



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DA MAIA

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Joana Margarida Rodrigues Teixeira Pinto Ferreira

Nº 26024

Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria João Cunha,
Instituto Superior da Maia

Setembro de 2014



**INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DA MAIA**

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Joana Margarida Rodrigues Teixeira Pinto Ferreira

Nº 26024

Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria João Cunha, Instituto Superior da Maia

Setembro de 2014

“[...]Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

(Leonardo Boff)

Agradecimentos

Começo por agradecer á minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Maria João Cunha, por me transmitir os seus conhecimentos e pelo tempo que me dedicou ao longo deste trabalho.

À Diretora Técnica e Colaboradores da Instituição de Terceira Idade envolvida no meu estudo, pela total disponibilidade, abertura e simpatia.

Aos meus Pais, pelo seu apoio, força e motivação, a minha profunda gratidão pelo significado que dão à minha vida.

Ao Hélder, simplesmente por existir!

A todos os meus amigos e família, que no momento certo estavam por perto.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação, e que irão contribuir para o meu percurso pessoal e profissional futuro.

Por último agradeço em especial à Dr.^a Cristina Montanha, pelo apoio no tratamento estatístico.

Muito obrigada a Todos pelo carinho, amor, atenção, amizade e paciência inesgotáveis!

Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional

Resumo

A Demência Tipo Alzheimer tem evolução progressiva que compromete as atividades funcionais do portador, tornando-o dependente de um cuidador.

A presente investigação tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, a vulnerabilidade ao stress e o burnout, dos cuidadores formais de idosos com Alzheimer.

A amostra foi recolhida por conveniência em um lar de idosos. É constituída por 30 indivíduos, sendo todos eles cuidadores de doentes de Alzheimer. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico; Questionário 23 QVS - vulnerabilidade ao stress (Vaz Serra, 2000); Inventário de Burnout (Maslach e Jackson, 1986) e o World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref) (WHOQOL Group, 1994 adaptado para a população portuguesa por Serra e tal., 2006). Os resultados evidenciam que a qualidade de vida se correlaciona negativamente com a exaustão emocional e com a despersonalização e positivamente com a realização pessoal. A qualidade de vida correlaciona-se positivamente com a vulnerabilidade ao stress e é maior nos cuidadores que trabalham menos horas por dia. Por último o número de horas correlacionou-se negativamente com a exaustão emocional.

Conclui-se que na relação entre a qualidade de vida e o burnout, quanto mais elevada a qualidade de vida dos participantes, mais baixa exaustão emocional e a despersonalização e mais alta a realização pessoal. Foi também possível comprovar através deste estudo que quanto mais elevada for a vulnerabilidade ao stress, menor a QdV dos cuidadores formais de idosos com Alzheimer.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Vulnerabilidade ao Stress; Burnout; Alzheimer

Quality of life, Vulnerability to Stress and Burnout in caregivers of elderly people suffering from Alzheimer: A study of correlation

Abstract

Alzheimer's disease has a progressive development which jeopardizes the functional activities of the patient, making him dependent of a caregiver.

The objective of this study it's evaluate the quality of life, vulnerability to stress and burnout of caregivers of elderly people suffering from Alzheimer.

The sample was taken by convenience in a home for the elderly. It is constituted by 30 individuals, all of them caregivers of elderly people suffering from Alzheimer. The instruments used were: Questionário sociodemográfico; Questionário 23 QVS - Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000); Inventário de Burnout (Maslach e Jackson, 1986) and the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref) (WHOQOL Group, 1994 adapted for the Portuguese population by Serra et al., 2006).The results show that the quality of life has a negative correlation with the emotional exhaustion and with the depersonalization and a positive one with personal fulfilment. The quality of life has a positive correlation with the vulnerability to stress and it is higher in caregivers who work less hours per day. Lastly, the number of hours has a negative correlation with the emotional exhaustion.

We can conclude that in the relation between the quality of life and the burnout, the higher the quality of life of the participants, the lower the emotional exhaustion and the depersonalization and the higher the personal fulfilment. Through this study it was also possible to prove that the higher the stress vulnerability, the lower the quality of life of the caregivers of elderly people suffering from Alzheimer.

Key-words: Quality of life; Vulnerability to Stress; Burnout; Alzheimer

Lista de Abreviaturas

QdV- Qualidade de Vida

23 QVS – Escala de Vulnerabilidade ao Stress

DGS –Direcção geral de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL-BREF – World Health Organizational of Life Instrument

OMS – Organização Mundial de Saúde

NAOSH- National Authority for Occupational Safety and Health

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	2
1. Demência.....	2
1.1. Doença de Alzheimer.....	2
1.2. Alterações fisiológicas da doença de Alzheimer	3
1.3. A Institucionalização do idoso.....	4
2. Tipos de cuidadores	4
2.1. Cuidadores informais	5
2.2. Cuidadores formais	6
3. Impacto da prestação de cuidados formais	7
3.1. Vulnerabilidade ao Stress	8
3.2 Síndrome de Burnout	9
4. Qualidade de vida nos cuidadores	11
4.1. Saúde Ocupacional	13
Capítulo II – Estudo Empírico.....	14
5. Metodologia.....	14
5.1 Desenho e métodos de investigação	14
5.2. Objeto e objetivos de estudo	14
5.3 Problemas e hipóteses de investigação	15
5.4 Variáveis em estudo.....	18
5.5. Instrumentos.....	19
5.6.Procedimentos de recolha de dados	21
5.7. Amostra e Participantes	21
5.8. Procedimentos estatísticos	22
6. Resultados.....	23
6.1 Resultados descritivos.....	23
6.2. Resultados Correlacionais.....	29
7. Discussão de resultados	33
Conclusão	36
Referências bibliográficas	38

Índice de Quadros

Quadro 1. Variáveis em estudo

Quadro 2. Caracterização Sociodemográfico dos participantes

Quadro 3. Resultados descritivos do WHOQOL-Bref

Quadro 4. Resultados descritivas 23 QVS

Quadro 5. Resultados descritivos da Vulnerabilidade ao stress

Quadro 6. Resultados descritivos do MBI

Quadro 7. Resultados descritivos do Burnout

Quadro 8. Correlações entre a QdV, a Exaustão emocional e Vulnerabilidade ao stress

Quadro 9. Correlações entre a QdV e a Vulnerabilidade ao stress

Quadro 10. Correlações entre e o Burnout e a Idade

Quadro 11. Correlações entre o número de horas de trabalho por dia e QdV e a Exaustão emocional

Índice de gráficos

Gráfico 1. Pontuações médias dos domínios do WHOQOL-BREF

Gráfico 2. Pontuações médias dos factores de 23 QVS – Questionário de vulnerabilidade ao stress

Gráfico 3. Pontuações médias das dimensões do Inventário de Burnout

Índice de Anexos

Anexo I – Declaração de Consentimento Informado

Anexo II – Questionário sociodemográfico

Introdução

Os cuidadores formais encontram-se expostos a elevadas pressões e exigências, que poderão comprometer o seu bem-estar e capacidade para o trabalho. Neste contexto, surge a necessidade de aprofundar o estudo na área da saúde ocupacional, de forma a potenciar a capacidade para o trabalho dos cuidadores formais de idosos, uma população em constante crescimento nas últimas décadas devido ao aumento significativo da esperança média de vida [Direção Geral da Saúde (DGS), 2004].

Sem dúvida que a percepção de QdV transporta, em si, uma avaliação objetiva que se prende com os aspetos estruturais e mensuráveis da situação, mas acarreta também consigo uma dimensão mais subjetiva, que se prende com o sentimento, a emoção e a forma como o individuo integra a sua atividade, enquanto vivência, num todo estrutural, que é a sua vida. Por outro lado, pelo facto da sua atividade acarretar imensas responsabilidades, e por consequência, ser uma fonte de exigência diária operante, o cuidador de idosos poderá viver períodos de stress perante os quais poderá ter ou não capacidade de encontrar estratégias funcionais.

O presente trabalho procura não só apurar a relação entre os três construtos (qualidade de vida, a vulnerabilidade ao *stress* e o burnout), como também posicioná-los em função de um conjunto de variáveis como o sexo, a idade, a escolaridade, o tempo de atividade e o número de horas de trabalho por dia dos cuidadores formais.

A presente dissertação integra dois capítulos, o primeiro compreende o enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão bibliográfica sobre a demência, a doença de Alzheimer, os cuidadores formais, a qualidade de vida, a vulnerabilidade ao stress e o burnout.

No segundo capítulo, é apresentado a investigação empírica, abordando a metodologia, assim como a apresentação e discussão dos resultados adquiridos. Para finalizar, são referidas as principais conclusões da investigação, realçando as implicações e contributos dos resultados, bem como quais foram as limitações que de alguma forma podem ter condicionado esta investigação. Igualmente com base nos resultados obtidos e limitações, formulamos algumas sugestões para estudos futuros.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Demência

O termo "demência" refere-se a uma série de sintomas que se encontram geralmente em pessoas com doenças cerebrais que cursam com destruição e perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, mas em doenças que conduzem à demência isso ocorre a um ritmo mais rápido e faz com que o cérebro da pessoa não funcione de uma forma normal (Habib, 1989).

Os sintomas da demência implicam, normalmente, uma deterioração gradual e lenta da capacidade da pessoa para funcionar, que nunca melhora. O dano cerebral afecta o funcionamento mental da pessoa (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento) e isto, por sua vez, repercute-se no comportamento. Mas a demência não se limita apenas aos tipos degenerativos de demência. Refere-se a um síndrome que nem sempre segue o mesmo curso de desenvolvimento. Em alguns casos, o estado da pessoa pode melhorar ou estabilizar por um determinado tempo. Existe uma pequena percentagem de casos de demência que se podem tratar, ou que são potencialmente reversíveis, mas na grande maioria dos casos, a demência leva à morte. A maior parte das pessoas morre devido a "complicações", tais como pneumonia, mais do que da demência, propriamente dita (Habib, 1989).

1.1. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer representa a causa principal de síndrome demencial, sendo responsável pela maior parte dos casos de deterioração cognitiva. É uma doença crónica e progressiva, cujo início insidioso dificulta, habitualmente, a percepção da instalação do quadro clínico pelos familiares (Pinho, 2008).

