

Introdução

A temática do stresse e do *burnout* tem-se mostrado cada vez mais pertinente no âmbito da investigação científica, tendo em consideração o momento actual em que se vive. Na verdade, cada vez mais existem pressões e stressores nas mais variadas situações em que o indivíduo actua. Um dos contextos em que o stresse e o *burnout* podem ser manifestados com frequência é o ocupacional, facto este que se torna preocupante, na medida em que as consequências são inúmeras, dado que afectam o estado psicológico do indivíduo, alargando-se ao seu rendimento nas tarefas que lhe competem. Efectivamente, o stresse no trabalho é uma das causas que mais frequentemente motiva mau humor no indivíduo o que, por sua vez, pode ter implicações negativas no ambiente familiar, assim como sobre terceiras pessoas do meio social que o rodeia. Na verdade, o stresse ocupacional pode prejudicar gravemente a saúde física e psíquica do trabalhador. Daí ser importante perceber melhor este fenómeno, bem como a manifestação da síndrome de *burnout* neste contexto, em consequência da maior vulnerabilidade dos sujeitos face ao stresse que vivenciam.

O presente estudo tem como principal objectivo analisar o stresse e o *burnout* motivados pelo trabalho, em funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental. Este estudo mostra-se pertinente pelo facto de não serem conhecidos estudos sobre stresse e *burnout* efectuados com esta população, o que poderá permitir a definição de uma intervenção específica, caso necessária, atendendo às necessidades particulares desta população.

Em termos estruturais, a dissertação encontra-se dividida em duas partes. Numa primeira parte apresenta-se um enquadramento teórico acerca dos constructos em análise. Assim, será abordado o conceito de Stresse, o qual será contextualizado através da explicação de diversos modelos, mais especificamente o Modelo Interactivo, o modelo da Síndrome Geral de Adaptação, o Modelo de Selye e o Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente. Será, ainda, explanado o conceito de Vulnerabilidade ao Stresse, assim como o de *Burnout* e o seu Modelo Desenvolvimental. Por outro lado, será explicitado um conceito mais específico, nomeadamente o de Stresse Ocupacional a par dos seus modelos explicativos, tais como o Modelo de Stresse Ocupacional de Cooper, o Modelo de Exigências/Controlo, o Modelo de Vitamina e o Modelo Geral de Khan e Byosiére. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico desenvolvido, onde são apresentados o método (participantes, instrumentos e procedimento), os resultados e a sua discussão. No final são tecidas algumas considerações finais sublinhando as limitações deste estudo, implicações e sugestões para estudos futuros.

I – Componente teórica

1. Conceito de Stresse e Modelos Teóricos Explicativos

A palavra stresse deriva do verbo latino *stringere*, que significa apertar, comprimir, restringir, tendo sido já utilizado no século XII para descrever sofrimento ou aflição (Cooper & Cartwright, 1997 cit. in Sá, 2002). No entanto, a definição de stresse não é unânime na literatura, devido à complexidade de factores que estão associados ao seu desenvolvimento.

Efectivamente, no séc. XV, o termo stresse era entendido como uma tensão ou pressão de natureza física (Leal, 1995, cit. in Silva, 2008). De acordo com a autora, Leal (1995) refere que no séc. XVII este conceito transpõe a dimensão física para ser entendido, de igual modo, como uma tensão ou adversidade. No entanto, já no séc. XVIII e XIX a palavra stresse designa toda e qualquer tensão que actue sobre uma pessoa ou objecto (Leal, 1995, cit. in Silva, 2008).

Por sua vez, Lazarus, em 1976, sugere que a reacção individual de stresse depende da forma como o indivíduo interpreta ou avalia, de forma consciente ou inconsciente, o significado prejudicial, ameaçador ou estimulante do acontecimento (Cooper & Cartwright, 1997 cit. in Sá, 2002). Os trabalhos de Lazarus entram em desacordo com os que vêem o stresse meramente como uma pressão de factores ambientais sobre o indivíduo, dado que, pelo contrário, Lazarus considera que a experiência de stresse é determinada significativamente pela forma como a pessoa se sente para lidar com um factor reconhecido como ameaçador (Sá, 2002). Nesta perspectiva, considera-se que o indivíduo desempenha um papel activo na ocorrência, ou não, de stresse, pelo que as capacidades individuais surgem como uma parte do complexo sistema dialéctico da interacção entre o homem e o ambiente.

Por outro lado, Lemos (1995, cit. in Sá, 2002) destaca que o stresse ocorre neste processo dialéctico, uma vez que pode suceder, por um lado, considerando o paradigma da individualidade, em que intervêm factores biológicos, cognitivos, emocionais, comportamentais e traços da personalidade intrínsecos ao indivíduo, e, por outro lado, tendo em conta o paradigma da relação entre o indivíduo e o meio. O stresse pode, assim, ser definido como um fenómeno perceptivo proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta (Sá, 2002).

Recentemente, a palavra stresse foi incluída no léxico Português e provém do termo anglosaxónico *stress* que significa tensão, pressão (Sá, 2002). No dicionário da

Academia das Ciências de Lisboa é definido como "o conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas provocadas por factores agressivos externos e por emoções que exigem uma adaptação do organismo", sendo, também, considerado como a "pressão que é exercida sobre as pessoas" (Sá, 2002).

Importa, assim, destacar que o stresse, de acordo com Selye (1959), é o estado manifestado por uma síndrome específica, o qual é constituído por todas as alterações não-específicas produzidas no sistema biológico. No trabalho de Costa, Lima e Almeida (2003), por sua vez, é mencionado que o stresse é uma síndrome que se caracteriza por um conjunto de reacções que o organismo desenvolve quando se depara com uma situação que lhe exija um esforço para se adaptar.

Gomes e Cruz (2004) salientam que as definições de stresse incluem a existência de um stressor, o qual é causado pelo ambiente externo (e.g. problemas no trabalho). De acordo com Ogden (2004), o stresse é a resposta a tal stressor ou sofrimento (i.e. sentimento de tensão/pressão), sendo importante considerar que o stresse compreende mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. Desta forma, o stresse implica uma interacção entre o stressor e o sofrimento (Ogden, 2004; Gomes & Cruz, 2004). Efectivamente, Cannon, de acordo com Frasquilho (2005), designou stresse como as ameaças ou perigos que afectam suficientemente um organismo, destruindo o seu equilíbrio.

Considerando as experiências individuais, Gomes e Cruz (2004) afirmam que o stresse ocorre apenas quando o indivíduo avalia que as exigências externas excedem as suas capacidades e recursos para lidar com as mesmas. De acordo com esta perspectiva, os processos de confronto, isto é, a forma como as pessoas lidam com o stresse, apresentam-se mais relevantes do que a frequência e intensidade dos próprios episódios de stresse (Gomes & Cruz, 2004). É neste sentido que os autores enfatizam a importância dos processos psicológicos, mais especificamente os esquemas de avaliação cognitiva utilizados pela pessoa, evidenciando-se, assim, a importância das diferenças individuais.

No trabalho de Costa, Lima e Almeida (2003), por sua vez, é mencionado que o stresse é uma síndrome que se caracteriza por um conjunto de reacções que o organismo desenvolve quando se depara com uma situação que lhe exija um esforço para se adaptar.

É de ressaltar a existência de alguns modelos explicativos do stresse. Efectivamente, Hespanhol (2005) destaca o Modelo Interactivo, o qual inclui o "modelo de stresse baseado na resposta" e o "modelo de stresse baseado no estímulo". Neste sentido, o autor refere que no primeiro modelo, o stresse é considerado uma variável dependente, ou seja, uma resposta a um estímulo perturbador. Neste modelo, o domínio

conceptual fundamental é a manifestação do stresse (Hespanhol, 2005). O autor que mais se evidenciou neste modelo foi, de acordo com Hespanhol (2005), Hans Selye nos anos 30 e 40. Segundo este autor, o stresse é a resposta inespecífica do corpo a qualquer pedido, pelo que a resposta ao stresse seria sempre a mesma qualquer que fosse a natureza da causa de stresse e seguiria sempre o mesmo padrão universal (Hespanhol, 2005).

Selye introduz, assim, a noção de doença relacionada com o stresse ao desenvolver o modelo da Síndrome Geral de Adaptação (Hespanhol, 2005; Sá, 2002). Em 1925, este autor, ainda estudante de medicina na universidade de Praga, junto com os seus colegas, verificou que os doentes, independentemente da doença, apresentavam algo que era comum a todos, um certo estado de enfraquecimento, concluindo que todos os doentes apresentavam um conjunto determinado de sintomas que designou por Syndrome of just beind sick (Leal, 1996, cit. in Sá, 2002). Com efeito, Selye, em 1956, descreve o SGA como o conjunto de reacções orgânicas aos agentes stressores do meio, ou seja, a qualquer acontecimento que obrigue o organismo a mobilizar os seus recursos (Sá, 2002). De acordo com o autor, estes agentes tanto podem ser de ordem física como de ordem psicológica (*i.e.* calor; frio; dor; situações de luto).

Alguns autores referem, neste sentido, que Selye descreve três estádios na resposta ou adaptação individual a situações de stresse, nomeadamente a reacção de alarme, a fase de adaptação ou resistência e a fase de exaustão (Hespanhol, 2005; Sá, 2002). Deste modo, a reacção de alarme é considerada como a resposta inicial do organismo ao stresse, sendo caracterizada por uma diminuição da resistência seguida de uma reacção de contra-choque durante a qual o indivíduo activa as suas defesas (Sá, 2002). Hespanhol (2005) completa esta informação ao afirmar que esta fase de alarme é resposta imediata psico-fisiológica, em que após uma fase de choque inicial de baixa resistência se segue um contra-choque, pelo que, nesta altura, os mecanismos de defesa são activados, formando a reacção de emergência. Já a fase de adaptação ou resistência, de acordo com Sá (2002), é a fase em que, sendo as respostas adaptativas do indivíduo bem sucedidas, ele volta ao seu estado normal de equilíbrio. No entanto, o autor salienta que se o agente stressor continuar a exercer pressão sobre o indivíduo ou se as suas defesas se tornarem insuficientes, passa para o terceiro estádio do síndrome. Hespanhol (2005) ressalta que é esperado que, durante esta fase, a maioria dos sinais e sintomas associados à reacção de alarme desaparecem à medida que o organismo se adapta à causa de stresse. Finalmente, a fase de exaustão ocorre quando os mecanismos de adaptação se esgotam (Sá, 2002). Com efeito, se a reacção de alarme é activada muito intensamente ou muito frequentemente durante um longo período de tempo, a energia necessária à adaptação esgota-se e ocorre a terceira fase, ou seja, a

exaustão, o colapso e a morte (Hespanhol, 2005). O falhanço da adaptação ao stresse conduz à doença, pelo que esta terceira fase pode estar associada ao desenvolvimento de doenças relacionadas com o stresse.

Efectivamente, no modelo de Selye o stresse é conceptualizado como uma resposta fisiológica não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação, sendo enfatizadas a gravidade e a duração do agente stressor (Sá, 2002).

Sá (2002) destaca que, embora o modelo de Selye tenha revelado imensos contributos para a compreensão do stresse, os críticos afirmam que o modelo ignora alguns aspectos, nomeadamente o impacto psicológico do stresse no organismo, as capacidades individuais para o reconhecer e se adaptar, alterando a situação ou adaptando-se a ela.

Por outro lado, o autor salienta que no modelo de stresse baseado no estímulo, o stresse é considerado uma variável independente, ou seja, uma força que se exerce sobre o organismo, provocando ruptura, distorção ou deformação. Segundo este modelo, o indivíduo estaria constantemente a ser “bombardeado” com aspectos do ambiente potencialmente causadores de stresse, mas só com um acontecimento aparentemente menor ou inócuo conseguiria alterar o delicado equilíbrio entre o total fracasso e o sucesso em lidar com o stresse (Hespanhol, 2005).

Já Ramos (2001) refere o Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente desenvolvido por French e colaboradores em 1974. Em concordância com o autor, as teorias de ajustamento pessoa-ambiente fazem referência à correspondência entre as características do indivíduo e as do ambiente, pelo que a falta de ajustamento entre estas duas categorias gerais dará origem ao stresse.

2. Conceito de Vulnerabilidade ao Stresse

No que diz respeito à vulnerabilidade ao stresse, Serra (2000a) refere que este conceito deve ser compreendido na relação específica que é estabelecida entre o indivíduo e uma determinada situação, sendo entendido como o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição do indivíduo e agentes passivos da vida corrente, os quais ajudam a ampliar ou a diminuir o impacto do acontecimento. Neste sentido, ser-se vulnerável é ter a percepção de estar sujeito a perigos de natureza externa ou interna sobre os quais o indivíduo não tem controlo suficiente para lhe conferir um sentido de segurança (Serra, 2000a). Efectivamente, o autor salienta que a vulnerabilidade ao stresse varia bastante de indivíduo para indivíduo,

uma vez que existem pessoas que descompensam à ínfima adversidade e outras que parecem suportar um número elevado de circunstâncias desagradáveis.

Neste sentido, a aptidão que um indivíduo demonstra na sua adaptação a um acontecimento traumático é afectada por diversas variáveis de *coping*, abrangendo o modo como reorganiza e reavalia os seus objectivos pessoais em resposta ao acontecimento (Serra, 2000a). Deste modo, e de acordo com o autor, os processos de *coping* podem aumentar ou reduzir a quantidade de alterações negativas que passam a interferir com as actividades habituais da vida corrente do indivíduo, o que indica que, quando as estratégias utilizadas não são eficazes para ultrapassar as dificuldades existentes, é acentuada no indivíduo a percepção de não ter controlo sobre o acontecimento.

É de referir, ainda, que uma boa rede de apoio social pode constituir um factor atenuante ou impeditivo do aparecimento de distúrbios psicopatológicos, assim como determinadas características de personalidade, uma forma adequada de lidar com as ocorrências, a prática regular de exercício físico e uma dieta equilibrada podem atenuar os efeitos do stresse (Serra, 2000a).

Importa, agora, aludir ao significado de ser-se vulnerável. Sendo assim, ser-se vulnerável é ter a percepção de estar sujeito a perigos de natureza externa ou interna sobre os quais o indivíduo não tem controlo suficiente para lhe conferir um sentido de segurança (Serra, 2000a). Na verdade, o autor refere que uma pessoa sente-se vulnerável quando confirma que não tem aptidões ou recursos necessários para lidar com as exigências criadas por uma circunstância específica. Neste sentido, é sublinhado pelo autor que, quando uma pessoa se sente vulnerável, desenvolve a expectativa de não conseguir ultrapassar as dificuldades com que se depara, pelo que a formação desta expectativa leva o indivíduo, a nível interno, a inibir o discurso e a lembrança de memórias armazenadas e, a nível externo, impede o exercício de aptidões existentes. Assim, a pessoa não sabe o que fazer ou dizer (Serra, 2000a).

Ressalte-se, de acordo com a mesma fonte, que a vulnerabilidade surge quando uma pessoa sente que existe um comprometimento de objectivos, de ligações afectivas e de relações em esferas que considera fundamentais para si. Na verdade, um indivíduo vulnerável ao stresse demonstra, habitualmente, pouca capacidade auto-afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas, preocupação excessiva relativamente aos acontecimentos do dia-a-dia e marcada emocionalidade (Serra, 2000b).

