usufruir dos mesmos direitos e deveres, dos restantes cidadãos, estando em “pé de igualdade, no que respeita, às melhorias das condições de vida, resultantes do desenvolvimento económico e social” (Portal do Cidadão com Deficiência, 2003, p.3),ou seja, passaram “a participar plenamente na vida da sua comunidade, sem constrangimentos de qualquer espécie, tendo o direito de definir o seu próprio projeto de vida.” (Portugal, 2007, p.28).

Em 1990, o Conselho Económico e Social responsabilizou a Comissão de Desenvolvimento Social, pela elaboração das regras gerais de integração destes indivíduos, enquanto seres sociais com pelos direitos e deveres, iguais aos demais, tendo como base a Carta Internacional de Direitos Humanos. No entanto, o trabalho elaborado pela Comissão de Desenvolvimento Social foi de difícil resolução, uma vez que, se depararam com inúmeros obstáculos face a inclusão social, exigindo por isso, o apoio do governo para pôr em prática, as normas sociais de integração desenvolvidas (Portal do Cidadão com Deficiência, 2003, p.3).

Assim sendo, à luz da Legislação Portuguesa “considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função

psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica, susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais dominantes” (Decreto Lei nº 9/89 de 2 de maio).

Apesar de Portugal, possuir legislação sobre a deficiência, depara-se com vários obstáculos, na inclusão social destes indivíduos. Isto porque ainda, não apresenta infra-estruturas e equipamentos adaptados, em quantidades suficientes, para suprir as necessidades desta população. Isto obriga, muitas vezes, as famílias e ou tutores, a prescindirem dos seus empregos/ atividades diárias, para poderem prestar os cuidados/ apoio necessários, uma vez que o governo não consegue fazer face a totalidade das “exigências” desta população (Portal do Cidadão com Deficiência, 2003, Sanches & Teodoro, 2006). Perante tal realidade, o Governo, tem-se valido da reativação das instituições de ensino especial (as chamadas Instituições Particulares Solidariedade Social - IPSS), criando assim, novas unidades de especialização e implementado, medidas de discriminação positiva para a inserção desta população.

Para fazer face a esta lacuna social, o governo português criou a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, no entanto a sua execução não tem sido fácil, devido ao facto aos enviesamentos e a conotação negativa que a deficiência, ainda acarreta na nossa sociedade (Decreto Lei n.º 9/89 de 2 de maio; Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos, 2005; Instituto Nacional para a Reabilitação, 2006).

2.Prestadores de Cuidados

2.1. O Cuidado e sua Complexidade

No imaginário social, as pessoas com deficiência podem ser percepcionadas como pessoas frágeis e débeis, ou como pessoas com grande determinação e coragem. Mesmo contextualizada social, cultural e temporalmente, a deficiência continua a “transportar” consigo uma forte carga emocional, quer para os indivíduos que necessitam de cuidados, quer para os indivíduos que os prestam (Sá & Rabinovich, 2006, p.68-89).

Para melhor compreendermos a importância dos cuidadores/ prestadores de cuidados, na vida dos indivíduos com deficiência, nomeadamente a deficiência intelectual, é essencial definirmos cuidado e cuidadores ou prestadores de cuidados.

Cuidar é por natureza um acto intrínseco a condição humana (Leite,2006), ou seja, é uma preocupação constante e inerente do ser humano para consigo próprio e para com o

outro, proveniente das suas dimensões psicossociais e culturais (Fernandes, 2010; França, 2010).

Boff (1999, p.33) afirma que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Logo, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afectivo com o outro”. É por esse motivo, um ato de apoio temporário ou permanente, que serve para satisfazer as necessidades vitais dos indivíduos dependentes, e tem como principal objectivo, promover uma base de segurança, autonomia, protecção, melhoria e preservação da integridade dos indivíduos, satisfazendo, assim, as suas carências (Botelho, 2007; França, 2010).

O ato de cuidar pode também definir-se como “o compromisso com o cuidado existencial que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida” (Caldas, 2000, p.1), sendo uma interação entre os prestadores de cuidados e os indivíduos que recebem esses cuidados.

O cuidado está sempre relacionado com o outro, uma vez que, implica sempre preservação do bem-estar geral do outro. (Heidegger, 1995). Pode então, ser definido como um fenómeno universal, formado por acções subjectivas e transpessoais com objectivo de proteger, melhorar e preservar o outro (Watson, 2002, cit. in Pereira, 2007).

Tendo em conta, o tipo de cuidados que a pessoa necessita, o cuidador tem como principal função, proporcionar o bem-estar geral do indivíduo que tem ao seu cuidado. Ele pode ser percepcionado como um agente de qualidade de vida (construção multidimensional e subjectiva com base relacional entre o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (Lim & Zebrack, 2004; Halyard, & Ferrans, 2008)), uma vez que auxilia a pessoa, que necessita de cuidados, a retomar a sua vida e ou reintegrar-se socialmente. As principais funções, inerentes ao cuidado, implicam tudo aquilo que os indivíduos dependentes não conseguem realizar de forma autónoma, tais como: alimentação, higiene pessoal, educação, saúde, cultura, recreação e lazer, além da companhia, escuta, carinho, compreensão e apoio emocional (Goodhead & McDonald, 2007).

Desta forma, podemos então, definir cuidador como aquela pessoa, da família ou da comunidade que auxilia a outra, quando esta necessita de cuidados, devido as suas limitações físicas e ou cognitivas (Bini et al., 2006). Neste sentido, os prestadores de cuidados, em conjunto com o suporte familiar (composto por uma rede formal- instituições, serviços públicos/ privados e informal – familiares, rede de amigos, vizinhança), têm um importante papel na vida daqueles, que deles dependem (Martins, Pais-Ribeiro & Garrett, 2003).

Tendo em conta o conceito de cuidador é possível distinguir o tipo de cuidados prestados, em cuidados formais e informais (Goodhead &, McDonald, 2007), contudo, não podemos esquecer, que os diferentes contextos de cuidados estão relacionados entre si, uma vez que, só em conjunto conseguem abranger todas as áreas deficitárias da vida dos indivíduos, com deficiência intelectual (Gutierrez &Minyao, 2010).

Assim sendo, e tendo em conta o tipo de cuidados prestados, podemos diferenciar dois tipos de cuidadores: os cuidadores informais e os cuidadores formais.

Os cuidadores informais são pessoas próximas aos indivíduos com deficiência (pais, irmãos, amigos, vizinhos, entre outros) que prestam os cuidados regulares, normalmente no domicílio, marcados pela componente emocional e afectiva, não possuem formação específica na área e não são remunerados (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007; Fernandes, 2010; França, 2010; Karsch 1998). Por outro lado, os cuidadores formais são profissionais com conhecimento das metodologias terapêuticas próprias para a prestação de apoio a este tipo de população, com vínculo formal a um sistema de serviços (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007; Fernandes, 2010; França, 2010).

Dentro do sistema de serviços prestados, no contexto português destacamos as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) como um dos grandes contextos de integração, dos indivíduos com deficiência intelectual, para um melhor apoio para a pessoa com deficiência. As IPSS são entidades sociais, sem fins lucrativos, que surgem por iniciativa privada, não sendo administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, visam dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Dentro dos diversos objetivos destas instituições, destacam-se os seguintes: apoio às crianças, jovens e família; apoio na integração social e comunitária de pessoas portadoras de deficiência; proteção dos cidadãos na velhice e invalidez (Decreto-Lei n.º 119/83).

Como já foi referido, os cuidadores são indivíduos com grandes responsabilidades, devido a atividade que exercem, pois deles dependem aquelas pessoas, que não têm perspectiva de cura, mas que necessitam de auxílio para melhorarem e ou manterem a sua qualidade de vida. Desta forma, podemos afirmar que os prestadores de cuidados são indivíduos que diariamente, estão expostos a situações de grande vulnerabilidade, podendo daí obter danos na sua qualidade de vida e bem-estar. São indivíduos que necessitam de auxílio, apoio físico e emocional para fazerem face a sua falta de recursos (Mendonça,1998).

Neste sentido esta dissertação irá focar o impacto produzido por pessoas com deficiência na vida dos prestadores de cuidados formais a nível dos possíveis danos

provocados nesta difícil atividade: a nível pessoal, psicológico, pois é árdua a tarefa dos cuidadores formais que estão sujeitos nas suas tarefas laborais.

3. Vulnerabilidade ao *Stress* e *Burnout* nos Prestadores de Cuidados Formais

Ser cuidador é dedicar-se, é envolver-se, é ser responsável, é ter flexibilidade para promover segurança e autonomia, de forma a preservar a integridade dos indivíduos, que estão ao seu cuidado, é algo inevitável, além de ser um trabalho (Mendonça, 1998; Botelho, 2007; França, 2010).

A actividade laboral exercida pelos cuidadores de pessoas com défice, nomeadamente intelectual, é reconhecida como uma profissão bastante exigente. O desempenho das suas funções laborais, associadas a um esforço e envolvimento complementares, pode interferir com aspectos da sua vida pessoal, familiar, laboral e social, originando, por vezes, situações de fadiga, *stress*, desordens emocionais, constrangimentos, exaustão, entre outros (Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003). Tornando-os assim, mais vulneráveis (física, psicológica e social), aos diferentes agentes e processos causadores de danos psicossociais, pondo mesmo em risco, a capacidade para o exercício das suas funções laborais (Serra, 2002; Ilmarinen, 2001; Pereira, Silva, Castelo-Branco & Latino, 2002).

Quando as exigências laborais não estão ajustadas as competências do trabalhador, este desempenha-as, mas exhibe uma grande “sobrecarga” física e ou mental, com implicações na sua saúde e para a organização, onde exerce as suas funções, ou seja, o prestador de cuidados, demonstra falta de estratégias para resolver os seus problemas (Goodhead & McDonald, 2007). A falta de recursos pessoais, para fazer face as situações que lhe provocam *stress* e ou exaustão, podem ser percebidas, através da diminuição da produtividade, criatividade, motivação laboral, satisfação e bem-estar, assim como, pela estagnação do seu desenvolvimento pessoal e aumento de absentismo laboral, que por si só, se refletem no cuidado (Vargas, 2010, p.8; Martinez, Latorre & Fischer, 2009).

De acordo, com um estudo realizado em 2012, todos os profissionais que têm a sua saúde intelectual comprometida (ex.: depressão, ansiedade, *burnout*, fadiga laboral, *stress*), acabam por se mostrar como inaptos, para continuarem a exercer as suas atividades laborais, (Ruitenburg, Frings-Dresen & Sluiter, 2012). Um outro estudo, evidencia ainda, a existência de uma correlação negativa entre a capacidade para o trabalho, o *stress* e a saúde em geral dos trabalhadores, demonstrando assim, que os profissionais têm de estar bem, para exercerem as suas funções, de forma satisfatória (Nubling, Stobel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2006).

Figueiredo (2007), demonstrou também, nos seus estudos, que todas as actividades realizadas pelos prestadores de cuidados são uma fonte de dispêndio de energia, assim como, uma fonte causadora de *stress* e exaustão, pois, para além das actividades laborais desenvolvidas diariamente, ainda deverá ser dada relevância, aos papéis desempenhados e relacionados com as suas vidas pessoais. Neste sentido, podemos afirmar que um exigente, contínuo e intensivo ambiente de trabalho associado a vida pessoal de cada cuidador, pode direcioná-lo para a ruptura, ou seja, a deterioração da sua qualidade de vida e saúde mental, refletindo-se, assim, na qualidade de cuidados prestados (Day & Anderson, 2011; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

Tendo em conta, os indivíduos portadores de deficiência e os cuidados específicos, que diariamente carecem devido as suas limitações, é extremamente importante, proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida e bem-estar possíveis. Para tal, é necessário que os seus cuidadores se sintam aptos, física e mentalmente, para fazerem face as exigências laborais, organizacionais e pessoais, com que diariamente se deparam, conseguindo assim, proporcionarem aqueles que deles dependem, o melhor cuidado possível

3.1. Vulnerabilidade ao *Stress* e *Stress* Ocupacional

Como tem vindo a ser supracitado, o cuidado é uma atitude, que tem subjacente ao seu conceito a responsabilidade, a preocupação e envolvimento com o outro. Quando aliamos a este conceito, a definição de deficiência intelectual, adicionamos ao ato de cuidar um acréscimo de responsabilidade e envolvimento. Com o tempo, o comprometimento adicional dos cuidadores, poderá originar o aparecimento de situações causadoras de *stress*, ou seja, o aparecimento de catalisadores de riscos ocupacionais, que por si só, poderão provocar a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização dos trabalhadores (*burnout*) a nível pessoal (“diminuição da produtividade, criatividade, motivação no trabalho, satisfação e bem-estar do indivíduo, assim como a estagnação do desenvolvimento pessoal e aumento do absentismo” (Vargas, 2010, p.8)) e profissional (aumento do absentismo, acidentes no trabalho e erros de produção, fraco desempenho, fraco envolvimento, redução da satisfação com o trabalho, diminuição das relações interpessoais, erros de tomada de decisão, sentimentos de apatia, etc. (Frasquilho, 2005; Bicho & Pereira, 2007; Vargas, 2010)), impulsionando o empobrecimento da sua qualidade de vida e o dos cuidados prestados (conjunto de características laborais que contribuem para estimular a qualidade de vida do trabalhador e impulsionar o bem-estar geral, dos indivíduos e o controlo sobre as tarefas

desempenhadas (Green,2006)) (Day Anderson, 2011; Thomas et al, 2006; Codo, Sampaio & Hitomi, 1993).

O *stress* emerge num indivíduo quando este percebe que está perante um desequilíbrio (Teixeira, 2008), ou seja, quando surge um desequilíbrio entre os seus níveis de controlo e o meio envolvente (Bicho & Pereira, 2007). Os indivíduos avaliam o meio, determinam se este constitui uma ameaça ou um desafio, para o seu bem-estar, avaliam as exigências e os recursos de que dispõem, para enfrentarem as ameaças, e desenvolvem as estratégias de confronto, necessárias, para minimizar a vulnerabilidade sentida (Lazarus & Folkman,1984 as cited. in Graziani & Swendsen, 2007).

A vulnerabilidade ao *stress* é vista como o resultado da relação entre a predisposição pessoal e os acontecimentos da vida quotidiana de um indivíduo (Dohrenwend,1998), que podem ter origem fisiológica, psicológica ou social (Vaz Serra, 2000a). Assim, quando as exigências do meio são compreendidas como superiores às aptidões individuais, os indivíduos poder experimentar uma situação de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984 as cited. in Graziani & Swendsen, 2007; Lazarus, Folkman, Gruen & DeLongis, 1986).

A percepção de uma situação de *stress* está relacionada com o grau de vulnerabilidade apresentado (sentido) pelo indivíduo, isto é o indivíduo percebe que não dispõe de recursos suficientes para fazer face as exigências criadas pela situação que esta a gerar o *stress*. Exigindo assim ao trabalhador uma maior capacidade de gestão do seu tempo, das actividades que desempenha, das emoções, dos conflitos e das relações interpessoais, logo, mais vulneráveis ao surgimento de situações adversas associadas ao aparecimento de personalidades desajustadas (locus de controlo externo, intolerância, frustração e personalidade do tipo A (Canavarro, 1999)). Assim, uma situação de *stress* pode desencadear distorção da percepção, diminuição da tolerância à frustração, bem como, prejudicar os processos de tomada de decisão e provocar nos indivíduos a diminuição da percepção de saúde e bem-estar (Skosnik, Chatterton, Swisher, & Park, 2000; Serra, 2000^a; Canavarro, 1999).

Vários estudos defendem, que os prestadores de cuidados são indivíduos que estão muito vulneráveis ao *stress*, logo, mais propensos ao desenvolvimento de problemas de saúde mental. E que os elevados níveis de *stress* a que estão sujeitos, estão diretamente associados, com baixos níveis de bem-estar físico e psicológico.

Tendo em conta a actividade profissional exercida pelos dos prestadores de cuidados de pessoas com deficiência intelectual, percebemos que esta é uma profissão de “risco” que expõe os seus profissionais, a constantes pressões e exigências (internas e externas)

direccionando-os no caminho da exaustão e deterioração da sua saúde. Situação, que se agrava, pela sua incapacidade de adaptação, pela falta de reconhecimento e formação específica na área e de apoios sociais, pela escassez de recursos materiais e humanos para as necessidades do público-alvo, pelo elevado envolvimento com os beneficiários e família, pelos estereótipos e preconceitos associados à deficiência, pela sobrecarga das funções, entre outros factores (Valdés & Galicia, 2009). Deste modo, concluímos que os prestadores de cuidados pertencem a um grupo de trabalhadores que apresentam grande vulnerabilidade ao *stress*, como consequência direta, das suas funções laborais (Baba et al.,1999; Hooker et al.,2002).