A doença de Alzheimer consiste numa doença neurodegenerativa progressiva e irreversível com aparecimento insidioso, que pressupõe perdas de memória, bem como um leque de distúrbios cognitivos, comprometendo assim a autonomia do idoso (Smith, 1999; Ávila, 2003; Abreu, Forlenza, & Barros, 2005).

Relativamente a idade de início da doença de Alzheimer esta pode ocorrer de uma forma precoce (pré-senil), ou seja, ocorre até aos 65 anos, ou por outro lado, de

forma tardia, ou seja, a doença pode aparecer depois dos 65 anos (senil), sendo este último tipo, o mais frequente (APA, 2002).

A doença de Alzheimer é o quadro demencial mais comum nos grupos mais idosos, correspondendo a 60-70% dos casos de demência (Nunes, 2005).

1.2. Alterações fisiológicas da doença de Alzheimer

A doença pode estar dividida em três fases, de acordo com a sua progressão. São elas a fase leve, moderada e grave refletindo o nível de enfraquecimento cognitivo e consequente dependência do sujeito (Bottino et al., 2002).

Numa fase inicial da patologia os sintomas que mais prevalecem são a perda de memória, os esquecimentos, a desorientação no tempo e no espaço, a confusão face à localização de lugares familiares, a perda da espontaneidade e da iniciativa, bem como descuido com a aparência. Para além destes sintomas, ocorre um maior dispêndio de tempo na realização das tarefas diárias, falta de atenção e de concentração, problemas para lidar com dinheiro e pagamentos, capacidade de julgamento diminuído, perda de iniciativa, alterações de humor e de personalidade e aumento da ansiedade e ou agressividade (Camargo 2003; Helito & Kauffman, 2007; National Institute on Aging, 2008).

Segundo Bottino e colaboradores (2002), numa fase moderada da doença, as dificuldades cognitivas acentuam-se relativamente á fase anterior e a pessoa começa a necessitar de ajuda para a realização das tarefas básicas do dia-a-dia (Helito & Kauffman, 2007)

Com o avançar do processo demencial, aumenta a inércia e a apatia “apodera-se” do doente. O doente perde gravemente a sua autonomia e fica totalmente dependente de outros, pois o doente tem dificuldades em alimentar-se, surge incontinência, perda a postura erecta, deixa de ter reflexos de marcha e normalmente podem ter atrofia musculares. Na fase terminal, é frequente o aparecimento de complicações médicas tais como obstipação tenaz, infecções respiratórias e urinárias e úlceras decúbito (Barreto, 2005).

1.3. A Institucionalização do idoso

O agravamento da dependência do idoso leva, inevitavelmente, ao aumento dos seus problemas de saúde e conseqüente perda de autonomia, o que origina a incapacidade dos familiares em prestar cuidados, surgindo a institucionalização neste contexto. Contudo, os problemas de saúde e a perda de autonomia não são os únicos aspetos que determinam a institucionalização dos idosos, podendo apontar-se ainda o isolamento e a falta de recursos económicos e habitacionais (Fragoso, 2008).

Neste contexto, as redes sociais constituem-se como um pilar importante de apoio às famílias, não tendo como objetivo substituí-las, embora se verifica atualmente um crescente abandono dos idosos. Deste modo, cabe às instituições proporcionar a prestação de cuidados (Fragoso, 2008).

Neste âmbito, será importante compreender o processo de envelhecimento de uma forma holística, o que implica “uma intervenção e envolvimento sistémico de todos os intervenientes implicados no ato de cuidar, nomeadamente o idoso, a família, os cuidadores formais e informais, os técnicos, a estrutura organizacional e a própria comunidade em que o idoso está inserido” (Fragoso, 2008, p. 52).

O termo cuidar, associa-se ao ato intrínseco a todos os indivíduos, com o objetivo de proteger e melhorar a sua condição humana (Watson, 2002).

Este cuidado pode ser desenvolvido tanto pela família como pelos profissionais de instituições, surgindo neste contexto o cuidador formal, que presta cuidados com o intuito de satisfazer ou responder às necessidades de quem cuida (Nascimento & Moraes, 2008; Silva, Veloso & Vale, 2008).

2. Tipos de cuidadores

Na prestação de cuidados podemos distinguir vários tipos de cuidadores: primários/ Secundários e Formais/Informais.

Para Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afectiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. Remete para a tarefa que visa manter a vida satisfazendo um conjunto de necessidades a ela indispensáveis. É o acto de apoiar alguém ou prestar-lhe um serviço, com um risco

substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais. É a forma como se dá o cuidado. É um processo interactivo entre o cuidador e a pessoa cuidada.

Ao cuidador primário compete a responsabilidade dos cuidados diários geralmente desempenhados pela esposa ou familiares do sexo feminino. O cuidador secundário presta auxílio pontual ao cuidador primário, normalmente desempenhado por familiares próximos, vizinhos ou amigos, despendendo pouco tempo na tarefa, comparativamente ao cuidador primário (Paúl, 1997).

Segundo Leite (2006), o critério diferenciador dos cuidadores formais/informais é a remuneração, uma vez que os primeiros caracterizam-se pelo “vínculo formal e remuneratório” (p. 84), enquanto os segundos pertencentes à rede social do doente não obtêm qualquer tipo de remuneração pelo cuidado prestado e asseguram no contexto domiciliário a maior parte dos cuidados.

2.1. Cuidadores informais

O conceito de cuidados informais desenvolveu-se nos últimos anos em torno de um série de paradigmas, a transformação de alguém em cuidador pode ocorrer de forma abrupta, aquando o diagnóstico, ou de forma gradual, mais relacionado com a identificação da sintomatologia e coabitação (Leite, 2006).

Os cuidados informais implicam todo um conjunto de laços complexos familiares assentes em carinho, dedicação e solidariedade (Couto, 2008).

Mendes (1995) enumera quatro indicadores que tendem a padronizar a prestação de cuidados em contexto informal: (1) parentesco – cônjuge ou filho/a; (2) género – mulher; (3) proximidade física – pessoa que vive com o idoso; (4) proximidade afectiva relação conjugal ou pais/filhos (as cited in Caldas, 2004).

Segundo Imaginário (2004), este tipo de cuidados visa dois grandes objectivos: por um lado o apoio psicológico, associado à satisfação com vida e bem-estar psicológico, por outro lado o apoio instrumental, devido à carência de capacidades do doente para satisfazer as suas necessidades e à consequente perda de autonomia.

2.2. Cuidadores formais

Nem todos os idosos ou doentes podem usufruir de cuidados informais, ou por falta de condições ou até mesmo por não terem familiares, por nunca se terem casado, não terem filhos, serem viúvos, entre outras razões. Os idosos que têm familiares nem sempre podiam tirar proveito da atenção e assistência dos mesmos; por um lado, devido à sua sobrecarga horária, falta de condições económicas ou habitacionais, ou fraca qualidade do relacionamento entre diferentes elementos; por outro lado, o próprio idoso/doente poderá não querer assumir a sua dependência face a um membro da sua família, não demonstrando qualquer receptividade face à ajuda oferecida. Nestas situações, urge encontrar alternativas que possam assegurar a prestação de cuidados a estas pessoas, não se desencorajando contudo a responsabilidade da família. No nosso país, os cuidadores informais podem recorrer a serviços sociais e de saúde, recebendo apoio de profissionais na prestação de cuidados diários, ajuda domiciliária e de enfermagem (Couto, 2009).

Os lares residenciais são talvez das respostas mais antigas e universais criadas para a prestação de cuidados a quem deles necessita, acolhendo a tempo inteiro utentes. Mais recentemente surgem também os centros de dia que visam prestar apoio aos idosos que usualmente não apresentam incapacidades graves, apoiando dessa forma as famílias na resposta às necessidades dos sujeitos, garantindo a sua segurança durante 8 a 10 horas diárias e prevenindo simultaneamente o problema da solidão. Neste contexto, promove-se o relacionamento interpessoal, o envelhecimento activo através de propostas de actividades sociais, lúdicas, com terapia ocupacional, a prática de desporto, passeios, bem como actividades que asseguram as necessidades básicas como a alimentação e higiene. Nestas instituições salienta-se a importância de técnicos especializados, em áreas multidisciplinares, e com formação em gerontologia, para garantir a realização das tarefas junto da população utente e promover o seu bem-estar e qualidade de vida: são muitas vezes estes técnicos que dentro da instituição assumem funções de cuidadores formais (Brito,& Ramos, 2002).

3. Impacto da prestação de cuidados formais

Cuidar de idosos acarreta nos cuidadores formais elevadas exigências que poderão levantar questões relacionadas com a sua saúde, sendo comum que estes indivíduos apresentem níveis elevados de stress, não estando na maioria das situações as organizações preparadas para lidar com os problemas apresentados pelos seus colaboradores. De acordo com a literatura, são os técnicos da área da Geriatria e, sobretudo, os mais novos, que apresentam mais dificuldades em lidar com situações desfavoráveis (Dejours, 1992).

Este facto deve-se principalmente à sua falta de experiência e pouca eficiência, ao confronto com situações geradoras de sofrimento e perdas. Contudo, e de acordo com Shapiro, Brown, & Biegel (2007), os técnicos mais velhos podem apresentar dificuldades na tomada de decisão, fadiga física e psicológica bem como pensamentos disfuncionais ou atitudes desajustadas (Shyu, 2006).

A literatura revela que os profissionais que se encontram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental são normalmente os que se relacionam de forma mais direta com quem cuidam, como por exemplo, professores, profissionais de saúde ou forças policiais (Baba, Galaperin, & Lituchy, 1999). Os fatores que poderão explicar esse facto são: um clima negativo de trabalho, desempenhar papéis ambíguos, ou ainda, falta de clareza nas tarefas que executam (Schaefer & Moos, 1996).

As pressões no trabalho, os conflitos ou a percepção de sobrecarga contribuem para o desequilíbrio, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimento de perda de controlo da situação, ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ao burnout. O estudo realizado por Baba e colaboradores (1999), revelou por exemplo, uma forte relação entre a depressão, o stress e o burnout, nos profissionais de enfermagem.

3.1. Vulnerabilidade ao Stress

O stress emerge quando um indivíduo percebe um desequilíbrio nas situações com que se encontra, sucede frequentemente em situações caracterizadas por fracos níveis de controlo e de sustentação (NIOSH, 2002).