É de salientar os modelos de vulnerabilidade ao stresse, os quais representam relações aditivas (Ingram & Luxton, 2005). Efectivamente, os autores referem que vários modelos sugerem que o desenvolvimento, ou não, de uma perturbação depende da

combinação dos efeitos do stresse e da vulnerabilidade ao mesmo. Neste sentido, vários modelos referem o forte papel de um componente sobre outro, o que pressupõe adição, ou seja, que a vulnerabilidade e o stresse actuam juntos, de certa forma, para produzir a perturbação (Ingram & Luxton, 2005). Por outro lado, os autores reflectem que diversos modelos de vulnerabilidade ao stresse recaem numa aproximação *ipsativa* à relação entre os conceitos. Na verdade, também este modelo sugere que, juntos, a vulnerabilidade e o stresse causam psicopatologia (Ingram & Luxton, 2005).

3. Conceito de *Burnout* e Modelos Teóricos Explicativos

Freudenberguer foi quem pela primeira vez se referiu ao conceito de *burnout* como uma síndrome, com forte incidência nos profissionais de saúde (Sá, 2002). Efectivamente, enquanto psiquiatra, Freudenberguer registou que os profissionais que trabalhavam com toxicodependentes experienciavam uma perda gradual de energia, de motivação e de comprometimento, a qual era acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos (Sá, 2002). Neste sentido, Freudenberguer atribuiu a este estado específico de exaustão o termo "*burn-out*" (Sá, 2002).

Sá (2002) salienta que o autor identificava o *burnout* como o resultado da relação que se estabelece entre o trabalho e o indivíduo, pelo que a desproporção entre os esforços realizados e os resultados obtidos, não satisfazendo as expectativas pessoais, estaria na origem desta síndrome. Em 1974, Freudenberguer, num artigo publicado no *Journal of Social Issues*, definiu o termo "*burn-out*" como um estado de fadiga ou de frustração ocasionado pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que diz respeito à recompensa esperada pelo indivíduo. Na verdade, o termo *burnout* foi utilizado, pela primeira vez, em 1970 com o objectivo de classificar uma síndrome de exaustão e de desilusão em trabalhadores voluntários do serviço de saúde mental, devido à desadequação das recompensas aguardadas (Hespanhol, 2005).

Na mesma época, Christina Maslach inicia, também, os seus estudos na área do *burnout* (Sá, 2002). O autor refere que o seu trabalho baseava-se, sobretudo, nas formas através das quais os profissionais de saúde seriam cúmplices com o emergir de emoções no trabalho, observando que muitos profissionais, emocionalmente exaustos, desenvolviam percepções negativas acerca dos seus doentes e experienciavam uma diminuição da sua competência profissional (Shaufeli, 1999, cit. in. Sá, 2002).

Por sua vez, a Encyclopedia of Psychology de 1984 define o *burnout* como uma situação específica entre profissionais, a qual resulta de solicitações excessivas de energia, força ou recursos (Sá, 2002). De acordo com o autor, apesar de não existir uma definição clara e concisa, o *burnout* é caracterizado pela incapacidade de estar suficientemente preocupado e envolvido com os que recebem os seus serviços, dado que os sintomas entre os trabalhadores afectados incluem moral baixa, desempenho profissional baixo, mudança frequente de local de trabalho, aumento do consumo de álcool e drogas, aumento do número de casos de doença mental, conflitos maritais e familiares frequentes e o desenvolvimento de atitudes impessoais e desumanas no trabalho.

Com efeito, durante a década de 80 o interesse pela síndrome de *burnout* cresceu vertiginosamente, pelo que os investigadores concentraram a sua atenção principalmente nas profissões de ajuda, mais especificamente em psiquiatras, psicoterapeutas, professores e enfermeiros (Sá, 2002). O autor salienta que, nestas profissões, as grandes tensões suportadas durante um longo período de tempo, levam ao esgotamento ou desgaste (*i.e. burnout*), fazendo com que o organismo perca as suas capacidades para lhes fazer face.

De acordo com Shaufeli (1999, cit. in Sá, 2002), o termo *burnout* pode ser definido como uma metáfora que descreve um estado de esgotamento, análogo ao esmorecer de uma fogueira ou ao apagar de uma vela. Contudo, Sá (2002) defende que a definição mais utilizada parece ser a de Maslach e Jackson, que definem o *burnout* como uma síndrome de cansaço físico e emocional, a qual conduz o indivíduo a uma falta de motivação para o trabalho, levando a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Neste sentido, o burnout deve-se, sobretudo, ao stresse crónico associado à falta de condições no trabalho e surge mais frequentemente nos profissionais de ajuda (Maslach, Jackson & Leiter, 1996 cit. in Sá, 2002).

Por sua vez, McIntyre (1994 cit. in Sá, 2002) refere que o termo *burnout* (*i.e.* esgotamento) é utilizado para descrever, de forma sistemática, uma reacção adversa ao stresse ocupacional através de reacções psicofisiológicas, psicológicas e comportamentais. Já Garcia (1990, cit. in Sá, 2002) afirma que o *burnout* pode ser analisado como uma síndrome proveniente de um período prolongado de stresse, caracterizando-se por um esgotamento emocional, físico e, também, atitudinal.

Sá (2002) destaca a opinião de Serra (1999), o qual salienta o facto de o *burnout* só pode ser experimentado por aqueles indivíduos que iniciam as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal, mas que, posteriormente, sentem que os seus objectivos foram defraudados. Efectivamente, os profissionais repletos de idealismo e de boas intenções, esperançosos e dedicados, com o passar do tempo, e de

forma gradual, confirmam que não são valorizados, pelo que o trabalho que executam perde significado (Serra, 1999 cit. in Sá, 2002). Na verdade, o autor ressalta que esta vivência faz com que os indivíduos desenvolvam um sentimento de fracasso em relação a um objectivo que, anteriormente, desejavam.

Actualmente, alguns autores (Cruz, Gomes & Melo, 2000; Hespanhol, 2005) referem que o mesmo se caracteriza por três elementos diferentes, nomeadamente a exaustão emocional, a despersonalização dos outros e a ausência de realização pessoal, afectando, especialmente, os indivíduos que trabalham directamente com pessoas, despendendo um tempo considerável na interacção com os utentes/clientes de um determinado serviço. Os autores ressaltam, de acordo com Maslach e Schaufeli (1993 cit. in Schaufeli, Maslach & Marek), que o *burnout* deve ser encarado como uma extensão do stresse ocupacional, uma vez que resulta de um processo de longa duração, no qual o trabalhador sente, tal como já foi supramencionado, que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já se esgotaram. Efectivamente, quando o stresse ocupacional se torna crónico, pode surgir a síndrome de *burnout*, a qual se revela uma síndrome psicológica que aglomera prolongadas respostas aos stressores no local de trabalho e envolve o stresse crónico, o qual resulta de uma incongruência entre o indivíduo e o trabalho (Maslach, 2003).

Hespanhol (2005) destaca, assim, que a exaustão emocional mostra-se quando o trabalhador se sente emocional e fisicamente sobrecarregado, com a sensação de que já tem pouco para dar. Por sua vez, a despersonalização revela-se quando o trabalhador se sente alheado relativamente aos outros, mostrando-se indiferente para com os superiores, colegas e utentes (Hespanhol, 2005). Finalmente, de acordo com o autor, a ausência de realização pessoal é demonstrada quando o trabalhador se sente inútil, com falta de confiança em si próprio e de confiança por parte dos outros.

Ressalte-se que o *burnout* acarreta insatisfação e ineficácia profissionais, assim como absentismo (Hespanhol, 2005). O autor refere, ainda, que o *burnout* é o efeito incapacitante de uma exposição continuada a situações de stresse no trabalho.

De igual modo, Frasquilho (2005) salienta que o *burnout* é o término de um processo que tem início na primeira fase positiva de stresse (*i.e.* idealismo, entusiasmo, dedicação à profissão, alta produtividade e cooperação interpessoal, atitudes positivas e construtivas). De acordo com a autora, surge a fase de insatisfação após o somatório de expectativas não respondidas, sendo notórias a desilusão, o cinismo, a desmotivação, a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, entre outros sintomas. Posteriormente, o indivíduo entra na fase de *burnout*, instalando-se o alheamento (*i.e.* desânimo, desesperança, irritabilidade, isolamento, fuga a contactos intraprofissionais, irritabilidade, criticismo fácil, conflito, negativismo) [Frasquilho, 2005]. Finalmente, a autora refere que

ocorre a ruptura por exaustão, a qual se caracteriza pelo evitamento de tudo e todos os que se relacionam com a profissão, pela indiferença, pela sensação de traição, pela sensação de desgaste de valores, da dignidade e do auto-conceito.

No que respeita ao modelo explicativo do *burnout*, é de salientar o Modelo Desenvolvimental. Este modelo foi desenvolvido por Leiter (1990, 1991), tendo em consideração os trabalhos pioneiros realizados com Maslach, reconhecendo que o *burnout* é uma reacção cognitivo-emocional ao stresse permanente em contextos em que o indivíduo presta serviços de ajuda (Cruz, Gomes & Melo, 2000). Neste sentido, Leiter (1991) considera que o trabalho tem um papel crucial na possibilidade de o indivíduo atingir os seus objectivos, alcançar as suas ambições e criar ocasiões para estabelecer contactos interpessoais e sociais. Efectivamente, o autor refere que a exaustão emocional é a componente central deste modelo, uma vez que permite perceber o modo como o profissional vivencia a experiência do trabalho e, mais especificamente, até que ponto o contexto de trabalho é percebido pelo indivíduo como uma ameaça. A nível cognitivo, o modelo contempla a despersonalização e a redução da realização pessoal, os quais apontam um carácter negativo nas percepções e pensamentos dos profissionais relativamente aos serviços que prestam e a eles próprios (Leiter, 1991). Estas duas últimas dimensões, de acordo com Leiter (1993), concorrem para a compreensão de dois aspectos centrais nos profissionais de ajuda, nomeadamente a relação terapêutica com os clientes – despersonalização – e o desenvolvimento de um sentimento de eficácia profissional – realização profissional. Nesta última situação, é destacada a existência de uma relação entre o *burnout* e a diminuição dos sentimentos de auto-eficácia no domínio profissional do sujeito (Cruz, Gomes & Melo, 2000). Com efeito, os autores ressaltam que quanto mais baixas as expectativas de eficácia pessoal, maior o número de situações que são interpretadas pelo indivíduo como excessivamente exigentes e negativas.

Os autores afirmam, ainda, que este modelo reconhece que são as exigências do ambiente (*i.e.* excesso de trabalho, conflitos pessoais e pressões) que fomentam a exaustão, a qual contribui, deste modo, para aumentar os sentimentos de despersonalização. Ao mesmo tempo, a realização pessoal é influenciada, de forma positiva, pela existência de recursos ao nível social e relacional (*i.e.* apoio por parte dos supervisores e dos colegas de trabalho; colaboração por parte dos clientes – estes factores influenciam negativamente os sentimentos de despersonalização) e ao nível das características do trabalho, tais como possibilidades para desenvolver competências e para utilizar estratégias de confronto eficazes, promovendo, assim, a diminuição dos sentimentos de exaustão emocional (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Neste sentido, os autores salientam que este modelo de *burnout* preconiza que a realização pessoal é uma funcionalidade do ambiente e do contexto de trabalho do

profissional. Deste modo, a relação entre a exaustão emocional e a diminuição da realização pessoal subsiste através do contexto social, nomeadamente no tipo de recursos organizacionais existentes, no tipo de relações presentes com colegas de trabalho e clientes e nas pressões emocionais impostas pelo trabalho (Cruz, Gomes & Melo, 2000). Com efeito, é remarcado que ambientes de trabalho sobrecarregados e que expressam conflitos interpessoais propendem a ser experienciados como inadequados e inseguros pelos seus elementos, o que leva à diminuição das possibilidades de existir realização pessoal (Leiter, 1993).

Na verdade, para o autor (1991, 1993) o *burnout* é um facto intrincado, pelo que é fundamental a compreensão das relações existentes entre as três dimensões do processo de *burnout*. Neste sentido, a despersonalização é percebida como um esforço do indivíduo para combater a experiência de exaustão emocional através do distanciamento psicológico do seu cliente, entendendo-se a realização pessoal como um indicador de eficácia profissional (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Em síntese, os autores salientam que o *burnout* demonstra ser um dos lados opostos da experiência profissional, dado existir um *continuum* onde o lado contrário se caracteriza pelo completo envolvimento no desempenho da profissão, fazendo, desta forma, sentido recorrer aos conceitos de eficácia profissional ou de crise profissional.

4. Stresse Ocupacional

4.1. Definição de Stress Ocupacional

O stresse no trabalho pode ser uma fonte de satisfação e realização pessoal, permitir a segurança financeira e uma boa saúde física e mental (Seabra, 2008). No entanto, a autora refere que o stresse ocupacional pode também ter efeitos negativos na saúde física e mental do trabalhador e afectar as pessoas de diversas formas (e.g. violência no trabalho; alteração do estilo de vida com o aumento do consumo de álcool, tabaco e drogas; problemas psicológicos, nomeadamente sintomas depressivos, dores de cabeças, irritabilidade, alterações do sono, ansiedade, dificuldades de concentração e de tomada de decisão ou mesmo quadros psiquiátricos).

Neste sentido, o stresse profissional emerge da interacção do indivíduo com o meio envolvente, devido a respostas adaptativas ou desadaptativas que são mediadas por múltiplos factores e que impõem exigências físicas e psicológicas (Seabra, 2008).

De acordo com Regis (1996), o stresse ocupacional diz respeito à ocorrência de pressão no âmbito do trabalho, sendo possível a identificação de três dimensões neste tipo de stresse: pessoal, grupal e organizacional. O stresse organizacional é definido como um padrão geral de mobilização inconsciente da energia individual quando o indivíduo é confrontado com a exigência organizacional, ilustrando, deste modo, que as pressões e expectativas organizacionais fomentam um impacto na vitalidade e na saúde do indivíduo.

Tomando Ross e Altmaier (1994), o stresse no trabalho é definido como a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador, de modo a que as exigências que lhe são criadas ultrapassam as suas capacidades em lidar com as mesmas (Serra, 1999, cit. in. Sá, 2002). Assim, importa salientar que o stresse ocupacional é estimulado por um desajustamento entre os indivíduos e o seu trabalho, por conflitos entre as suas funções no trabalho e fora dele, e pelo facto de os indivíduos não possuírem um grau moderado de controlo sobre o seu trabalho e a sua vida (Comissão Europeia do Emprego e Assuntos Sociais, 2002).

De acordo com a Comissão Europeia do Emprego e Assuntos Sociais - CEEAS (2002), o stresse no trabalho pode ser definido como um conjunto de reacções emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas a aspectos adversos e prejudiciais do conteúdo, da organização e do ambiente do trabalho, sendo este um estado caracterizado por elevados níveis de excitação e perturbação, o qual é, frequentemente, acompanhado por sentimentos de incapacidade.

4.2. Factores relacionados com o Stresse Ocupacional

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1986) classifica o stresse ocupacional como um conjunto de fenómenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afectar a sua saúde. Neste sentido, os principais factores presentes no meio ambiente de trabalho que provocam stresse envolvem diversos aspectos, nomeadamente no que respeita à organização, administração e sistema de trabalho, assim como à qualidade das relações humanas (Costa, Lima & Almeida, 2003). Neste sentido, os autores salientam que os principais factores que estão na origem do stresse presentes no meio ambiente de trabalho relacionam-se com os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho, assim como da qualidade das relações humanas.