Apesar da conotação negativista, que normalmente, acompanha o conceito de *stress*, Vaz Serra (2005), defende que o *stress* (medido pelas variáveis psicológicas, biológicas e sociais) também pode ser benéfico para os indivíduos, uma vez que, também, pode funcionar como um impulsionador de desempenho, produtividade e motivação, ou seja, pode funcionar como um moderador de stress (Loureiro, 2006, p.26).

Apoiados nas teorias, anteriormente, descritas podemos então considerar que existem dois tipos de *stress*; o *stress* negativo ou “distress” (que surge quando o individuo percebe os estímulos como uma ameaça, gerando uma sobrecarga em si) e o stress positivo ou “eustress” (que aparece quando os indivíduos conseguem controlar o seu nível de stress e consideram os diversos estímulos como impulsionadores para um maior desempenho, envolvimento e eficácia) (Bicho & Pereira, 2007). E que as manifestações de *stress* variam de pessoa para pessoa, pois estar sujeito ao *stress*, não tem necessariamente que ser prejudicial ou originar mal-estar.

O *stress* ocupacional é então, um fenómeno que ocorre nos trabalhadores, quando estes percebem os seus recursos como diminutos, para enfrentarem as exigências desencadeadas pela sua atividade laboral, ou seja, é um fenómeno que surge do desequilíbrio entre as exigências da organização, as competências do trabalhador e as suas experiências (Gomes, Cabanelas, Macedo et al., 2008; Bicho & Pereira, 2007, p.6).

Em 1999, a Comissão Europeia definiu este conceito como uma reacção emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica às componentes nocivas do trabalho, ao tipo de organização e ao clima do mesmo. Acrescentou ainda em 2002 que, o *stress* ocupacional pode revelar-se como um bom motivador, uma vez que, pode servir para encorajar o trabalhador a assumir o controlo do seu trabalho, isto se, existir apoio social dos superiores, colegas e se for recompensado pelo seu esforço e desempenho (Comission Europeenne,1999; Comission Europeenne,2002).

Vaz Serra (2005) definiu *stress* ocupacional como resultado do desequilíbrio entre o trabalhador e o trabalho, refletindo-se diretamente no comportamento do indivíduo e indiretamente no desenvolvimento da sua atividade na organização. Por conseguinte, pode-se considerar que uma pessoa está vulnerável ao *stress* quando percebe o perigo de natureza externa ou interna e não tem recursos ou aptidões para lidar com as exigências da situação sentindo-se inseguro, podendo esta causar repercussões internas e externas no indivíduo (Beck & Emery, 1985, as cited. in Vaz Serra, 2005).

3.1.1. Modelos Teóricos do *Stress* Ocupacional

Ao longo das últimas décadas a literatura tem evidenciado determinadas teorias que incidem nas interações entre condições de trabalho e as características dos trabalhadores, de tal modo, que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade para lidar com elas, ou seja, esgotam as estratégias para lidar com o *stress* (Ross & Atmaier, 1994).

Seguidamente serão apresentadas, de forma sucinta, os modelos que, em nossa opinião e depois de uma revisão da literatura científica, nos parecem melhor descrever o fenómeno de *stress* ocupacional, nomeadamente: a teoria dos acontecimentos na vida do sujeito; o modelo de ajustamento da pessoa ao ambiente; e o modelo exigência-controlo.

- ***Teoria dos acontecimentos na vida do sujeito:*** o *stress* depende dos acontecimentos de vida do trabalhador, por isso, para o estudar deve-se dar maior ênfase às variáveis sociodemográficas, assim como as alterações e modificações ao longo da sua vida. Não esquecendo que a falta de ajustamento por parte do trabalhador, a certos acontecimentos, poderá ter consequências negativas a longo prazo. Apesar da grande contribuição deste modelo, para o entendimento do *stress*, este foi criticado por apenas considerar os acontecimentos extraordinários como fontes de sobrecarga, ignorando os pequenos eventos do dia-a-dia na vida do trabalhador, (Bicho & Pereira, 2007; Pina & Cunha, M; Rego, A, Campos & Cunha, R; Cabral Cardoso, C, 2004).
- ***Modelo ajustamento da pessoa ao ambiente:*** o *stress* profissional emerge da falta de ajustamento entre as características do indivíduo e o ambiente. Neste sentido, deve-se considerar as características do trabalho e os factores individuais do trabalhador. Por este modelo ser centrado em interpretações subjetivas e por não explicar as relações de desajustamento, este foi criticado pelo seu baixo poder de previsão das características indutoras de *stress* (Bicho & Pereira, 2007; Vargas, 2010; Pina & Cunha, M; Rego, A; Campos & Cunha, R; Cabral Cardoso, C, 2004).

- **Modelo exigência-controlo:** o *stress* deriva do desequilíbrio entre as exigências do trabalho (sobre as quais o trabalhador não tem controlo) e a capacidade de adaptação do trabalhador. Isto é, de acordo com Karasek (1979), os indivíduos que têm um trabalho de elevada exigência, sobre o qual têm baixo controlo (liberdade de decisão), estão mais predispostos ao *stress* e os indivíduos que têm um trabalho de elevada exigência, sobre o qual têm alto controlo, estão mais predispostos a resultados psicológicos positivos, como a motivação e o desenvolvimento pessoal. Karasek incluiu, mais tarde, à perspectiva a dimensão “suporte social”, dado que atenua o impacto da situação (Costa, 2005; Vargas, 2010; Pina & Cunha, M; Rego, A; Campos & Cunha, R; Cabral Cardoso, C, 2004).

Tendo como base, a contribuição de cada um dos modelos poderemos sintetizar o processo de *stress* ocupacional, numa sequência que vai desde os factores que o geram até a gestão do mesmo.

Deste modo, e tendo em conta os modelos anteriormente referidos, o nosso estudo apoiar-se-á no modelo das exigências do trabalho-controlo de Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990), uma vez que este defende que as exigências laborais e o controlo sobre o mesmo, influenciam o bem-estar geral dos trabalhadores e a sua a performance laboral (Jex, 1998).

3.1.2.Factores indutores e mediadores do *Stress* Ocupacional

Uma determinada “ situação indutora de *stress* é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação” (Vaz Serra, 1989).

A revisão literária, permite concluir que a limitação dos factores indutores de *stress* não é possível, pois estes dependem do contexto, do sujeito e das suas competências. No entanto, existem diversos autores que tentam criar categorias de situações indutoras de *stress*, tendo em conta dois grandes tipos de causas de stress ocupacional: as fontes organizacionais e extra-organizacionais (Bicho & Pereira, 2007).

As fontes de *stress* organizacional são provenientes das características laborais, das funções e dos papéis desenvolvidos (ambiguidade de papéis; conflito de papéis, excesso de papéis e o grau de responsabilidade), do tipo de liderança (o estilo de liderança, objectivos não claros por parte da organização, chefias mal preparadas, etc.), das relações laborais (falta de aceitação e reconhecimento do trabalhador por parte dos colegas, superiores ou subordinados), da estrutura e clima organizacional (hierarquia, tomada de decisão, a

insuficiente comunicação e a insegurança do emprego), e das condições físicas (o espaço, os recursos, a temperatura, o ruído, iluminação e falta de privacidade) (Bicho & Pereira, 2007).

As fontes de *stress* extra-organizacionais incluem aspectos relacionados com a família, crises familiares, crises existenciais, conflitos sociais, dificuldades económicas, conflitos entre as solicitações da família e da organização, rede de suporte social e contexto social, satisfação com a vida entre outras. Quando em excesso, estas fontes podem produzir respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com impacto negativo a nível individual e organizacional, ou seja, estes factores contribuem para o aparecimento de baixos níveis de bem-estar físico e psicológico do trabalhador na organização (Bicho & Pereira, 2007; Sutherland & Cooper, 1993, as cited. in Loureiro, 2006).

Tendo em conta, os factores potenciadores de *stress* ocupacional, acima referidos, podemos sumaria-los da seguinte forma: “ factores organizacionais e relações organizacionais, factores relacionados com a carreira profissional, factores individuais, factores de atividade de trabalho e factores do ambiente de trabalho e de outras condições de trabalho” (Seward, 1990, as cited. in Sacadura, Leite & Uva, 2007, p.34).

Desde 1940, que vários investigadores têm procurado delimitar as variáveis moderadoras, do *stress* ocupacional, segundo estes, existem factores pessoais que podem influenciar a forma como cada individuo avalia o seu trabalho e o seu nível da satisfação, tornando-os mais ou menos vulneráveis ao *stress* (Cumbe, 2010; Loureiro, 2006), ou seja, o impacto das fontes de *stress* depende da capacidade de resposta de cada um e dos seus próprios recursos, para lidar com as situações que geram tensão/ sobrecarga (Cunha et al, 2006; Hespanhol, 2005).

Os factores mediadores de *stress* podem sofrer influência dos aspectos psicológicos como os traços de personalidade e características dos comportamentos (extroversão ou introversão, personalidade tipo A, estados de humor, auto-conceito, auto-estima, estabilidade emocional ou neuroticismo, optimismo, locus de controlo, interno ou externo e estilos de coping utilizados pelo sujeito); dos aspectos físicos como o bem-estar físico ou saúde (dieta e hábitos alimentares, exercício físico, sono, padrões de relaxamento e trabalho) e dos aspectos demográficos e ou profissionais (idade, género, raça, educação, estatuto social, ocupações e apoio social) (Cooper et al., 2001; Vaz Serra, 2005). Destes factores, passamos a apresentar alguns que consideramos mais pertinentes para o nosso estudo.

Idade. É uma variável determinante, uma vez que, os estudos indicam que esta se encontra inversamente proporcional á capacidade de lidar com o *stress*, isto é, a medida que o individuo envelhece menor é a sua aptidão para gerir a tensão (Rogers, Dubey & Reich,

1979,as cited, in Castro & Santos, 1998), e que os trabalhadores que se encontram na faixa etária entre os 40 e 54 anos dizem-se mais afectados pelo stress ocupacional, do que os restantes grupos (AESST, 2009), ainda em relação a este factor existem estudos que afirmam que quanto mais idade tem o trabalhador mais experiência tem, logo um maior reportório de mecanismos de defesa e estratégias mais eficazes, como resposta adequada as situações causadoras de stress (Oliveira & Cupertino, 2005).

Locus de controlo. É um moderador que influencia as tomadas de decisão, resolução de problemas e sentimentos de responsabilidade de cada individuo. Os indivíduos podem perceber determinado acontecimento como resultado do seu próprio comportamento, ou das suas características pessoais (controlo interno) ou podem perceber o acontecimento como algo que não está completamente dependente da sua ação, mas como um resultado derivado do acaso, da sorte. As pessoas com locus de controlo interno estão mais aptas e possuem mais recursos para fazerem face aos stressores, uma vez que avaliam os acontecimentos de forma positiva e detêm melhor percepção de controlo pessoal para ultrapassar os obstáculos, enquanto, que os indivíduos com locus de controlo externo têm maior tendência para aguentar e não actuar, logo tornam-se pessoas mais agressivas, desconfiadas, sem controlo pessoal (Pina & Cunha, M; Rego, A; Campos & Cunha, R; Cabral Cardoso, C,2004; Ramos, 2001).

Género. Existem diversos estudos que apontam para uma diferença abrupta entre o nível de *stress* experienciado por homens e mulheres. Uma vez que homens e mulheres lidam de forma diferente com as fontes de *stress*, estas diferenças podem ser explicadas pelas diferenças hormonais ou genéticas entre os géneros (Quick, Quick, Nelson & Hurrell, 1997; Belmam et al, 2003). Um outro estudo evidencia, ainda que o género feminino é aquele que apresenta valores mais elevados, relativamente ao *stress* ocupacional (Cruz & Melo, 1996).

Mecanismos de coping. São estratégias adquiridas pelo trabalhador para eliminar ou atenuar o impacto do desequilíbrio, sendo estes mecanismos um conjunto de ações que evitam os pensamentos e emoções negativas, associados às situações-problema, através dos pensamentos positivos e da distração, ou seja, os mecanismos de coping são representados pelos esforços permanentes dos indivíduos, ao nível das ações e dos pensamentos, que permitem gerir as circunstâncias específicas e avalia-las como excessivas ou ameaçadoras, de tal forma que afectam a reação ao *stress* de duas formas: mudando a conexão da pessoa com o ambiente, podendo também mudar as condições que causam o *stress* (coping focado no problema - situação controlável e resolúvel, pensamentos positivos, facilmente resolvem o problema), ou alterando a forma como vivem ou interpretam os acontecimentos (coping

focado nas emoções – o stress é sentido de forma intensa, logo de difícil resolução) (Lazarus, 1993). Não podemos esquecer que o coping é um processo bastante complexo e que a sua utilização depende da avaliação que o indivíduo faz da situação. Segundo Miller (1998) as mulheres apresentam maior vulnerabilidade ao *stress* do que os homens, e por consequência tendem a usar mais as estratégias de coping focadas nas emoções, enquanto, que os homens utilizam mais as estratégias focadas nos problemas (Miller & Krisch,1998).No entanto, estudos realizados por Matud et al. (2002), demonstram que os homens são o género mais propenso ao *stress* ocupacional. Verificou-se ainda, através dos estudos realizados por Cooper, Katona, Orrel & Livingston (2008), que os prestadores de cuidados desenvolvem estados elevados de ansiedade, e que, a longo prazo tendem a utilizar mais as estratégias focadas na emoção, logo mais vulneráveis ao *stress*.

Tipos e traços de personalidade. Influenciam a forma como os indivíduos se comportam, quando são confrontados com situações geradoras de tensão, como tal, estes devem de ser considerados como parte integrante dos recursos pessoais (Fridman & Rosenman, 1959, cit. in Vaz Serra, 2002). Segundo Friedman e Ulmer (1984 cit. in Loureiro, 2006) os indivíduos podem ser diferenciados mediante o seu tipo de personalidade: personalidade do tipo A (indivíduos com este tipo de personalidade, são mais susceptíveis de viverem constantemente sobe *stress* do que as outras, logo mais vulneráveis as situações indutoras de tensão (Evans, Palsane & Carrere,1987,as cited. in Parreira, 2006)) e personalidade do tipo B (indivíduos que apresentam menor taxa de absentismo, menor cinismo e menor intenção de abandonar o emprego, são pessoas realizadas a nível laboral, com um bom desempenho e motivação (Rosenman & Chesney,1982, as cited. in Loureiro,2006)).

Apoio social. É um moderador que auxilia os indivíduos a lidarem com as situações geradoras de tensão, de forma assertiva (Cooper et al., 2001), ou seja, é a quantidade de coesões das relações interpessoais que envolvem, de forma dinâmica, o indivíduo (Vaz Serra, 2007).O suporte social é um mediador que contribui de forma positiva para o ajustamento e desenvolvimento pessoal do indivíduo, permitindo fazer face aos efeitos geradores de stress. Segundo Siqueira (2008) o suporte social é considerado como um factor protector bastante importante, pois actua na diminuição do risco das doenças físicas e ou psicológicas e aumenta a sensação de bem-estar. Assim o *stress* ocupacional é moderado pelo suporte social. De acordo com Vaux (1998,as cited. in Rodrigues & Madeira, 2009), os indivíduos que recebem mais apoio social são aqueles que apresentam maior bem-estar e valores de *stress* mais baixos em relação aos indivíduos que recebem pouco suporte social. Logo, os indivíduos com baixos

níveis de apoio social apresentam maior taxa de prevalência de doenças coronárias e mortalidade. Segundo o estudo realizado por Iwata e Suzuki (1997, cit. in Paschoal & Tamayo, 2004) sobre a relação do suporte social e o *stress* ocupacional, os indivíduos que sentem apoio por parte dos seus superiores, colegas, membros de família e outras pessoas significativas são indivíduos que se relacionam negativamente com o stress, isto é, são indivíduos que estão menos vulneráveis as situações de sobrecarga, logo mais apetência para desenvolverem comportamentos saudáveis. A literatura indica-nos, ainda, que o suporte social varia de forma consistente entre os géneros (Greenglass, 2002), apesar dos níveis de correlação obtidos entre o *stress* e suporte social serem fracos (Bellmam et al., 2003) e que os níveis mais altos de suporte social são percebidos no género feminino (Williams & Cooper, 1998).