A vulnerabilidade ao stress é apresentada como consequência da relação entre a predisposição pessoal e os acontecimentos da vida quotidiana (Dohrenwend, 1998), podendo ter origem em fatores fisiológicos, psicológicos e sociais (Vaz Serra, 2000a). Assim, quando as exigências do meio são compreendidas como superiores às competências individuais, pode ser experimentada uma situação de stress (Lazarus & Folkman, 1984).

A percepção de uma situação de stress está relacionada com o grau de vulnerabilidade apresentado pelo indivíduo, que pode dever-se ao facto de percecionarem não dispor das aptidões necessárias para lidar com as exigências criadas pela situação. Assim, uma situação de stress pode desencadear distorção da percepção, diminuição da tolerância à frustração, invenção de pensamentos disfuncionais, bem como prejudicar os processos de tomada de decisão (Skosnik, Chatterton, Swisher, & Park, 2000; Serra, 2000a).

A nível organizacional, o *stress* está na maioria das vezes associado ao fenómeno de burnout que afeta os trabalhadores, tendo como consequências mais frequentes a ansiedade e a depressão (Hespanhol, 2005). A forma como afeta os indivíduos encontra-se relacionada com o nível de vulnerabilidade dos próprios indivíduos (Serra, 2000a).

Estudos como o de Pocinho e Capelo (2009), efectuado com uma amostra de professores, demonstram que indivíduos mais vulneráveis ao stress utilizam estratégias de fuga e de gestão de sintomas, em vez de recorrerem a estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas, defendidas por estes autores como as mais eficazes para a resolução de situações de stress.

Serra (2000) relata que a vulnerabilidade deve ser compreendida na relação específica estabelecida entre o indivíduo e determinada circunstância, sendo o indivíduo componente subjectivo, e a situação o componente objetivo. Tendo em conta que o stress depende da percepção que cada pessoa faz da circunstância a que está

sujeita, torna-se importante decidir qual o grau de vulnerabilidade ao stress que cada pessoa apresenta.

Para Beck e Emery (1985, as cited in Serra, 2000) uma pessoa vulnerável, é aquela que tem a percepção de estar submetida a perigos de carácter interno ou externo sobre os quais não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança.

Pode dizer-se que quando uma pessoa se sente vulnerável sustenta a expectativa de não conseguir ultrapassar as dificuldades que se lhe apresentam. Esta expectativa leva a que o indivíduo fique impedido, a nível interno, do discurso e da recordação de lembranças armazenadas; a nível externo, incapacita o uso de aptidões existentes (Beck e Emery 1985, as cited in Serra, 2000).

3.2 Síndrome de Burnout

O burnout é um conceito introduzido, em 1974, por Freudenberger (cited in. Por Benbow, 1998). No contexto dos seus estudos sobre os profissionais de saúde, o autor definiu burnout como um desgaste, uma exaustão física e emocional, decorrente de um trabalho excessivo e exigente, e em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos.

A partir dessa noção, Malasch e Jackson (1982) realizaram vários estudos sobre a temática, tendo concluído que o síndrome de Burnout era constituído pela conjugação de três componentes:

a) A exaustão emocional, que ocorre mediante fatores pessoais e situacionais. O indivíduo sente uma carga emocional mais intensa do que em condições normais, uma sensação de exaustão que o leva a sentir-se incapacidade perante o outro, sem qualquer tipo de recursos emocionais, o que o leva a ter um decréscimo no seu desempenho de trabalho;

b) A despersonalização, que se caracteriza pelo facto do individuo adotar uma postura pouco flexível e impessoal perante o outro e na prestação do seu serviço. Esta atitude poderá ser vista como um mecanismo de defesa,

no sentido de diminuir os sentimentos de impotência, indefesa e desesperança pessoal;

c) A realização pessoal, que se reveste o sentimento do indivíduo acreditar que o seu trabalho não merece qualquer tipo de dispêndio de energia, que todo e qualquer esforço que eventualmente possa fazer para mudar profissão ou de instituição é apenas uma perda de tempo

Leiter (cited in Innstrand, 2002) propôs um modelo em que as componentes do burnout ocorrem de forma paralela e correspondem a reações a diferentes aspectos do ambiente de trabalho. Assim, o stress e o burnout podem ser distinguidos não em termos dos seus sintomas mas em termos dos processos. O stress consiste num estado de desconforto cognitivo resultante da exposição a um elemento stressor que resulta em tensão psicológica.

O processo de burnout inicia-se com o stress e com o esforço em lidar com o mesmo. Apresenta três estados: O primeiro consiste num desequilíbrio entre o nível de stress e os recursos para lidar com o mesmo; a segunda fase é o surgimento de tensão emocional, fadiga e exaustão. O terceiro estado, consiste na mudança de atitudes e comportamentos a tendência para tratar os clientes de forma mecânica e a preocupação com gratificação pessoal. Na continuação da realização de estudos sobre o Burnout, Maslach e Leiter (cited in Innstrand, 2002) identificaram 6 fontes de stressores a que denominaram “6 áreas de vida laboral”: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, recompensa insuficiente, falta de segurança em relação ao emprego, falta de justiça e conflitos de valores.

Para Figueiredo (2007), cuidar do idoso poderá provocar, ao prestador de cuidados sentimentos de mal-estar psicológico e de morbilidade física. O que acontece, algumas vezes, é que o próprio cuidador do idoso não se encontra de plena saúde e condição física e psicológica para o fazer, pelo que o cansaço poderá ser evidente, assim como a sensação de deterioração da sua saúde, desgaste físico e psicológico e consequente o burnout.

Um prestador de cuidados, quando atinge o nível de exaustão profissional é considerado um indivíduo que se encontra em constante sofrimento e, como tal, existem alguns sintomas a nível físico e sinais psicológicos que o evidenciam: (Delbrouck, 2003)

a) Possíveis sintomas físicos – Insónia, falta de energia, hipertensão, perda de apetite, enxaquecas, náuseas, entre outros;

b) Possíveis sinais psicológicos – Irritabilidade, negação dos insucessos, esquecimento de si, perda do sentido de humor, insegurança, insatisfação, diminuição da auto-estima, sentimentos de culpa, distração, perda de memória, atitude negativa

Os estudos realizados pelos autores em diversas áreas sugerem que o burnout pode levar a deterioração do serviço prestado e diminuir a qualidade dos cuidados (Maslach, Leiter & Jackson, 1996).

Em suma, podemos pensar que atividade de cuidador é uma tarefa árdua, que exige do indivíduo um esforço, seja físico e/ou psicológico, levando o a adaptações constantes.

4. Qualidade de vida nos cuidadores

Segundo Vasconcelos, Alves, Santos e Francisco (2012) a qualidade de vida é um factor que todas as pessoas que trabalham procuram, e, além de se procurar a qualidade de vida no lado pessoal, vincula-se a qualidade de vida ao trabalho pelo facto de se passar a maior parte do tempo a trabalhar em organizações, seja no próprio ambiente, seja na redução do stress.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (2000), qualidade de vida se refere à maneira como uma pessoa ou um grupo de pessoas percebe a sua saúde física e mental com o passar do tempo. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É evidente, nessa definição, o fato de que a qualidade de vida de um indivíduo é afetada de uma forma complexa por numerosas variáveis, como a saúde física de uma pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais e os relacionamentos referentes ao meio ambiente (Halyard, & Ferrans, 2008).

A qualidade de vida é uma construção que abrange a saúde e seu funcionamento, a condição sócio económica e os aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais. Embora haja divergências quanto às dimensões a serem consideradas na qualidade de vida, grande parte dos pesquisadores concorda que a qualidade de vida é multidimensional, subjetiva e tem relação com o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Entretanto, alguns pesquisadores afirmam que, para avaliar a qualidade de vida em cuidadores, seria necessário incluir mais aspectos, tais como tensão e o funcionamento familiar (Lim & Zebrack, 2004).

O conceito de saúde relacionado com a qualidade de vida foi determinante para a sua evolução desde 1980, indicando os aspectos gerais da qualidade de vida que podiam mostrar claramente o que afeta a saúde física e mental. O conceito faz referência aos aspectos emergentes da doença e de seu tratamento, como uma maneira de medir os efeitos que as enfermidades crônicas têm sobre seus pacientes, a fim de compreender melhor de que maneira uma determinada doença interfere na vida quotidiana de uma pessoa (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Dentro desse contexto, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é um tema bastante desenvolvido na área da economia e administração que normalmente aborda o conceito no âmbito dos programas de qualidade, nos quais a satisfação do trabalhador é um meio para se atingir alta produtividade, mas também é crescente a busca de superação desse paradigma no sentido de considerar, de forma mais humana, as pessoas que estão envolvidas nos processos produtivos (NAHAS, 2003).

Green (2006) definiu qualidade do trabalho como um conjunto de características do trabalho que contribuem para estimular a qualidade de vida do trabalhador. A partir das ideias de Amartya Sen (1993), Green argumenta que empregos de qualidade contribuem para gerar capacidades necessárias para a obtenção de bem-estar e de objectivos individuais, capacidades essas que surgem associadas aos salários e a outras condições recompensadoras, que incluem perspectivas de futuro (como as reformas e a segurança laboral) ou o nível de controlo sobre as tarefas desempenhadas.

Recentes pesquisas indicam factores determinantes da QVT, relacionados à organização e ao trabalhador, como por exemplo: as condições de trabalho (Higiene e Segurança), saúde ocupacional, saúde moral (reconhecimento e retroacção), política de compensação, participação, comunicação (conhecimento das metas organizacionais), imagem da empresa (interna e externa), relação chefe/subordinado (d direcção pelo exemplo) e organização do trabalho (inovações) (Chiavenato, 2004).

4.1. Saúde Ocupacional

A Saúde Ocupacional emerge assim com o objetivo de aperfeiçoar o bem-estar físico, mental e social dos profissionais, impedindo prováveis alterações prejudiciais para a sua saúde e procurando presentear condições de trabalho adaptadas às exigências do mesmo [World Health Organization Sustainable Development and Healthy Environments (WHO/SDE/OEH), 1999].

As exigências do trabalho, quando não ajustadas às capacidades e competências do trabalhador, podem comprometer desgaste, levando ao stress, mal-estar e a doenças ligadas à profissão, prejudicando a sua capacidade funcional e consequentemente a sua capacidade para o trabalho (Ilmarinen, 2001; WHO/SDE/OEH, 1999).