A CEEAS (2002) destaca que o stresse no trabalho pode ser originado por diversos factores, nomeadamente: carga de trabalho excessiva ou insuficiente;

exiguidade de tempo para completar o trabalho ao agrado do indivíduo e dos outros; definição pouco clara das tarefas a realizar; falta de reconhecimento ou recompensa por um bom desempenho profissional; falta de oportunidades para expressar queixas; múltiplas responsabilidades, havendo, no entanto, pouca autoridade ou capacidade para tomar decisões; falta de cooperação ou de apoio por parte de superiores, colegas ou subordinados; falta de controlo, ou orgulho, relativamente ao produto resultante do próprio trabalho; insegurança no emprego e rotatividade excessiva; exposição a preconceitos relativos à idade, sexo, raça, etnia ou religião; exposição a violência, ameaças ou assédio; condições físicas de trabalho incómodas ou perigosas; falta de oportunidade para utilizar capacidades pessoais, e; possibilidade de um pequeno erro ou falta de atenção efémera terem consequências graves ou desastrosas. Note-se que vários destes factores poderão ocorrer em simultâneo agravando, naturalmente, a vulnerabilidade do indivíduo ao stresse.

Cooper e colaboradores apresentam um Modelo de Stresse Ocupacional, o qual pretende identificar as principais fontes de stresse ocupacional, assim como os seus efeitos e consequências para o indivíduo e para a organização (Cruz, Gomes & Melo, 2000; Hespanhol, 2005). Através deste modelo é possível a identificação de seis fontes diferentes de stresse ocupacional, incluindo fontes intrínsecas ao trabalho, tais como as condições e as extensas horas de trabalho, a existência de novas tecnologias e a sobrecarga de trabalho, podendo estar directamente relacionados com baixos níveis de saúde mental (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Outra fonte de stresse ocupacional está associada ao papel do indivíduo na organização, nomeadamente no que respeita à ambiguidade do papel (i.e. o indivíduo não tem informação apropriada acerca do seu papel no trabalho: objectivos das suas funções, expectativas dos colegas de trabalho, alcance e responsabilidades do seu trabalho), ao conflito de papéis (i.e. a função que o indivíduo desempenha poderá estar sujeita a exigências conflituosas, realizando tarefas que não quer, realmente, desempenhar ou pensa não fazerem parte do seu trabalho) e ao grau de responsabilidade relativamente a recursos materiais (e.g. equipamentos, orçamentos, edifícios, entre outros) ou humanos (habitualmente é a responsabilidade mais provocadora de stresse por implicar passar mais tempo em interacção com outros, participar em reuniões, trabalhar sozinho e ter uma maior preocupação com prazos e relatórios).

Os autores destacam, ainda, outras fontes de stresse ocupacional, nomeadamente as relações interpessoais no trabalho estabelecidas com superiores, subordinados e colegas; o desenvolvimento da carreira, que está relacionada com a insegurança no trabalho e na carreira (e.g. sobrepromoção, subpromoção, inconsistência

no estatuto, ambição frustrada, entre outros); o clima e a estrutura organizacional, ou seja, todos os aspectos da estrutura organizacional que são passíveis de fazer com que a vida do trabalhador seja satisfatória ou indutora de stresse (pouca participação no processo de tomada de decisão, inexistência de discussão e de comunicação, restrições no comportamento, políticas administrativas, entre outros); e, fontes extra-organizacionais de stresse, tais como os problemas de família, a satisfação na vida ou as dificuldades económicas, uma vez que os problemas exteriores ao trabalho afectam o rendimento do indivíduo.

Um outro modelo de stresse ocupacional é o Modelo de Exigências/Controlo que Robert Karasek desenvolveu nos anos 70, o qual expõe uma correlação entre as exigências do trabalho e o grau de controlo do trabalhador sobre o trabalho (Araújo, Graça e Araújo, 2003; Pinto e Silva, 2005). Os autores destacam que, através deste modelo, pretende-se explicar as situações de trabalho que estão relacionadas com o aumento do stresse, assim como enfatizar a importância de promover a motivação, a aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas na realização do seu trabalho. Importa referir que combinações entre diferentes níveis de controlo e de exigência formam experiências ocupacionais distintas, podendo gerar diferentes níveis de stresse (Araújo, Graça & Araújo, 2003; Pinto & Silva, 2005).

Pinto e Silva (2005) ressaltam o Modelo de Vitamina de Warr, segundo o qual a saúde mental do indivíduo é influenciada pela situação vivida no seu trabalho e depende de três factores principais, nomeadamente a competência, que se refere à capacidade do indivíduo para lidar com sucesso na resolução dos problemas; a aspiração, que diz respeito à tendência para estabelecer objectivos realistas e a tendência para dirigir a sua actividade para os objectivos, tendo em vista a mudança para melhor; e, a capacidade para controlar o efeito negativo do trabalho na sua vida, nomeadamente a nível familiar e nos tempos livres. Sendo assim, o bem-estar afectivo no trabalho mostra-se um indicador da saúde mental relacionada com o trabalho, podendo ser avaliado em três eixos ortogonais, mais especificamente contentamento/descontentamento, conforto/ansiedade e entusiasmo/ depressão (Pinto & Silva, 2005). Neste sentido, o modelo considera a relação entre as diferentes características do trabalho e o bem-estar do indivíduo: as exigências do trabalho relacionam-se mais com a dimensão conforto/ansiedade, enquanto que a autonomia no trabalho se refere mais à dimensão entusiasmo/depressão (Pinto & Silva, 2005).

Os autores salientam, por outro lado, que a presença destas características no trabalho, até determinados níveis, poderão promover o bem-estar do indivíduo, mas a partir desses níveis, o seu aumento faz diminuir o bem-estar do indivíduo no trabalho.

Importa ainda referir que algumas características individuais têm um efeito moderador entre as características do trabalho e o bem-estar do indivíduo (Pinto & Silva, 2005).

O Modelo Geral de Kahn e Byosiére propõe a existência de um conjunto de características do trabalho, factores hipotéticos do stresse, uma vez que o podem favorecer (Pinto & Silva, 2005). Contudo, tais factores só se transformam em stressores quando assim forem percebidos pelo indivíduo, tendo em conta o meio psicológico envolvente. A curto prazo, estes factores alteram os estados afectivos, comportamentais e fisiológicos dos indivíduos e, a longo prazo, levam à diminuição da saúde física e mental, existindo, também, variáveis moderadoras, nomeadamente as características das pessoas e as características organizacionais (Pinto & Silva, 2005).

4.3. Stresse Ocupacional, *Burnout* e Vulnerabilidade ao Stresse em diferentes grupos de profissionais

Importa agora mencionar alguns estudos realizados para avaliar o stresse e *burnout* em indivíduos prestadores de serviços humanos. Neste âmbito, Melo, Gomes e Cruz (1997) efectuaram um estudo com três grupos de profissionais da saúde e do ensino (40 médicos, 40 enfermeiros e 40 professores), procurando identificar as principais fontes de stresse ocupacional nos três grupos de profissionais de saúde e do ensino, identificar as diferenças existentes nas fontes de stresse ocupacional experienciadas pelos diferentes grupos de profissionais e explorar a possível existência de diferenças sexuais nas fontes de stresse ocupacional experienciadas pelos profissionais de saúde e do ensino. Os autores salientam que os resultados deste estudo revelam que as principais fontes de pressão e stresse nos grupos profissionais analisados parecem estar relacionadas com o clima e a estrutura organizacional, com a carreira e a realização profissional e com o papel de chefia. Verificou-se, também, com este estudo que os médicos e os enfermeiros experienciam níveis mais elevados de pressão e stresse no emprego que os professores, assim como que os profissionais do sexo feminino experienciam níveis mais elevados de stresse ocupacional comparativamente aos seus colegas do sexo masculino (Melo, Gomes & Cruz, 1997).

Por sua vez, Costa, Lima e Almeida (2003) efectuaram um estudo que avaliou o stresse associado ao trabalho do enfermeiro no trabalho com o portador de perturbação mental inserido no contexto hospitalar psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítica, realizada em sete hospitais psiquiátricos da cidade de Fortaleza no Ceará. A população total abrangeu 48 participantes e a amostra 42, a maioria do sexo

feminino, o que corresponde a 92,9% do total. Os resultados permitiram aos autores verificar que 62% da amostra não apresentara stresse, 30,9% encontrava-se na fase de Resistência e apenas 7,1% na fase de Exaustão, pelo que este estudo não evidenciou a ocorrência do stresse nestes enfermeiros. Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável tempo de trabalho com o portador de perturbação mental e sintomas de stresse. Portanto, este estudo não evidenciou a ocorrência do stresse nestes enfermeiros.

No mesmo ano, Formighieri realizou um estudo com o objectivo de verificar a síndrome de *burnout* como uma consequência do stresse laboral crónico, pretendendo verificar a incidência e os graus manifestados das dimensões esgotamento emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho em fisioterapeutas. De acordo com o autor, participaram na pesquisa 80 fisioterapeutas, caracterizando-se esta amostra pelo predomínio do sexo feminino, numa faixa etária entre 21 e 35 anos, estado civil solteiro e de profissionais sem filhos. Quanto às características ocupacionais, houve um predomínio de atendimento de 20 a 30 pacientes por dia, sendo que 50% trabalham em instituições de saúde específicas e que 20% desenvolvem actividade na docência universitária (Formighieri, 2003). Relativamente às variáveis pessoais, o autor refere que os fisioterapeutas utilizam 14% do seu tempo livre para realização de actividade física e 12% para o lazer. Quanto aos resultados, o autor salienta que este grupo de profissionais indicou uma intensidade elevada para a dimensão esgotamento emocional e média para despersonalização e envolvimento pessoal, o que, segundo alguns autores, representa a fase inicial do *burnout*.

Já Gomes e Cruz (2004) realizaram um estudo 439 psicólogos portugueses, procurando compreender as possíveis diferenças entre homens e mulheres não só no tipo de fontes de pressão e stresse decorrentes da sua prática profissional, mas, também, se existem diferenças na intensidade e frequência destes problemas. Paralelamente, procurou-se averiguar eventuais diferenças em termos da satisfação com a actividade profissional e dificuldades e/ou problemas de saúde física (Gomes & Cruz, 2004). De acordo com os autores, verificou-se que em praticamente todas as variáveis em análise as mulheres, comparativamente aos homens, apresentavam piores resultados, ou seja, maiores níveis de stresse, de *burnout*, de insatisfação profissional e de saúde física. De facto, este estudo apresenta como principais resultados o facto de as mulheres experienciarem mais stresse do que os homens em qualquer uma das fontes de stresse analisadas e de 30% dos psicólogos referirem sentir ou experienciar níveis globais de stresse na sua actividade profissional (Gomes & Cruz, 2004). Um outro aspecto, segundo a mesma fonte, está relacionado com o facto de 30% dos psicólogos estarem insatisfeitos com a sua situação actual, sendo que tal se reflecte mais nas mulheres, indicando que

25% dos psicólogos manifestam o desejo de abandonar o actual emprego nos próximos 5 anos e, mais uma vez, são as mulheres que mais evidenciam esta tendência. Os resultados mostram, também, que uma percentagem assinalável de profissionais de Psicologia experiencia elevados níveis de *burnout* (Gomes & Cruz, 2004).

Um outro estudo, realizado por Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota e Montenegro (2006) com 127 professores de uma escola secundária do Distrito do Porto, revelou valores muito significativos de stresse ocupacional (superiores a 30%), uma prevalência de esgotamento de 13% e diversos problemas de saúde física. De acordo com os autores, também se verificou que as mulheres demonstraram níveis superiores de stresse associados às pressões horárias e ao excesso de trabalho, mais queixas relativamente ao trabalho burocrático e administrativo, assim como níveis mais elevados de exaustão emocional e problemas físicos. Por sua vez, segundo a mesma fonte, os homens evidenciaram uma maior tendência para a despersonalização. Os professores que tinham mais anos de trabalho assumiram mais problemas em lidar com os comportamentos de indisciplina dos alunos, as disparidades nas capacidades apresentadas pelos mesmos, o trabalho burocrático e administrativo e o excesso de aulas. De igual modo, os professores com mais horas de contacto com os alunos apresentaram menores níveis de despersonalização e mais stresse relacionado com a indisciplina dos alunos e o estatuto da carreira docente (Gomes et al., 2006).

De igual modo, Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto e Pinheiro (2008, cit. in Pereira, Simões e McIntyre, 2010) realizaram um estudo com 286 enfermeiros, o qual permitiu observar que as mulheres evidenciaram um nível significativamente mais elevado de stresse comparativamente aos homens. No entanto, de acordo com o mesmo estudo, os enfermeiros do sexo feminino apresentaram menores níveis de despersonalização relativamente aos indivíduos do sexo masculino. Os autores referem, ainda, que os enfermeiros casados demonstraram maior desejo de abandonar a profissão e maiores problemas de saúde física, enquanto os solteiros revelaram maior incómodo associado à instabilidade profissional.

Saliente-se Panizzon, Luz e Fensterseifer (2008) que efectuaram um estudo exploratório com o objectivo de identificar o nível de stresse e os factores preditores de stresse, numa equipa de enfermagem de um serviço de emergência clínica, composta por 98 enfermeiros. Um elevado nível de stresse foi identificado nestes sujeitos, sendo o principal stressor a excessiva carga de trabalho. As autoras destacam, ainda, que todas as fontes de pressão no trabalho tiveram uma correlação positiva significativa com o nível de stresse, tendo como factores preditores, além da carga de trabalho, as dificuldades relacionadas com o cliente e os processos e a estrutura organizacional.

Rodrigues (2008), por sua vez, levou a cabo uma investigação com o intuito de conhecer os factores indutores de stresse para 106 profissionais da saúde (40 cirurgiões, 19 internos de cirurgia, 21 enfermeiros, 10 anestesistas, 9 auxiliares de acção médica, 6 maqueiros e 1 secretário de unidade) que pertenciam a uma equipa multidisciplinar cirúrgica do bloco operatório de um hospital. Os resultados revelaram que estes profissionais estão vigilantes relativamente a esta síndrome, embora nem sempre mobilizem, de forma adequada, os recursos que têm ao dispor para enfrentar o stresse ocupacional, o que contribui para índices mais elevados de exaustão. Efectivamente, a autora refere que o trabalho interdisciplinar desenvolvido pelos técnicos de saúde em bloco operatório onde o contágio de stresse prolifera e a estratégia colectiva de evitamento tende a dominar, pode gerar stresse colectivo e, em consequência, deteriorar as relações interpessoais e diminuir a realização profissional, levando a situações de exaustão e despersonalização.

Silva e Gomes (2009), por seu turno, realizaram um estudo que tinha como principal objectivo analisar o stresse ocupacional em 155 profissionais da área da saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, os quais exercem a profissão em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal. Neste sentido, os autores avaliaram as fontes de stresse, o *burnout*, o *coping* proactivo, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização profissional. De acordo com os autores, os resultados denotaram que 15% de profissionais tinham experiências significativas de stresse e 6% revelaram problemas de exaustão emocional. Através de análises comparativas, foi demonstrada uma maior tendência para problemas de stresse ocupacional nas mulheres, ainda que os homens evidenciem maior despersonalização, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência profissional, nos profissionais solteiros, na classe profissional dos enfermeiros, assim como nos profissionais que exercem funções em centros de saúde, com situações contratuais mais instáveis e que realizam trabalho em turnos rotativos (Silva & Gomes, 2009).

Relativamente ao *Burnout*, Afonso e Gomes (2009) efectuaram um estudo com 95 militares da Guarda Nacional Republicana Portuguesa, verificando que estes profissionais apresentam níveis apreciáveis de exaustão emocional (12%), seguidos do cinismo (10%) e da baixa eficácia profissional (8%), sendo que nenhum participante registou valores de *burnout* nas três dimensões em simultâneo. Através deste estudo foi, também, possível verificar menores níveis de comprometimento organizacional e maior utilização de estratégias de *coping* proactivo nos militares mais novos e/ou inexperientes e maior desejo de abandonar o emprego, assim como maior cinismo nos profissionais mais velhos e/ou mais experientes.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) conduziram um outro estudo com 286 enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, concluindo que 30% de enfermeiros apresentaram experiências significativas de stresse e 15% demonstraram problemas de exaustão emocional. A mesma fonte indica que foram evidenciados maiores problemas de stresse e reacções mais negativas ao trabalho nas mulheres, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas.