O suporte social é então, um moderador que tende a aumentar a auto-estima, o optimismo, o humor positivo e diminuir as sensações de fracasso, ansiedade e de isolamento, por conseguinte, é uma variável que aumenta o bem-estar geral dos indivíduos (Pinheiro & Ferreira, 2001).

4. Síndrome de *Burnout*

O *burnout*, é considerado uma extensão do *stress* ocupacional, resultante de um processo de longa duração onde os trabalhadores percebem a falha dos seus recursos (Maslach & Schaufeli, 1993, as cited in Oliveira, 2008).

Este conceito surgiu nos anos 70 através de artigos publicados por Freudenberger (1974; Freudenberger, 1975) e Maslach (1976). Estes autores pretendiam esclarecer, que este conceito não constituía um fenómeno aberrante, próprio de indivíduos com desordens mentais, mas sim como um conceito comum (sendo caracterizado como um esgotamento emocional, pela falta de motivação e de comprometimento). Na década de 80 o conceito de *burnout* ficou associado as profissões de ajuda, uma vez que, eram consideradas profissões de alto risco que implica relação. De acordo com Rodriguez (2006, cit in. Santos, J., 2010), o *burnout* é visto como um distúrbio da relação do trabalhador com o seu ambiente de trabalho e é reconhecido, como uma extrema ameaça à sua saúde e bem-estar.

Devido a modernização radicalizada (Giddens, 1996) os indivíduos estão, constantemente, sobre estados de grande tensão que geram desgaste físico e emocional. Consequência destes, são os níveis de responsabilidade e ações que os profissionais experienciam, diante dos factores que provocam o desequilíbrio dos indivíduos no contexto laboral e são percebidos como ameaçadores à sua integridade.

Como sabemos, estes factores provocam um aumento de tensão emocional que podem conduzir os indivíduos ao stress crónico, ou seja, ao desgaste profissional (Maslach; Jackson, 1981; Bock, 2004). A exposição contínua a situações geradoras de stress pode provocar nos indivíduos, a sensação de deterioração da sua saúde, desgaste físico e psicológico, e consequentemente, o desenvolvimento de *burnout* (Maslach & Leiter, 2008).

Este conceito pode ser definido como “um índice de deslocamento entre o que as pessoas são e o que elas têm que fazer”, ou seja, o burnout é considerado “a erosão de valores, dignidade, espírito e força de vontade, uma erosão da alma humana” (Maslach & Leiter, 1999, p.19). É portanto, consequência de um extenso processo de tentativas de confronto com determinadas situações de sobrecarga, sem sucesso, que resultam da inflexibilidade e impessoalidade, esgotamento emocional e escassa realização pessoal, dos indivíduos (Maslach & Shaufeli, 1993, as cited. in Pinto & Chambel, 2008), isto é, é a “última fase de um estado de *stress* crónico” (Moreno-Jiménez & Puente, 1999, as cited. in Oliveira, M., 2008, p.30).

Enquanto, o *stress* corresponde a um processo de adaptação temporária, com efeitos positivos ou negativos para os indivíduos, o *burnout* é um processo de desagregação resultante da exposição prolongada aos agentes stressores (que só surgem nos indivíduos motivados, com altos níveis de expectativas e envolvimento no trabalho), que culmina, sempre, em prejuízo para os indivíduos (Pinto & Chambel, 2008; Nelson & Simmons, 2003, as cited in Pinto & Chambel, 2008).

Podemos então, definir *burnout* como um processo e *stress* como um evento que desencadeia esse mesmo processo, sendo apenas o factor de despersonalização que os diferencia (Cherniss, cit in Roazzi, Carvalho & Guimarães, 2000).

É importante, referir que o termo *burnout* começou a ser utilizado, como uma metáfora para explicar o sofrimento dos indivíduos no seu local de trabalho, estando associado a uma perda de motivação, e a um enorme grau de insatisfação, chegando mesmo a exaustão. Este termo encontra-se intimamente relacionado aos trabalhadores cujas profissões assentam, essencialmente, na prestação ou oferecimento de “serviços humanos”, como é o caso, da saúde e do ensino, tendo-se estendido, a outras profissões que envolvem elevadas interações entre indivíduos e elevadas exigências interpessoais (Castanheira, 2009; Maslach & Jackson, 1981, as cited. in Oliveira, M., 2008).

Assim sendo, a atividade profissional exercida pelos prestadores de cuidados de pessoas com deficiência intelectual, é considerada como uma fonte potenciadora de desgaste e exaustão (física e emocional), uma vez que, exige dos cuidadores, um constante esforço físico

e ou psicológico, consequência das exigências (internas e externas) e das constantes adaptações, devido ao esforço físico e psicológico provocado pela pessoa com deficiência.

4.1. Dimensões do *Burnout*

Como temos vindo a referir, o *burnout* é um problema, cada vez mais presente, na vida dos trabalhadores dos serviços sociais e humanos, resultante da longa dedicação ao trabalho, que estão mais predispostos a experienciarem este fenómeno (Freudenberger, 1974; Freudenberger, 1975), acabando por desencadear consequências ao nível da qualidade dos serviços prestados (Maslach & Jackson, 1981, as cited. in Oliveira, M., 2008).

Perspectivando, *burnout* sob a forma sociopsicológica, podemos defini-lo como uma síndrome de três dimensões que focaliza o local de trabalho, como desencadeador de emoções consideradas crónicas, provocadas pelo contacto directo com outras pessoas e a enorme responsabilidade profissional. Este conceito pode ser caracterizado como um conceito multidimensional, uma vez que, interliga diversos factores entre si (Lee & Ashforth, 1990, as cited. in Picado, 2010; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, as cited. in Nogueira, 2004).

Tendo em conta a perspectiva sociopsicológica, a prolongada exposição a stressores interpessoais crónicos, decorrentes do ambiente laboral, podem desencadear três dimensões fulcrais: exaustão emocional ou desgaste emocional, despersonalização ou cinismo e incompetência profissional ou reduzida realização profissional (Maslach & Jackson, 1981), que vão evoluindo progressivamente (Delbrouck, 2006).

A exaustão emocional representa a componente básica desta síndrome, pelo simples facto, de ser uma reacção imediata aos stressores emocionais, provocados pelos factores pessoais e situacionais dos indivíduos. Nesta dimensão os “problemas” são vistos como causa directa da falta de recursos pessoais (físicos e emocionais), resultantes do desgaste, impulsionados pela sobrecarga laboral e ou conflitos pessoais dentro da organização. Aqui os indivíduos são caracterizados através dos sentimentos de esgotamento, falta de energia, sobrecarga física e ou emocional e incapacidade de relaxamento (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2006, Sousa, 2006). Nesta fase, os indivíduos tentam lidar com exaustão emocional, utilizando para isso, uma atitude de afastamento cognitivo, isto é, uma atitude de despersonalização para com os outros. Desta forma, considera-se que a dimensão de despersonalização surge logo após, ao desgaste emocional dos indivíduos (Leiter & Maslach, 1998; Silvério, 1995, as cited. in Nogueira, 2004).

Por sua vez, a dimensão de despersonalização ou cinismo representa o contexto interpessoal dos indivíduos, no *burnout*. Representa as reacções negativas, a indiferença ou

excessivo distanciamento do trabalhador em relação aos diferentes aspectos do trabalho. Nesta fase o trabalhador desenvolve sentimentos e atitudes negativas e cinismo em relação aos colegas de trabalho, clientes e a organização. É uma fase caracterizada pela insensibilidade emocional e dissimulação afectiva e que se vai manifestar na ansiedade, aumento de irritabilidade, desmotivação, redução do idealismo, desesperança, egoísmo e alineação. Esta etapa, reflecte a tentativa de adaptação dos indivíduos à situação que esta a causar stress, evitando por isso, o contacto com as pessoas ao seu redor. É uma dimensão que abrange as atitudes, onde os indivíduos deixam de dar o seu melhor e passam a fazer, apenas, o estritamente necessário, para se manterem na organização (Maslach, 2006; Sousa, 2006).

Por fim, a última dimensão é a fase da incompetência profissional ou reduzida realização profissional, caracterizada como a componente de auto-avaliação do *burnout*. Aqui os indivíduos questionam a sua escolha profissional e põem em dúvida as suas competências laborais. Os trabalhadores deixam de se envolver no trabalho, sentem-se deslocados, tanto profissional como pessoalmente e os seus comportamentos afectam as suas competências laborais, o contacto com os outros e a sua produtividade diminui drasticamente. A realização profissional é uma dimensão oposta as duas anteriores (Maslach & Leiter, 1997, as cited. in Oliveira, M., 2008), uma vez que se desenvolve de forma independente, pois reflecte uma característica individual mais estável, semelhante a auto-eficácia (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001, as cited. in Ernesto, F., 2008). As variáveis que se associam a esta dimensão são: ambiguidade, falta de informação, pouca participação na tomada de decisão (Truchot, 2001; Maslach, 2001, as cited. in Oliveira, M., 2008).

Segundo a literatura sobre o *burnout* indica, ainda, a existência de diferenças significativas, nos níveis de algumas dimensões desta síndrome, em função do género. Segundo vários autores, os altos níveis de despersonalização são mais visualizados nos homens do que nas mulheres, isto porque as mulheres são vistas socialmente, como mais emotivas, logo apresentam (no geral) maior facilidade para expressar as suas dificuldades e conflitos, conseguindo desta forma, abrandar sentimentos de raiva, hostilidade e indignação. Como consequência, dos seus baixos níveis de despersonalização, as mulheres tendem a apresentar um reduzido leque de estratégias para enfrentarem as situações geradoras de tensão e ou exaustão. Logo, pode concluir-se que são um género bastante vulnerável as situações de *stress*. No que se refere aos níveis de exaustão emocional, o género feminino é aquele que apresenta maiores níveis de desgaste e menor ganho pessoal. Esta diferença é explicada através da multiplicidade de papéis (profissional, doméstico, materno) que as mulheres

desempenham. Pois o papel da mulher é visto como multifuncional na sociedade (Maslach & Jackson, 1986; Gil-Monte,2002).

Conclui-se, então, que o *burnout* é uma síndrome psicológica, composta por uma trípole de fases, que vão evoluindo progressivamente, pois é um processo gradativo e evolutivo que pode demorar anos ou até décadas para se manifestar. Esta parece estar relacionada com a deterioração da qualidade dos serviços prestados, o absentismo, a insatisfação no trabalho e baixo envolvimento, entre outros. (Maslach, Jackson & Leiter, 1997; Maslach & Leiter, 2008).

Acompanhando, a definição deste conceito e transpondo-o para os prestadores de cuidados, a pessoas com deficiência, percebemos que estes são indivíduos que facilmente podem atingir o limiar de desgaste e ou exaustão, uma vez que, devido a imprevisibilidade da sua atividade profissional, associada com às exigências emocionais, a que estão constantemente sujeitos, facilmente se deparam com fontes potenciadoras de *stress* e exigências laborais, incoerentes com os seus recursos pessoais, estando por isso mais vulneráveis ao agravamento ou progressão da síndrome de *burnout*.

4.2.Sintomas Resultantes do *Burnout*

Freudenberger (1974,as cited. in Oliveira, M.,2008) destaca nos seus estudos, que os profissionais mais dedicados, e comprometidos com o seu trabalho são os que apresentam mais predisposição, para o surgimento de burnout. Apesar destes indivíduos estarem mais propícios, ao surgimento desta síndrome psicológica, não pudemos deixar de referir que cada individuo possui diferentes níveis de burnout, e reagem de diferentes formas as mesmas experiências, uma vez que, cada individuo é diferente, único, com experiências de vida distintas (Pines & Aronson,1981, cit. in Oliveira, M.,2008), logo, diferentes formas de manifestar a diversidade de sintomas que desencadeiam a sua exaustão (Freudenberger, 1974,as cited. in Oliveira, M.,2008).

Segundo os estudos realizados em 2006, por Maslach esta é uma síndrome psicológica que surge através de um conjunto de sintomas, diferenciados no tempo, que variam de indivíduo para indivíduo, e se reflectem através do desgaste psicológico e das consequências psicológicas e ou sociais, resultantes da exposição crónica (as fontes de stress ocupacionais contínuas) e não apenas, as reacções físicas dos indivíduos. E que, logo após, o primeiro ano laboral, momento em que diversos factores começam a salientar-se, os trabalhadores começam a apresentar sintomas relativos a síndrome. Abalo e Roger (1998,as cited. in Mallar & Capitão, 2004) defendem que os indivíduos mais jovens, bem como aqueles que trabalham

há menos tempo numa dada instituição, são os indivíduos mais predispostos a experienciarem burnout pelo facto de os profissionais mais velhos possuírem provavelmente estratégias de coping mais eficazes, que forma sendo desenvolvidas ao longo dos anos, tomando-os por isso menos vulneráveis ao stressores laborais, mais auto-confiantes e com maior domínio na sua prática profissional.

De acordo com a literatura pesquisada, o burnout pode apresentar-se, então, sob a forma de quatro sintomas, eles podem ser físicos (sensação de fadiga progressiva e constante, insónias, perda de apetite, dores musculares, perturbações gastrointestinais, baixa resistência imunológica, cansaço intenso, cefaleias, transtornos cardiovasculares), psíquicos (perda de memória, concentração e atenção, obsessões, incapacidade para tomar decisões, delírios de perseguição, ideias fantasiosas, sentimentos de alineação, labilidade emocional e impaciência), emocionais (desânimo, ansiedade, depressão, irritação, insegurança, insatisfação, culpabilização, pessimismo e baixa auto-estima) e os comportamentais (isolamento, perda de interesse pelas actividades de lazer e laborais, comportamentos pouco flexíveis, falta de iniciativa, lentidão no desempenho das tarefas, aparecimento e acentuação da agressividade, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e até mesmo, de drogas ilícitas) (Barona, 1996; Benevides -Pereira, 2002; França, 1987; Delbrouck, 2006; Gil & Peiró, 2007).

É importante ressaltar, que o burnout é uma síndrome que pode desenvolver-se em qualquer realidade social, afectando os trabalhadores na sua vida pessoal (a motivação e as expectativas), social (nas relações com os colegas, com os superiores hierárquicos e com os “clientes”) e organizacional (elevado absentismo, baixa satisfação laboral, aumento de conflitos interpessoais, entre outros) (Maslach, 2006; Gil-Monte, 2003, as cited. in Oliveira, M., 2008).

Mediante o referido, compreendemos que não existe uma única fonte impulsor de burnout, mas sim, um conjunto de factores (excessiva carga de trabalho, falta de controlo, falta de recompensas, falta de suporte social, falta de justiça, conflito de valores) resultantes dos diversos acontecimentos e do estágio de desenvolvimento da síndrome, em que se encontra o prestador de cuidados (Maslach & Leiter, 1997; Benbow, 1998). No entanto, não podemos deixar de referir que as exigências laborais quando percebidas pelos trabalhadores como experiências construtivas, podem funcionar como um factor redutor de *stress*, ou seja, como um recurso utilizado pelos trabalhadores para fazerem face as situações que desencadeiam as crises de auto-eficácia.

Desta forma, pudemos afirmar que existe um *continuum* entre o envolvimento laboral e o *burnout*, e que este, se reflecte na forma como os indivíduos enfrentam as situações desencadeadoras de *stress*, tendo este influencia no seu bem-estar e na qualidade dos serviços prestados.

5.Prestadores de cuidados formais de indivíduos com deficiência intelectual e a qualidade dos cuidados prestados.

Com a eclosão desta nova era social (a inclusão) surgiu, como já referimos, uma das profissões com maior vulnerabilidade ao *stress* profissional e ao *burnout*, os prestadores de cuidados formais de indivíduos com deficiência. Estes profissionais têm um papel fundamental na vida destes indivíduos, uma vez que lhes permitem a participação de forma plena e efetiva nas sociedades, para que possam usufruir da igualdade de direitos, dos demais. Devido às suas responsabilidades laborais, estes estão continuamente expostos a situações de grande vulnerabilidade e riscos psicossociais. Tendo como consequência o desgaste dos seus recursos pessoais, ou seja, a perda do seu equilíbrio biopsicossocial (Maslach & Schaufeli,1993,as cited. in. Oliveira, 2008).