Neste sentido, nas organizações, a saúde ocupacional interliga-se com a higiene e segurança no trabalho. A higiene no trabalho age ao nível das condições de trabalho, tem como objetivo reconhecer e controlar os riscos, e prevenir as doenças profissionais. Já a segurança no trabalho atua ao nível da prevenção de acidentes de trabalho, com a supressão de condições inseguras de trabalho e com a promoção de ações de sensibilização aos trabalhadores, apresentando a forma mais convincente e segura de executar o seu trabalho (Associação Empresarial Portuguesa, 2004; Ministério da Saúde, 2004).

Capítulo II – Estudo Empírico

Neste capítulo do trabalho, apresentaremos a metodologia, desenho e métodos de investigação, objecto e objectivos de estudo, problemas e hipóteses de investigação, variáveis, instrumentos de medida. Apresentamos ainda a amostra, os resultados encontrados bem como a sua discussão.

5. Metodologia

O presente capítulo serve para apresentar a metodologia desta investigação, descrevendo os processos associados, nomeadamente o desenho e método de investigação, o objeto e objetivos de estudo, os problemas e hipóteses formuladas, os instrumentos utilizados, os procedimentos adotados na recolha e tratamento de dados, assim como a caracterização dos participantes deste estudo.

5.1 Desenho e métodos de investigação

A presente investigação adotou uma metodologia quantitativa e um desenho de investigação observacional transversal do tipo descritivo e analítico. Numa investigação com este desenho, procura-se descrever os fenómenos, relações e efeitos ocorridos naturalmente, sem manipulação e em um único momento (Ribeiro, 2010). Fornece igualmente informações acerca das variáveis em estudo e procura explicar os resultados com base nas relações presentes entre as variáveis da população em estudo (Ribeiro, 2010).

5.2. Objeto e objetivos de estudo

A presente investigação surge no âmbito da crescente importância do grupo de cuidadores formais de idosos na nossa sociedade. Foi definido como objetos de estudo a qualidade de vida o burnout, e a vulnerabilidade ao *stress* dos cuidadores formais de idosos.

Para o efeito, foi estipulado como pergunta de partida: Nos cuidadores formais, de que forma a qualidade de vida se relaciona com o burnout, e com a vulnerabilidade ao stress?

Neste âmbito, propomos para esta investigação os seguintes objetivos específicos:

- 1 -Descrever a QdV dos cuidadores.**
- 2- Descrever o burnout dos cuidadores.**
- 3- Descrever a vulnerabilidade ao stress dos cuidadores.**
- 4- Investigar nos cuidadores, relação entre QdV, Burnout e Vulnerabilidade ao stress.**

5.3.Problemas e hipóteses de investigação

De acordo com os objetivos propostos, esta investigação vai procurar analisar as relações, entre a QdV, a vulnerabilidade ao stress e o burnout, e formulando com este intuito os seguintes problemas e hipóteses de investigação.

Problema 1: Será que nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer existem relações entre a QdV, o Burnout e a Vulnerabilidade ao stress?

No que respeita á qualidade de vida, a literatura refere, Silva e Marchi (1997), afirmam que a relação entre saúde e Qualidade de Vida parece óbvia, a concepção de saúde, como a de qualidade de vida comportam discussões e interpretações diversas. Portanto, qualidade de vida é um conceito amplo e sendo assim, deve englobar aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e objetivos (recursos materiais disponíveis, salário e carreira). Especificamente, tratando do contexto da saúde na organização, é possível apresentar alguns indicadores como: satisfação, auto-realização, motivação, desempenho, ou ainda, analisar a ausência da qualidade de vida, como sugere a existência de alguns fenómenos, entre eles, burnout.

Segundo a literatura no que se refere á vulnerabilidade ao stress, são os profissionais de saúde que se apresentam como o setor profissional mais sensível a desenvolver doenças físicas e psicológicas, potenciando a vulnerabilidade a situações de *stress*, devido principalmente à sobrecarga e excesso de trabalho, à pressão de tempo para realizar as suas tarefas, à relação com os colegas de trabalho, mas também à

necessidade de lidar com a morte e sofrimento de quem cuida (Payne & Firth-Cozens, 1987).

Evidências científicas variadas têm demonstrado a relação entre o stress e o bem-estar no trabalho. A experiência de stress tem efeito na forma como os europeus avaliam a qualidade da sua vida profissional e resultam, muitas vezes, de pressões no trabalho, exigências profissionais variadas, solicitações difíceis de conciliar. (Guerreiro e Carvalho, 2007). Levantamos assim as seguintes hipóteses:

H0: Não existe nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer qualquer relação ente significativa entre a QdV, o burnout e a vulnerabilidade ao stress.

H1: Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que apresentam uma mais fraca percepção de QdV apresentam também uma mais elevada percepção de exaustão emocional e de despersonalização

H2: Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que apresentam uma mais forte percepção de QdV apresentam também índices mais elevados de realização pessoal

H3: Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que apresentam uma mais forte percepção de QdV apresentam também índices mais baixos de vulnerabilidade ao stress.

Problema 2: Será que nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer existem relações entre a idade e o burnout?

No que respeita ao tempo de atividade, segundo a literatura, Vasconcelos, Granado e Junior (2009) realizaram uma pesquisa sobre Burnoutna qual identificaram que toda a amostra apresentou algum sintoma da Síndrome e a maioria dos professores que apresentaram todos os sintomas possuía entre trinta e um e quarenta anos de idade e lecionava de nove a dezasseis anos. Concluiu-se que os professores mais jovens e com menor tempo de magistratura tendem a desenvolver a Síndrome de Burnout devido, principalmente, ao acúmulo de trabalhos e também pela pressão que sofrem no seu ambiente de trabalho. Assim formula-mos as seguintes hipóteses:

H0: Não existe nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer, qualquer relação entre a idade e o burnout.

H4: O burnout é maior nos cuidadores de idosos com Alzheimer com menor idade.

Problema 3: Será que nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer existem relações entre a qualidade de vida e à exaustão emocional relativamente ao nº de horas de trabalho por dia?

No que respeita à exaustão emocional a literatura diz-nos, segundo Azevedo e Kitamura (2006) diversos aspectos do ambiente de trabalho podem ser geradores de stress e determinado tipo de stress está associado à diminuição da qualidade de vida dos trabalhadores. Os quadros de stress de doenças relacionadas como o síndrome de Burnout estão associadas às condições difíceis de trabalho, problemas de adaptação, acúmulo de trabalho, exigências por produção dentre outras inúmeras condições estas que podem prejudicar a saúde do trabalhador. Os autores destacam que o ser humano oscila entre situações de stress que possibilita a criatividade e aquele que pode prejudicar, assim como, entre momentos de boa e má qualidade de vida.

Em relação ao número de horas de trabalho por dia, segundo a literatura a pressão do trabalho, a sobrecarga, o stress decorrente, a falta de reconhecimento por parte dos chefes e dos colegas, a falta de desafios, o tipo de supervisão recebida, as expectativas irreais em relação ao trabalho e os problemas decorrentes do trabalho têm sido frequentemente apresentados como antecedentes da exaustão emocional (Turnipseed, 1994).

Para que haja um bom funcionamento da empresa ou instituição são exigidos horários extensíveis que não podem ser negociados, sobrecarga de trabalho, humilhações e exigências incoerentes o que provoca a exaustão emocional (Hirigoyen, 1998; 2001). Para tal levantamos as seguintes hipóteses:

H0: Não existe nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer uma relação significativa entre a qualidade de vida e a exaustão emocional relativamente ao nº de hora de trabalho por dia.

H5: A qualidade de vida é maior nos prestadores de cuidados quando estes trabalham menos horas por dia.

H6 A exaustão emocional é maior nos prestadores de cuidados que trabalham mais horas por dia.

5.4 Variáveis em estudo

Tendo em conta a revisão bibliográfica e os objetivos enunciados, seguidamente serão apresentados (quadro1) as variáveis em estudo, as suas dimensões, assim como os instrumentos que serão utilizados para a sua avaliação.

Quadro1. Variáveis em estudo

Variáveis	Variáveis/dimensões	Instrumentos
Variáveis Sociodemográficas	Idade; sexo; estado civil; habilitações literárias; categoria profissional; tempo de atividade; nº de horas de trabalho por dia; tipo de vínculo á instituição.	Questionário sociodemográfico da autora desta investigação
Qualidade de Vida	Domínio físico; domínio psicológico; domínio relações sócias; domínio meio ambiente.	World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref) (WHOQOL Group, 1994 adaptado para a população portuguesa por Serra et al., 2006)
Vulnerabilidade ao stress	Perfeccionismo e intolerância á frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; deprivação de afeto e rejeição.	Escala 23 QVS. (Vaz Serra, 2000)
Burnout	Exaustão emocional; realização pessoal, despersonalização.	Inventário de burnout (Maslach e Jackson, 1986)

5.5. Instrumentos

A recolha de dados envolveu a aplicação de questionários a cuidadores formais de idosos institucionalizados. O protocolo de avaliação foi constituído pela ficha de dados sócio-demográficos, pelo questionário 23 QVS - vulnerabilidade ao stress, pelo Inventário de burnout e pelo World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref). Encontrando-se estes descritos de seguida.

- ***Questionário Sóciodemográfico:***

Para efetuar a análise descritiva dos participantes, procedeu-se à elaboração de um questionário de caracterização sociodemográfica, no qual solicitamos informações sobre a idade, género, estado civil, escolaridade, categoria profissional, tempo de atividade, número de horas de trabalho por dia.

- ***Escala 23 QVS.*** (Vaz Serra, 2000b).

Tem como objetivo principal avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, identificando 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 afeto e rejeição.

A cotação é efectuada com recurso a uma escala de likert (concordo em absoluto; concordo bastante; nem concordo nem discordo; discordo bastante e discordo em absoluto).

O valor que constitui o ponto de corte da escala é 43, sendo que quem pontue acima desse valor apresenta vulnerabilidade ao *stress*. Em relação às características psicométricas, esta escala apresenta uma boa consistência interna, indicando valores de alfa de Cronbach de 0.82. (Vaz Serra, 2000b)

- ***Inventário de burnout***(Melo et al.,1999)

Maslach Burnout Inventory é um questionário construído em 1986 por Maslach e Jackson para avaliar o burnout. Traduzido e adaptado para a população portuguesa e revisto por Melo, Gomes e Cruz (1999) é um dos instrumentos de autoavaliação mais utilizados em todo o mundo que avalia o desgaste profissional.