É de salientar, também, que, num estudo com 225 psicólogos recém-licenciados, Kahill (1986 cit. in cruz, Gomes & Melo, 2000) verificou a presença de *burnout* em 6,3% psicólogos. Já Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek (1988 cit. in cruz, Gomes & Melo, 2000), num estudo com 562 psicólogos a trabalharem em serviços de saúde mental, verificaram que mais de um terço da amostra referia elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização, não tendo sido encontradas diferenças na experiência de *burnout* em função do sexo. Ainda nesta linha de investigação, Huebner (1992 cit. in cruz, Gomes & Melo, 2000) efectuou um estudo com 139 psicólogos escolares, o qual apresenta 36,2% de psicólogos com elevados níveis de exaustão emocional, 9,8% com elevados níveis de despersonalização e 27,9% com baixos níveis de realização pessoal. Posteriormente, Huebner (1993 cit. in Cruz, Gomes & Melo, 2000), num estudo com 179 psicólogos escolares, verificou que 25% dos sujeitos apresentavam elevados níveis de exaustão emocional, 3% elevados níveis de despersonalização e 12% baixos níveis de realização pessoal. É de ressaltar que no estudo realizado por Huebner em 1992, o autor verificou que a satisfação profissional e com a supervisão, por parte dos psicólogos escolares, estava correlacionada negativamente com a exaustão emocional e com a despersonalização, pelo que o desejo de abandonar a profissão era maior nos profissionais que apresentavam maiores níveis nestas duas dimensões.

Já Sá (2002) realizou um estudo com o objectivo de analisar a relação entre o *burnout* e o controlo sobre o trabalho, de modo a identificar outros factores que poderiam estar relacionados com a variação dos níveis desta síndrome em 273 enfermeiros de uma instituição hospitalar que presta serviços a doentes do foro oncológico. Através da análise descritiva, o autor verificou existirem níveis médios de *burnout* na amostra, ainda que a exaustão emocional atingisse os níveis mais elevados comparativamente a todos os estudos consultados por Sá. O autor refere que a realização pessoal também se encontra entre os valores médios mais elevados. No que diz respeito ao impacto das variáveis sócio-demográficas e profissionais sobre o *burnout*, somente a variável "Serviço onde os enfermeiros trabalham" interferiu com significado estatístico em duas dimensões do *burnout*, mais especificamente na exaustão emocional e na despersonalização (Sá,

2002). Efectivamente, os enfermeiros apresentam, em determinados serviços, valores médios de exaustão emocional considerados no nível mais elevado do normativo (Sá, 2002). O autor salienta que os enfermeiros que percebem um maior controlo sobre o trabalho terão menos probabilidades de vir a sofrer de *burnout*.

Um outro estudo foi realizado por White (2006), o qual se propôs a descrever os stressores ocupacionais, as estratégias de *coping* e os níveis de *burnout* em 46 enfermeiros psiquiátricos, que trabalham em unidades de asilo psiquiátrico do sudeste do Michigan, analisando, de igual modo, a relação destas variáveis com os factores demográficos. Os resultados indicaram aos autores que a maioria dos enfermeiros psiquiátricos avaliados experienciam baixos níveis de stresse e níveis moderados de *burnout*. Estes resultados parecem sugerir que os problemas pessoais são um factor importante na determinação dos níveis de stresse, pelo que as actividades externas ao trabalho são utilizadas com estratégias de *coping*.

Por sua vez, Senter (2006) pretendeu avaliar o *burnout*, a satisfação profissional e a satisfação pessoal em psicólogos correcionais relativamente a outros serviços públicos e a psicólogos de centros de aconselhamento. De acordo com o autor, a amostra foi composta por 203 psicólogos doutorados que trabalhavam a tempo inteiro em diversos serviços (*i.e.* 44 empregados na Justiça Criminal, 56 nos Assuntos de Veteranos, 49 em Centros de Aconselhamento e 54 em Hospitais Psiquiátricos Públicos). Os resultados demonstraram que cada grupo de psicólogos apresentou níveis baixos a moderados de *burnout*, níveis moderados de satisfação profissional e elevados níveis de satisfação pessoal (Senter, 2006). Contudo, o autor refere que os psicólogos que trabalham em áreas correcionais apresentam, de forma significativa, níveis mais elevados de *burnout* que os restantes grupos avaliados. De igual modo, estes psicólogos e os que trabalham em hospitais psiquiátricos públicos evidenciaram baixos níveis de satisfação profissional que os profissionais de centros de aconselhamento (Senter, 2006). Já os psicólogos que exercem a profissão nos hospitais psiquiátricos demonstram, de acordo com o autor, baixa satisfação pessoal comparativamente aos restantes profissionais. O autor salienta, ainda, que os psicólogos identificaram que o local de trabalho pode ser um preditor significativo do nível de *burnout* em psicólogos.

Em 2009, Santos levou a cabo um estudo descritivo, correlacional e comparativo, onde pretendia determinar a influência dos factores organizacionais nos níveis de *burnout* de 108 enfermeiros dos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais públicos da região de Lisboa. Com este trabalho, a autora averiguou que 62% dos enfermeiros reflectem baixos níveis de *burnout*; 10% níveis intermédios e 27% níveis elevados, verificando que, nas variáveis individuais, apenas a idade tem influência sobre os níveis de exaustão emocional. Efectivamente, quanto mais novos forem os enfermeiros, mais

elevados são estes valores (Santos, 2009). No que respeita às dimensões do clima organizacional, a autora apurou que são a pressão no trabalho, a autonomia, o desenvolvimento pessoal e o envolvimento que mais as influenciam. De acordo com a autora, estes profissionais manifestam, como consequências do *burnout*, intenção de abandonar a instituição, insatisfação e queixas somáticas, explicadas apenas pela exaustão emocional.

Já Jesus (2009) efectuou uma investigação com o objectivo contribuir para a pesquisa sobre os fenómenos de *burnout* e *engagement* na área da Emergência Médica Pré-Hospitalar, pelo que se propôs a realizar um estudo que pudesse estabelecer as variáveis preditoras de *burnout* e *engagement*, analisando, especificamente, o impacto dos recursos gerais e as exigências do trabalho e avaliando se a percepção dos técnicos relativamente às diferentes ocorrências diárias revelava importância na sua explicação. Neste sentido, participaram no estudo 110 indivíduos que representavam 94% do total dos 117 Técnicos de Ambulância de Emergência que integram a Delegação de Lisboa e Vale do Tejo do Instituto Nacional de Emergência Médica (Jesus, 2009). Tendo em consideração os resultados, a autora verificou que relação das variáveis *burnout* e *engagement* com as exigências e recursos do trabalho assumiu um resultado significativo ao nível do impacto dos acontecimentos do dia-a-dia no bem-estar, sendo moderado pelas características do trabalho. De igual modo, a autora verificou que os resultados demonstram que a vivência de acontecimentos stressantes aumenta os níveis de *burnout* de um modo mais intenso quando os indivíduos têm excesso de trabalho.

Os resultados obtidos pela autora não permitiram confirmar a hipótese de que, para cada sujeito, os acontecimentos vividos em cada dia ao longo do mês influenciam o desenvolvimento do seu bem-estar, nomeadamente onde a vivência de acontecimentos stressantes aumenta os seus níveis de *burnout* e onde a vivência de acontecimentos desafiantes aumenta os seus níveis de *engagement*. De igual modo, a autora viu rejeitada a hipótese que previa que as exigências e os recursos do trabalho influenciam o desenvolvimento do bem-estar, nomeadamente que o excesso de trabalho promove o *burnout* e que o controlo, o suporte dos colegas e da chefia promovem o *engagement*. No entanto, os resultados obtidos pela autora permitem confirmar a hipótese que prevê que o impacto dos acontecimentos do dia-a-dia no bem-estar é moderado pelas características do trabalho, nomeadamente onde a vivência de acontecimentos stressantes aumenta os seus níveis de *burnout* de um modo mais intenso quando os indivíduos têm excesso de trabalho. Efectivamente, os resultados obtidos por Jesus (2009) revelam que a vivência de acontecimentos stressantes aumenta os níveis de despersonalização de um modo mais intenso quando os indivíduos são sujeitos a excesso de trabalho. Contudo, a hipótese que prevê que a vivência de acontecimentos desafiantes aumenta os seus

níveis de *engagement* de um modo mais intenso quando os indivíduos têm controlo, suporte dos colegas e ou da chefia foi rejeitada (Jesus, 2009).

Já Cruz, Gomes e Melo (2000) realizaram um estudo com 439 profissionais de psicologia, o qual pretendeu analisar as principais fontes de stresse, a prevalência de *burnout* nestes profissionais em Portugal, analisando as relações entre stresse, *burnout*, satisfação profissional e saúde física. Os autores, através dos resultados obtidos, puderam comprovar que uma percentagem considerável destes profissionais experiencia elevados níveis de *burnout*, nomeadamente 26,9% ao nível da exaustão emocional, 7,1% ao nível da despersonalização e 11,8% ao nível da realização pessoal. Estes resultados apontam para uma média de 15% de psicólogos em estado evidente de *burnout* (Cruz, Gomes & Melo, 2000). De acordo com os autores, as mulheres evidenciaram níveis mais elevados de exaustão emocional, maiores problemas de saúde física e, ao mesmo tempo, menores níveis de satisfação profissional e uma maior vontade de abandonar o emprego.

Murcho, Jesus e Pacheco (2009) levaram a cabo um estudo com o intuito de investigar a relação existente entre a depressão e a síndrome de *burnout* nas suas três dimensões (*i.e.* a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal). Neste sentido, a amostra foi constituída por 499 enfermeiros, que trabalham nas maiores Unidades Hospitalares do Algarve (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009). De acordo com os autores, este estudo permitiu-lhes indicar que, embora no contexto laboral os quadros depressivos possam ocorrer como uma manifestação do *burnout*, o inverso parece não ser evidente. Com efeito, os autores não podem afirmar que o *burnout* é uma manifestação da depressão.

Já Santos, Alves e Rodrigues (2009) efectuaram uma investigação com 34 enfermeiros da área de terapia intensiva cardiológica e geral, de modo a identificar se apresentavam *burnout* e correlacionar dados demográficos e ocupacionais com esta síndrome. Os autores verificaram que, dos 34 enfermeiros, nove apresentaram um elevado nível de desgaste emocional, nove um nível elevado de despersonalização e dez apresentaram níveis elevados de incompetência profissional, pelo que esses enfermeiros apresentaram alterações em mais do que uma dimensão do *burnout*. Grande parte da amostra, em concordância com os autores, apresentou *burnout*, existindo uma correlação positiva entre esta síndrome e as variáveis sexo, especialização na área, tempo de trabalho na área, carga horária e trabalhar em mais do que uma instituição.

Por sua vez, Gonçalo, Gomes, Barbosa e Afonso (2010) realizaram um estudo com 95 profissionais das forças de segurança pública e 237 profissionais das forças de segurança prisional, os quais eram, maioritariamente, do sexo masculino e tinham uma média de 38 anos de idade. De acordo com os resultados, os autores verificaram que, no

nível global de stresse, os valores eram relativamente próximos nas duas amostras, pelo que 50% dos profissionais de segurança pública e 59% dos profissionais de segurança prisional perceberam a sua profissão como muito stressante. Relativamente aos níveis de esgotamento, os resultados demonstraram algumas diferenças entre os grupos de profissionais (Gonçalo *et. al*, 2010). No que respeita à dimensão de exaustão emocional, os autores comprovaram que 25,5% (n=60) das forças de segurança prisional e 11,8% (n=11) das forças de segurança pública apresentaram problemas. Por outro lado, 20,9% das forças de segurança prisional (n=49) e 6,5% (n=6) das forças de segurança pública demonstraram dificuldades ao nível do cinismo (Gonçalo *et al.*, 2010). Relativamente à terceira dimensão do instrumento, 3,4% (n=8) das forças de segurança prisional e 7,6% (n=7) das forças de segurança pública assumiram baixa percepção de eficácia profissional. Importa salientar, em concordância com os autores, que nenhum dos profissionais a exercer em contextos públicos demonstrou concomitantemente índices problemáticos nas três facetas, enquanto na amostra dos profissionais em contextos prisionais apenas um dos participantes reuniu as condições para *burnout* absoluto.

No que diz respeito aos indicadores de satisfação profissional, os autores verificaram que 47,7% dos profissionais de segurança prisional e 24,2% dos profissionais de segurança pública afirmaram que não voltariam a escolher a mesma profissão se tivessem uma nova oportunidade de escolher uma actividade profissional. Mais ainda, os autores verificaram que 18,5% dos profissionais de segurança prisional e 7,4% dos profissionais de segurança pública mostraram-se bastante insatisfeitos com a profissão, comparativamente a 22,8% dos profissionais de segurança prisional e 36,9% dos profissionais de segurança pública que se revelam bastante satisfeitos com a sua actividade, embora a satisfação moderada seja a característica mais comum dos participantes de ambas as amostras. Por outro lado, os autores averiguaram 54,8% dos profissionais de segurança prisional e 70,5% dos profissionais de segurança pública não manifestam vontade de abandonar a profissão, contrariamente a 19,4% dos profissionais de segurança prisional e a 8,5% dos profissionais de segurança pública que revelam desejo de abandonar a actividade profissional.

É de ressaltar que, no que diz respeito às diferenças entre os profissionais que têm até cinco anos de experiência, os autores observaram que a exaustão, o cinismo e o desejo de abandonar o emprego é maior nos profissionais de segurança prisional, enquanto o comprometimento organizacional é maior nos profissionais de segurança pública. Gonçalo e colaboradores (2010) verificaram que, naqueles que têm mais de cinco anos de experiência, evidenciou-se, de igual modo, o facto da exaustão emocional

ser maior nos profissionais em contexto prisional, assim como destes demonstrarem menor comprometimento, satisfação com a vida e satisfação profissional.

Já Ribeiro, Gomes e Silva (2010) levaram a cabo um estudo que pretendia analisar a experiência de stresse, *burnout*, saúde mental e satisfação/realização em 73 enfermeiros e em 68 médicos a exercerem a profissão num contexto hospitalar. Para tal, os autores avaliaram diversas dimensões, mais especificamente as fontes de stresse, o *burnout*, a saúde mental e a satisfação/realização profissional, utilizando uma metodologia transversal. Neste sentido, através dos resultados obtidos, os autores ressaltaram o facto de os médicos terem experienciado menores níveis de stresse e níveis mais elevados de satisfação e realização pessoal e profissional. Por outro lado, os níveis de *burnout* revelaram-se idênticos entre os dois grupos, nomeadamente a exaustão emocional de 12% nos médicos e 9,8% nos enfermeiros, a despersonalização de 3% nos médicos e 1,4% nos enfermeiros, e a baixa realização pessoal de 1,5% nos médicos e 2,8% nos enfermeiros (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). Relativamente aos níveis de saúde mental, foram os níveis moderados que caracterizaram ambas as amostras, embora os autores tenham notado algumas diferenças, nomeadamente 61,6% de níveis moderados nos médicos e 71,4% nos enfermeiros.