A “falha” de recursos (mecanismos de coping) expõe estes indivíduos a riscos ocupacionais e psicossociais (físicos e ou comportamentais), que colocam deste modo, em risco a sua qualidade de vida, a qualidade de vida daqueles que deles dependem e a qualidade dos serviços prestados nas organizações (Vasconcelos, 2001; Martins, Pais-Ribeiro & Garret, 2003).

Afirmar-se, assim que a continuada exposição a situações geradoras de *stress*, poderão originar o surgimento de síndromes psicológicas, *stress* e *burnout*. O *stress* é percebido como um processo temporário pelo qual se desenvolve a degradação dos recursos destes profissionais, que pode prolongar-se e conduzi-los ao *burnout* (exaustão emocional, a despersonalização, a inaptidão laboral), deterioração dos serviços prestados e a diminuição da qualidade dos cuidados prestados (Maslach & Jackson,1981; Maslach, Leiter & Jackson, 1996).

Capítulo II - Estudo Empírico

De acordo com a revisão da literatura, apresentada no capítulo anterior, os prestadores de cuidados formais, de indivíduos com deficiência, nomeadamente intelectual, constituem um dos grupos profissionais mais vulneráveis ao *stress professional* e consequentemente, aos danos psicossociais, que advêm das suas funções e exigências laborais, ou seja, a síndrome *de burnout* (Baba et al., 1999; Hooker et al., 2002).

Uma vez que, a profissão dos prestadores de cuidados formais é uma profissão com elevados níveis de *stress* e consequentemente danos psicossociais, devido às exigências laborais a que diariamente estão expostos, a presente investigação pretende analisar os níveis de vulnerabilidade e riscos psicossociais, sentidos pelos cuidadores no exercício das suas funções, assim como o seu reflexo sobre a qualidade de vida. Como o trabalho tem assumido elevada importância na vida dos indivíduos e grande parte das suas vidas é passada nele (Michela, 1996, as cited in Canavarro & Oliveira, 2004), existe a necessidade de o tornar num local que não coloque em risco a qualidade de vida e bem-estar dos cuidadores.

6. Metodologia

Neste capítulo apresentaremos a metodologia desta investigação e descreveremos os processos associados, nomeadamente, o desenho e métodos de investigação, objecto e objectivos de estudo, problemas e hipóteses de investigação formuladas, variáveis e os instrumentos de medida utilizados. Apresentaremos ainda, a amostra e os resultados encontrados, bem como a sua discussão e, por fim, a conclusão.

A presente investigação adoptou uma metodologia quantitativa e um desenho de investigação transversal do tipo descritivo e analítico. Numa investigação com este desenho, procura-se descrever os fenómenos, as relações e os efeitos ocorridos naturalmente, sem manipulação das variáveis (Ribeiro, 2010). Os dados obtidos permitem-nos, retirar informações do estudo pretendido através das variáveis em estudo e explicar os resultados, com base nas relações presentes entre as variáveis da população em estudo (Ribeiro, 2010).

6.1. Objecto e objectivos de estudo

O presente estudo surge no âmbito da crescente importância que os cuidadores formais têm para os indivíduos com deficiência intelectual, nos dias de hoje. Desta forma, definimos como objetos de estudo a vulnerabilidade ao *stress*, a síndrome de *burnout* e a qualidade de vida dos cuidadores formais de indivíduos com deficiência intelectual.

Assim, estipulamos como ponto de partida a seguinte questão: Será que a qualidade de vida (QdV) dos cuidadores formais de indivíduos com deficiência intelectual se relaciona com a vulnerabilidade ao *stress* e o *burnout*.

Posto isto, propomos para esta investigação os seguintes objectivos específicos:

- Descrever a Vulnerabilidade ao *stress* dos cuidadores.
- Descrever *burnout* nos cuidadores formais.
- Investigar a relação entre Vulnerabilidade ao *stress*, *Burnout* e a Qualidade de vida (QdV).

6.2.Problemas e hipóteses de investigação

De acordo com os objetivos propostos, esta investigação vai procurar analisar a relação, entre a vulnerabilidade ao *stress*, risco de *burnout* e a qualidade de vida dos cuidadores formais de indivíduos com deficiência intelectual. Neste sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica, que nos permitiu identificar formalmente as hipóteses de investigação. Tendo sempre presente, que as hipóteses de investigação são “um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis”, baseadas numa teoria ou numa preposição (Fortin, 1999, p. 102), que se distinguem dos problemas de investigação, pela capacidade de previsão dos resultados em estudo (Fortin, 1999).

Efectuado, o levantamento das suposições lógicas, em conjugação com o problema delineado e os objetivos propostos, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Espera-se que os cuidadores formais, que apresentam fraca percepção de QdV apresentem elevados índices de vulnerabilidade ao *stress*.

Vários são os estudos que defendem que os prestadores de cuidados são indivíduos que estão muito vulneráveis ao *stress*, logo mais propensos ao desenvolvimento de problemas de saúde e que os elevados níveis a que estão sujeitos diariamente, estão diretamente associados a baixos níveis de bem-estar físico e psicológico (Baba et al.1999; Hoocker et al,2002).

Hipótese 2: Espera-se que exista uma associação entre o tempo de trabalho (na função actual e instituição actual) e a vulnerabilidade ao *stress*.

Diversos estudos defendem que os prestadores de cuidados são um grupo de trabalhadores que apresentam grande vulnerabilidade ao *stress*, como consequência direta das suas funções laborais (Baba et al,1999; Hoocker et al, 2002) e que um exigente, continuo e

intensivo ambiente laboral pode direccionar os prestadores de cuidados a ruptura (Day & Anderson, 2011; Gray- Stanley & Muramatsu,2011).

Hipótese 3: Espera-se que os cuidadores formais, do sexo masculino, obtenham níveis de despersonalização mais elevados do que o sexo feminino.

A literatura sobre a síndrome do *burnout* indica-nos que existem diferenças significativas nos níveis de algumas dimensões desta síndrome, em função do sexo. Esta refere que os altos níveis de despersonalização são mais visualizados no sexo masculino do que no sexo feminino, isto porque o sexo masculino é visto como menos emotivo (Maslach & Jackson, 1986; Gil-Monte,2002).

Hipótese 4: Espera-se que os trabalhadores desta IPSS, com idades compreendidas entre os 40 e 54 anos estejam mais vulneráveis ao stress

A idade uma variável que esta inversamente proporcional à capacidade para lidar com o *stress*, ou seja, a medida que um indivíduo envelhece menor é a sua capacidade para lidar com situações de stress (Rogers, Dubey & Reich, 1979,as cited. in Castro &Santos, 1998) e que são os indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 54 anos que se dizem mais vulneráveis ao *stress* (AESST,2009).

Hipótese 5: Espera-se que a falta de apoio social provoque exaustão emocional e despersonalização nos cuidadores.

O suporte social é considerado como um factor protector, uma vez que atua na diminuição do risco das doenças físicas e ou psicológicas e aumenta a sensação de bem-estar (Siqueira,2008), desta forma podemos afirmar que indivíduos que se relacionam negativamente com o *stress* são indivíduos menos vulneráveis ao *stress* (Iwata & Suzuki,1997, as cited in Paschoal & Tamayo,2004).

Hipótese 6: Espera-se que, os cuidadores que trabalham para além do horário laboral estejam mais susceptíveis a experiencarem *burnout*.

Diversos estudos defendem que o burnout é um fenómeno cada vez mais presente na vida dos trabalhadores dos serviços humanos e sociais frutos da sua dedicação (Freudenberger,1974; 1975), e que este fenómeno pode influenciar negativamente a qualidade dos serviços prestados (Maslach & Jackson, 1981, as cited. in Oliveira, M., 2008).

Hipótese 7: Espera-se que os cuidadores que no último ano de trabalho estiveram ausentes, em determinados períodos, apresentem insensibilidade emocional.

Segundo estudos realizados em anos distintos (Maslach, Jackson & Leiter, 1997; Maslach, 2006; Sousa, 2006; Maslach & Leiter, 2008) os trabalhadores que se ausentam do

seu posto de trabalho por norma fazem-no porque se sentem desmotivados e insatisfeitos com o seu posto de trabalho.

6.3.Instrumentos

Todos os dados utilizados na nossa investigação foram recolhidas através da bateria de teste intitulada como “Questionário de Avaliação de Perfil de Risco Psicossocial – PPJM”.de Pereira & Cunha (2011).

A recolha de dados foi realizada através da plataforma electrónica do PPJM – “Positive Psychology on the Job Model” (<http://www.ppjm.pt>), com o objectivo de avaliarmos os riscos psicossociais, a que estão expostos, diariamente, os cuidadores formais de indivíduos com défice intelectual. Foi utilizada a metodologia PPJM, registado como propriedade intelectual por Pereira & Cunha (2011),construída especificamente para a população portuguesa. Trata-se de uma ferramenta que avalia os riscos psicossociais. Estes questionários, apresenta diversas versões (geral e específica) adequadas ao contexto em estudo, tendo por base o preenchimento online. Nesta avaliação são solicitados dados sobre a percepção de diferentes variáveis em relação ao trabalho e riscos psicossociais.

Para assegurar a fiabilidade deste estudo e dos resultados apresentados, todos os participantes desta amostra responderam às mesmas questões, com a mesma ordem e directriz. Especificamente, neste estudo, utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação: Dados sociodemográficos; Questionário da percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) de Vaz Serra et al (2006). o “Questionário de Vulnerabilidade ao Stress” (23 QVS) de Vaz Serra (2000 b) e o Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), de Maslach, Jackson & Leiter (1996).

6.3.1.Dados Sociodemográfico

A recolha de dados sociodemográficos integra-se na primeira parte do questionário utilizado e do qual constam vinte e uma questões simples e directas, que permitem caracterizar a amostra relativamente a aspectos demográficos como o género, idade, estado civil e, ainda alguns relacionados com a actividade desempenhada como categoria profissional, tempo de actividade, intenção de abandonar o seu posto de trabalho e o número de horas de laborais.

6.3.2. Questionário da percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL,-Bref Canavarro, et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006)

A avaliação subjectiva da QdV surge como questão central, logo após o questionário sociodemográfico. A escala utilizada para esta avaliação é denominada como escala de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL,-Bref, versão abreviada da escala WHOQOL-100) criada por um grupo de investigadores da Organização Mundial de Saúde e adaptada para a população portuguesa por Canavarro, Vaz Serra e seus respetivos colaboradores (2006). Esta escala é uma versão abreviada que possui 26 itens, sendo que dois desses itens correspondem a questões gerais da QdV (que permite o cálculo de um indicador global da QdV) e os restantes 24 itens que representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original estão subdivididos em quatro domínios da qualidade de vida; (o domínio físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente). Cada um destes domínios é composto por fatores da qualidade de vida que sumariam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem, cada um deles é composto por uma escala tipo Likert com cinco opções de resposta que variam entre Má (1) e Excelente (5). (Canavarro, et al., 2006; Vaz Serra, et al., 2006). Em relação às características psicométricas, esta escala apresenta uma boa consistência interna, indicando valores de alfa de Cronbach que variam entre 0,74 e 0,84 (Canavarro, 2007).

6.3.3. Escala Vulnerabilidade ao Stress- (23 QVS, Vaz Serra, 2000b)

A escala de vulnerabilidade ao *stress* – 23 QVS, foi elaborada por Vaz Serra, em 1985, composta por 23 questões que permitem avaliar a vulnerabilidade que dado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stress (Vaz Serra, 2000b). A escala 23 QVS é uma escala original, elaborada, construída e validada para a população portuguesa. Trata-se de uma escala de tipo Likert, com cinco opções de resposta, que variam entre concordo em absoluto (1) e discordo em absoluto (5), em que um significa concordo em absoluto e cinco significa discordo em absoluto. Avaliamos os 7 fatores (perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; privação de afecto e rejeição) que constituem a escala. É uma escala unidimensional onde a soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões indica o resultado final, onde a pontuação varia entre 0 e 92 pontos. A cotação final da escala diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação, aumenta a *vulnerabilidade ao stress*, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23 QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress”, (Vaz Serra, 2000, p. 306). Em

relação às características psicométricas, esta escala apresenta uma boa consistência interna, indicando valores de alfa de Cronbach de 0.82 (Vaz Serra, 2000b).

6.3.4. Inventário de Burnout (MBI-General Survey, Maslach, Jackson & Leiter, 1996)

Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) foi elaborado por Maslach, Jackson & Leiter, em 1996. É um instrumento psicométrico de auto-resposta, que permite avaliar a presença ou ausência de burnout (através de três dimensões, a exaustão emocional, a despersonalização/cinismo e a realização pessoal/ profissional) dos prestadores de cuidados num determinado contexto laboral (Maslach; Shaufeli; Leiter, 2001; Delbrouck, 2006).

A Escala MBI-GS é uma versão adaptada à população portuguesa de Pereira, Cunha e Sousa, utilizada no questionário PPJM (Pereira, Cunha & Sousa, no prelo). É uma escala constituída por 16 itens agrupados em três dimensões (Exaustão Emocional associada a sobrecarga ou esgotamento emocional e ou físico, nesta dimensão quanto menor a pontuação de score, menor o desgaste emocional, quanto maior a pontuação de score, maior o desgaste emocional; Cinismo/Despersonalização compreendida como uma dimensão interpessoal onde são desenvolvidos os sentimentos e atitudes negativas, em relação ao outro, especialmente com aqueles que têm contato direto, nesta dimensão quanto menor a pontuação de score, menor a despersonalização, quanto maior a pontuação de scores maior a despersonalização; Realização Pessoal/Profissional é uma dimensão de auto-avaliação, onde são avaliados os sentimentos de incompetência, falta de realização e produtividade laboral, Nesta dimensão o score é invertido (oposto aos referidos anteriormente) quanto menor a pontuação de score maior o sentimento de baixa realização).

O burnout é avaliado através dos índices de scores para cada dimensão, onde altos valores de scores são encontrados na dimensão exaustão emocional e despersonalização e baixos valores de scores encontrados na dimensão de realização profissional, estes indicam-nos a presença de *burnout* (Maslach & Jackson, 1986; Mclaurine, 2008). Cada item é avaliado através de uma escala de “Likert” com sete opções de resposta, que variam entre o nunca (1) e todos os dias (7). No que diz respeito às características psicométricas, da referida escala esta apresenta valores de alfa de Cronbach > 0.80 (Maslach; Shaufeli; Leiter, 2001).

Tabela 1:
Scores de *burnout*

Dimensão	Baixo	Moderado	Alto
Burnout	<1,33	1,34 - 2,43	>2,43
Exaustão emocional	<2,0	2,1 – 3,19	> 3,20
Despersonalização	<1,0	1,01 – 2,19	> 2,20
Eficácia profissional	≤4,0	4,01 – 4,99	>5,0

Fonte: *Maslach, Jackson & Leiter (1996)*

6.4.Procedimento de recolha dos dados

Para o nosso estudo recorreremos a uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência, que foram inquiridos os prestadores de cuidados formais de indivíduos com deficiência intelectual. Com o intuito de cumprir as recomendações éticas e legais, foram solicitadas as respectivas autorizações de utilização dos instrumentos usados na nossa investigação. Como já referimos, para o nosso estudo foi utilizado o questionário “Positive Psychology on the Job Model – PPJM”, para tal foi solicitado ao Presidente da Direcção da Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional (APSSO), Prof. Doutor. João Paulo Pereira, a respectiva autorização de utilização, tanto do questionário como da plataforma digital, onde foram respondidos os questionários.

Posteriormente, efectuou-se o contato com os representantes da IPSS, onde pretendíamos realizar a nossa investigação, foi-lhes explanada a finalidade e os objetivos do estudo, garantindo o anonimato dos dados recolhidos e o não prejuízo do trabalho de cada participante. Após autorização, gentilmente concedida pela da direcção da IPSS, reunimos todos os colaboradores numa sessão de esclarecimento, onde desde logo foi destacado o objectivo da investigação e garantido o anonimato das respostas dadas, uma vez que, o questionário teria de ser preenchido individualmente numa plataforma digital. E que só participariam neste estudo, os colaboradores que o quisessem fazer de forma voluntária, não existindo qualquer obrigação para o fazer. Uma vez apresentados os devidos esclarecimentos (instruções de preenchimento, consentimento informado, confidencialidade) foi solicitado aos trabalhadores, o preenchimento do Questionário PPJM, na plataforma digital. Para a efectivação do preenchimento foi acordado, com os colaboradores que estes teriam aproximadamente um mês (maio de 2014) para o fazer.