A versão atual é formada por 22 itens avaliados através de uma escala de Likert: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano) 2 (uma vez por mês), 3 (algumas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semanas) 6 (todos os dias). O preenchimento deste questionário demora em média 10 a 15 minutos. É composto por 3 subescalas: exaustão emocional – que pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade de dar resposta às exigências interpessoais do trabalho; despersonalização – pretende medir “respostas frias”, interpessoais ou mesmo negativas dirigidas para aqueles a quem se prestam serviços; realização pessoal – descreve sentimentos ao nível da capacidade sucessos alcançados no trabalho com pessoas; esta ultima está inversamente correlacionada.

- ***World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)*** (WHOQOL Group, 1994 adaptado para a população portuguesa por Serra et al., 2006)

Trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL-100, com aproximadamente uma década de existência (Skevington, Cothy& O'Connell, 2004) desenvolvido pela OMS num projeto de 15 países diferentes, envolvendo um grupo de peritos de culturas diferentes (The WHOQOL Group) que trabalharam e debateram o conceito de QdV e a sua avaliação, com objetivo de desenvolverem um instrumento fidedigno, válido e sensível.

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida construída pelo grupo WHOQOL, em que o questionário WHOQOL-Bref, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra *et al* (2006) integra 26 questões sendo duas questões gerais da QdV (Avaliação Global da satisfação com a saúde) e 24 questões representantes de cada uma das facetas que compõem o instrumento original (Skevington e tal., 2004).

A versão reduzida deste instrumento possui 4 domínios da QdV:

- a) Domínio físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)
- b) Domínio psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19, 26)
- c) Domínio social (itens 20, 21 e 22)
- d) Domínio ambiental (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25)

São quatro escalas utilizadas no WHOQOL-bref, tipo likert com 5 pontos de intervalo desenhadas e testadas para medir a intensidade, a capacidade, a frequência, e a avaliação.

Os itens questionam como os inquiridos sentem as situações descritas, nas duas últimas semanas. (Skevington e tal., 2004).

5.6. Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo é quantitativo, de natureza transversal, baseado na aplicação de questionários de autorrelato. Com o intuito de cumprir as recomendações éticas e legais, foi pedido aos autores dos questionários utilizados as respetivas autorizações para que fosse possível a aplicação dos mesmos. Efetuou-se, posteriormente o contato com os representantes da instituição onde se pretendia realizar o estudo, entregando-lhe uma carta de pedido de autorização. De seguida, procedeu-se ao contato com as diretoras técnicas, onde se explicou a finalidade e os objetivos da investigação, solicitando que fizessem chegar o protocolo a todos os colaboradores da instituição; foi ainda pedido que fornecessem algumas instruções, para que respondessem pela ordem pelo qual eram apresentados os instrumentos e que lessem sempre as instruções do cabeçalho, também foi entregue a cada colaborador da instituição o consentimento informado, onde se explicava, o objetivo e contornos da investigação o qual dataram e assinaram.

5.7. Amostra e Participantes

A amostra deste estudo é intencional neste sentido, participaram nesta investigação cuidadores formais de doentes com Alzheimer, todos eles trabalhadores do Lar de terceira idade Quintinha da Conceição localizado em Pedrouços.

Nesta investigação participaram 30 cuidadores formais, os quais iremos começar por caracterizar ao nível sociodemográfico (quadro 2). Os participantes são na sua maioria do sexo feminino, compreendendo 22 mulheres (73,3%) e 8 homens (26,7%), com idades entre os 18 e os 55 anos, sendo a média de idades de 33 anos. No que respeita ao estado civil a maior parte dos participantes encontra-se solteiro/a (46,7%).

Relativamente às habilitações literárias, verificamos um predomínio de participantes que apresenta habilitações ao nível do ensino básico e secundário, sendo contudo de referir que 26,7% possui uma licenciatura e apenas um cuidador tem Mestrado.

No que respeita às horas de trabalho por dia a maior parte dos cuidadores trabalham 8 a 10 horas por dia (50,0%), de 4 a 6 horas (43,3%) e mais de 10 horas apenas dois cuidadores (6,7%). Quanto ao tempo de atividade a maior parte dos indivíduos trabalha há

menos de 10 anos (80,0%), trabalham de 10 a 20 anos (20,0%), e nenhum dos indivíduos trabalha na instituição há mais de 20 anos.

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	Característica	Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	22	73,3%
	Masculino	8	26,7%
Estado civil	Solteiro	14	46,7%
	Casado	9	30,0%
	Divorciado	5	16,7%
	União de facto	2	6,7%
Habilitações literárias	Ensino básico	11	36,7%
	Ensino secundário	10	33,3%
	Licenciatura	8	26,7%
	Mestrado	1	3,3%
Horas de trabalho	4-6 Horas	13	43,3%
	8-10 Horas	15	50,0%
	>10 Horas	2	6,7%
Tempo de atividade	<10 Anos	23	80,0%
	10-20 Anos	6	20,0%

5.8. Procedimentos estatísticos

No tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 22. No qual procedemos aos cálculos necessários para as estatísticas descritivas e correlacionais. Em relação às estatísticas descritivas, foram calculadas frequências, médias e desvios-padrão das variáveis. Para testar associações entre variáveis calculámos coeficientes de correlação de Pearson, uma vez que, a amostra sendo de 30 ou mais elementos o pressuposto da normalidade está cumprido o que nos levou a que optássemos pela utilização de testes paramétricos.

6. Resultados

6.1 Resultados descritivos

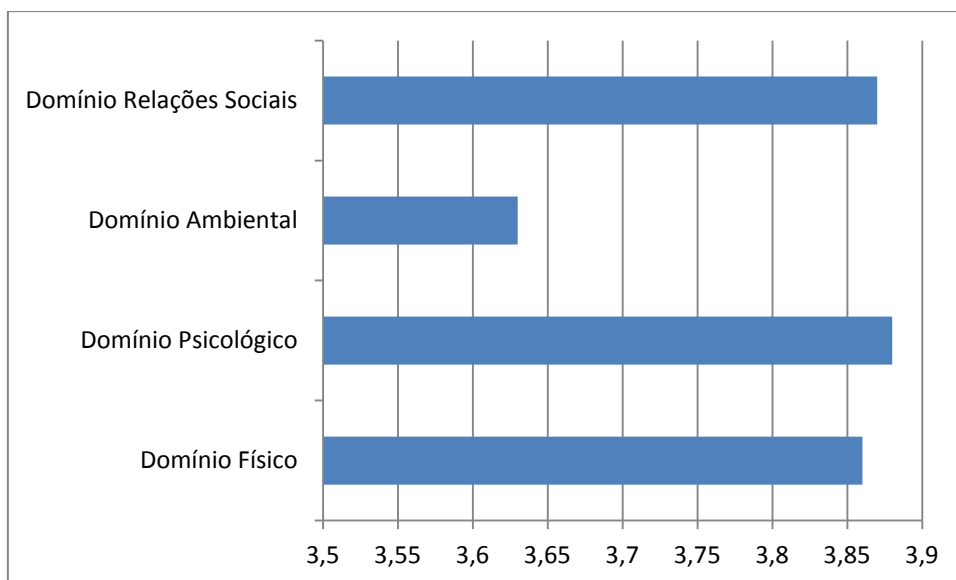
Após termos apresentado a metodologia desta investigação, serve o presente capítulo para apresentarmos os resultados obtidos. Primeiramente serão apresentados dados descritivos relativamente às variáveis em estudo, sendo que posteriormente serão apresentados os resultados dos estudos correlacionais.

Começando por caracterizar a qualidade de vida (quadro 3), verificou-se que os cuidadores que participaram neste estudo relativamente às dimensões do questionário WHOQOL-BREF, os participantes apresentam com maior valor o domínio psicológico (que corresponde aos sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais) apresentando, ($M=3,88$, $DP=0,86$), seguindo-se o domínio das relações sociais (que corresponde às relações pessoais; suporte social; atividade sexual) apresentando, ($M=3,87$, $DP=0,86$) o domínio físico (que corresponde à dor e desconforto; energia e fadiga sono e repouso; atividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho) apresentando, ($M=3,86$, $DP=0,66$) e com menor valor o domínio ambiental (que corresponde à segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico; transporte) apresentando ($M=3,63$, $DP=0,72$). No que respeita á pergunta 1 (Avaliação global da QdV) e pergunta 2 (Satisfação com a saúde) que não são contabilizadas nos domínios, verifica-se que apresentam ($M=3,86$, $DP=0,55$).