Um outro estudo do mesmo género foi efectuado por Correia, Gomes e Moreira (2010), o qual pretendia analisar a experiência de stresse, *burnout*, comprometimento organizacional e satisfação/realização em 94 professores do ensino básico. As dimensões avaliadas pelos autores foram as fontes de stresse, o *burnout*, comprometimento organizacional e a satisfação/realização profissional, utilizando, de igual modo, uma metodologia transversal. Os resultados obtidos revelaram que 45% dos professores percepcionaram a profissão como muito stressante (Correia, Gomes & Moreira, 2010). Os autores afirmam, ainda, que a exaustão emocional foi a dimensão com maior prevalência na experiência de *burnout*, com valores de 10,6%. Por outro lado, os autores verificaram que não foram encontradas diferenças em função do sexo, sendo que os professores mais novos apresentaram maior stresse relacionado com a carreira docente, maior despersonalização e menor satisfação e realização pessoal e profissional. Os professores a leccionarem a alunos mais velhos, do 3º ciclo, evidenciaram níveis mais elevados de stresse, despersonalização e menor comprometimento organizacional, assim como os professores com vínculos laborais mais instáveis evidenciaram maior stresse associado à carreira docente (Correia, Gomes & Moreira, 2010). Os autores afirmam que também os professores com mais horas de trabalho manifestaram maior stresse relativo ao trabalho burocrático.

Al-Dubai e Rampal (2010) efectuaram um estudo que pretendia determinar o nível e os factores que contribuem para o *burnout* entre médicos da cidade de Sana'a no

Yemen, assim como a relação entre o *burnout* e a morbidade psicológica. Para tal, os autores contaram com a participação de 563 médicos a exercerem no Sana'a City Hospital. Os resultados demonstraram aos autores que 356 médicos (63,2%) revelaram índices elevados de exaustão emocional, 109 (19,4%) revelaram níveis elevados de despersonalização e 186 (33%) evidenciaram níveis baixos de realização pessoal. De acordo com os autores, 66 (11,7%) médicos demonstraram estes níveis nas três dimensões em simultâneo, pelo que apresentam um elevado grau de *burnout*.

No que respeita à vulnerabilidade ao stresse, Pereira (2004) realizou um estudo com uma população um pouco distinta com 56 bancários (43 do sexo masculino e 13 do sexo feminino) em que 26,8% sofriam de doença coronária e 64,3% de hipertensão, em que cerca de 35,8% da amostra trabalhava pelo menos 3 horas extra por dia. O autor comprovou que na relação entre Vulnerabilidade ao Stresse e *Burnout* os indivíduos vulneráveis ao stresse, em confronto com os não vulneráveis, revelavam médias mais elevadas de exaustão emocional e despersonalização, com diferenças estatisticamente significativas, assim como uma média mais baixa, igualmente com uma diferença estatística altamente significativa, no que respeita à realização profissional, pelo que as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Outros estudos foram efectuados, nomeadamente por Oliveira e Guerra (2004) que realizaram uma investigação com o objectivo de estudar as influências de variáveis individuais na manifestação de *burnout*, constituindo a sua amostra 55 profissionais das áreas de saúde mental, toxicoddependência e psiquiatria forense. Os resultados, de acordo com as autoras, demonstraram que o nível de *burnout* se encontra nos valores normativos e acima da média para profissionais da saúde mental, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas no sexo em relação ao *burnout*. No entanto, o sexo masculino apresentou valores mais elevados de *burnout*, de modo significativo, na escala de despersonalização (Oliveira & Guerra, 2004). De igual forma, este estudo permitiu verificar a existência de uma correlação negativa não significativa entre *burnout* e idade e entre este e o tempo de serviço dos profissionais (Oliveira & Guerra, 2004).

Já Amaro e Jesus (2008) efectuaram um estudo para avaliar a vulnerabilidade ao stresse em 161 profissionais de emergência médica, cujos resultados indicam a existência de médias globais baixas de vulnerabilidade ao stresse. No que diz respeito às alterações do sono, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "Perfeccionismo e intolerância à frustração", "Condições de vida adversas", "Dramatização da existência", "Subjugação", e "Deprivação de afectos e rejeição", assim como para a totalidade do instrumento de medida do stresse (Amaro &

Jesus, 2008). Os autores salientam que os sujeitos que não praticam exercício físico apresentam valores médios de vulnerabilidade ao stresse mais elevados.

Silva (2008) levou a cabo um estudo com 73 sujeitos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental e tinha como principais objectivos conhecer a vulnerabilidade ao stresse e a forma como estes profissionais lidam com os seus problemas, analisar a vulnerabilidade ao stresse em função do sexo e do tempo de serviço e estudar as estratégias de *coping* relativamente ao género e habilitações literárias. Neste sentido, a autora verificou que os sujeitos do sexo feminino apresentam maior vulnerabilidade ao stresse. Na generalidade, os sujeitos obtiveram um valor médio de estratégias de *coping*, sendo que os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental com mais tempo de serviço os que apresentam menores condições adversas de vida (Silva, 2008). A mesma autora refere, ainda, que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino, relativamente ao total das estratégias de *coping*, assim como quanto às estratégias de *coping* em função das habilitações literárias.

Também Pocinho e Capelo (2009) procuraram determinar a vulnerabilidade ao stresse numa investigação realizada com professores, na qual pretendiam identificar as principais fontes de stresse, estabelecer as principais estratégias de *coping*, analisar se as estratégias destes condicionam a presença de stresse ocupacional e confirmar se a auto-eficácia percebida é preditora desse tipo de stresse. Este estudo correlacional foi efectuado com uma amostra constituída por 54 professores do Ensino Básico público português, revelando que 20,4% dos docentes são vulneráveis ao stresse e que os comportamentos inadequados ou de indisciplina dos alunos são as principais fontes de stresse (Pocinho & Capelo, 2009). As autoras notaram que as estratégias de controlo são as mais utilizadas pelos participantes no estudo para lidar com o stresse, seguindo-se as estratégias de escape e de gestão de sintomas. Em concordância com as autoras, os professores não vulneráveis ao stresse utilizam, especialmente, estratégias de controlo e apresentam níveis mais elevados de eficácia perante a adversidade, assim como de iniciativa e persistência comparativamente aos professores vulneráveis ao stresse.

Por sua vez, Azevedo, Loureiro, Pereira e Cunha (2010) realizaram um estudo com 45 cuidadores formais de idosos institucionalizados, nomeadamente 3 enfermeiros, 1 médico, 5 auxiliares de enfermagem, 1 fisioterapeuta, 2 psicólogos e 33 profissionais formados na área da gerontologia, sendo um dos principais objectivos verificar a existência de vulnerabilidade ao stresse neste grupo de profissionais. Neste sentido, os resultados demonstraram que, dos 45 cuidadores formais de idosos, 22 mostraram-se vulneráveis ao stresse (Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha, 2010).

II - Estudo Empírico

1. Objectivos e questões

A realização deste estudo mostra-se pertinente, na medida em que aborda uma temática cada vez mais actual. Neste sentido, este estudo tem como principal objectivo verificar a existência de stresse e de *burnout*, motivados pelo trabalho, nos funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental.

Revela-se, assim, importante explorar as diferenças nos níveis de stresse e *burnout* experienciadas por funcionários e técnicos; verificar a existência de diferenças no stresse e *burnout* em função do sexo, satisfação profissional e tempo de serviço; e, analisar as relações entre stresse e *burnout*.

Este estudo pretende ser descritivo, pelo que não são estabelecidas hipóteses experimentais. Sendo assim, o que se pretende com este estudo é efectuar a análise da prevalência de stresse e de *burnout* nos funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental. De igual modo, o estudo aspira explorar as diferenças nos níveis de stresse e *burnout* experienciados pelos funcionários e técnicos superiores destas instituições, tendo em consideração as suas habilitações literárias, as variáveis demográficas (*i.e.* sexo) e as variáveis objectivas da situação profissional.

O estudo aqui apresentado é transversal, exploratório, descritivo e correlacional, pelo que não se mostrou pertinente a formulação de uma hipótese nula. Contudo, após os estudos consultados, revelou-se importante definir algumas questões, tendo em vista a orientação deste estudo, nomeadamente:

1. Os funcionários são mais vulneráveis ao stresse que os técnicos superiores?
2. Os funcionários evidenciam níveis mais elevados de *burnout* que os técnicos superiores?
3. As mulheres mostram-se mais vulneráveis ao stresse que os sujeitos do sexo masculino?
4. As mulheres experienciam níveis mais elevados de *burnout* comparativamente aos homens?
5. Os funcionários e técnicos superiores com mais tempo de serviço revelam maior vulnerabilidade ao stresse em comparação com os que trabalham há menos tempo na instituição?

6. Os funcionários e técnicos superiores com mais tempo de serviço demonstram níveis mais elevados de *burnout* relativamente aos que trabalham há menos tempo na instituição?
7. Os funcionários e técnicos superiores que afirmam estar insatisfeitos com a profissão mostram-se mais vulneráveis face ao stresse que aqueles que afirmam estar satisfeitos?
8. Os funcionários e técnicos superiores que afirmam estar insatisfeitos com a profissão evidenciam níveis mais elevados de *burnout* que aqueles que afirmam estar satisfeitos?
9. A vulnerabilidade ao stresse influencia a existência de níveis elevados de *burnout*?

2. Método

2.1. Participantes

A amostra deste estudo abrangeu 136 sujeitos e foi recolhida em sete instituições de deficiência mental [Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Braga (12,5%), APPACDM da Covilhã (5,8%), APPACDM do Fundão (10,8%), APPACDM de Viseu (18,3%), APPACDM de Vila Nova de Gaia (31,7%), Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadão Inadaptados de Espinho (11,7%) e CERCI de Santa Maria da Feira (9,2%)] cingiu-se a 120 sujeitos. A amostra é constituída por 96 sujeitos do sexo feminino (80%) e 24 do sexo masculino (20%), com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos de idade e com uma média de 37,4 anos (dp: 10,4). Na sua maioria, os sujeitos são casados (n=61), constituindo 50,8% da amostra, seguindo-se os participantes solteiros (n=42), que representam 35 % da amostra. Os restantes indivíduos distribuem-se pelos estados civis de viúvos (2,5%), divorciados (7,5%) e união de facto (4,2%). Os participantes deste estudo possuem, maioritariamente, estudos superiores (n=58), representando 48,3% da amostra. Dos demais sujeitos, 5 possuem estudos ao nível do 1º ciclo (4,2%), 3 do 2º ciclo (2,5%), 31 do 3º ciclo (25,8%) e 23 do ensino secundário (19,2%).

Destes sujeitos, 62 (51,7%) são funcionários [*i.e.* ajudantes de estabelecimento de apoio ao deficiente (n=12), auxiliares de acção educativa (n=8), formadores (n=7), auxiliares pedagógicos (n=8), monitores (n=13), auxiliares de acção directa (n=8), técnicos de ATL (n=2), educadores de estabelecimento (n=6)] e 58 (48,3%) técnicos

superiores [i.e. psicólogos (n=13), professores (n=9), professores de educação especial (n=1), educadores sociais (n=1), terapeutas da fala (n=4), assistentes sociais (n=4), técnicos superiores de educação especial e reabilitação (n=3), enfermeiros (n=1), fisioterapeutas (n=2), técnicos de serviço social (n=3), terapeutas ocupacionais (n=5), educadores de infância (n=2), animadores culturais (n=1), técnicos de integração profissional (n=1), psicopedagogos (n=1), monitores (n=2), coordenadores de centros de formação e reabilitação (n=1)].

Destes profissionais, 70 trabalham na instituição entre 0 a 9 anos, 30 entre 10 a 19 anos e 18 entre 20 a 30 anos.

Quadro I – Descrição da amostra segundo o sexo, profissão, tempo de serviço e instituição

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	96	80,0
	Masculino	24	20,0
Profissão	Técnicos Superiores	58	48,3
	Funcionários	62	51,7
Tempo de Serviço	0 a 9 anos	70	58,3
	10 a 19 anos	30	25,4
	20 a 30 anos	18	15,3
Instituição	APPACDM de Braga	13	10,8
	APPACDM da Covilhã	7	5,8
	APPACDM do Fundão	22	18,3
	APPACDM de Viseu	38	31,7
	APPACDM de Vila Nova de Gaia	11	9,2
	CERCI de Espinho	15	12,5
	CERCI de Santa Maria da Feira	14	11,7

2.2. Instrumentos

Para a realização deste estudo foram utilizados três instrumentos, nomeadamente o Questionário Sócio-Demográfico, o Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (MBI-HSS) da autoria de Maslach e Jackson (1986, 1996) e com tradução e adaptação à população portuguesa efectuada por Melo, Gomes e Cruz (1999) e Gomes, Melo e Cruz (2000) e a Escala 23 QVS – 23 Questões de Vulnerabilidade ao

Stresse, da autoria de Serra (2000b), devidamente autorizados e facultados pelos autores.

Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico tem como objectivo conhecer alguns aspectos acerca dos indivíduos que irão participar neste estudo, pretendendo avaliar diversas variáveis demográficas, nomeadamente o sexo, a idade e o estado civil, recolher dados relativamente à formação académica, à profissão e local de trabalho actual, ao tempo de serviço nesse local, assim como questões relativas à saúde (*i.e.* existência de doenças e medicação).

23 Questões de Vulnerabilidade ao Stresse (23QVS)

A escala 23 QVS foi construída por Serra (2000b) para a população portuguesa e constitui um instrumento de auto-avaliação que tem como principal objectivo avaliar a vulnerabilidade que um determinado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stresse (Serra, 2000b).

Esta escala, em consonância com o autor, pode ser aplicada a qualquer população, à excepção de pessoas que estejam englobadas em três quadros clínicos, mais especificamente indivíduos com demência, com debilidade mental e psicóticos, uma vez que os dois primeiros não compreendem o significado das questões e o terceiro grupo pode distorcer o seu significado.

Neste sentido, o autor refere que a 23 QVS é uma escala unidimensional, de tipo Likert, que serve para medir o conceito de vulnerabilidade ao stresse, estando concebida de forma a que, quanto mais elevada é a nota global, mais previsível se torna que um indivíduo seja vulnerável ao stresse. O inventário é constituído por 23 questões, pelo que cada questão pode ser respondida em função de cinco classes de resposta, mais especificamente “Concordo em absoluto”, “Concordo bastante”, “Nem concordo nem discordo”, “Discordo bastante” e “Discordo em absoluto” (Serra, 2000b). De acordo com o autor, o valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, pelo que a pontuação mais elevada corresponde aos aspectos mais negativos da descrição do indivíduo. Ao mesmo tempo, com o objectivo de evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspectos positivos e, outras, aspectos negativos, pelo que, nas primeiras, a cotação vai de 0 a 4, da esquerda para a

direita, e, nas segundas, em sentido inverso, de 4 a 0 (Serra, 2000b). Sendo assim, a cotação final, quanto mais elevada for, mais se relaciona com a vulnerabilidade ao stresse. É definido um ponto de corte de 43, acima do qual se considera que o indivíduo revela vulnerabilidade face ao stresse (Serra, 2000b).

As dimensões desta escala distribuem-se por sete factores, os quais permitem identificar os aspectos que tornam o indivíduo mais vulnerável face ao stresse, nomeadamente: Factor 1 - Perfeccionismo e intolerância à frustração, composto por 6 itens (e.g. “Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia”), Factor 2 - Inibição e dependência funcional, composto por 5 itens (e.g. “Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas”), Factor 3 - Carência de apoio social, composto por 2 itens (e.g. “Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes”), Factor 4 - Condições de vida adversas, composto por 2 itens (e.g. “O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais”), Factor 5 - Dramatização da existência, composto por 3 itens (e.g. “Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem”), Factor 6 - Subjugação, composto por 4 itens (e.g. “Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim”) e Factor 7 - Deprivação de afecto e rejeição, composto por 3 itens (e.g. “As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito”).