6.5. Amostra e Participantes

Para o presente estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência e estratificada, não necessariamente representativa, a qual, corresponde um conjunto de indivíduos extraídos da população, os prestadores de cuidados formais de indivíduos com deficiência intelectual, que executam as suas funções numa IPSS, do distrito do Porto.

A nossa amostra é constituída por 45 prestadores de cuidados formais, cujas suas características sociodemográficas estão representadas em seguida:

Tabela 2:
Descrição das variáveis pessoais (N=45)

Variável	Factor	Frequência (N)	Percentagem (%)
Género	Masculino	12	26,7
	Feminino	33	73,3
Idades	20 aos 30 anos	4	8,7
	31 aos 40 anos	16	34,8
	41 aos 51 anos	14	30,4
	51 aos 61 anos	11	23,9
Situação familiar	C/ companheiro	37	86,0
	S/ companheiro	6	14,0

Dos 45 indivíduos participantes neste estudo, 73,3% dos cuidadores são do género feminino (N= 33) e apenas 26,7% são do género masculino (N=12), evidenciando desta forma, um desequilíbrio entre géneros.

Tendo em conta a distribuição de frequências por idades constatamos que 34,8% (N= 16) dos prestadores de cuidados têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos; 30,4% (N=14) encontram-se os indivíduos entre os 41 e os 50 anos e 23,9% (N=11) desta população está na faixa etária dos 51 aos 60 anos, apenas 8,7% (N=4) dos cuidadores desta IPSS se encontram na faixa etária mais jovem, com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos de idades. Verificamos, também que a média de idades é de 42,53 anos, com um DP= 9,029, onde a idade mínima é de 20 anos e a idade máxima é de 58 de idade que encontramos nesta amostra. No que respeita ao seu estado civil, 86,0% (N=37) possui uma situação familiar com companheiro estável e 14,0% (N=6) apresenta-se sem companheiro.

Tabela 3:
Descrição das variáveis profissionais (N=45)

Variável	Factor	Frequência (N)	Percentagem (%)
Tempo Trab. Área actual	<1 ano	7	15,9
	1 a 3 anos	5	11,4
	3 a 6 anos	6	13,6
	6 a 12 anos	17	38,6
	>12 anos	9	20,5
Tempo Trab. na Função actual	<1 ano	7	16,3
	1 a 3 anos	7	16,3
	3 a 6 anos	7	16,3
	6 a 12 anos	16	37,2
	>12 anos	6	14,0
Tempo Trab. na Inst. actual	<1 ano	7	16,3
	1 a 3 anos	6	14,0
	3 a 6 anos	4	9,3
	6 a 12 anos	15	34,9
	>12 anos	13	25,6

Na variável do tempo de trabalho na área actual, verificamos que a maioria dos prestadores de cuidados, desta amostra exerce as suas funções na área da deficiência há mais de 6 anos (entre os 6 a 12 anos - 38,6% (N=17)) e mais de 12 anos com um valor percentual de 20,5% (N=9). Na função actual, os valores percentuais de maior destaque encontram-se também além de mais de 6 anos na função (6 a 12 anos. 37,2% (N= 16) e com mais de 12 anos 14% (N=6). Entre 1 ano e 6 anos, verificamos um valor de 16,3% (N=7) em cada intervalo. Na avaliação do tempo de trabalho na instituição actual entre 6 a 12 anos observamos um valor percentual de 34,9% (N=15) e que 25,6% (N=13) destes colaboradores exercem as suas funções nesta IPSS há mais de 12 anos, estando os restantes dos trabalhadores em funções laborais a menos de 6 anos com um valor percentual de 16,3% (N=7); de 1 a 3 anos o valor percentual obtido é de 14,0% (N=6) e no intervalo de 3 a 6 anos obtemos um valor percentual de 9,3% (N=4).

Tabela 4:
Descrição das variáveis profissionais (N=45)

Variável	Factor	Frequência (N)	Percentagem (%)
Horas de trabalho semanal	35 horas	9	20,5
	40 horas	32	72,7
	Outras horas	3	6,9
Trabalha mais horas que o horário	Sim	28	63,6
	Não	16	36,4
Frequência de trabalhar mais horas	Todos os dias	24	82,8
	1 vez / semana	3	10,3
	2 a 3 vezes/ semana	2	6,9
Ausência posto trabalho no último ano	Sim	32	71,1
	Não	13	28,9
Deixar o Trabalho nos próximos 5 anos	Totalmente de acordo	1	2,4
	Bastante de acordo	3	7,1
	Difícil decidir	17	40,5
	Em desacordo	21	50,0
Posição face ao trabalho	Com termo certo	16	37,2
	Efetivo	27	62,8

Nas variáveis profissionais, averiguamos ainda que, as horas de trabalho semanal são de 40 horas (72,7%, N=32); nas 35 horas de trabalho o valor percentual encontrado foi de 20,5% (N=9) e com trabalho de outras horas o valor percentual é de 6,9% (N=3).

Com o facto de trabalharem além do horário obtemos como resposta nesta amostra em que os trabalhadores dizem sim com um valor percentual de 63,6% (N=28) e a s resposta de não o valor percentual é de 36,4% (N=16).

Na variável da frequência de trabalhar mais horas todos os dias o valor encontrado foi de 82,8% (N=24); uma vez por semana o valor percentual é de apenas 10,3% (N=3) e o facto de trabalhar mais horas 2 a 3 vezes por semana 6,95 (N=2). Na variável ausência do posto de trabalho no último ano obtivemos que 71,1% (N=32) respondem que se viram obrigados a ausentar-se do seu posto laboral e que apenas 28,9% (N=13) esteve sempre presente a exercer as suas funções.

Dos 45 colaboradores que responderam ao questionário apenas 9,5% (N=1 e N=3) tem intenção de deixar este emprego, nos próximos 5 anos, enquanto, que 40,5% (N=17) encontram-se indecisos quanto ao abandono do seu posto trabalho, nos próximos 5 anos. De notar que 50% (N=21) dos colaboradores está em total desacordo, quanto ao deixar de exercer as suas funções nesta organização. Destes, 62,8% (N=27) encontram-se em situação efectiva na organização e apenas 37,2% (N=16) tem contrato a termo.

6.6.Procedimentos estatísticos

No tratamento estatístico foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 22, através do qual procedemos aos cálculos necessários para obtermos as estatísticas descritivas e correlacionais do estudo. Às estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas e percentuais e algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão, como o desvio padrão. No que respeita à estatística correlacional, fizemos uso da estatística paramétrica, destacando-se o recurso aos seguintes testes: Coeficiente de Correlação de Pearson e Teste de Qui quadrado (χ^2).

Finalizadas as considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e discussão dos resultados descritivos e correlacionais obtidos.

Capítulo III – Apresentação e discussão dos resultados

7. Apresentação dos Resultados

Após termos apresentado a metodologia deste estudo, apresentaremos os resultados obtidos. Apresentaremos os dados descritivos relativos às variáveis em estudo e os resultados dos estudos correlacionais com referência a estudos anteriores de diversos autores

7.1. Resultados descritivos

7.1.1. Análise da Percepção da QdV

Relativamente aos resultados do questionário da percepção global de QdV (tabela5) dos cuidadores formais que participaram neste estudo, verificamos que os cuidadores intervenientes consideram ter uma qualidade de vida regular (47,2%), regular saúde física (50%) e regular remuneração face ao trabalho desempenhado (41,7%). Acreditam ainda, que têm boa saúde psicológica (63,9%), boas relações sociais (41,7%), boas relações familiares (36,1%), boa realização pessoal (47,2%) e boa interface trabalho- casa (47,2%). No entanto, 57,1% afirmam que no momento, se encontram insatisfeitos quanto a sua realização profissional, considerando-a como má.

Tabela 5:
Percepção global dos prestadores de cuidados

	Má	Regular	Boa	Mto boa	Excelente
QdV	2,8	47,2	38,9	8,3	2,8
Saúde física	8,3	50,0	41,7	-	-
Saúde psicológica	-	30,6	63,9	5,6	-
Rel. Sociais	-	11,1	41,7	38,9	8,3
Rel. Familiares	2,8	27,8	36,1	30,6	2,8
Satisf. Realiz. Pessoal	-	30,6	47,2	22,2	-
Satisf. Realiz. Profissional	57,1	40,0	2,9	-	-
Remuneração auferida	5,6	41,7	38,9	13,9	-
Interface trabalho-casa	2,8	44,4	47,2	5,6	-

Na tabela 6, estão sumariados os valores médios dos domínios que constituem a QdV dos prestadores de cuidados, referenciando as dimensões mais ou menos relevantes. Assim, verificamos que os valores médios de maior índice são percebidos nos domínios das relações sociais (M = 3,6; DP= 0,9) e relações familiares (M =3,1, DP =0,9); seguindo-se o

domínio da saúde psicológica (M=3,0, DP =0,7), realização pessoal (M=2,9, DP =0,7), interface trabalho-casa (M=2,7, DP =0,7), remuneração auferida (M=2,6, DP =0,8) e saúde física (M=2,5, DP =0,7). Com menor valor de índice percebido destacamos o domínio da satisfação/realização profissional (M=1,5, DP =0,6).

Avaliado o grau de significância (valores de ρ através do χ^2 de Pearson) da QdV percebida e QdV global nos diferentes domínios, verificamos que existem valores significativos ($\rho < 0,05$), nas dimensões referentes à saúde física, saúde psicológica e remuneração auferida, uma vez que, os cuidadores percebem estas dimensões como as mais importantes para a sua QdV. Quando avaliamos a QdV global averiguamos que existem outros domínios igualmente significativos para que os cuidadores percebam uma boa QdV. Desta forma, obtivemos valores de $\rho < 0,05$ igualmente na saúde física e na remuneração auferida e ainda foram encontrados valores significativos para o domínio das relações sociais ($\rho = 0,04$), relações familiares ($\rho = 0,00$) e interface trabalho-casa ($\rho = 0,00$)

Tabela 6:
Resultados descritivos da percepção global da QdV

	Média	DP	χ^2 percebida	χ^2 global
QdV Saúde física	2,52	0,73	0,00	0,00
QdV Saúde psicológica	2,98	0,73	0,01	0,34
QdV Rel. Sociais	3,57	0,87	0,38	0,04
QdV Rel. Familiares	3,07	0,87	0,07	0,00
QdV Satisf. Realiz. Pessoal	2,84	0,71	0,24	0,17
QdV Satisf. Realiz. Profissional	1,49	0,59	0,71	0,97
QdV Remuneração auferida	2,61	0,75	0,05	0,00
QdV Interface casa-trab.	2,68	0,74	0,14	0,00

7.1.2. Análise *Vulnerabilidade ao Stress* (23 QVS)

Em relação aos resultados obtidos para a vulnerabilidade ao *stress* (tabela7), verificamos através da análise efetuada, que os factores do questionário 23QVS, de maior índice são representados pelo fator do perfeccionismo (M =18,2, DP =3,1), seguindo-se a subjugação (M =10,8, DP=2,9), inibição (M=9,7, DP =2,9), deprivação (M =5,3, DP =2,1), dramatização (M=5,1, DP =2,1). O índice mais baixo é aqui representado pelo fator da carência de apoio social (M=1,6, DP =0,6). Importa ainda salientar, que apesar do factor

condições de vida adversa, fazer parte dos factores constituintes da escala da vulnerabilidade ao *stress* não foi avaliado neste estudo.

Tabela 7:
Resultados descritivos 23 QVS

Factores 23 QVS	Mínimo	Máximo	Média	DP
Perfeccionismo	11,0	24,0	18,2	3,1
Inibição	2,0	16,0	9,7	2,9
Carência	1,0	3,0	1,6	0,6
Condições de vida adversa	0,0	0,0	0,0	0,0
Dramatização	1,0	10,0	5,1	2,1
Subjugação	6,0	16,0	10,8	2,9
Deprivação	2,0	11,0	5,3	2,1
Índice Total de QVS	23,0	80,0	50,6	13,6

Para complementar-mos o estudo da *vulnerabilidade ao stress*, seguimos os critérios da autora da escala (Vaz Serra, 2000b) e verificamos que 71,1% (N= 33) dos prestadores de cuidados da nossa amostra estão vulneráveis ao stress, ou seja, apresentam scores superiores ou iguais a 43 pontos e apenas 28,9% (N=13 cuidadores) destes, não apresentam vulnerabilidade ao stress, pois apresentam um score inferior aos 43 pontos (tabela 8 e tabela 9). Na prática podemos concluir que a maioria da nossa amostra se apresenta “com vulnerabilidade ao *stress*”.

Tabela 8:
Resultados descritivos de factor global de QVS

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Factor Global QVS	3	65	46,74	10,87
Risco Global QVS	0	1	0,72	0,45
Total	3	66	47,46	11,32

Tabela 9:
Resultados descritivos vulnerabilidade ao *stress*

	N	%
Sem Vulnerabilidade	13	28,9
Com Vulnerabilidade	33	71,1
Total	46	100,0

7.1.3. Análise do MBI-GS

Relativamente aos resultados descritivos do *burnout* apuramos que 77,3% dos prestadores de cuidados formais, que constituem a nossa amostra, é representada por cuidadores com baixa exaustão emocional ($M = 1,3$; $DP = 0,5$); 53,5% é representada por cuidadores com média despersonalização ($M=2,0$; $DP=0,7$) e 81,5% é representada por cuidadores com baixa realização profissional ($M=1,0$; $DP=0,0$) (tabela 10 e tabela 11).

Como complemento do estudo da *síndrome de burnout*, verificamos ainda a presença ou ausência de burnout para a nossa amostra onde observamos que 97,7% ($N=43$) dos cuidados formais não apresentam burnout e apenas 2,3% ($N=1$) apresenta burnout (tabela 12).

Tabela 10:
Descrição das variáveis de *burnout*

Variável	Factor	Frequência (N)	Percentagem (%)
Exaustão emocional	Baixa	34	77,3
	Média	9	20,5
	Elevada	1	2,3
Despersonalização/ Cinismo	Baixa	10	24,4
	Média	22	53,7
	Elevada	9	22,0
Realização Pessoal/Profissional	Baixa	44	81,5
	Média	0	0
	Elevada	0	0

Tabela 11:
Dimensões de *burnout*

Dimensões de Burnout	DP	Média	Burnout
Exaustão Emocional	0,5	1,3	Baixo
Despersonalização	0,7	2,0	Médio
Realização Profissional	0,0	1,0	Baixo

Tabela 12:
Presença ou ausência de burnout

Variável	Factor	Frequência (N)	Percentagem (%)
Burnout	Ausência	43	97,7
	Presença	1	2,3

7.2. Resultados Correlacionais

7.2.1. Análise da hipótese 1

H1: Espera-se que os cuidadores formais, que apresentam fraca percepção da sua QdV apresentem elevados índices de vulnerabilidade ao *stress*.

No que respeita à correlação entre o factor QdV e vulnerabilidade ao *stress* (QVS), verificamos que não existe correlação significativa, entre as variáveis em estudo (tabela13), Apuramos ainda, que a medida que aumenta a vulnerabilidade ao *stress* dos cuidadores formais diminui a percepção da sua qualidade de vida.

Tabela 13:
Correlação entre QdV percebida e QVS

Factor global QVS	Factor QdV		
	Correlação Pearson	Nível de significância	N
	-0,30	0,06	44

7.2.2. Análise da hipótese 2

H2- Espera-se que exista uma associação entre o tempo de trabalho (na função actual e instituição actual) e a vulnerabilidade ao *stress*.

No que respeita à possível correlação entre o tempo de trabalho e a vulnerabilidade ao *stress* (tabela 14) verificamos que existem valores correlacionais significativos entre as variáveis tempo de trabalho na função actual ($r=0,33^*$, $\rho=0,03$) e tempo de trabalho na instituição actual ($r=0,36^*$, $\rho=0,02$) e QVS.

Tendo em conta, os graus de significância encontrados e os valores de referência confirmamos a existência de relação entre as variáveis em estudo, conseguindo desta forma, afirmar que à medida que os anos de trabalho vão passando os cuidadores vão adquirindo maior percepção sobre a sua QdV.

Tabela 14:
Correlação entre tempo de trabalho e a QVS

	Global QVS	
	Correlação Pearson	N
Tempo de Trabalho na Função actual	0,33*	44
Tempo de Trabalho na Instituição actual	0,36*	44

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

7.2.3. Análise da hipótese 3

H3: Espera-se que os cuidadores formais do género masculino, apresentem níveis de despersonalização mais elevados do que o género feminino (tabela 15).