Quadro 3. Resultados descritivos do WHOQOL-BREF

Estatística descritiva

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Domínio Físico	2,14	5,00	3,86	,66
Domínio Psicológico	1,17	5,00	3,88	,76
Domínio Ambiental	1,00	5,00	3,63	,72
Domínio Relações Sociais	1,00	5,00	3,87	,86
Total Médias	5,31	20,00	15,25	2,73
Pergunta 1 e 2	3,00	5,00	3,86	,55

Gráfico 1*Pontuações médias dos domínios do WHOQOL-BREF*

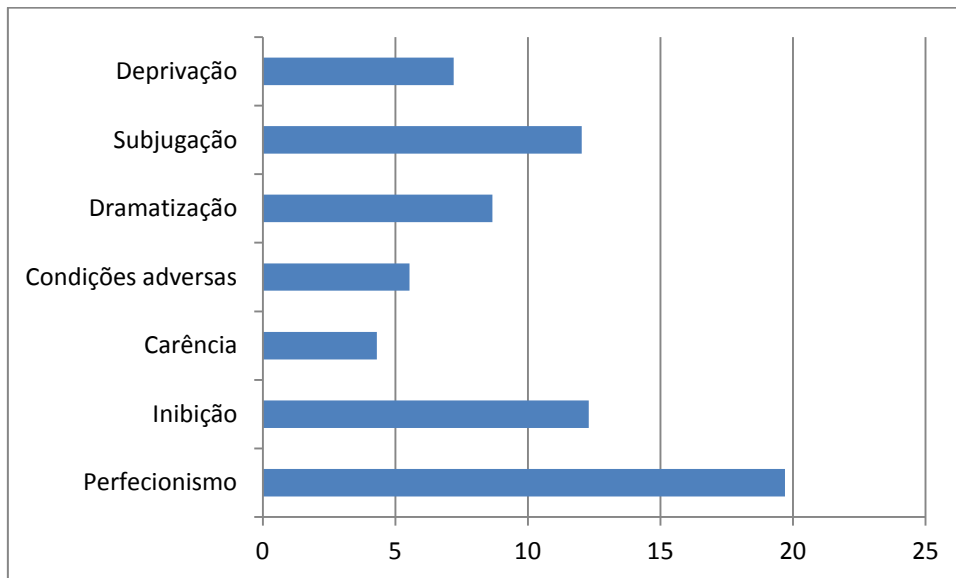
Em relação aos resultados obtidos relativamente à vulnerabilidade ao stress (quadro 4), No que respeita aos fatores do questionário 23 QVS, em relação ao perfeccionismo (M= 19,7, DP=4,69) inibição (M=12,3, DP=3,38), subjugação (M=12,0, DP=2,90), dramatização (M=8,66, DP=1,97), deprivação (M=7,20, DP=2,21) e em menor valor encontra-se a carência (M=4,30, DP=1,23). Desta forma, o score pode variar de 0 a 92 pontos, em que quanto maior score maior vulnerabilidade ao stress, tendo o autor estabelecido como o valor de 43 como ponto de corte, acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress.

Quadro 4. Resultados descritivos 23 QVS

Estatística descritiva				
Fatores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
23 QVS				
Perfeccionismo	10,00	30,00	19,7	4,69
Inibição	5,00	21,00	12,3	3,38
Carência	2,00	7,00	4,30	1,23
Condições adversas	2,00	8,00	5,53	1,61
Dramatização	4,00	12,00	8,66	1,97
Subjugação	8,00	20,00	12,03	2,90
Deprivação	3,00	12,00	7,20	2,21
Índice Total QVS	34,00	97,00	69,73	13,28

Gráfico 2

Pontuações médias dos factores de 23 QVS – questionário de vulnerabilidade ao stress



Foi possível verificar que a maior parte dos indivíduos apresentam vulnerabilidade ao stress (quadro 5) apresentam uma percentagem de (97%) na amostra e apenas um indivíduo não apresenta vulnerabilidade ao stress (3%).

Quadro 5. Resultados descritivos Vulnerabilidade ao Stress

Estatística descritiva

	Frequência	Percentagem
Sem vulnerabilidade stress	1	3,3
Com vulnerabilidade stress	29	96,7
Total	30	100,0

No que respeita, aos resultados obtidos (quadro 6) no que respeita às dimensões do questionário MBI verifica-se que a maior parte dos indivíduos apresentam realização pessoal (M=33,4, DP=12,3), mais abaixo encontra-se a exaustão emocional (M=13,3, DP=11,0) e em menor valor a despersonalização (M=4,50, DP=4,55).

Quadro 6. Resultados descritivos do MBI

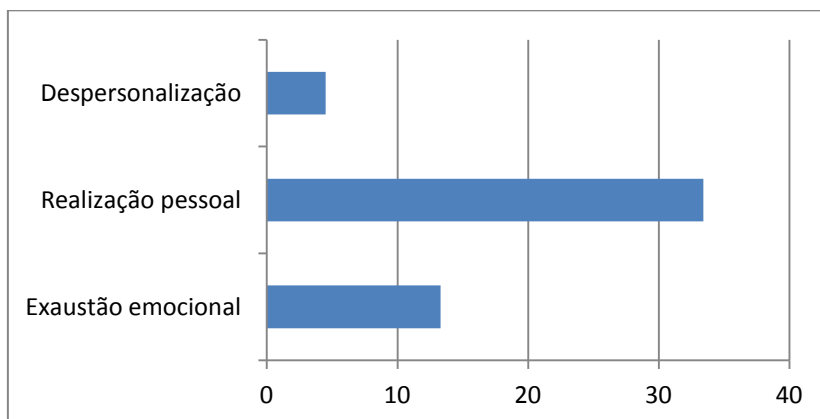
Estatística descritiva

Dimensões

Burnout	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	0	39	13,3	11,0
Realização Pessoal	3	48	33,4	12,3
Despersonalização	0	15	4,50	4,55

Gráfico 3

Pontuações médias das dimensões do Inventário de Burnout



Relativamente aos resultados descritivos do burnout (quadro 7) verifica-se que a maior parte dos indivíduos não têm burnout com uma percentagem de (90%), já restantes indivíduos têm burnout (10 %).

Quadro 7. Resultados descritivos do Burnout

Estatística descritiva

Burnout	Frequência	Percentagem
Sem burnout	27	90,0
Com burnout	3	10,0
Total	30	100,0

6.2. Resultados Correlacionais

Seguidamente à caracterização das variáveis, iremos apresentar os estudos correlacionais realizados.

Começamos por investigar as correlações existentes entre a QdV, a Exaustão emocional e a Despersonalização (quadro 8). Neste âmbito, verificou-se que os cuidadores formais de doentes de Alzheimer apresentam uma correlação negativa, visto que ($r=-0,390$; $p=0,017$) e ($r=-0,377$; $p=0,020$) entre a QdV e a exaustão emocional e a despersonalização respetivamente. Aceitamos H1 “: Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que apresentam uma mais fraca percepção de QdV apresentam também uma mais elevada percepção de exaustão emocional e de despersonalização”.

Assim observa-se que quanto mais elevada for a QdV dos participantes, menor a exaustão emocional e a sua despersonalização.

No que respeita á correlação entre a QdV e a realização pessoal, verifica-se que existe uma correlação positiva nos cuidadores formais idosos Alzheimer na QdV e na realização, uma vez que ($r=0,476$, $p=0,004$), observamos assim que a QdV correlaciona-se com a realização pessoal dos participantes. Aceitamos por isso H2: “Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que apresentam uma mais forte percepção de QdV apresentam também índices mais elevados de realização pessoal”

**Quadro 8. Correlações entre a QdV a Exaustão emocional e
Despersonalização**

Estatísticas de correlação

Burnout (MBI)			Exaustão Emocional	Realização Pessoal	Despersonaliza ção
QdV (WHOQOL-BREF)					
Domínio Físico	Correlação de Pearson	de	-,497	,536	-,544
	Nível de Significância	de	,003	,001	,001
	N		30	30	30
Domínio Psicológico	Correlação de Pearson	de	-,230	,521	-,307
Médias	Nível de Significância	de	,111	,002	,050
	N		30	30	30
Domínio Ambiente	Correlação de Pearson	de	-,405	,457	-,317
Médias	Nível de Significância	de	,013	,006	,044
	N		30	30	30
Domínio Relações social	Correlação de Pearson	de	-,304	,245	-,234
Médias	Nível de Significância	de	,051	,096	,107
	N		30	30	30
QdV Total Médias	Correlação de Pearson	de	-,390*	,476**	-,377*
	Nível de Significância	de	,017	,004	,020
	N		30	30	30

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

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quanto ao estudo da possível correlação entre a QdV e a Vulnerabilidade ao stress (quadro 9) verifica-se que a QdV está correlacionada negativamente com a Vulnerabilidade ao stress, ou seja, quanto mais elevado for o índice de vulnerabilidade ao stress menor a QdV dos cuidadores formais de doentes de Alzheimer ($r=-0,561$, $p=0,001$). Aceitamos assim H3: “Os cuidadores formais de doentes de Alzheimer que

apresentam uma mais forte percepção de QdV apresentam também índices mais baixos de vulnerabilidade ao stress”.

Quadro 9. Correlações entre a QdV e a Vulnerabilidade ao stress

Estatísticas de correlação

QdV (WHOQOL-BREF)

		Domínio Psicológico	Domínio Ambiente	Domínio Relações sociais	Domínio Total
		medias	medias	médias	médias
Vulnerabilidade ao stress (23 QVS)	Correlação de Pearson	-,548	-,471	-,434	-,561**
	Nível de Significância	,001	,004	,008	,001
	N	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No que diz respeito á correlação entre o burnout e a idade (quadro 10), verifica-se que o Burnout é maior nos cuidadores formais com menor idade confirma-se está hipótese, visto que, ($r = -0,359$, $p = 0,026$). Aceitamos H4: “O burnout é maior nos cuidadores de idosos com Alzheimer com menor idade”.

Quadro 10. Correlações entre o Burnout e a Idade

Estatísticas de correlação

Burnout (IBI)

		Exaustão emocional	Realização Pessoal	Despersonalização
Idade	Correlação de Pearson	-,359*	,208	-,128
	Nível de significância	,026	,135	,249
	N	30	30	30

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

Relativamente á correlação entre a QdV e o Número de Horas de trabalho por dia (quadro 11) verifica-se que a QdV é maior nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer que trabalham menos horas por dia, uma vez que, ($r = -0,435$, $p = 0,008$). Aceitamos H5: “A qualidade de vida é maior nos prestadores de cuidados quando estes trabalham menos horas por dia”.

Para terminar estudou-se a relação entre a Exaustão Emocional e Número de horas de trabalho por dia (quadro 11), no qual se verificou que, a Exaustão Emocional é mais elevada quando o Número de Horas que os cuidadores formais trabalham aumenta ($r = 0,328$, $p = 0,038$). Aceitamos H6: “A exaustão emocional é maior nos prestadores de cuidados que trabalham mais horas por dia”.

Quadro 11. Correlações entre o Número de Horas de trabalho por dia e a QdV e a Exaustão Emocional

Estatísticas de correlação

		QdV (WHOQOL-BREF)					
		Exaustão Emocional	Domínio FÍSICO	Domínio Psicológico medias	Domínio Ambiente medias	Domínio Relações sociais medias	Total medias
Número de horas que trabalha por dia	Correlação de Pearson	,328*	-,310	-,364	-,401	-,474	-,435**
	Nível de significância	,038	,048	,024	,014	,004	,008
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

7. Discussão de resultados

No presente capítulo iremos executar uma análise integrativa dos resultados previamente apresentados com as constatações da literatura neste âmbito. Neste sentido, iremos iniciar esta discussão por analisar as características das variáveis em estudo para os cuidadores formais de doentes com Alzheimer, analisando posteriormente as relações encontradas com base nas hipóteses de investigação formuladas.