O Factor 1 está associado à preocupação do indivíduo em ser perfeito nas suas tarefas, ao seu nervosismo e ao desapontamento que sente quando os resultados obtidos não correspondem às suas expectativas. O Factor 2 diz respeito à forma como o indivíduo encara e resolve os seus problemas, assim como se relaciona interpessoalmente. Por sua vez, o Factor 3 está relacionado com a percepção do indivíduo de suporte social por parte de terceiros quando necessita do mesmo, enquanto o Factor 4 diz respeito às dificuldades de vida do indivíduo, nomeadamente a nível económico. Relativamente ao Factor 5, este pretende dar a conhecer como o indivíduo se confronta com acontecimentos adversos e contratempos do dia-a-dia. O Factor 6 está associado à forma como o indivíduo se submete à vontade dos outros em detrimento das suas próprias necessidades, e, finalmente, o Factor 7 reporta-se ao modo como o indivíduo se sente rejeitado pelos outros (Serra, 2000b). Importa salientar que estes factores contribuem para compreender o que torna o indivíduo mais vulnerável face ao stresse (Serra, 2000b).

De ressaltar que existe uma correlação positiva muito significativa de cada item com a nota global da escala, assim com entre a nota global da escala e cada um dos seus factores (Serra, 2000b). Esta escala revela, também, que não existe discrepância

nos resultados entre sexos, podendo verificar-se, sim, diferenças entre os indivíduos que padeçam ou tenham padecido de alguma doença psicopatológica e aqueles que nunca sofreram de nenhuma doença (Serra, 2000b). A escala revela uma boa consistência interna (correlação par/ímpar de 0,732 e Coeficiente de Spearman-Brown 0,845).

A escala 23QVS tem sido bastante utilizada na investigação a nível nacional sobre o stresse e/ou o *burnout* em diferentes grupos de sujeitos, tais como profissionais de emergência médica (Amaro & Jesus (2008), professores (Pocinho & Capelo, 2009), agentes da Polícia de Segurança Pública (Seabra, 2008), controladores aéreos (Mota, 2002), bancários (Pereira, 2004), pacientes com perturbações mediadas pela ansiedade (Serra, 2005) e indivíduos sem-abrigo (Pereira, 2009). Ao nível da prestação de cuidados, Azevedo, Loureiro, Pereira e Cunha (2010) realizaram um estudo com 45 cuidadores formais de idosos institucionalizados com o objectivo de averiguar a existência de vulnerabilidade ao stresse neste grupo de profissionais, enquanto Silva (2008) investigaram uma amostra de 73 sujeitos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental, de modo a verificar se eram vulneráveis face ao stresse e a forma como lidavam com os seus problemas.

Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (MBI-HSS)

O MBI-HSS é um instrumento de auto-registo acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, tendo sido desenvolvido por Maslach e Jackson (1986, 1996) e traduzido e adaptado à população portuguesa por Melo, Gomes e Cruz (1999, 2000), dirigindo-se aos profissionais de ajuda.

Este inventário é constituído por 22 itens, distribuídos por três subescalas, sendo os itens respondidos numa escala tipo “Likert” de 7 pontos em que 0=Nunca e 6=Todos os dias. Como foi mencionado, os itens distribuem-se por três dimensões/subescalas, nomeadamente a Exaustão Emocional, constituída por 9 itens, que analisa os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho (e.g. “Sinto-me emocionalmente exausto(a) com o meu trabalho”); a Realização Pessoal, composta por 8 itens, a qual avalia os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas (e.g. “Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”); e a Despersonalização, com 5 itens, que mede as respostas “frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços (e.g. “Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão”) [Melo, Gomes & Cruz, 1999].

A cotação deste inventário é efectuada através da soma da resposta aos itens que cada indivíduo dá. Os índices de *burnout* são averiguados a partir do total obtido em cada uma das dimensões e não do total global da escala. Saliente-se que cada uma destas dimensões é calculada em três níveis, mais especificamente divididos em valores baixos, intermédios e elevados (Melo, Gomes & Cruz, 1999). Neste sentido, um indivíduo revela experienciar *burnout* quando obtém pontuações elevadas nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização, ao mesmo tempo que as suas pontuações na dimensão realização pessoal são baixas. Efectivamente, esta última dimensão é cotada em sentido inverso, dado que valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal, contrariamente às outras duas dimensões em que valores mais elevados revelam maiores sentimentos de exaustão emocional e de despersonalização. Mostra-se, assim, pertinente conhecer os valores que indicam em que nível se encontram as três dimensões, tal como é demonstrado no quadro II.

Quadro II – Níveis das dimensões do MBI-HSS

Dimensões	Níveis		
	Baixo	Intermédio	Elevado
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27 ou mais
Realização Pessoal	0-31	32-38	39 ou mais
Despersonalização	0-6	7-12	13 ou mais

Importa referir que, de acordo com os autores, o MBI apresenta elevados índices de fidelidade e consistência interna (*alpha* de Cronbach de 0,75). Os autores referem, ainda, que existe uma correlação muitíssimo significativa entre as dimensões do MBI, verificando, principalmente que elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização estão associados.

É de ressaltar que, para além desta versão do MBI para prestadores de serviços humanos, existe uma versão semelhante, o MBI – ES, para docentes, diferindo apenas nos itens que são relativos aos alunos em vez de aos utentes (Carlotto & Câmara, 2007). Mais recentemente, surgiu uma terceira edição deste inventário, o MBI – GS (Maslach e Leiter, 1997) que é um inventário geral, pelo que pode ser aplicado a diversas profissões e não apenas a profissionais de ajuda (Carlotto & Câmara, 2007). De acordo com a autora, esta nova versão é constituída apenas por 16 itens e duas das dimensões viram a sua denominação modificada. Neste sentido, a despersonalização passou a denominar-se de cinismo e a realização pessoal de eficiência profissional.

O MBI – HSS tem sido frequentemente utilizado nacional e internacionalmente no estudo da síndrome de *burnout* entre diversos profissionais, tais como professores (Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota & Montenegro, 2006; Dias & Queirós, 2010) e militares da GNR (Afonso & Gomes, 2009). No que respeita à prestação de cuidados, Cruz, Gomes e Melo (2000) levaram a cabo um estudo com 439 psicólogos portugueses com o principal objectivo de analisar a prevalência de *burnout* nestes profissionais, assim como as relações entre stresse, *burnout*, satisfação profissional e saúde física. Em 2004, Gomes e Cruz voltaram a analisar 439 psicólogos portugueses, de modo a averiguar as diferenças de género no que respeita ao stresse, ao *burnout*, à satisfação profissional e à saúde física. Senter, em 2006, pretendeu avaliar o *burnout*, a satisfação profissional e a satisfação pessoal em psicólogos correcionais relativamente a outros serviços públicos e a psicólogos de centros de aconselhamento. De acordo com o autor, a amostra foi composta por 203 psicólogos doutorados. Por sua vez, Sá (2002) realizou uma investigação com 273 enfermeiros, de modo a analisar a relação entre *burnout* e controlo sobre o trabalho. Também White (2006) realizou um estudo no qual se propôs a descrever os stressores ocupacionais, as estratégias de *coping* e os níveis de *burnout* em 46 enfermeiros psiquiátricos, que trabalham em unidades de asilo psiquiátrico do sudeste do Michigan, analisando, de igual modo, a relação destas variáveis com os factores demográficos. Gomes e colaboradores, em 2008, levaram a cabo um estudo com 286 enfermeiros com o mesmo objectivo de avaliar o *burnout*, a satisfação profissional e a satisfação pessoal. Em 2009, Gomes, Cruz e Cabanelas analisaram o stresse ocupacional em 286 enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, através da avaliação das fontes de stresse, do *burnout*, dos problemas de saúde física, da satisfação e da realização profissional. Num outro estudo, Murcho, Jesus e Pacheco (2009) pretenderam investigar a relação existente entre a depressão e a síndrome de *burnout* em 499 enfermeiros de unidades hospitalares algarvias. Por sua vez, Santos (2009) levou a cabo um estudo com 108 enfermeiros, pretendendo determinar a influência dos factores organizacionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de agudos dos hospitais públicos da região de Lisboa. Já Santos, Alves e Rodrigues (2009) efectuaram uma investigação com 34 enfermeiros da área de terapia intensiva cardiológica e geral, de modo a identificar se apresentavam *burnout* e correlacionar dados demográficos e ocupacionais com esta síndrome. Por seu turno, Ribeiro, Gomes e Silva (2010) analisaram, num estudo, a experiência de stresse, *burnout*, saúde mental e satisfação/realização em 73 enfermeiros e 68 médicos a exercerem a sua profissão em contexto hospitalar. Al-Dubai e Rampal (2010) efectuaram um estudo que pretendia determinar o nível e os factores que contribuem para o *burnout* entre 563 médicos do

Sana'a City Hospital no Yemen, assim como a relação entre o *burnout* e a morbilidade psicológica.

Já Formighieri (2003) realizou um trabalho com 80 fisioterapeutas acerca da síndrome de *burnout* como uma consequência do stresse ocupacional crónico, pretendendo verificar a incidência e os graus manifestados nas três dimensões do instrumento.

Rodrigues (2008), por sua vez, avaliou 106 profissionais da equipa multidisciplinar cirúrgica do bloco operatório do Hospital Pulido Valente, E.P.E. com o objectivo de conhecer quais os factores indutores de stresse para esta equipa. Já Silva e Gomes (2009) efectuaram um estudo com 155 profissionais da área da saúde, pretendendo analisar o stresse ocupacional ao examinar as fontes de stresse, a prevalência de *burnout*, os níveis de satisfação e de realização pessoal e profissional.

2.3. Procedimento

Para a realização deste estudo foi solicitada a colaboração de diversas instituições relacionadas com a área da deficiência mental, através de telefone, carta e e-mail, tendo sido obtida resposta de sete instituições, que se disponibilizaram a colaborar. Após a autorização para recolha dos dados, foram contactados os psicólogos das instituições no sentido de auxiliarem na distribuição e recolha dos instrumentos. Neste contacto foram apresentados os objectivos do estudo e o modo como os questionários deveriam ser distribuídos pelos profissionais das instituições, assegurando o carácter voluntário da sua participação no estudo e a devida confidencialidade dos dados, assim como o seu anonimato. Assim, os psicólogos foram responsabilizados pela explicitação do estudo e de todos os aspectos inerentes ao preenchimento dos questionários junto dos profissionais, excepto numa das instituições, em que foi a própria investigadora a aplicar os instrumentos (CERCI de Santa Maria da Feira).

Os participantes receberam os questionários juntamente com um envelope, no qual os deveriam colocar após o respectivo preenchimento. A abertura dos envelopes com os questionários preenchidos foi sempre da única e exclusiva responsabilidade da investigadora deste estudo, de modo a garantir a confidencialidade dos dados. No total, foram distribuídos 295 questionários, tendo sido recolhidos 156, o que corresponde a uma percentagem de 52,9%, uma taxa aceitável de adesão.

A análise estatística dos dados foi efectuada no S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0 para Windows).

3. Resultados

Em seguida apresentamos os resultados obtidos no estudo desenvolvido, começando por descrever as pontuações globais obtidas no 23 QVS e no MBI-HSS, tomando as respectivas subescalas. Relativamente aos resultados no 23 QVS, apresentam-se no quadro III os resultados globais obtidos no total do questionário e considerando cada um dos factores.

Quadro III – Estatística descritiva dos resultados no 23 QVS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo).

Instrumentos	M	DP	Min.-Máx.
23 QVS Total	33,6	10,3	12 – 56
F1	2,5	1,0	-0,291 – 5,662
F2	0,3	0,9	-2,151 – 3,093
F3	0,5	0,9	-1,343 – 3,416
F4	1,0	1,1	-1,460 – 3,784
F5	1,9	1,0	-0,602 – 4,265
F6	1,4	1,0	-0,727 – 5,244
F7	0,4	0,9	-2,038 – 2,971

Conforme se pode verificar, foi obtida uma pontuação média de 33,6 no 23 QVS, sendo que os valores oscilaram entre 12 e 56. Estes valores parecem sugerir que a população deste estudo, em média, não experiencia sintomas de vulnerabilidade ao stresse, pelo que não se destaca nenhum factor que pudesse contribuir para a situação inversa.

No quadro IV apresentam-se os resultados globais obtidos (média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo) no MBI-HSS, em cada uma das sub-escalas que compõem o instrumento.

Quadro IV – Estatística descritiva dos resultados no MBI-HSS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo)

MBI-HSS (sub-escalas)	M	DP	Min.-Máx.
Exaustão Emocional	13,7	10,4	0 – 47
Realização Pessoal	39,9	6,6	16 – 48
Despersonalização	2,5	3,7	0 – 16

No MBI-HSS a média obtida foi de 13,7 na sub-escala Exaustão Emocional (EE), 39,9 na Realização Pessoal (RP) e 2,5 na sub-escala Despersonalização (D). Neste sentido, em média os indivíduos avaliados neste estudo não apresentaram síndrome de *burnout*, dado que em nenhuma das dimensões apresentaram resultados favoráveis à existência desta síndrome.

Tomando em consideração os pontos de corte previstos na cotação de cada instrumento, apresentam-se no quadro V os resultados obtidos no 23 QVS e no MBI-HSS, com o intuito de identificar na nossa amostra a percentagem de sujeitos com maior probabilidade de apresentarem níveis elevados de vulnerabilidade ao stresse e *burnout*.

Quadro V – Frequência e percentagem de respostas obtidas no 23 QVS e no MBI-HSS, tomando os respectivos pontos de corte

		n	%
23 QVS	Inferior ou igual a 43	100	83,3
	Superior a 43	20	16,7
EE	Baixo (0-16)	83	69,2
	Intermédio (17-26)	21	17,5
	Elevado (27 ou mais)	16	13,3
RP	Baixo (0-31)	15	12,5
	Intermédio (32-38)	23	19,2
	Elevado (39 ou mais)	82	68,3
D	Baixo (0-6)	1	0,8
	Intermédio (7-12)	106	88,3
	Elevado (13 ou mais)	4	3,3

Como se pode verificar, 16,7% da amostra revelou vulnerabilidade ao stresse, sendo que 13,3% apresentou níveis elevados de exaustão emocional, 12,5% baixos níveis de realização pessoal e 3,3% elevados níveis de despersonalização, o que indica a presença da síndrome de *burnout* em aproximadamente 10% da amostra. Estes dados denotam que, na população em análise, apenas uma baixa percentagem apresenta sinais de vulnerabilidade ao stresse, assim como de *burnout*.

No quadro VI são apresentadas as frequências obtidas em cada um dos intervalos de pontuações previstos na cotação dos instrumentos, tendo em conta os pontos de corte e as variáveis género, profissão (técnico superior ou funcionário), tempo de serviço (em três intervalos: 0-9 anos, 10-19 anos e 20-30 anos) e satisfação profissional (satisfeito/insatisfeito).

Quadro VI – Resultados no 23 QVS e no MBI-HSS por género, profissão, tempo de serviço (em anos) e satisfação profissional

	Sexo		Profissão		Anos de serviço			Satisfação com a profissão	
	F	M	Técnico superior	Funcionário	0-9	10-19	20-30	Satisfeito	Insatisfeito
23 QVS ≤ a 43	82	18	51	49	62	20	16	88	9
23 QVS > a 43	14	6	6	13	8	10	2	15	5
EE									
Baixo	65	18	35	47	49	20	12	75	6
Intermédio	17	4	9	12	12	4	5	18	2
Elevado	14	2	13	3	9	6	1	10	6
RP									
Baixo	8	7	9	6	11	3	1	10	5
Intermédio	20	3	13	10	13	7	3	17	5
Elevado	68	14	35	46	46	20	14	76	4
D									
Baixo	84	22	51	54	64	26	15	94	9
Intermédio	8	1	4	5	4	1	3	7	2
Elevado	3	1	2	2	2	2	0	1	3

Pela análise do quadro anterior é possível verificar que dos 16,7% que apresentam vulnerabilidade ao stresse, 14 são sujeitos do sexo feminino e 6 do sexo masculino, dos quais 6 técnicos superiores e 13 funcionários, sendo que 8 trabalham numa instituição há menos tempo (de 0 a 9 anos), 10 encontram-se ao serviço há cerca de 10 a 19 anos, e apenas 2 há cerca de 20 a 30 anos. Importa referir que 15 dos

sujeitos com maior vulnerabilidade ao stresse revelam-se satisfeitos com a profissão e 5 mostram-se insatisfeitos.

No que respeita à exaustão emocional, 14 dos 13,3% dos sujeitos são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, dos quais 13 técnicos superiores e 3 funcionários, sendo que 9 laboram numa instituição há cerca de 0 a 9 anos, 6 há cerca de 10 a 19 anos e 1 há cerca de 20 a 30 anos. Importa referir que 10 dos sujeitos revelam-se satisfeitos com a profissão e 6 mostram-se insatisfeitos.

Quanto à realização pessoal, 8 dos 12,5% dos sujeitos são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, dos quais 9 técnicos superiores e 6 funcionários, sendo que 11 laboram numa instituição há cerca de 0 a 9 anos, 3 há cerca de 10 a 19 anos e 1 há cerca de 20 a 30 anos. Importa referir que 10 dos sujeitos revelam-se satisfeitos com a profissão e 5 mostram-se insatisfeitos.

Relativamente à despersonalização, 3 sujeitos são do sexo feminino e 1 do sexo masculino, dos quais 2 técnicos superiores e 2 funcionários, sendo que 2 laboram numa instituição há cerca de 0 a 9 anos e 2 há cerca de 10 a 19 anos. Importa referir que 1 dos sujeitos revela-se satisfeito com a profissão e 3 mostram-se insatisfeitos.

No quadro VII são apresentadas as médias, os desvios-padrão e as diferenças de médias obtidas no 23 QVS (Teste-t), tendo em consideração o género dos sujeitos.

Conforme se pode verificar, as mulheres apresentaram pontuações mais elevadas que os homens nos factores 1, 5 e 6, sendo que nos restantes factores e no total do questionário foram os homens a obter pontuações mais elevadas. No entanto, do ponto de vista estatístico estas diferenças apenas assumem significado nos factores 3 – Carência de apoio social ($t = -2,581$; $p < ,05$) e 7 – Deprivação de afecto e rejeição ($t = -2,387$; $p < ,05$), nos quais foi o género masculino a apresentar resultados mais desfavoráveis.

Quadro VII – Resultados no 23 QVS, na amostra global e tomando o gênero

Gênero	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	23 QVS
	M	M	M	M	M	M	M	M
	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
Feminino (n=96)	2,6 (1,02)	0,3 (0,87)	0,4 (0,92)	1,0 (1,18)	1,9 (1,02)	1,5 (1,10)	0,4 (0,93)	33,5 (9,66)
Masculino (n=24)	2,2 (0,87)	0,6 (0,94)	0,9 (0,84)	1,1 (0,92)	1,7 (0,98)	1,2 (0,73)	0,8 (0,73)	34,0 (12,87)
Total	4,8 (1,89)	0,9 (1,81)	1,3 (1,76)	2,1 (2,10)	3,6 (2,00)	2,7 (1,83)	1,2 (1,66)	67,5 (22,53)
t	1,982	-1,403	-2,581	-0,398	1,012	1,856	-2,387	-0,174
p	0,054	0,170	0,014	0,692	0,318	0,069	0,021	0,863

No quadro VIII são apresentadas as médias, os desvios-padrão e as diferenças de médias obtidas no MBI-HSS (Teste-t), tendo em consideração o gênero dos sujeitos.

Quadro VIII – Resultados no MBI-HSS, na amostra global e segundo o gênero

Gênero	EE	RP	D
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Feminino (n=96)	13,9 (10,95)	40,5 (6,28)	2,5 (3,71)
Masculino (n=24)	12,8 (7,80)	37,6 (7,58)	2,3 (3,53)
Total	26,7 (18,75)	78,1 (13,86)	4,8 (7,24)
t	0,573	1,723	0,230
p	0,569	0,095	0,819

Conforme se pode verificar no quadro anterior, as mulheres apresentaram pontuações mais elevadas que os homens nas três dimensões do instrumento. No entanto, do ponto de vista estatístico estas diferenças não são muito significativas.

No quadro IX apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as diferenças de médias obtidas no 23 QVS, considerando a profissão dos indivíduos.

Quadro IX – Resultados no 23 QVS, tomando a profissão

Grupo profissional	F1 M (DP)	F2 M (DP)	F3 M (DP)	F4 M (DP)	F5 M (DP)	F6 M (DP)	F7 M (DP)	23 QVS M (DP)
Técnico superior (n=57)	2,6 (0,98)	0,4 (0,81)	0,3 (0,74)	0,7 (0,97)	1,6 (0,90)	1,3 (0,84)	0,5 (0,75)	31,6 (10,06)
Funcionário (n=62)	2,4 (1,03)	0,3 (0,99)	0,7 (1,03)	1,2 (1,22)	2,1 (1,05)	1,6 (1,19)	0,3 (0,98)	35,2 (10,24)
t	0,665	1,075	-2,691	-2,429	-2,473	-1,455	1,069	-1,886
p	0,507	0,284	0,008	0,017	0,015	0,148	0,287	0,062

Tomando o grupo profissional, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os técnicos superiores e os funcionários nalguns factores do 23 QVS, evidenciando-se o factor 3 ($t = -2,691$; $p <,01$), o factor 4 ($t = -2,429$; $p <0,05$) e o factor 5 ($t = -2,473$; $p <,05$). Assim, os funcionários revelam resultados mais desfavoráveis ao nível da carência de apoio social, das condições de vida adversas e da dramatização da existência, apresentando também uma média mais elevada no total do questionário (ainda que não significativa do ponto de vista estatístico), pelo que se conclui que estes profissionais se encontram mais vulneráveis ao stresse comparativamente aos técnicos superiores.

No quadro X apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as diferenças de médias obtidas no MBI-HSS, considerando o grupo profissional dos indivíduos.

Quadro X – Resultados no MBI-HSS, tomando a profissão

Grupo profissional	EE M (DP)	RP M (DP)	D M (DP)
Técnico superior (n=57)	16,3 (11,70)	39,0 (6,59)	2,5 (3,56)
Funcionário (n=62)	11,3 (8,52)	40,8 (6,67)	2,5 (3,80)
t	2,623	-1,417	-0,137
p	0,010	0,159	0,892

A partir das análises Teste-T, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os técnicos superiores e os funcionários na dimensão exaustão

emocional ($t = 2,623$; $p <,05$). Efectivamente, esta dimensão parece ter sido a que mais contribuiu para que os funcionários apresentassem níveis mais elevados de *burnout* comparativamente aos técnicos superiores.

No quadro XI apresentam-se as médias e os desvios-padrão obtidos no 23 QVS, considerando o tempo de serviço, bem como os resultados obtidos a partir da análise de variância (ANOVA) efectuada.

Quadro XI – Resultados no 23 QVS, segundo o tempo de serviço (em anos)

Anos de serviço	F1 M (DP)	F2 M (DP)	F3 M (DP)	F4 M (DP)	F5 M (DP)	F6 M (DP)	F7 M (DP)	23 QVS M (DP)
0-9 (n=70)	2,4 (1,01)	0,6 (0,83)	0,4 (0,89)	0,7 (1,04)	1,7 (0,87)	1,4 (0,85)	0,4 (0,79)	32,6 (9,44)
10-19 (n=30)	2,8 (1,25)	0,1 (0,91)	0,6 (1,00)	1,4 (1,26)	2,0 (1,19)	1,3 (0,92)	0,6 (1,03)	35,8 (12,89)
20-30 (n=18)	2,4 (0,67)	0,0 (0,96)	0,5 (0,93)	1,0 (1,14)	1,9 (1,00)	1,8 (1,68)	0,5 (1,05)	34,6 (9,05)
F	1,519	4,539	2,176	2,451	2,645	1,916	1,061	1,081
p	,223	,013	,118	,091	,075	,152	,350	,343

Pela análise do quadro anterior é possível constatar que não existem diferenças significativas na variável tempo de serviço tomando a pontuação total obtida no 23 QVS. No entanto, a partir da análise de variância efectuada tomando as pontuações em cada um dos factores, registam-se diferenças com significado estatístico no factor 2 ($F=4,539$; $p<,05$), relativo à inibição e dependência funcional. A partir das análises post-hoc efectuadas (Tukey HSD), verifica-se que estas diferenças se reportam aos grupos com menor e maior tempo de serviço, sendo que o grupo com menos anos de prática profissional apresenta maior vulnerabilidade ao stress neste factor.

Ainda tomando a variável tempo de serviço, apresentam-se no quadro XII as médias e os desvios-padrão obtidos no MBI-HSS, bem como os resultados da análise de variância efectuada.

Quadro XII – Resultados no MBI-HSS, segundo o tempo de serviço (em anos)

Anos de serviço	EE	RP	D
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
0-9	12,9 (9,76)	39,6 (6,71)	2,1 (3,31)
10-19	16,4 (12,49)	39,6 (7,43)	2,5 (4,11)
20-30	12,9 (8,84)	41,2 (5,01)	3,6 (3,63)
F	1,254	0,404	1,358
p	,289	,669	,261

Considerando as médias obtidas no MBI-HSS em cada um dos grupos tomando o tempo de serviço, verifica-se uma tendência geral para resultados mais desfavoráveis no grupo com mais anos de prática profissional na dimensão despersonalização, sendo que este grupo apresenta, pelo contrário, melhores pontuações ao nível da realização pessoal. Por sua vez, na exaustão emocional os resultados foram mais desfavoráveis junto do grupo com um tempo de serviço intermédio (10 a 19 anos de prática profissional). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

No quadro XIII são apresentados os resultados relativos às médias e desvios-padrão, tomando a satisfação profissional, no 23 QVS.

Quadro XIII – Resultados no 23 QVS, tomando a satisfação profissional

Satisfação	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	23 QVS
profissional	M	M	M	M	M	M	M	M
	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
Satisfeito (n=103)	2,5 (1,00)	0,3 (0,88)	0,5 (0,94)	1,0 (1,11)	1,9 (1,04)	1,4 (1,06)	0,4 (0,89)	32,7 (10,16)
Insatisfeito (n=14)	2,8 (0,87)	0,6 (1,11)	1,0 (0,74)	1,0 (1,40)	1,7 (0,87)	1,9 (0,79)	0,9 (0,90)	40,4 (10,21)

Considerando a discrepância de sujeitos que compõem cada um dos grupos em função da satisfação profissional (satisfeito vs. insatisfeito), optamos apenas por analisar qualitativamente os resultados obtidos em cada um dos instrumentos aplicados. Assim, conforme se pode constatar no quadro XIII, o grupo de sujeitos que revelaram insatisfação ao nível ocupacional obteve uma média bastante mais elevada no total do 23 QVS, comparativamente com o grupo de sujeitos que apontou estar satisfeito com o seu trabalho (Médias de 40,4 e 32,7, respectivamente). À excepção dos factores 4 e 5 (condições de vida adversas e dramatização da existência), onde as médias foram bastante aproximadas entre os dois grupos, nos restantes factores as médias são também mais desfavoráveis no grupo de sujeitos que apontou estar insatisfeito a nível profissional.

No quadro XIV são apresentados os resultados relativos às médias e desvios-padrão, tomando a satisfação profissional, no MBI-HSS.

Quadro XIV – Resultados no MBI-HSS, tomando a satisfação profissional

Satisfação profissional	EE	RP	D
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Satisfeito	12,8 (9,59)	40,5 (6,40)	2,1 (3,15)
Insatisfeito	20,8 (13,91)	34,9 (6,81)	5,6 (5,65)

Analisando as médias obtidas nos dois grupos de sujeitos (satisfeitos vs. insatisfeitos), e conforme seria de esperar, verifica-se uma tendência para resultados mais favoráveis em todas as dimensões do MBI-HSS no grupo de profissionais que se encontra satisfeito a nível profissional, comparativamente com os sujeitos que apontaram estar insatisfeitos.

No quadro XV são apresentados os resultados relativos à análise correlacional entre os dois instrumentos utilizados neste estudo (coeficiente de correlação de Pearson), de forma a analisarmos a relação entre a vulnerabilidade ao stresse e o *burnout* nos profissionais que trabalham na área da deficiência mental.

Quadro XV – Correlação entre o 23 QVS e o MBI-HSS

		EE	RP	D
F1	<i>R</i>	0,311	-0,168	0,164
	<i>p</i>	0,001	0,066	0,074
F2	<i>R</i>	0,124	-0,200	0,109
	<i>p</i>	0,177	0,029	0,234
F3	<i>R</i>	0,001	-0,100	0,151
	<i>p</i>	0,993	0,275	0,099
F4	<i>R</i>	-0,060	-0,036	-0,049
	<i>p</i>	0,516	0,699	0,594
F5	<i>R</i>	0,045	-0,139	0,116
	<i>p</i>	0,628	0,129	0,206
F6	<i>R</i>	0,102	-0,014	0,121
	<i>p</i>	0,269	0,883	0,189
F7	<i>R</i>	0,323	-0,323	0,081
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,381
23 QVS	<i>R</i>	0,304	-0,339	0,256
	<i>p</i>	0,001	0,000	0,005

A partir das análises de correlações verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre os factores do 23 QVS, o total do 23 QVS e as dimensões do MBI-HSS. Tomando as relações dos resultados no 23 QVS com cada uma das dimensões do MBI-HSS, constata-se que, em relação à exaustão emocional, existem correlações estatisticamente com o total obtido no 23 QVS ($r = 0,304$; $p < ,01$), assim como com o factor 1 ($r = 0,311$; $p < ,01$) e factor 7 ($r = 0,323$; $p < ,001$) deste instrumento. No que se refere à realização pessoal, também se verificaram relações estatisticamente significativas com o total do 23 QVS ($r = -0,339$; $p < ,01$), assim como com o factor 2 ($r = -0,200$; $p < ,05$) e com o factor 7 ($r = -0,323$; $p < ,001$). Conforme seria de esperar, estas correlações são negativas, indicando que quanto maior a realização pessoal, menor a vulnerabilidade ao stresse. Por fim, no que se reporta à despersonalização, a única correlação verificada foi com o total do 23 QVS ($r = 0,256$; $p < ,01$).

Estas correlações demonstram que a existência de vulnerabilidade ao stresse influencia o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, sendo que alguns factores contribuem mais para tal situação, nomeadamente os factores 2 (inibição e dependência funcional) e 7 (deprivação de afecto e rejeição).

4 – Discussão

O objectivo deste estudo prendia-se com a averiguação da existência de stresse e de *burnout*, motivados pelo trabalho, nos funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental. Neste sentido, verificou-se que 20 (16,7%) sujeitos apresentaram níveis elevados de vulnerabilidade ao stresse, dos quais 14 são mulheres (15%) e 6 homens (25%). Analisando a percentagem de sujeitos que apresentaram níveis mais elevados em termos de *burnout*, constata-se que ao nível da exaustão emocional, num total de 16 sujeitos que pontuaram no nível mais elevado desta dimensão, encontram-se 15% das mulheres e 8% dos homens. Na escala realização pessoal, 15 sujeitos obtiveram os resultados mais baixos, incluindo 8% das mulheres da amostra e 29% dos homens. Por fim, verificou-se que apenas 4 sujeitos no total da amostra pontuaram significativamente acima na escala despersonalização, com 3% das mulheres e 4% dos homens.

Apesar de, no total da pontuação obtida no 23 QVS não se verificarem diferenças entre homens e mulheres, numa análise mais detalhada, tomando os diversos factores que compõem a escala, os homens apresentam resultados significativamente superiores no Factor 3 (Carência de apoio social) e no Factor 7 (Deprivação de afecto e rejeição). Relativamente ao *burnout*, avaliado com o MBI-HSS, apesar de as mulheres apresentarem pontuações mais elevadas nas três dimensões que compõem o instrumento, estas não assumem significado relevante do ponto de vista estatístico. Assim, os resultados encontrados no nosso estudo apontam para uma maior vulnerabilidade ao stresse nos homens que se encontram a trabalhar na área da deficiência mental, comparativamente com as mulheres. Estes resultados não vão de encontro aos estudos de Gomes e Cruz (2004) e de Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto e Pinheiro (2008, cit. in Pereira, Simões McIntyre) que afirmam ser as mulheres que experienciam níveis mais elevados de stresse comparativamente aos homens. No entanto, importa referir que a amostra considerada no nosso estudo inclui uma percentagem muito superior de mulheres, pelo que estes dados deverão ser analisados com alguma cautela.

Comparando os resultados obtidos entre os dois grupos de profissionais (funcionários e técnicos superiores), foi possível verificar que os funcionários se encontram mais vulneráveis ao stresse, nomeadamente ao nível da carência de apoio social, das condições de vida adversas e da dramatização da existência. No entanto, tomando o total obtido no 23 QVS, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de profissionais. Por outro lado, os resultados no MBI-

HSS apontam para diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão exaustão emocional, onde os funcionários apresentam resultados mais desfavoráveis.

Relativamente ao tempo de serviço, apesar de não se verificarem diferenças com significado estatístico entre os três grupos analisados e a vulnerabilidade geral ao stresse, encontraram-se diferenças no factor 2 do 23 QVS, relativo à inibição e dependência funcional, sendo que o grupo com menos anos de prática profissional apresenta maior vulnerabilidade ao stresse neste factor. Quanto ao *burnout*, o grupo com mais anos de prática profissional obteve piores resultados na dimensão despersonalização, mas, por outro lado, foi o grupo que revelou uma melhor pontuação ao nível da realização pessoal. O grupo com tempo de serviço intermédio (10 a 19 anos) foi o que apresentou resultados mais desfavoráveis ao nível da exaustão emocional. No entanto, em qualquer uma destas situações, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Quando questionados acerca da sua satisfação com a profissão exercida, a grande maioria dos sujeitos referiu estar satisfeito. Numa análise qualitativa dos resultados obtidos entre os grupos em função da sua satisfação profissional nos questionários utilizados, verifica-se uma tendência geral para maior vulnerabilidade ao stresse no grupo que se encontra insatisfeito, destacando-se com médias mais elevadas em todos os factores que compõem o 23 QVS, à excepção dos factores 4 e 5 (condições de vida adversas e dramatização da existência), onde as médias foram bastante aproximadas entre os dois grupos. Por sua vez, analisando as médias obtidas nos dois grupos de sujeitos (satisfeitos vs. insatisfeitos) no MBI-HSS, e conforme seria de esperar, verifica-se uma tendência para resultados mais favoráveis em todas as dimensões no grupo de profissionais que se encontra satisfeito a nível profissional, comparativamente com os sujeitos que apontaram estar insatisfeitos.

É de ressaltar que estes resultados corroboram o estudo realizado por Huebner em 1992, uma vez que o autor verificou que a satisfação profissional em psicólogos escolares estava correlacionada negativamente com a exaustão emocional e com a despersonalização. Em contrapartida, este estudo não corrobora o trabalho de Gomes e Cruz (2004), através do qual os autores verificaram que os psicólogos estavam insatisfeitos com a sua situação actual a nível profissional.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que existem alguns sujeitos que experienciam vulnerabilidade ao stresse e *burnout* nas instituições de deficiência mental onde laboram, o que revela que os indivíduos que exercem funções nesta área evidenciam alguma vulnerabilidade ao stresse o que poderá contribuir também para a existência de *burnout* nesta população. Apesar de termos encontrado na literatura um estudo que não evidenciou a ocorrência do stresse em enfermeiros (Costa,

Lima & Almeida, 2003) a maioria dos autores tendem a apontar para resultados opostos. Por exemplo, Kahill (1986 cit. in Cruz, Gomes & Melo, 2000) verificou no seu estudo a presença de *burnout* num conjunto de psicólogos (técnicos superiores), assim como Ackerley, Burnell, Holder e Kurdek (1988 cit. in Cruz, Gomes & Melo, 2000), num estudo com psicólogos a trabalharem em serviços de saúde mental, verificaram que mais de um terço da amostra referia elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização, sendo esta uma percentagem mais significativa comparativamente ao estudo efectuado com funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental. Também Huebner (1992, 1993 cit. in Cruz, Gomes & Melo, 2000), num estudo com psicólogos escolares, verificou que uma significativa percentagem desta população apresenta elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização e baixos níveis de realização pessoal.

Gomes e Cruz (2004) referem no seu estudo que uma percentagem considerável de psicólogos referem sentir ou experienciar níveis globais de stresse na sua actividade profissional, assim como elevados níveis de *burnout*. Também Melo, Gomes e Cruz (1997) verificaram que os técnicos superiores (médicos e enfermeiros) experienciam níveis mais elevados de pressão e stresse no emprego, sendo que os profissionais do sexo feminino experienciam níveis mais elevados de stresse ocupacional comparativamente aos seus colegas do sexo masculino. Ainda Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) revelam no seu estudo que 30% de enfermeiros apresentam experiências significativas de stresse e 15% demonstram problemas de exaustão emocional. Um outro estudo, realizado por Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota e Montenegro (2006) com 127 professores de uma escola secundária do Distrito do Porto, revelou valores muito significativos de stresse ocupacional (superiores a 30%), uma prevalência de esgotamento de 13% e diversos problemas de saúde física.

Já Oliveira e Guerra (2004) verificaram no estudo que efectuaram que o nível de *burnout* se encontra dentro dos valores normativos e acima da média para profissionais da saúde mental, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas no sexo em relação ao *burnout*, embora o sexo masculino apresentasse valores mais elevados de *burnout*, de modo significativo, na escala de despersonalização. As autoras averiguaram a existência de uma correlação negativa não significativa entre *burnout* e idade e entre este e o tempo de serviço dos profissionais. Ainda Formighieri (2003), no seu estudo com fisioterapeutas, refere a existência de uma intensidade elevada para a dimensão esgotamento emocional e média para despersonalização e envolvimento pessoal, o que indica que estes profissionais experienciam sintomas de *burnout*.

De salientar que dificilmente poderemos interpretar alguns dos resultados com base na literatura prévia consultada na área, nomeadamente as diferenças obtidas

funcionários e técnicos superiores, uma vez que não foram encontrados estudos que comparassem estas duas categorias profissionais.

Pareceu pertinente correlacionar os dois instrumentos utilizados neste estudo, o que demonstrou, como era esperado, algumas correlações significativas entre a vulnerabilidade ao stresse e o *burnout* na amostra de profissionais analisada. Mais especificamente, destaca-se a correlação entre a vulnerabilidade geral ao stresse e todas as dimensões do *burnout* avaliadas, bem como as correlações de alguns factores do 23 QVS (especialmente os factores 1, 2 e 7, perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional e de privação de afecto e rejeição), com as dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

Conclusão

Tendo como principal objectivo analisar o stresse e o *burnout* motivados pelo trabalho, em funcionários e técnicos superiores de instituições de deficiência mental, foi possível verificar com o presente estudo a existência de vulnerabilidade ao stresse e *burnout* neste grupo de profissionais. Mais especificamente, verificou-se uma elevada vulnerabilidade ao stresse em 16,7% da amostra e a presença da síndrome de *burnout* em aproximadamente 10%, sendo a exaustão emocional a dimensão com níveis mais elevados, seguindo-se a realização pessoal e, com menor percentagem de sujeitos, a despersonalização.

Os sujeitos do sexo masculino, os funcionários, os profissionais com mais tempo de serviço e aqueles que referiram estar insatisfeitos com a sua situação profissional são os grupos que se encontram em maior risco no que respeita à vulnerabilidade ao stresse e ao *burnout*.

Este estudo demonstrou ainda que, na sua maioria, a população que exerce funções na prestação de serviços a pessoas portadoras de deficiência mental não experiencia elevados níveis de stresse e *burnout*, o que pode ser indicador de que o trabalho com estas pessoas é gratificante e não é desgastante do ponto de vista psicológico e emocional.

Salientamos algumas limitações deste estudo, nomeadamente o facto de a amostra ser relativamente pequena para que se possam fazer generalizações para a população em geral. Neste sentido, em estudos futuros seria importante alargar o número da amostra, abrangendo um maior número de instituições de deficiência mental e não se cingindo apenas a APPACDM's e CERCÍ's. Tal recolha deveria ser efectuada em diversas áreas geográficas, procurando abarcar funcionários e técnicos de instituições de deficiência mental de regiões distintas de todo o país.

Poderia também ser relevante a utilização de um questionário que permitisse averiguar quais as principais fontes que possam originar elevados níveis de stresse nestes profissionais e, conseqüentemente, de *burnout*, assim como de um questionário que possibilitasse uma melhor percepção da satisfação profissional nestes indivíduos. Seria, de igual modo, relevante utilizar questionários para avaliar as estratégias de *coping* dos indivíduos, permitindo verificar a influência deste tipo de estratégias na existência de vulnerabilidade ao stresse e *burnout*.

A utilização de uma escala de avaliação de sintomas psicopatológicos também poderia revelar-se útil, na medida em que possibilitaria a percepção da influência da existência deste tipo de sintomatologia no desenvolvimento de vulnerabilidade ao stresse

e de *burnout*. De igual modo, poderia mostrar-se relevante a utilização de instrumentos que avaliassem o nível de resiliência e suporte social dos indivíduos, pois, tal como as variáveis supra mencionadas, estas também poderão influenciar as dimensões avaliadas neste estudo.

De salientar, ainda, algumas implicações para a prática da psicologia, nomeadamente a importância de desenvolver programas de prevenção do stresse junto dos funcionários e técnicos superiores das instituições de deficiência mental, de modo a que estes profissionais sejam o menos vulneráveis possível ao stresse e não experienciem, em consequência, a síndrome de *burnout*, o que diminuirá os efeitos negativos que pudessem daí advir tanto a nível individual, como profissional. Estes programas teriam, assim, como principal objectivo fornecer estratégias a estes grupos de profissionais para lidarem com qualquer estímulo stressor motivado pelo trabalho.

Referências

- Afonso, J. & Gomes, A. (2009). Stresse Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (2), 294-303.
- Al-Dubai, S. & Rampal, K. (2010). Prevalence and Associated Factor of Burnout among Doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*, 52, 58-65.
- Amaro, H. & Jesus, S. (2008). Vulnerabilidade ao stress em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Advances in Health Psychology*, 16 (1), 62-70.
- Araújo, T., Graça, C. & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: Contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8 (4), 991-1003.
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao Stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2007). Propriedades psicométricas do *Maslach Burnout Inventory* em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 325-332.
- Comissão Europeia: Emprego & Assuntos Sociais (2002). *O stress no trabalho*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Correia, T., Gomes, A. & Moreira, S. (2010). Stresse Ocupacional em Professores do Ensino Básico: Um Estudo Sobre as Diferenças Pessoais e Profissionais. *Actas do VII Simposio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Costa, J., Lima, J. & Almeida, P. (2003). *Stress no trabalho do enfermeiro*. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37 (3), 63-71.
- Cruz, S., Almeida, A., Ferreira, S. e Mendes, A. (2004). Qualidade de Vida em Doentes com Esclerose Múltipla: estuda da influência da vulnerabilidade e da resiliência ao *stress* na sua avaliação. *Psiquiatria Clínica*, 25 (2), 107-114.
- Cruz, J., Gomes, A. & Melo, B. (2000). *Stress e burnout nos psicólogos portugueses*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

- Dias, S. & Queirós, C. (2010). A influência dos traços de personalidade no burnout dos professores. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Braga.
- Formighieri, V. (2003). *Burnout em Fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o stresse para prevenir o *burnout*. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Gomes, A., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stresse, 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 (Eds.), *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (2ª ed.) (pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. & Cruz, J. (2004). A experiência de stresse e *burnout* em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação Prática*, 9, 193-212.
- Gomes, A., Cruz, J. & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318.
- Gomes, A., Melo, B. & Cruz, J. (2000). Estudo do *stress* e do *burnout* nos psicólogos portugueses. In J. Cruz, A. Gomes & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Gomes, A., Silva, M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A. & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, *burnout*, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19 (1), 67-93.
- Gonçalo, H., Gomes, A., Barbosa, F. & Afonso, J. (2010). Stresse ocupacional em forças de segurança: um estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 1 (28), 165-178.
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout* e *stress* ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 153-162.
- Ingram, R. & Luxton, D. (2005). Vulnerability-Stress Models. Chapter 2. Retirado de http://www.sagepub.co.uk/upm-data/5348_Hankin_Final_pdf_Chapter_2.pdf em 25 de Janeiro de 2009.

- Jesus, T. (2009). *Burnout e engagement* dos técnicos de ambulância de emergência do instituto nacional de emergência médica. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (5), 189-192.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Nova York: Taylor & Francis.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *burnout* para os profissionais de psicologia. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 596-603.
- Mota, I. (2002). A vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de *coping*: Estudo efectuado com Controladores de Tráfego Aéreo. *Monografia de Licenciatura*. Universidade Fernando Pessoa.
- Murcho, N., Jesus, S. & Pacheco, J. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o *burnout*: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 57-68.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. & Guerra, M. (2004). O efeito de variáveis individuais na manifestação de burnout em profissionais da área da saúde mental. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa.
- Organização Internacional do Trabalho (1986). *Factores psicosociales en el trabajo*. Genebra, Oficina Internacional del Trabajo.
- Panizzon, C., Luz, A. & Fensterseifer, L. (2008). Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29 (3), pp. 391-399.

- Pereira, J. (2004). *Burnout*. Vulnerabilidade ao Stresse e Hostilidade nas Alterações Cardiovasculares: Estudo em Bancários. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.
- Pereira, C. (2009). A resiliência e a vulnerabilidade ao *stress* numa população sem-abrigo. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Fernando Pessoa.
- Pinto, A. & Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi.
- Pocinho, M. & Capelo, M. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Regis, L. (1996). O *stress* ocupacional no executivo: relação entre os causadores de *stress* na vida profissional e estado de saúde. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Ribeiro, L., Gomes, A. & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Rodrigues, M. (2008). *Stress e Burnout* na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Aberta.
- Ross, R. & Altmaier, E. (1994). *Intervention in occupational stress*. Londres: Thousand Oaks New Delhi Sage Publications.
- Sá, L. (2002). *Burnout* e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica. Estudo correlacional. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Santos, A. (2009). *Burnout* nos Enfermeiros dos Serviços de Psiquiatria de Doentes Agudos: Um contributo para a Gestão. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Santos, F., Alves, J. & Rodrigues, A. (2009). Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Einstein*, 7 (1), 58-63.

- Seabra, A. (2008). Síndrome de *Burnout* e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional. *Dissertação de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Selye, H. (1959). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Senter, A. (2006). Correctional Psychologist Burnout, Job Satisfaction, and Life Satisfaction. *Dissertação de Doutoramento*. Graduate Faculty of Texas Tech University.
- Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao *stress*. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308.
- Silva, M. (2008). A Vulnerabilidade ao *Stress* e as Estratégias de *Coping* dos Prestadores de Cuidados a Pessoas com Deficiência Mental. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.
- White, R. (2006). Perceived Stressors, Coping Strategies, and Burnout Pertaining to Psychiatric Nurses Working on Locked Psychiatric Units. *Dissertação de Mestrado*. School of Nursing College of Health and Human Services Eastern Michigan University.