Os níveis de despersonalização são observados através dos valores médios das idades em função do género. Pela análise realizada pudemos observar que o género masculino é aquele que apresenta maiores níveis de despersonalização, uma vez que apresenta valores médios (M=2,36; DP=0.81) superiores aos valores médios do género feminino (M=1,83; DP=0.59). Demonstrando-nos ainda que os cuidadores formais do género masculino são aqueles que apresentam maiores índices de cinismo e sentimentos e ou atitudes negativas em relação aos colegas, clientes e a organização.

Tabela 15:
Comparação entre género e a despersonalização.

Dimensões	Género	N	Média	DP	Teste-T
Exaustão emocional	Masc.	12	1,41	0,52	0,17
	Fem..	32	1,18	0,47	
Despersonalização	Masc.	11	2,36	0,81	0,03
	Fem..	30	1,83	0,59	
Realização Pessoal	Masc.	12	1,0	0	-----
	Fem..	32	1,0	0	

7.2.4. Análise da hipótese 4

H4: Espera-se que os trabalhadores desta IPSS, com idades compreendidas entre os 40 e 54 anos estejam mais vulneráveis ao *stress*.

Foi realizado um cruzamento entre a variável idade e a variável de vulnerabilidade ao *stress* (tabela 16). Deste cruzamento apuramos que os cuidadores com idades compreendidas entre os 41 e 50 anos, são aqueles que apresentam maiores índices de vulnerabilidade ao *stress* (24,4%). Verificamos ainda, através da comparação das médias que a nossa amostra está vulnerável ao *stress*, uma vez que, a média da presença de *stress* é superior a média da ausência de *stress*.

Tabela 16:
Presença ou ausência QVS por idades.

		Intervalo de idades (%)				Média	DP	Teste-t
		20-30	31-40	41-50	51-60			
Global	Presença	6,7	20,0	24,4	20,0	2,81	0,96	0,26
QVS	Ausência	2,2	15,6	6,7	4,4	2,46	0,88	

7.2.5. Análise da hipótese 5

H5: Espera-se que a falta de apoio social leve os cuidadores a apresentarem exaustão emocional e despersonalização.

Após análise da correlação existente entre a carência de apoio social, exaustão emocional e despersonalização (tabela 17), com o objetivo de verificarmos se o apoio social influencia o surgimento de exaustão emocional e despersonalização, apuramos que a nossa hipótese apenas pode ser aceita parcialmente, uma vez que, o valor de significância encontrado para a dimensão da despersonalização é ($r=0,01$, $p=0,96$) e para a dimensão da exaustão emocional é ($p=0,58^*$ e $r=0,02$). Assim apenas podemos concluir que apenas existe correlação significativa entre a dimensão exaustão emocional e a carência de apoio social. Percebendo desta forma, que o surgimento de exaustão emocional pode estar associado, ainda que parcialmente, ao surgimento de despersonalização nos cuidadores formais.

Tabela 17:

Correlação entre carência de apoio social e dimensões de *burnout*.

		Exaustão emocional	Despersonalização
Carência de apoio social	Correlação Pearson	0,58*	0,01
	Nível de significância	---	0,96
	N	41	41

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

7.2.6. Análise da hipótese 6

H6: Espera-se que, os cuidadores que trabalham para além do horário laboral estejam mais susceptíveis a experienciar *burnout*.

Relativamente a comparação entre a variável de *burnout* e frequência de trabalhar mais horas (tabela 18) verificamos que a média de presença de *burnout* é superior a média da ausência de *burnout*, verificando assim, que os cuidadores formais estão mais predispostos a experienciar *burnout* quando trabalham mais horas que o seu horário laboral.

Tabela 18:

Comparação de horas laborais e *burnout*.

	Burnout	N	Média	DP	Teste -t
Frequência de trabalhar mais horas	Presença	1	3,0		
	Ausência	28	1,18	0,48	0,001

7.2.7. Análise da hipótese 7

H7: Espera-se que os cuidadores que estiveram ausentes, no o último ano do seu posto de trabalho apresentem despersonalização.

Para concluirmos o nosso estudo correlacional, decidimos analisar a existência de relação significativa entre a ausência do posto de trabalho no último ano e a insensibilidade emocional (cinismo/despersonalização) dos cuidadores desta IPSS. Assim, observamos a existência de uma correlação negativa e um nível de significância com $\rho < 0,005$, conseguindo, desta forma aceitar a hipótese uma vez que ($r = -0,36^*$ e $\rho = 0,02$) e apurar que quanto maior for o nível de absentismo na organização, menor o índice de despersonalização apresentado pelos cuidadores (tabela 19).

Tabela 19:
Correlação entre ausência laboral e despersonalização.

Dimensão de Burnout	Correlação Pearson	Ausência do posto de trabalho no último ano
Despersonalização		- 0,36*
	N	41

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8. Discussão de resultados

A discussão dos resultados é uma fase pertinente dum estudo científico permitindo-nos reflectir sobre a investigação realizada, destacando os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura. Assim, com base na análise dos dados sócio-demográficos, resultados descritivos e resultados correlacionais, prosseguiremos com uma síntese e apreciação crítica dos resultados obtidos.

Neste sentido, debruçar-nos-emos sobre a análise dos resultados, anteriormente apresentados, tendo em conta os estudos dos diversos autores, onde serão avaliados os desequilíbrios homeostáticos (Teixeira 2008), do organismo (vulnerabilidade ao *stress* e o risco de *burnout*) que podem interferir e influenciar a qualidade dos cuidados prestados em indivíduos com deficiência intelectual, tendo por base as hipóteses formuladas na investigação.

Do conjunto dos 45 cuidadores formais que responderam ao estudo, destaca-se a predominância do género feminino (73,3%), conseguindo, desta forma o apoio dos estudos realizados por diversos autores, que afirmam que por imposição ou não da sociedade a generalidade dos cuidadores formais são representados pelo género feminino (Giocomin et

al.,2005; França, 2010). Relativamente ao intervalo de idades, verificamos que, nesta IPSS maioritariamente cuidadores com idades compreendidas entre os 31 e 51 anos de idade (31 aos 40- 34,8% e dos 41 aos 51 -30,4%), tratando-se de uma população mais amadurecida, com maior experiência quer ao nível pessoal quer ao nível laboral, com estratégias mais eficazes e adequadas as situações causadoras de *stress* (Oliveira& Cupertino, 2005). Os dados relativos à experiência profissional vão de encontro com a experiência adquirida com a idade, uma vez que, os grupos com maior expressão quanto ao tempo de trabalho na área (dos 6-12 anos- 38,6%;> 12 anos - 20,5%), função (6-12 anos- 37,2%) e instituição (6-12 anos- 34,9%;> 12 anos – 25,6%) actual é aquele que se situa entre os 6 e os 12 anos ou acima dos 12 anos de trabalho com indivíduos com deficiência.

Constatamos ainda, que são trabalhadores que em média trabalham 40 horas semanais (72,7%) e que habitualmente ainda o fazem para além do seu horário laboral (63,6% afirmam que sim e 82,8% afirma faze-lo todos os dias). Não podemos deixar de referir que no último ano 71,1% destes cuidadores teve necessidade de se ausentar do seu posto de trabalho. No entanto, 50% destes afirma não ter intenção de deixar as suas funções nos próximos 5 anos, talvez isto se deva à posição que ocupam na organização, pois 62,8% destes cuidadores encontram-se efectivos na IPSS.

De acordo com as estatísticas evidenciadas no estudo da variável qualidade de vida (QdV), verificamos que de um modo geral os cuidadores formais desta amostra percebem a sua QdV como regular, ou seja, nem boa nem má. Tendo por base os estudos de Lim & Zebrack (2004), onde a QdV é conceptualizada como uma construção multidimensional e subjectivo de base relacional entre o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, não podíamos-mos deixar de evidenciar os domínios da QdV, que mais interferem nas suas vidas, ou seja, na relação com os outros, nas suas expectativas, padrões e preocupações (Halyard & Ferrans, 2008). Perante os resultados obtidos, constatamos que para estes cuidadores, o domínio que apresenta maior relevância na sua QdV é o domínio das relações sociais ($M=3,57$); seguindo-se o domínio das relações familiares ($M=3,07$); saúde psicológica ($M=2,98$) e com menor relevância a saúde física ($M=2,52$). Os resultados obtidos através da análise efetuada demonstra-nos que a percepção da qualidade de vida destes cuidadores é influenciada por uma multiplicidade de fatores e que estes podem influenciar, de um modo geral, o bem-estar dos cuidadores e por sua vez a forma como exercem as suas funções (Nubling, Stobel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2006).

A análise dos valores relativos à vulnerabilidade ao *stress* revela que o valor médio obtido para a totalidade da amostra foi de 46,74, o que significa que os cuidadores que

participaram neste estudo apresentam níveis elevados de vulnerabilidade ao stress, na medida em que, e segundo a autora da escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000), o ponto de corte para a presença de stress é 43, significando isto, que os nossos cuidadores apresentam grande vulnerabilidade ao stress. Variadas investigações defendem que os cuidadores formais são indivíduos com elevados índices de vulnerabilidade ao *stress*, e que os elevados níveis de stress podem desencadear baixos níveis de bem-estar físico e psicológico, com consequências diretas nos índices de realização/satisfação profissional e no exercício das suas funções laborais (Baba et al.,1999; Hooker et al.,2002; Cooper,1993; as cited. in Menzani,2006).

Tendo em conta, as dimensões que constituem a escala da vulnerabilidade ao *stress*, a dimensão do perfeccionismo e intolerância à frustração agrupa características como: a busca constante de perfeccionismo em todas as tarefas, a procura de prazer imediato, a necessidade do reconhecimento pela eficácia e a irritabilidade fácil são as que mais se destacam em termos em termos médios com valores elevados ($M=18,1$); no entanto, também a dimensão da carência de apoio social (a falta de rede social de apoio e a regularidade do seu funcionamento) se destaca por apresentar os valores médios mais baixos ($M=1,56$). Estes valores revelam que estamos perante prestadores de cuidados com grande propensão para desenvolverem doenças físicas e psicológicas, logo indivíduos muito vulneráveis ao *stress* (Azevedo, 2010), ou seja, indivíduos com baixa auto-estima; fraca tolerância à frustração; humor deprimido; com dificuldades perante a confrontação e resolução dos problemas marcada pela excessiva emocionalidade, com consequências directas na diminuição do bem-estar geral, destes cuidadores (Vaux,1998,as cited. in Rodrigues & Madeira, 2009;Pinheiro & Ferreira, 2001; Vaz Serra, 2000), na qualidade dos serviços prestados e para a organização, onde prestados os serviços (Martins, Pais- Ribeiro & Garret,2003).

Observamos, então que 71,1% da nossa amostra é representada por cuidadores formais de indivíduos com deficiência intelectual, que apresentam grande vulnerabilidade ao *stress*, indivíduos estes que, podem colocar em causa a qualidade dos serviços prestados na organização que representam, devido a vulnerabilidade sentida. Importa ainda, referir que apenas 28,9% destes cuidadores não apresentam vulnerabilidade ao *stress*.

Relativamente aos resultados do *burnout* obtidos, averiguamos que a grande maioria da nossa amostra não apresenta *burnout* (97,7%). No que se refere as dimensões desta síndrome e tendo em conta os scores de referência (McLaurine, 2008), apuramos que 77,3% da nossa amostra manifesta baixos níveis de exaustão emocional ($M=1,25$); 53,5% tem valores médios de despersonalização ($M=1,97$); e 81,5% demonstra ter baixa realização profissional ($M=1,00$). Estes resultados demonstram que estamos perante uma amostra de cuidadores

formais com uma boa saúde organizacional, isto é, estamos perante uma amostra que tenta adaptar os seus recursos as situações de vulnerabilidade ao *stress*, ou então, esta vulnerabilidade pode manifestar-se, nestes cuidadores, através de ostentações de alguma insensibilidade emocional e ou dissimulação afectiva para com os colegas de trabalho, clientes e ou para com a organização. Podemos então, concluir que nos encontramos perante uma amostra de cuidadores, envolvidos no seu trabalho, que tendem a não colocar em causa a sua escolha profissional nem em dúvida as suas competências laborais (Maslach,2006; Sousa,2006; Maslach & Leiter, 1997,as cited, in Oliveira,M.,2008).

Apesar de nos encontrarmos diante de uma amostra sem manifestações da síndrome de *burnout*, não devem ser descurados os padrões de inconsistência revelados por estes cuidadores através da dimensão de despersonalização, uma vez que estas manifestações podem ser interpretadas como um possível aviso, de uma possível manifestação de *burnout*, com consequências negativas para o sua qualidade de vida e para a qualidade dos serviços prestados na organização (Maslach & Leiter, 2008; Vahey et al.,2004; Maslach & Leiter,2005). Assim sendo, importa ainda referir que foi identificado um caso de *burnout*, ao qual corresponde a 2,3% da amostra em estudo.

No que concerne à análise correlacional por nós realizada, verificámos que duas das sete hipóteses de investigação formuladas foram rejeitadas (H1 e H4), tendo em conta os níveis de significância, correlação entre as variáveis e comparação de médias.

Quanto a hipótese H1 (a fraca percepção da qualidade de vida, apresenta elevados índices de vulnerabilidade ao stress) verificamos que a correlação entre factor global vulnerabilidade (QVS) e o factor global QdV apresenta um valor não significativo, para a relação das variáveis em estudo ($p > 0,05$), mas com correlação negativa. Desta forma, a correlação entre factor global de QVS e factor global de QdV, não é validada ou aceite. Apesar de existir uma correlação negativa, não existe valor significativo entre as variáveis que nos permita concluir que quanto mais fraca for a QdV dos cuidadores mais elevada é a sua vulnerabilidade ao *stress*. Logo podemos concluir que o nosso estudo correlacional, não vai ao encontro dos estudos realizados por Mendonça (1998), onde afirma que os prestadores de cuidados são indivíduos que diariamente estão expostos a situações de grande vulnerabilidade, podendo esta exposição causar danos na sua qualidade de vida e bem-estar. E aos estudos realizados por Baba e seus colaboradores (1999) onde defende que os elevados níveis de stress aos quais estão sujeitos diariamente estes cuidadores, estão directamente associados a baixos níveis de bem-estar (Baba et al., 1999, Hooker et al., 2002).

Já a hipótese H2 refere que o tempo de trabalho na função e instituição actual induz a vulnerabilidade ao *stress*. Desta forma, concluímos que a hipótese é válida, uma vez que, a correlação é significativa, demonstrando-nos que à medida que aumenta o tempo de trabalho na função e instituição actual aumenta a vulnerabilidade ao *stress* destes cuidadores, confirmando a investigação realizada por Figueiredo, em 2007. Este refere, nos seus estudos que todas as actividades realizadas pelos prestadores de cuidados são uma fonte de dispêndio de energia assim como uma fonte causadora de *stress* e exaustão. Esta pesquisa, é ainda apoiada por outros investigadores que afirmam que os prestadores de cuidados são um grupo de trabalhadores que apresentam grande vulnerabilidade ao *stress* como consequência directa, das suas funções laborais (Baba et al., 1999; Hoocker et al., 2002).

Na hipótese 3 pretendemos analisar qual o género, masculino ou feminino, apresentam maiores níveis de despersonalização/cinismo. Efectuado o cruzamento entre os níveis de despersonalização e género, verificamos que os indivíduos do género masculino são aqueles que apresentam níveis mais elevados de despersonalização, uma vez que, o valor médio encontrado é de (M=2,36) é superior ao valor encontrado para o género feminino (M=1,83). O valor de significância encontrado através do teste T-student mostra-nos ainda, que existe relação significativa entre as variáveis ($\rho=0,03$) em estudo. Quanto à correlação das variáveis entre a dimensão de despersonalização e o género, concluímos existe relação entre ambas ($\rho<0,005$), conseguindo desta forma validar e aceitar a hipótese com base nas investigações de vários autores, onde afirmam que os altos níveis de despersonalização são mais visualizados no género masculino do que no género feminino, uma vez que, o género feminino é visto socialmente como mais emotivo e com maior facilidade para exprimir as suas dificuldades e conflitos ao contrário do género masculino. E que os elevados níveis de despersonalização são mais visualizados no género masculino uma vez que estes apresentam, normalmente, um maior leque de estratégias para enfrentarem as situações de tensão e exaustão (Maslach & Jackson,1986;e Gil-Monte,2002).

Tendo em conta a hipótese H4 (comparação de médias entre intervalo de idades e vulnerabilidade ao *stress*), averiguamos que os cuidadores da nossa amostra, mais vulneráveis ao *stress* têm idades compreendidas entre os 41 e 50 anos, sendo esta correlação apoiada pelos estudos realizados, em 1979, por Rogers e seus colaboradores (Rogers, Dubey & Reich em 1979,as cited. in Castro &Santos, 1998). Outros estudiosos defendem também, que a idade é inversamente proporcional à capacidade de lidar com o *stress*, ou seja, à medida que um indivíduo envelhece menor é a sua aptidão para gerir as situações de tensão, e que os

trabalhadores que se encontram na faixa etária entre os 40 e 54 anos são aqueles que se dizem mais afectados pelo *stress* ocupacional (AESST, 2009). Tendo em conta os estudos de referência podemos afirmar que a hipótese em causa é validada, isto porque o nosso estudo vai de encontro com intervalo de idades encontrados nas investigações de referência. No entanto, não existe relação significativa entre a presença de *stress* e as idades, uma vez que, o teste realizado para validar esta hipótese não nos apresenta valores de significância que nos permitam aceitar a hipótese, ($\rho=0,26$). Assim, podemos afirmar que a presença de *stress* é evidente neste intervalo de idades, mas não existe qualquer relação entre a presença de *stress* e as idades, nestes cuidadores formais. Podemos então, afirmar que a hipótese é apoiada pelos estudos mas não pela relação entre as variáveis, tendo assim, que rejeitar a hipótese proposta.

Variados são os estudos, que defendem que a carência de apoio social provoca o surgimento da exaustão emocional e despersonalização nos cuidadores (hipótese 5). Após análise dos valores de significância ($\rho<0,05$), concluímos que o bem-estar dos cuidadores é influenciado pelo apoio que recebem socialmente, quer dos seus familiares, colegas ou dirigentes e que os seus níveis de *stress* apresentam-se mais baixos quando estes percebem apoio (Iwata e Suzuki, 1997, as cited. in Paschoal & Tamayo, 2004). Foi também apurado que a falta de apoio social nos trabalhadores leva a uma maior exaustão emocional nos cuidadores, desta IPSS. Concluímos ainda, que quanto maior o apoio sentido pelos cuidadores, maior é a sua capacidade para lidar com o *stress* e maior será o seu contributo no espaço organizacional. Assim, sendo verificamos que a hipótese é validada através dos estudos de referência.

Freudenberger, (1974; 1975), refere nos seus estudos que o burnout é um problema, cada vez mais presente, na vida dos trabalhadores dos serviços humanos e sociais consequente de uma longa dedicação ao trabalho. Menciona ainda que, os cuidadores são indivíduos com maior predisposição para experienciarem o fenómeno de burnout e com maiores probabilidades de influenciarem negativamente a qualidade dos serviços prestados aos clientes (Maslach & Jackson, 1981, as cited. in Oliveira, M., 2008). Tendo em conta os estudos referidos, apuramos que o facto de um cuidador trabalhar para além do seu horário laboral, pode provocar, efectivamente o surgimento da síndrome de burnout, sendo assim, confirma-mos e validamos a hipótese H6 através dos estudos de T-student ($\rho=0,00$). O facto de trabalhar mais horas, faz com que os cuidadores formais sejam vítimas da síndrome de burnout.

Finalizando o nosso estudo inferencial, correlacionamos a dimensão da despersonalização com a variável que se refere ao absentismo laboral, verificando que a nossa hipótese (H7) é apoiada e validada pelos valores correlacionais obtidos e pelos estudos de Maslach & Sousa (2006). Estes defendem que os trabalhadores que se ausentam do seu posto de trabalho, por norma fazem-no porque, se sentem desmotivados e insatisfeitos ao nível laboral, deixando de dar o seu melhor e passando apenas a fazer o estritamente necessário para se manterem no seu posto de trabalho e na organização, acabando desta forma, por deteriorar a qualidade dos serviços prestados (Maslach, Jackson & Leiter, 1997; Maslach, 2006; Sousa, 2006; Maslach & Leiter, 2008).

9. Conclusão

A presente dissertação pretendeu investigar a influência da vulnerabilidade ao *stress*, do *burnout* e QdV na qualidade dos serviços prestados pelos cuidadores formais de uma IPSS do concelho de Gondomar a indivíduos com deficiência intelectual. Deste modo, tentámos explicar a relação existente entre as variáveis em estudo, para tal foram calculados e analisados os graus de relação existente entre os constructos em estudo, no sentido de fornecermos conhecimentos pertinentes acerca da temática em questão, para a psicologia e outras áreas científicas.

A vulnerabilidade ao *stress* e o *burnout* são um grave problema existente em quase todos os contextos laborais. O *stress* é reconhecido como um evento de sobrecarga (físico, psicológico ou emocional) que desencadeia o processo de *burnout* (Cherniss, as cited in Roazzi, Carvalho & Guimarães, 2000), e estes por sua vez, são percebidas como os factores que influenciam a percepção da qualidade de vida (posição na vida, contexto social, valores sociais, objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Rogerson, 1995)) dos cuidadores e a qualidade dos serviços prestados nas organizações, nas quais exercem as suas funções.

Neste sentido, verificamos que os cuidadores formais de indivíduos com deficiência intelectual percebem a sua qualidade de vida como regular (baixo índice de QdV), ou seja, nem boa nem má evidenciando os domínios da saúde física e psicológica e o interface trabalho-casa, como aqueles domínios que mais influenciam a sua vida enquanto cidadãos e cuidadores formais. No entanto e, tendo em conta os estudos correlacionais não conseguimos comprovar, para esta amostra, que a QdV é influenciada pela vulnerabilidade dos cuidadores ao *stress*, uma vez que os valores correlacionais encontrados revelam a existência de uma

baixa correlação entre estas duas variáveis ($r = -0,30$), não nos permitindo deduzir que quanto mais fraca é percepção da QdV destes cuidadores maior é a sua vulnerabilidade ao *stress*.

Quanto a vulnerabilidade ao *stress* averiguamos, que estamos perante uma amostra de cuidadores formais com elevados índices de vulnerabilidade ao *stress*, como consequência directa do seu bem-estar geral (regular) e níveis de satisfação pessoal, profissional e de remuneração salarial. Verificamos ainda, que devido ao exercício das suas funções (e tempo de trabalho) estes cuidadores procuram realizar cada actividade com o maior perfeccionismo possível, com o objectivo de obterem um maior reconhecimento da sua eficácia laboral, por parte dos seus superiores e diminuïrem a sensação de desgaste, ou seja, os seus índices de vulnerabilidade ao *stress*. Não podemos deixar de referir que, os elevados índices de vulnerabilidade ao *stress* visualizados nesta amostra poderão provocar consequências nefastas nestes cuidadores ao nível do seu bem-estar geral, aos indivíduos de quem diariamente cuidam e a organização onde executam esses cuidados.

Relativamente à presença da síndrome de *burnout*, apuramos que a nossa amostra não manifesta padrões de *burnout*, uma vez que apresentam baixos índices de exaustão emocional, realização profissional e índices médios de despersonalização, querendo isto dizer que apesar de estarmos perante uma amostra de cuidadores com elevados índices de vulnerabilidade ao *stress*, estamos perante indivíduos que se envolvem no seu trabalho (que não colocam em causa a sua escolha profissional, nem em dúvida as suas competências laborais) e que até ao momento, vão conseguindo fazer face às situações que lhes provocam a diminuição do seu bem-estar. No entanto, não pudemos descorar os valores encontrados na dimensão da despersonalização, estes indicam-nos que estamos perante indivíduos, que devido a sua vulnerabilidade ao *stress* estão mais insensíveis emocionalmente e demonstram alguma dissimulação afectiva para com os colegas de trabalho, clientes (os indivíduos com deficiência intelectual) e para com a organização, sendo o género masculino que, nesta amostra, mais manifesta comportamentos relativos à dimensão da despersonalização.

Neste âmbito, podemos concluir que a qualidade dos serviços prestados aos indivíduos com deficiência intelectual é influenciada pela percepção da QdV dos cuidadores formais que constituïram a amostra, pela sua vulnerabilidade ao *stress* e pela ausência da síndrome de *burnout*.

Na presente investigação surgiram algumas limitações que de alguma forma podem ter enviesado os resultados, pelo que consideramos pertinente referi-las; a recolha dos dados, nomeadamente ao nível do tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário, o facto deste, ter sido preenchimento numa plataforma digital e a proximidade do investigador a

equipa técnica da IPSS, em questão. Surgiu ainda, outra limitação ao nosso estudo, esta refere-se às hipóteses de investigação proposta que durante a análise correlacional foram refutadas, ao serem rejeitadas estas hipóteses distanciaram-se, um pouco dos estudos presentes na literatura que aqui abordamos ao longo do enquadramento teórico. No entanto, o que aqui surgiu como uma limitação poderá ser vista como uma vantagem, uma vez que, esta só demonstra que deverão ser realizados mais estudos de investigação, nas mesmas condições em que o presente estudo se realizou. Deste modo, de melhorar e entender o desfasamento teórico.

Aqui reforçamos a importância da execução deste tipo de estudos, uma vez que, estes poderão contribuir para o enriquecimento desta temática, bem como o bem-estar dos cuidadores formais e dos indivíduos que deles dependem e previsivelmente, na qualidade dos cuidados prestados nas organizações sociais.

Reconhecemos ainda, como relevante o desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais, que recaiam na promoção de novos saberes e competências referentes ao cuidado, nomeadamente, ao nível dos cuidados de indivíduos com deficiência. Também competências ao nível das estratégias de coping para que estes indivíduos possam enfrentar as suas vulnerabilidades e melhorar a sua qualidade de vida, e consequentemente a vida daqueles que diariamente auxiliam.

Referências bibliográficas

- Abalo, J. A. G., & Roger, M. C. (1998). Burnout: una amenaza a los equipo de la salud. In Conferencia Presentada em la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud–Asociación Colombiana de Psicología de la Salud–ASOCOPIS. Acedido em 10 de março, 2014, em: <http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php>.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, (2009) Prespectiva 1-.Novos Riscos Emergentes para a Segurança e Saúde no Trabalho. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Acedido em 20 de fevereiro, 2014, em: http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook
- Alonso, Miguel Ángel Verdugo; BERMEJO, Belén G. (2001). Atraso Mental, Amadora, Edições McGraw-Hill.
- Amaral, L. A. (1994) Pensar a Diferença/ Deficiência. Brasília. CORDE-Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Amaral, L.A. (1994) Mercado de trabalho e deficiência. Revista Brasileira de Educação Especial, Piracicaba: v. 1, n. 2, pp. 127-136. Acedido em 21 de fevereiro 2014, em:www.anped.org.br/reunioes/28/textos/gt15/gt151566int.rtf.
- American Association on Mental Retardation (2002). Mental retardation: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC, USA: AAMR.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais 4ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2004). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ªed Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2011). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores.

Asociación en favor de las personas con discapacidad intelectual del Suroeste de Almería [ASPRODESA] (n.d.). Definición de Discapacidad Intelectual – La discapacidad intelectual. Acedido em 24 de fevereiro, 2014, em:<http://www.asprodesa.org/portal/asprodesa/definicion-de-discapacidad-intelectual/>.

Associação Portuguesa de Deficientes (2009). Comunicado Dia dos Direitos Humanos. Acedido em 24 de fevereiro, 2014, em:http://www.apd.org.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=207&gid=1397.

Azevedo, GR.; Santos, V.L.C.G. Cuidador (d)eficiente (2006): As representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. Rev. Latino-Am.Enfermagem,v.14,n.5,pp.770-80.

Baba, V., Galaperin, B. L., & Lituchy, T.R (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. International Journal of Nursing Studies, 36, pp.163-169.

Barona, E.G. (1996) Estudio preliminar al síndrome de burnout. Ciência Psicológica, 3, 63-76.

Bellman, S.; Forster, N.; Still, L.; & Cooper, C. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. Stress and health, 19. pp. 45-58. Acedido em 25 de janeiro, 2014, em, <http://content.epnet.com/pdf10/pdf/2003/O9N/01Feb03/12064027.pdf?T=P&P=AN&K=12064027&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeprc4y9f3OLCmr0mep7VSs6i4SrWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx%2BEu3q64A&D>

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp.157-86. Acedido em 05 de abril, 2014, em: <http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=EMnnJklADqIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=BenevidesPereira,+2002&ots=rhbCBRZ4Ij&sig=jlDHmzcw5TmeKWKpPjd-P2Iwts#v=onepage&q&f=false>

Benbow, S. (1998). Burnout: a current knowledge and relevance to old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 21-30.

Bini, R.; et al. (2006), A intervenção fisioterapêutica aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. In: I Congresso Internacional de Gerontologia: Viver para sempre! Lisboa. Acedido em 15 de março, 2014, em: http://www.socialgest.pt/_dlds/apcuidadoresdedoentesdealzheimer.pdf.

Bicho, L. M., & Pereira, S. R. (2007). Stresse Ocupacional. Acedido em 28 de janeiro, 2014, em: http://prof.santanasilva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/word/Stress%20Ocupacional.pdf.

Bock, G. (2004). A Síndrome de Burnout e o Trabalho na “Educação Especial”: um olhar sobre as percepções dos educadores. Dissertação de Pós - Graduação em Educação Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Boff, L. (1999) Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes.

Botelho, M. O. (2007). Idoso que cuida de Idoso. Acedido em 17 de março, 2014, em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7237/2/Dissertao%20%20Mnica%20Botelho.pdf>

- Caldas, C.P. (2000^a). A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. Textos Envelhecimento UnATI v. 3, n.4, Acedido em 17 de março, 2014,em: www.uerj/unati.br.
- Campos, S. M. & Martins, R. M. (n.d.). Educação especial: aspectos históricos e evolução conceptual. Millenium: Educação, ciência e tecnologia. Acedido em 23 de fevereiro, 2014,em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium34/17.pdf>
- Canavarro, M. (1999). Relações Afectivas e Saúde Mental. Coimbra: Quarteto
- Canavarro, J.& Oliveira, C. (2004). Psicologia Social Aplicada às Organizações. In Neto, Félix (coord.).Psicologia Aplicada. Lisboa: Universidade Aberta,pp.131-153.
- Canavarro et al. (2006). WHOQOL-Bref, Versão para Português de Portugal. Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J.,... Carona, C. (2006). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Coimbra: Quarteto Editora
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J.,... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castanheira, F. Chambel, M .J. (2009).Emotion work, psychological contract, and their relationship with burnout. In New research trends in effectiveness, health, and work: A Criteos scientific and professional account, ed. Morin, E., Ramalho, N., Neves, J., & Savoie, A., 101 - 120. ISBN: ISBN 2-921485-27-. Montreal: Criteos /HEC-Montreal.

Codo, W.; Sampaio, J.; Hitomi, A. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.

Commission Europeenne (1999), *Manuel d'Orientation sur le Stress Lié au Travail*, Bruxelles.

Commission Europeenne (2002), *Manuel d'Orientation sur le Stress Lié au Travail*, Bruxelles.

Cooper, C. L., Dewe, P. J. & O'Driscoll, M. P.(2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston, G.(2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal Geriatric Psychiatry*.

Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Costa, M. T. (2005). *Influência de variáveis sócio-demográficas sobre a percepção de factores de stress ocupacional: Um estudo na população de trabalhadores administrativos e operários da Fasol, Lda. (Monografia de Licenciatura)*. Maputo: Instituto Superior Politécnico e Universitário.

Cumbe, V. F. (2010). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doença Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. Acedido em 12 de abril, 2014, em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/55421/2/Sndrome%20de%20Burnout%20em%20Mdicos%20e%20Enfermeiros%20Cuidadores%20de%20Paci>

entes%20com%20Doenas%20Neoplsicas%20em%20Servios%20de%20Oncologia.pdf

Cunha, M.P., Rego, A. Cunha R.C., & Cabral Cardoso, C. (2006). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. Lisboa: Editora RH.

Cunha, M., Pereira, J., & Gascon, S. (2014). Gerir Pessoas e Competências, uma Estratégia de Sucesso – Relatório de Avaliação de Perfil de Risco Psicossocial 2008-2013. Lisboa: APPSO.- Associação Portuguesa de Psicologia Ocupacional.

Cruz, J. F. & Melo, B.M. (1997). Stress e “burnout” nos psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos da avaliação. Relatório de investigação não publicado. Braga: Universidade do Minho.

Day, J., & Anderson, R. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*, 2011, pp.1-10. .

Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, de Diário da República n.º 46/83. I.ª Série. Lisboa: Ministério de Assuntos Sociais.

Decreto-lei nº3.2/98 de 2 de dezembro (1999). Diário da República nº116.Ministerio da Justiça. Brasília.

Decreto-lei nº 9/89 de 2 de maio Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Diário da Republica nº100 - I Serie A. Assembleia da República. Lisboa

Decreto-lei n.º 38/2004, de 18 de agosto. Diário da República n.º 194/2004. I Série-A. Assembleia da República.

Decreto-lei n.º 56/2009, de 30 de Julho, publicada no Diário da República, I Série, n.º 146.

Decreto-lei n.º 163//2006, de 8 de agosto, Diário da República, I Série, n.º 152.

Delbrouck, M. (2006). Síndrome de Exaustão (Burnout). Lisboa: Climepsi Editores.

Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, pp. 499-512.

Dohrenwend, B. P. (1998). Theoretical Integration. In B. Dohrenwend (Ed.). *Adversity, Stresse, and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2011). Deficiência Mental. Acedido em 08 de março, 2014, em: http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php

Ernesto, F. (2008). Stress e bem-estar na profissão docente. Acedido em 23 de janeiro, 2014, em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/808/1/16568>. Tese Stress e Bem-Estar.pdf

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, pp. 571-579. doi:org/10.1037/0278-6133.1.2.119.

França, H.F. (1987). A síndrome de “Burnout”, *Revista Brasileira de Medicina*. pp. 44; 8.

França, J. C. (2010). Saúde Mental e Necessidades nos Cuidadores de Familiares com Demência. Acedido em 19 de março, 2014, em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1641/1/DM_12943.pdf

Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

Fernandes, S. L. (2010). Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos – um estudo de casos. Acedido em 21 de março, 2014, em: <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/360/1/TME%20434%20tese.pdf>.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, pp.159-165.

Freudenberger, H.J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychoanalytic Review*, 66, pp. 275-295.

Fortin, M.-F. (1999). O processo de investigação - da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. Instituto do Emprego e

Formação Profissional/Gabinete de Comunicação. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2009). 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. Instituto do Emprego e Formação Profissional/Gabinete de Comunicação. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Giacomin, K.C.; Uchôa, E.; Firmo, J.O.A. et al. (2005). Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Giddens, A. (1996) Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza

Gil-Monte, P. & Peiró, J.M. (1997) Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madri, Sintesis Psicología.

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) em profesionales de enfermería. Psicología em Estudo.

Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stress, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre (Orgs.), Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2ª ed., Vol. IV, pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.

- Goodhead, A. & McDonald, J. (2007). Informal caregivers literature review: a report prepared for the National Health Committee. Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington. Acedido em 04 de abril, 2014, em: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/\\$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf)
- Gugel Maria Aparecida (2007). Pessoas com Deficiência eo Direito ao Trabalho. Florianópolis: Obra Jurídica.
- Gutierrez, D.M. & Minayo, M.C. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados de saúde no âmbito da família. Ciência & Saúde Coletiva.
- Gray-Stanley JA, Muramatsu N. (2011) Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers Res Dev Disabil.
- Gray-Stanley JA, Muramatsu N. Res Dev Disabil. (2011). Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control.
- Graziani, Pierluigi e Swendsen, Joel. (2007). Stress – Emoções e estratégias de adaptação. Lisboa, Climepsi.
- Greenglass,(2002.). Work stress, coping, and social support: Implications for women' occupational well-being in Nelson, Debra L. (Ed); Burke, Ronald J.(Ed), Gender, work stress, and health (pp. 85-96). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Green, Francis (2006), Demanding Work: The Paradox of Job Quality in the Affluent Economy. Princeton e Oxford: Princeton University Press.
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos (2005). Manual de Boas Práticas – Um guia para acolhimento residencial de pessoas em situação de deficiência – Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Halyard, M. Y.; Ferrans, C. E.(2008) Quality-of-life assessment for routine oncology clinical practice. *Journal of Supportive Oncology*, Morristown, vol. 6, n. 5, pp. 221-233.

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

Heidegger, M. (1995) *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes.

Hooker, K., Bowman, S.R., Coehlo, D.P., Lim, S.R., Kaye, J., Guariglia, R., et al. (2002). Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(2), pp.453-460.

Ilmarinen, J. (2001). Aging workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 58 (8),pp. 546-551.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2001). Censos 2001 - Resultados definitivos. Acedido em 21 de abril, 2014, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_de_t&comtexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377711&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Jiménez, B.M., & Puente, C.P. (1997). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M.A. Simón (Ed). *Manual de Psicología de la Salud- Fundamentos, Metodología e Aplicaciones*, (p. 739-756). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Jex, S. M. (1998). *Stress and Job Performance: Theory, Research, and Implications for Managerial. Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Karasek, RA (1979). Exigências do trabalho, latitude decisão trabalho e desgaste mental: Implicações para trabalho redesign Administrative Science Quarterly, vol.. 24, pp. 285-308.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

Karasek, RA (1998).El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Ginebra: OIT, vol .2.

Kazmi, R., Amjad, S., & Khan, D. (2008). Occupational stress and its effect on job performance a case study of medical house officers of district abbotabad. Acedido em 29 de janeiro, 2014, em: http://www.emro.who.int/imemrf/J_Ayub_Med_Coll/J_Ayub_Med_Coll_2008_20_3_135_139.pdf

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. Oxford University Press

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. Psychosomatic medicine, 55(3), pp. 234-247.

Leite, M. (2006). Impacto da demência de alzheimer no cônjuge prestador de cuidados. (Dissertação de Doutorado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.

Leiter, M., & Maslach, C. (1998). Burnout. Encyclopedia of Mental Health,1, pp. 347-357.

- Lim, J. W.; Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 17, n. 2, p. 50.
- Loureiro, E. M. F. (2006). Estudo da Relação entre Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga
- Luckasson, R., et al. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R. et. al (2002). *Mental Retardation - Definition, Classification and Systems of Supports*. 10.ed. Washington, D.C. American Association on Mental Retardation
- Martinez, M.C.; Latorre, M.R.D.O.; Fischer, F.M.(2009) Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 523 – 532. Acedido em 07 de abril, 2014, em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/57065/a-capacidade-para-o-trabalho#ixzz3FV6oluWD>
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human behavior*, 5(9),H-16.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, vol. 2, pp.99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)*. In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Orgs.), *MBI Manual* Mountain View, California: CPP, 1996. pp.3-17.

- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory. Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what to do about It. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C; Leiter M. P. (1999) Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas, SP:
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P.(2001) Job burnout. Annual Review of Psychology, v. 52, p. 397-422. Acedido em 12 de abril, 2014, em: <http://WOS:000167463100017>
- Maslach, C.; Leiter, M. P (2005).Stress and burnout: the critical research. In C.L. Cooper (Ed).Handboock of stress medicine and health. (2nd.ed.,pp.153-170)Boca Raton,FL:CRC.Press.
- Maslach, C. (2006). Promovendo o envolvimento e reduzindo o burnout. In Anais do VI Congresso de Stress da ISMA-BR e VIII Fórum Internacional e Qualidade de Vida no Trabalho. Porto Alegre.
- Maslach, C.; Leiter, M. P (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psychology, v. 93, n. 3, pp. 498-512.
- Mclaurine, W. D (2008). A Correlational Study of Job Burnout and Organizational Commitment Among Correctional Officers. School of Psychology: Capella University.
- Mallar S. C. & Capitão, C.G.(2004) Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. Psico – USF,9(1).
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J, & Garret, C. (2003). Estudo sobre a validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, Saúde & Doenças, 4 (1), pp. 131-148.

- Matud, M.P., García, M.A. & Matud, M.J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), pp.451-465.
- Mendonça, M. K. A (1998) realidade dos cuidadores: assistência em domicílio aos portadores de câncer. [Dissertação] - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- Menzani, G. (2006). Stress entre Enfermeiros Brasileiros que atuam em Pronto-Socorro. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Miller, S. M., Brody, D. S. & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, pp.142-148
- Niza, S (2012) Movimento da Escola Moderna e Edições tinta-da-china, Lda., Lisboa
- Nogueira, R. (2004). Burnout no futebol profissional. Acedido em 17 de abril, 2014, em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/811/3/Monografia.pdf>
- Nubling, M., Stobel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofman, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ questionnaire in Germany. *GMS Psychosocial Medicine*, 3 (5), 1-18 Acedido em 22 de janeiro, 2014, em: <http://www.nacada.ksu.edu/Resources/Clearinghouse/ViewArticles/StressManagement.aspx#sthash.9DYCZc74.dpuf>
- Oliveira, B., & Cupertino, A. (2005). Diferenças entre género e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade – Estudo Pensa. *Textos Envelhecimento*, 8(2), pp.205-223.

Oliveira, M. A., Queirós, C. & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (n.º 2), pp. 181-196.

Oliveira, M. (2008). Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto. Acedido em 15 de abril, 2014, em:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25366/2/Burnout%20e%20emoco.es.pdf>

Omote, S. (1994). Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1 (2), pp.65-73.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças*. Livros SNR, 7, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial da Saúde (OMS,2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet No 260, abril 2001).

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.)*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Parreira, A. (2006). *Gestão de Stress e Qualidade de Vida: um guia para acção*, Monitor.

Paschoal, T. & Tamayo, A. (2004). Validação da Escala de Estresse no Trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1), pp.45-52.

Pereira, J., Cunha, M. & Sousa, D. (no prelo). Positive Psychology on The Job Model (PPJM).
Lisboa: Climepsi

Pereira, A.M.S., Silva, C.F. Castelo-Branco, M.C. & Latino, M. L. (2002). Saúde e a capacidade para o trabalho na docência. In: Livro de Comunicações. Póvoa do Varzim: IV Referências Bibliográficas 159 Congresso de Saúde Ocupacional, Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Pereira, M. F. C. (2007). Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Picado, L. (2010). Esgotamento profissional nos docentes. Acedido em 02 de março, 2014, em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0531.pdf>

Pina e Cunha, M.; Rego, A.; Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2004). Manual de comportamento organizacional. (5ª Edição – revista e aumentada). Lisboa: Editora RH.

Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2001, Outubro). Avaliação do suporte social em contexto ensino superior. Comunicação apresentada no V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior, Viana do Castelo.

Pinto, A.M.; & Chambel, M.J. (2008), Burnout e Engagement em contexto organizacional, Lisboa: Livros Horizonte

Portal do Cidadão com Deficiência (2003). Regras gerais sobre a igualdade de oportunidades para as pessoas. Acedido em 27 de fevereiro, 2014, em: http://www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id_doc=167&id_cat=18.

Portal do Cidadão com Deficiência (2003). Necessidades e Benefícios. Acedido em 27 de fevereiro, 2014, em: http://www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id_doc=188&id_cat=18

Portugal, L. (2007). As pessoas com deficiências numa sociedade inclusiva. *Rediteia*, 39, 28-30. Portugal. Acedido em 27 de fevereiro, 2014, em: http://www.reapn.org/publicacoes_visualizar.php?ID=98

Quick, J.; Quick, J.; Nelson, D.; & Hurrell, J.. (1997). Preventive stress management in organizations. American Psychological Association, Washington, DC. Acedido em 02 de março, 2014, em: <http://www.apa.org/books>.

Ramos, M (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção do Stress no Trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ªed.). Porto: Livpsic
Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, pp. 390-399.

Rosa, M., Albiol, L. & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endócrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), pp.150-159.

Ross, R.R.; Altamaier, E.M.(1994). *Intervention in occupational stress*. London: SAGE Publications.

Roazzi, A., Carvalho, A. D., & Guimarães, P. V. (2000). Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala Maslach Burnout Inventory em

professores. VIII Conferências Internacionais de Avaliação Psicológica - Formas e Contexto e V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teorização e Prática, PUC, Belo Horizonte.

Rogerson, R.J.(1995) Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*, v.41, p.1373-82.

Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*.

Sá, S.M.P.; Rabinovich, E.P.(2006) Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Ver. Bras. Crescimento desenvolv. Hum*, v 16, nº1, pp.66-89. São Paulo.

Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho*,6, pp.25-42.

Sacadura Leite & Uva, (2007). Stress com o trabalho (Em Linha). Acedido em 30 de janeiro 2014, em: http://www.Ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf.

Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho*,6, pp.25-42.

Sanches, I. & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*. Acedido em 25 de fevereiro, 2014, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n8/n8a05.pdf>.

Santos, B. R. A. (2007). Comunidade Escolar e Inclusão – Quando Todos Ensinam e Aprendem com Todos. Lisboa: Instituto Piaget.

Santos, J. (2010). Stresse profissional. Consumo de bebidas alcoólicas. Estudos numa amostra de enfermeiros. Acedido em 30 de janeiro, 2014, em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1520/1/TD_JoseManuel.pdf.

Sasaki, R.K. (2003). Como chamar as pessoas que têm deficiência. Sasaki, R.K vida independente; Historia, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo.

Sasaki, R.K. (2005). Terminologia sobre a deficiência na era da inclusão.

Serra, A.V. (1989). Stress. Coimbra Médica, 10, pp.131-140.

Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. Psiquiatria Clínica, 21, pp.457-466.

Serra, A.V. (2002). O Stress na vida de todos os dias (2 ed.). Coimbra: Edição do Autor.

Serra, A. e Canavarro, M. (2005). Instrumento WHOQOL-Bref. Manual de utilizador e sintaxe.

Serra, A. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde. (WHOQOL-Bref.) para Português de Portugal. Psiquiatria clinica, 27 (1), pp.41-49.

Silva, A. (2001). Estudando o stress: Considerações preliminares. Revista Portuguesa de Psicologia.

- Siqueira, M.M.M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *psicologia em estudo*, 13(2), 381-388.
- Soares, A. C.; Fontinho, A. S.; Duarte, C. R.; Marques, I. & Matias, M. S. (2009). Apoio Psicopedagógico da Deficiente Visual. Portal dos Psicólogos. Acedido em 15 de fevereiro, 2014, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0190.pdf>.
- Sousa, I. F., & Mendonça, H. (2006). Do stress ao burnout: a mediação das estratégias de coping. In *Anais do VI Congresso de Stress da ISMA-BR e VIII Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho*. Porto Alegre.
- Skosnik, P. D., Chatterton, R. T., Swisher, T., & Park, S. (2000). Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology*.
- Teixeira, S. M. J. (2008). *Stress Ocupacional numa Unidade de Administração Pública*. Local. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., ... Clément, J. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: The PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), pp.50-56.
- Valdés, J. A., & Galicia, F. A. (2009). El Desgaste Profesional (Burnout) y Calidad de Vida Laboral como Predictores de la Búsqueda de Otro Trabajo en Profesionales de la Salud y Educación en el Occidente de México. *Ciencia & Trabajo*.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D.(2004) Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*.

Vasconcelos, A., Caetano, A., Neves, J., Sinogas, P., Mendes, R., Tribolet, J.(2001) “A Framework for Modeling Strategy, Business Processes and Information Systems”, 5th International Enterprise Distributed Object Computing Conference EDOC, Seattle, EUA.

Vargas, T. I. (2010). Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e stresse profissional: influência da variável sexo e estudo das relações entre as dimensões da QVT e o stresse profissional. Acedido em 03 de fevereiro, 2014, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2443/1/ulfp035819_tm.pdf

Vaz Serra, Adriano (2000) A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, Coimbra, Vol. 21, n.º4, p.261-278.

Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), pp.261-278.

Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 4, pp.279-308

Vaz Serra, A. (2005). Esquemas mentais e vulnerabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 26, pp. 213-226.

Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. Pinto & A. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar* Lisboa: Climepsi Editores.

Vaz Serra, Adriano (2008), Escala de avaliação da Vulnerabilidade ao stress (23QVS) In ALMEIDA, Leandro [et al.] - Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-101-6.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J.,... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1),pp. 41-49.

Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed., rev. e aumentada).Coimbra: A. V. Serra.

Vieira, F. e Pereira, M. (2003). *Se houvera qllem me ensinara A educação de pessoas com deficiência menta/(2" Edição)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Williams, S.; & Cooper, C. (1998). Measuring occupational stress: Development of the pressure management indicator. *Journal of Occupational Health Psychology* .Vol. 3.

WHOQOL Group (1998).The World Health Organization quality of live assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12),pp. 1569-1585.