Os resultados evidenciaram que os cuidadores formais de doentes com Alzheimer apresentam em relação á QdV, uns resultados equilibrados no que respeita aos diversos domínios do questionário WHOQOL-bref, no entanto, é de salientar que os participantes, apresentam com valor mais elevado o domínio psicológico e em menor valor o domínio ambiental. Um estudo avaliou o significado de qualidade de vida na visão do cuidador de portadores de demência de Alzheimer e procurou identificar fatores que alterassem a sua qualidade de vida, para melhor ou pior. Nesse estudo, os cuidadores associaram boa qualidade de vida ao bem-estar psicológico, serenidade, bem-estar geral, estabilidade financeira, liberdade e tranquilidade (Argimonetal., 2005).

Em relação aos resultados respeitantes à vulnerabilidade ao stress, verifica-se que a maior parte dos inquiridos encontram-se vulneráveis ao stress, no que respeita às dimensões da vulnerabilidade ao stress, é de referir que com valor mais elevado encontra-se o perfeccionismo e intolerância á frustração, e com um valor mais baixo a carência de apoio social, comprovando o referido na literatura, onde nos diz que, no caso específico de estudos com cuidadores formais de idosos, os resultados demonstram que os profissionais da área da geriatria estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas, potenciando assim a vulnerabilidade as situações de stress a que se encontram permanentemente sujeitos (Azevedo, 2010).

Relativamente aos resultados do burnout, verifica-se que a maior parte dos cuidadores formais de Alzheimer inquiridos não têm burnout, no que se refere às diversas dimensões do burnout é de ressaltar que os participantes no estudo apresentam uma baixa despersonalização, uma moderada exaustão emocional e em contrapartida apresentam um resultado elevado de realização pessoal, a literatura diz-nos, que para Alvarez, *et al.* (1993) a exaustão emocional acompanha-se de esgotamento físico e caracteriza-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros. A despersonalização é para e Queirós (2005) o elemento chave de entre as três

características de burnout é a despersonalização que constitui uma manifestação específica de stress das profissões assistenciais, já que para estes autores, tanto a exaustão emocional, como a diminuição na realização pessoal, podem encontra-se noutras síndromes específicos.

A redução de realização pessoal e a terceira característica do burnout, traduzindo-se por um sentimento completo de inadequação pessoal e profissional no local de trabalho e na incapacidade para responder ao que lhe é pedido. Este sentimento pode estar encoberto pela sensação paradoxal de onipotência (Alvarez *et al.*, 1993).

Relativamente ao estudo das possíveis relações entre a QdV e o Burnout observou-se que quanto mais elevada a QdV dos participantes mais baixa a exaustão emocional e a despersonalização permitindo-nos desde logo aceitar H1. Segundo os autores, a despersonalização, pode acontecer, dado que o sujeito, pelo facto de se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, tendo necessidade de se isolar, num evitamento das relações interpessoais (Martin, 1994).

Segundo Alvarez *et al.*, (1993) todos os comportamentos denominados de despersonalização, surgem como uma forma de aliviar a tensão experienciada. Os profissionais restringem o grau e a intensidade das relações com os outros, pois estão a tratar de se adaptar a uma nova situação. A exaustão emocional é a fase dos sintomas de burnout na qual a fadiga física, a nível psicológico, o pessimismo e o cinismo são acompanhados de sintomas de abandono, solidão e incompreensão (Edetal., 1994 & Queiros, 2005).

Constatou-se também uma correlação positiva entre a percepção de QdV dos cuidadores formais de Alzheimer e a realização pessoal, ou seja, quanto melhor estiver a QdV melhor a realização pessoal, o que permite aceitar H2. Segundo a literatura, cada sociedade estabelece culturalmente seu padrão de vida e isso direciona as formas de expectativa e níveis de satisfação dos indivíduos que a compõem. Essa percepção exerce influência sobre o que é e o que não é uma boa qualidade de vida. O grau de satisfação dos sujeitos com as suas realizações pessoais, assim como os bens materiais obtidos, variam de acordo com o padrão da sua sociedade, e, de forma mais profunda, com seus valores pessoais (Minayo *et al.*, 2000).

Também foi igualmente possível verificar através do presente estudo que quanto mais elevado for o índice de vulnerabilidade ao stress menor a QdV dos cuidadores formais de doentes de Alzheimer, aceitando-se H3. A literatura refere que o stresse a pressão a que se encontram sujeitos poderão provocar uma diminuição do seu

rendimento de trabalho e, principalmente, comprometer os seus níveis de bem-estar (Payne & Firth-Cozens, 1987).

Por outro lado foi possível constatar que o burnout é influenciado pela variável sócio demográfica idade, levando a concluir que quanto mais jovens forem os cuidadores, maior será o burnout permitindo aceitar H4, de acordo com o que nos diz a literatura, a idade, relacionada por alguns autores com a experiência profissional foi sujeita a diferentes estudos (Seltzer, 1988, cited in Parreira, 1998) demonstraram existir uma relação linear positiva entre o burnout e a experiência. Igualmente os estudos de Cordes e Dougherty (1993) indicam-nos que os indivíduos mais jovens apresentam níveis mais elevados nas diferentes dimensões do burnout.

No que diz respeito à correlação entre a variável número de horas de trabalho por dia e a QdV, foi possível verificar que a QdV é maior nos cuidadores formais de doentes de Alzheimer que trabalham menos horas por dia, permitindo-nos aceitar H5.

Através da literatura é possível verificar que para Huang, Lawler e Lei (2007) reforçam a perspectiva de que a qualidade de vida no trabalho, exige condições e um meio ambiente favorável ao trabalho como também aos diversos estilos de vida, tendo identificado quatro dimensões, nomeadamente, o equilíbrio entre o trabalho e a família, o auto-reconhecimento, a compensação e a supervisão.

Além disto através deste estudo foi também possível verificar que o número de horas de trabalho por dia também se correlaciona com a exaustão emocional, ou seja, quanto mais elevado for o número de horas de trabalho, maior a exaustão emocional, sendo possível aceitar H6. A literatura refere que as características laborais, a experiência de sobrecarga de trabalho e a pressão relacionada com o tempo, apresentam-se em vários estudos, com uma forte ligação ao burnout, especialmente na sua dimensão de exaustão (Queirós, 2005; Sá, 2008).

Os conflitos de papéis (exigências contraditórias no local de trabalho) e a ambiguidade de tarefas a serem executadas (não existir informação adequada e disponível para o correcto desempenho das mesmas) parecem ser desde moderadamente a altamente correlacionadas com o burnout (Queirós, 2005; Sá, 2008).

Conclusão

A presente dissertação pretendeu investigar a Qualidade de vida, a Vulnerabilidade ao stress e o Burnout dos cuidadores formais de idosos com demência de Alzheimer, analisando as relações existentes entre ambas, no sentido de fornecer conhecimentos pertinentes acerca desta temática para a psicologia e outras áreas científicas.

Neste estudo verificou-se que os cuidadores formais de idosos com Alzheimer evidenciam no que respeita á QdV uns resultados equilibrados nos domínios, evidenciando-se o domínio psicológico. Além disto, observou-se, no que diz respeito á vulnerabilidade ao stress, a maior parte dos inquiridos encontram-se predispostos pelo que torna-se pertinente ter-mos atenção a estes factos no sentido de se poder desenvolver intervenções para reduzir estes resultados.

Foi possível verificar que a QdV correlaciona-se com o número de horas de trabalho por dia, sendo que a QdV é maior nos cuidadores que trabalham menos horas por dia.

Relativamente aos resultados do Burnout, verificou-se que a maioria dos cuidadores formais, não tem Burnout, sendo importante referir que os participantes apresentam resultados baixos de despersonalização, moderada exaustão emocional e em contrapartida apresentam, uma elevada exaustão emocional.

Também se concluiu que o Burnout correlaciona-se com a idade, os cuidadores mais jovens têm maiores resultados de Burnout. A exaustão emocional também se correlaciona com o número de horas de trabalho por dia, quanto maior for o número de horas de trabalho maior a exaustão emocional.

Os resultados descritos remetem-nos quanto às características das variáveis para os participantes, no entanto, o principal objetivo deste estudo é as relações existentes entre elas.

Neste âmbito, pode-se concluir que na relação entre a QdV e o Burnout, quanto mais elevada a QdV dos participantes, mais baixa exaustão emocional e a despersonalização e mais alta a realização pessoal.

Foi também possível comprovar através deste estudo que quanto mais elevada for a vulnerabilidade ao stress, menor a QdV dos cuidadores formais de idosos com Alzheimer. Este estudo promove uma maior compreensão e conhecimento acerca dos

cuidadores formais de idosos com Alzheimer, o que influencia a sua qualidade de vida e de que forma isso se reflete no seu trabalho levando ao stress e burnout.

Na presente investigação surgiram algumas limitações que de alguma forma podem ter enviesado os resultados, pelo que consideramos pertinente referi-las, na recolha de dados mais precisamente no preenchimento dos questionários, os participantes descreveram algumas questões como muito privadas.

Atendendo quer às limitações quer aos resultados obtidos, assim como a escassez de estudos atuais neste âmbito, é importante realizar estudos que permitam avaliar o stress e os riscos psicossociais e também existirem indicações internacionais e nacionais para a sua prevenção.

Outra sugestão importante é o estudo correlacional com outras variáveis que no decorrer da revisão bibliográfica se foram tornando pertinentes como por exemplo, a capacidade para o trabalho dos cuidadores formais de idosos com Alzheimer. Reforçamos a importância da realização deste tipo de estudos que poderão contribuir para a melhoria das capacidades de trabalho e bem-estar dos profissionais estudados e, previsivelmente, na qualidade dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

Igualmente é importante o desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais que recaiam na promoção de conhecimentos e de competências referentes ao cuidado, mas também que desenvolvam estratégias para abrandar situações de stress e de sobrecarga emocional, melhorando a qualidade de vida destes profissionais e consequentemente auxiliando a qualidade de vida da sua população-alvo.

Sugerimos também a intervenção em instituições que englobem cuidadores de idosos assume-se como uma mais-valia na articulação entre cuidador, idoso e família do idoso, podendo igualmente intervir no grupo de cuidadores, quanto a formações que incidam sobre as questões de relacionamento entre cuidadores e idosos, na reorganização e gestão de serviços de apoio domiciliário, auxílio dos cuidadores para o enfrentar situações de perda/falecimento de idosos, entre outros aspectos.

Referências bibliográficas

- Abreu, I., Forlenza, O., & Barros., (2005). *Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia*. Revista de Psiquiatria Clínica, 32(3), 131-136.
- American Psychiatric Association (APA, 2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR (4ª ed., Texto revisto) Lisboa: Climepsi.
- Amaral, A. & Vaz Serra, A. (2010). *Vulnerabilidade ao stress, circunstâncias adversaseestado de saúde – Estudos transversais*. Psiquiatria Clínica, 31(1), 5-12.
- Andrade, A.M. (2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores com demência*. Revista cubana de salud pública, 34 (3), 1-12.
- Associação Empresarial de Portugal (2004). *Manual de formação: Higiene e segurança no trabalho - Programa formação PME*, retirado de http://pme.aeportugal.pt/Aplicacoes/Documentos/Uploads/2004-10-15_16-29-37_AEP-HIGIENE-SEGURANCA.pdf
- Azevedo, V.A.Z. Kitamura, S. (2006). *Stress, trabalho e qualidade de vida*. In: Vilarta, R; Carvalho, T.H.P.F.; Gonçalves, A.; Guitierrez, G.L. (Orgs). *Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas: IPES Editorial
- Alvarez, C. Blanco, J., Aguado, M., Ruiz, A., Cabaco, A., Sanchez, T., Alonso, C. & Bernabe, J. (1993). *Revision teórica del burnout o desgaste profesionaltrabajadores de ladocencia*.CEASURA- Revista Critica das Ciências Sociais e Humanas. 2, 47-65.

- Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas. (2005). Health-related quality of life of caregivers as a predictor of nursinghome placement of patients with dementia .*Alzheimer's Dis Assoc Disord.* 19(4) 1-4.
- 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, 163-169.
- Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., & Stewart-Patterson, C. (2005). *Depression & work function: Bridging the gap between mental health care & the workplace.* Calgary: Gilbert Action Le Page Ltd.
- Bottino, C., Carvalho, I, Alvarez, A., Avila, R, Zukaukas, P., Bustamante, S., e tal (2002). *Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar.* *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1989). *Psychological burnout among men and women in teaching: an examination of Cherniss model.* *Human Relations*, 42 (3), 261-273.
- Burke, R. J., Greenglass, E. R., & Schwarzer, R. (1996). *Predicting teacher burnout over time: effects of work stress, social support and its consequences.* *Anxiety, stress and coping*, 9 (3), 21-275.
- Beck, A.R., & Lopes, M. H. (2007). *Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer.* *Revista brasileira de enfermagem*, 60 (5), 513-518.

- Caldas, A. C. & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Ed. Lidel: Lisboa.
- Caldas, C. P. (2004). *Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso*. In A. L. Saldanha, & C. P. Caldas (Eds.), *Saúde do idoso: a arte de cuidar* Rio de Janeiro: Interciência. (p 41-47).
- Camargo, I. (2003). *Doença de Alzheimer: um testemunho*. Porto Alegre: Editora Age.
- Campanario, N. L., Carretero, M. T. M., Cenproex, Garcia, M. M. R. & Vila, V. A. (2005). *Manual del Cuidador de Enfermos de Alzheimer*. Sevilla: Editorial MAD,
- Couto, M., R., O. (2008). *Satisfação com a vida nos idosos e satisfação dos cuidadores formais*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Conger, R. W., Lorenz, F. O., Elder, G. H., Simons, R. L. & Ge, X. (1993). *Husband and wife differences in response to undesirable life events*. Journal of Health and Social Behavior, 34, 71-88.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.(2000). *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta,
- Cicognini, M. A., & Furlanetto, L. M. (2006). *Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28 (2), 97-103.

- Chiavenato, I. (2004). *Recursos Humanos: O capital humano das organizações* .(8ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Cicognini, M. A., &Furlanetto, L. M. (2006). *Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital*.Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(2), 97-103.
- Cordes, C., & Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout.*The Academy of Management Review*, 18,4, 621.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Oboré.
- Dohrewend, B. P. (1998). *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Delbrouck, M. (2003).*Síndrome de exaustão (Burnout)*.Lisboa: Climepsi Editores
- Edet, I., Nion, N. &Metrot, M. T. (1994). *L` Epuisement professionnel des infirmières d`un service de maladie infectieuses et tropicales*, La revue de l`infirmière, 3, 53-56.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede - Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar*, 5 (8),51-61.

Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. São Francisco: Jossey-BassInc.

Figueiredo, D. (2007) *Cuidados a familiares aoidosodependente* (1ª ed). Lisboa: Caderno Climepsi de Saúde.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D.,...Vaz Serra, A. (2008). *Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.

Garrido, R. & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 835-841. Goldfarb, D. C.

Gomes, A (2011) *Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva*. *Estudos de Religião*, v. 25, n. 40,p. 81-109.

Green, Francis (2006), *Demanding Work: The Paradox of Job Quality in the Affluent Economy*. Princeton e Oxford: Princeton University Press.

Guerreiro, Maria das Dores, e Helena Carvalho (2007), “*O stress na relação trabalho-família: uma análise comparativa*”, em Karin Wall e Lúcia Amâncio (orgs.), *Família e Género em Portugal e na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 129-179.

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, p. 221-233

Helito, A., & Kauffman, P. (2007). *Saúde: entendo as doenças, a enciclopédia médica da família*. São Paulo: Nobel.

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

Huang, T-C., Lawler, J., & Lei, C-Y (2007). The effects of quality of work life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality*, 35(6), 735-750.

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

Hiriogyan, M.F. (2001) *Malaise dans le travail. Le harcèlement moral*. Paris: Syros.

Ilmarinen, J. (2001). Aging workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 58(8), 546-551.
doi: 10.1136/oem.58.8.546

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80–87.

- 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.
- Leiter, M. (2005). Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(2), 131-144. doi:10.1080/10615800500082473
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NovaIorque: Springer Publishing Company.
- Magnié, M. N. & Thomas, P. (1998) A Doença de Alzheimer. Organização Andrei Editora, 3ª Edição. São Paulo.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258.
- MalachC., & Jackson S. (1982). Burnout in health professionals: A social psychological analysis. In G. Sandres, J. Suls (Eds.), *Social psychology of health illness*. Hillsdale, NJ: LEA
- Martin, A.D.F., (1994). Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *ActasLuso-Espanholas de Neurologia Psiquiatria y CienciasAfines*.22,2, 71-76.

- Mc Conaghy, R. & Caltabiano, M. (2005). Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and health sciences*, 7, 81-91.
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18.
- Ministério da Saúde. (2004). *Doenças profissionais na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2003. Um contributo para o diagnóstico e a prevenção*. Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa. Retirado de http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SO_DoemProf03.pdf
- Moreno, D. H., Dias, R. S., Kerr-Corrêa, F., & Moreno, R. A. (2004). Transtornos do humor. In: T. A. Cordás & F. T. Salzano (Orgs.), *Saúde mental da mulher* (pp. 105-140). São Paulo: Atheneu.
- Nardi, A. E. (2004). Transtornos de ansiedade. In: T. A. Cordás & F. T. Salzano (Orgs.), *Saúde mental da mulher* (pp. 141-159). São Paulo: Atheneu.
- National Institute on Aging (2008) *Alzheimer`s disease: unraveling the mystery*. Washing, DC: Author.
- National Authority for Ocupacional Safety and Health (2002). *Work- related stress – a guide foremployers*. Dublin: HealthSafetyAuthority
- Nahas, M.V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pacheco, J. L. (2004). O cuidador: sua instância e sua experiência. In A. L. Saldanha, & C. P. Caldas (Eds.), *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 48-58). Rio de Janeiro: Interciência.

Parreira, P.M. (1998). *Contacto com a Morte e Síndrome de Burnout: Estudo Comparativo com Três Grupos de Enfermeiros da Oncologia*. Tese de Mestrado não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Pacheco, J. L. (2004). Os conflitos familiares e o idoso. In A. L. Saldanha, & C. P. Caldas (Eds.), *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 349-357). Rio de Janeiro: Interciência.

Paul, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.H.O.

Pereira, M. F. C. (s/d) Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia

Payne, M. A. & Furnham, A. (1987). Dimensions of occupational *stress* in West Indian secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57, 141-150.

Pinho, L. F. (2008). *Demência: a marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.

Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de *coping* e auto-eficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367

- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra. Edições Sinais Vitais
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ªed.). Porto: Livpsic.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Santos, A. T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Sá (2008). *O Assedio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em saúde mental não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Smith M. A. C. (1999). Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira Psiquiatria* volume: 21.
- Shyu, Y. (2006). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 35-41.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: três conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in nursing & health*, 19(1), 63-73. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199602)19:1<63::AID-NUR7>3.0.CO;2-J
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- 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*, 36(1), 59–68. doi:10.1016/S0167-8760(99)00100-2
- Skevington, S Lotly, M & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group Quality of Life Research, 13, 299-310.
- Silva, M.; Marchi, R. (1997). *Saúde e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: BestSeller.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 457-466.
- Teixeira, M. H. (2004). Aspectos psicológicos da velhice. In A. L. Saldanha, & C. P.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables as moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, v.24, p.782-800,

- Van Exel, N. Brower, W., Van Den Berg, B., Koopmanschap, M. & van den Bos, G. (2004). What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical rehabilitation*, 18, 683-693.
- Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao *stress*. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 4, 279-308.
- 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), 41-49.
- Vasconcelos, F.F; Granado, I.E; Martins, J. (2009). *Estudo Comparativo Sobre a Incidência da Síndrome de Burnout em Professores da Rede Pública e Privada de Maringá. PR. Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 1, p. 23-26, Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/924>>.
- Vasconcelos, P. H.; Alves, C. E. L.; Santos, S. F. M. & Francisco, A. C. (2012). Qualidade de vida no trabalho docente: um estudo de caso em uma instituição de ensino superior. *Revista de Administração e Inovação*, 9(2), 79-97.
- World Health Organization Sustainable Development and Healthy Environments (1999). *Internacional statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) in occupational health*. World Health Organization. Retirado de http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf