

KAMILLA EDELYNE MONTEIRO FRANCO

**IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19
EM AUXILIARES DE GERIATRIA: MANIFESTAÇÕES DE
SINTOMAS SOMÁTICOS E BURNOUT**

Orientador: Prof. Dr. Pedro Manuel Carvalho Machado dos Santos

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2022

KAMILLA EDELYNE MONTEIRO FRANCO

**IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19
EM AUXILIARES DE GERIATRIA: MANIFESTAÇÕES DE
SINTOMAS SOMÁTICOS E BURNOUT**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Gerontologia Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 20 de maio de 2022, perante o júri, com o Despacho Reitoral nº 66/2022 de 14 de março de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Fátima Gameiro

Arguente: Professora Doutora Ana Paula Garcia

Orientador: Professor Doutor Pedro Machado dos Santos

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2022

Agradecimentos

A Deus, criador do universo e aos bons guias espirituais pela dádiva da vida e pelo merecimento de me conceder sabedoria, saúde e alegria de viver.

Aos meus pais por realizarem meu sonho de mudar-me à Europa e cursar o mestrado de Gerontologia Social, e apesar da distância, o apoio reconfortante que me dão diuturnamente.

Ao meu marido e filha querida, companheiros solidários e essenciais neste longo caminho da dissertação.

Ao meu Orientador, Professor Doutor Pedro Machado dos Santos, pela dedicação, disponibilidade e profissionalismo prestados nesta jornada e, aos demais Mestres, por todo conhecimento transmitidos, com os quais, coroaram meu caminho académico.

Obrigada!

Resumo

O coronavírus se alastrou mundialmente, e em decorrência, no dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualificou emergência de saúde pública, considerando o COVID 19 como uma pandemia internacional, de modo a constituir uma calamidade pública.

Entre os grupos de risco, encontram-se em evidência os adultos mais velhos que além de constituírem a maior parte das pessoas suscetíveis a esta pandemia, constituem também a faixa etária da população que está em constante crescimento. Para atender à esta situação, existe a necessidade da prestação de cuidados formais, de modo a destacar os auxiliares de geriatria, profissionais que contribuem para o bem-estar e ajuda nas atividades de vida diária dos adultos mais velhos.

Considerando o estado de pandemia atual, a partir deste estudo, avaliou-se os níveis de Burnout e sintomas somáticos nesta classe de profissionais. Com o Burnout como variável dependente, foram acrescentadas variáveis independentes para a análise deste estudo: sociodemográficas (género, idade, estado civil, número de dependentes - filhos e/ou dependentes mais velhos, nacionalidade e apoio informal - rede de suporte) e laborais (apoio formal - apoio social, local de trabalho, horas de trabalho e tempo ao exercer a função).

Foram utilizados como instrumentos para o estudo um questionário sociodemográfico, o MBI HSS e o questionário de sintomas somáticos, através de plataforma online (*google forms*). Com uma amostra de 150 profissionais, constatou-se que existem níveis mais altos de Burnout na realização pessoal (72,7%), seguida da exaustão emocional (35,3%) e em último lugar a despersonalização (21,3%). Pôde-se também detetar os sintomas somáticos sentidos em decorrência do Burnout, destacando sua relação direta.

Palavras-chaves: COVID 19, Burnout, Auxiliares de Geriatria.

Abstract

The coronavirus has spread worldwide, and as a result, on March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) qualified a public health emergency, considering COVID 19 as an international pandemic, in order to constitute a public calamity.

Among the groups at risk, older adults are in evidence, who, in addition to constituting the majority of people susceptible to this pandemic, are also the age group of the population that is constantly growing. To address this situation, there is a need to provide formal care, in order to highlight the geriatric assistants, professionals who contribute to the well-being and help in the activities of daily living of older adults.

Considering the current pandemic status, from this study, the levels of Burnout and somatic symptoms in this class of professionals were evaluated. With Burnout as a dependent variable, independent variables were added for the analysis of this study: sociodemographic (gender, age, marital status, number of dependents - children and/or older dependents, nationality and informal support - support network) and employment (formal support - social support, workplace, working hours and time spent on the job).

A sociodemographic questionnaire, the MBI HSS and the somatic symptoms questionnaire were used as instruments for the research, through an online platform (*google forms*). With a sample of 150 professionals, it was found that there are higher levels of Burnout in personal fulfillment (72.7%), followed by emotional exhaustion (35.3%) and, lastly, depersonalization (21.3%). It was also possible to detect the somatic symptoms felt as a result of Burnout, highlighting their direct relationship.

Keywords: COVID 19, Burnout, Geriatric assistants.

Abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

COVID 19 – Coronavírus

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MBI HSS – Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RSES – Redes de Serviço e Equipamentos Sociais

SAD – Serviços de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Índice

Introdução	10
Marco Teórico.....	14
1. COVID 19: Impacto e grupos de risco	14
2. Envelhecimento demográfico.....	16
3. Respostas e cuidados sociais	18
3.1 Cuidadores formais em contexto de envelhecimento	20
4. Síndrome de Burnout.....	23
4.1 Manifestações da síndrome de Burnout.....	23
4.2 Impacto do Burnout nos prestadores de cuidados	25
4.3 Instrumentos de diagnóstico	27
5. Justificação.....	28
Marco Empírico.....	30
1. Questões de investigação e Objetivos	30
1.1 Objetivo geral	30
1.2 Objetivos específicos.....	30
2. Hipóteses e Variáveis.....	32
2.1 Variáveis independentes e variável dependente	32
3. Metodologia.....	35
3.1 Amostra	35
3.2 Instrumentos	35
3.3 Procedimentos.....	36
3.4 Considerações éticas	37
4. Resultados	38
5. Discussão	73
Limitações do estudo	85
Conclusões	86
Bibliografia.....	88
Apêndices.....	91
Anexos.....	95

Índice de ilustrações

Quadro 1 – Estudos acerca do Burnout e manifestações somáticas	26
Quadro 2 – Escalas do burnout para profissionais de saúde.....	27
Tabela 1 - Relatório de situação do COVID 19 em Portugal 18/03/2021	14
Tabela 2 - Caracterização Sócio Demográfica da Amostra.....	38
Tabela 3 - Caracterização da Amostra relativamente às variáveis relacionadas com o trabalho	39
Tabela 4 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Exaustão Emocional.....	40
Tabela 5 - Estatística Descritiva para o score da exaustão emocional	41
Tabela 6 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Exaustão Emocional	41
Tabela 7 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Despersonalização.....	42
Tabela 8 - Estatística Descritiva para o score da Despersonalização	42
Tabela 9 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Despersonalização	43
Tabela 10 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Realização Pessoal	43
Tabela 11 - Estatística Descritiva para o score da Realização Pessoal	44
Tabela 12 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Realização Pessoal.....	44
Tabela 13 - Tabela resumo da % de sujeitos com Resultado nas 3 Dimensões do Burnout	44
Tabela 14 - Análise de frequências aos itens Escala da Sintomatologia	46
Tabela 15 - Correlação de Spearman: relação entre as dimensões do Burnout e a Sintomatologia	48
Tabela 16 - Comparação entre os sexos nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	50
Tabela 17 - Comparação entre os sexos nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	50
Tabela 18 - Comparação entre os sexos nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney	51
Tabela 19 - Comparação entre diferentes Faixas Etárias nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e Kruskal-Wallis.....	52
Tabela 20 - Comparação entre as 4 faixas etárias nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis	53
Tabela 21 - Comparação entre as 4 faixas etárias: Estatística Descritiva e teste Kruskal-Wallis	53
Tabela 22 - Comparação entre estado civil nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney.....	55
Tabela 23 - Comparação entre estado civil nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney.....	55
Tabela 24 - Comparação estado civil nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney	56
Tabela 25 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	57

Tabela 26 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney.....	57
Tabela 27 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney	58
Tabela 28 - Comparação entre quem tem e quem não dependentes adultos a cargo nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	59
Tabela 29 - Comparação entre quem tem e quem não dependentes adultos a cargo nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	59
Tabela 30 - Comparação entre quem tem e quem não tem dependentes a cargo nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney	60
Tabela 31 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nas categorias de Burnout nas 3 dimensões : Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	61
Tabela 32 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nas categorias do Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	62
Tabela 33 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis	62
Tabela 34 - Comparação entre quem tem uma rede de apoio informal =<5 pessoas vs> 5 pessoas nas categorias de Burnoutnas 3: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney	63
Tabela 35 - Comparação entre quem tem uma rede de apoio informal =<5 pessoas vs> 5 pessoas nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney...	63
Tabela 36 - Correlação de Spearman: Relação entre o número de pessoas na rede de apoio informal e a frequência dos sintomas	64
Tabela 37 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	65
Tabela 38 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	65
Tabela 39 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis	66
Tabela 40 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	68
Tabela 41 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis.....	69
Tabela 42 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis	69
Tabela 43 - Regressão Ordinal – Variável dependente Burnout	71
Tabela 44 - Tabela comparativa do Burnout	73
Gráfico 1 - % de sujeitos com Resultado Alto, Moderado e Baixo nas 3 Dimensões do Burnout	45

Introdução

O surgimento do coronavírus (COVID 19) em dezembro de 2019 alterou drasticamente as interações sociais mundialmente (Guo et al 2020).

Em decorrência deste vírus altamente contagioso, em 18 de março de 2020, o Presidente da República de Portugal declarou “estado de emergência” em virtude da situação de calamidade pública que o COVID 19 ocasionou. Esta pandemia evoluiu de forma rápida e se alastrou no mundo inteiro, e, em particular, na União Europeia, que com o intuito de prevenir sua transmissão, adotou fortes medidas de restrição à vida diária da população, inclusive, o da livre circulação das pessoas, de modo a afetar a economia global (Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março).

Os diversos estudos realizados no contexto desta pandemia sugerem que os adultos mais velhos são o grupo etário mais suscetível, tal como os indivíduos com doenças crônicas e com sistema imunitário comprometido, considerados, por isso, os principais grupos de risco ao COVID 19 (SNS, 2020).

No contexto pandémico a população mais velha representou um terço dos internamentos hospitalares em Portugal, criando como consequência, novos desafios às instituições de apoio e aos cuidadores formais no contexto de envelhecimento (Costa, 2002).

A nível mundial, acrescenta-se que o envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI. E em particular, o continente europeu possui a maior percentagem da população mais velha, a qual constitui-se de 25% (ONU, 2022)

De modo a afunilar, em Portugal, no ano de 2020, o grupo etário de 65 anos ou mais representou 22,7 % da população total (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social 2020).

Para suprir e acompanhar este número crescente de adultos mais velhos, houve-se a necessidade de aumentar o número de respostas sociais para prestar um suporte adequado.

Entre os anos de 2000 e 2020, houve um crescimento significativo de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Serviço de Apoio domiciliário (SAD). Em 2020

foram contabilizadas 7.350 respostas sociais das quais 37 % correspondiam a SAD (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

O aumento contínuo da população mais velha traz como consequência diversos desafios às instituições de apoio aos adultos mais velhos, e aos cuidadores formais em contexto de envelhecimento (Pereira & Marques, 2014).

O cuidador formal deve realizar suas atividades laborais com o auxílio das diversas respostas sociais e em integração às equipas multidisciplinares (Lemos, 2012).

Devido o alto número de utentes, somado a sobrecarga de trabalho exercida, os auxiliares de geriatria passaram a constituir um grupo potencialmente afetado pela síndrome de Burnout (Almeida, 2013). E em particular, no continente português, tal sobrecarga comprova-se através de investigações realizadas, as quais mostram dados alarmantes: para cada 100 adultos mais velhos há um rácio de um cuidador formal (OCDE, 2020).

De modo a definir, o Burnout é uma síndrome que gera imensos sentimentos e atitudes relacionados ao trabalho, e compromete a vida do indivíduo e a sua atuação profissional (Tamayo & Tróccoli, 2002). Ele ocasiona um estado de fadiga mental e física, em especial, nos profissionais da área da saúde e dos serviços humanos, como consequência da tensão emocional crônica e esforço excessivo que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas (Maslach & Jackson, 1981).

Esta síndrome pode ser manifestada por diversos tipos de sinais e sintomas, tais como: alterações das funções fisiológicas, disfunções psicológicas e mudanças comportamentais (Benevides-Pereira, 2002). Neste seguimento, Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003) definem quatro tipos de sintomas advindos do Burnout: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

As manifestações de sintomas somáticos interferem diretamente no trabalho desempenhado pelo profissional, afetando a produtividade e qualidade dos serviços prestados, e isto ocasiona consequências no estado de saúde do utente a ser cuidado (Ezaias, Haddad & Vannuchi, 2012).

Portanto, é de salientar a relevância da temática abordada neste estudo intitulado como “Impacto da COVID 19 em auxiliares de geriatria: Manifestações de sintomas somáticos e

Burnout”, para a área científica da gerontologia social, pois contempla os três pilares que a compõem: aspetos biológicos, psicológicos e sociais.

O olhar direcionado aos auxiliares de geriatria, permitiu investigar o fenómeno de desgaste emocional e físico relatado por estes profissionais em processo de autoconhecimento em meio à crise pandémica.

Ressalta-se também que neste contexto de pandemia, o Burnout torna-se mais alarmante, visto que, a população mais velha pertence ao grupo de risco de COVID 19, e os cuidadores formais em contexto de envelhecimento são aliados essenciais no enfrentamento destas dificuldades e prevenção da doença.

MARCO TEÓRICO

Marco Teórico

1. COVID 19: Impacto e grupos de risco

Conforme citado, o coronavírus revela-se altamente contagioso, com sintomas que variam de acordo com a gravidade provocada no sistema imunológico de cada indivíduo, gerando infecção de grau leve a grave, e pode inclusive evoluir negativamente ao óbito.

Em geral, os sintomas mais comuns a serem manifestados são: febre, tosse, dor de garganta, cansaço e dores musculares, e em alguns casos, acometimentos de pneumonia, síndrome respiratória aguda grave, septicémia e choque séptico (DGS, 2020).

Em resposta à pandemia, como medida restritiva ao combate ao COVID 19, o governo português decretou o isolamento social. Um ano após as primeiras medidas de restrição em Portugal, de forma alarmante, os dados retirados do relatório de situação ainda indicaram elevados números de óbitos e internações, conforme podemos conferir na tabela abaixo (DGS, 2021):

Tabela 1 - Relatório de situação do COVID 19 em Portugal 18/03/2021

Casos de COVID 19	816.055
Óbitos	15.268
Internamentos	828
Internamentos em Unidade de Cuidados Intensivos	187

Dentre estes números elevados, ressalta-se ainda que os adultos mais velhos representaram um terço dos internamentos (Costa, 2002).

O facto de a população mais velha representar um terço da ocupação dos leitos hospitalares, a evidencia como um grupo frágil à esta pandemia e requer atenção redobrada à esta população.

Após estudos realizados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, comprovou-se a existência de indivíduos mais suscetíveis à esta pandemia, os considerados grupos de risco para a COVID 19, que são:

- Adultos mais velhos (a partir dos 65 anos);

- Indivíduos com comorbidades crônicas, como: doenças cardíacas, pulmonares, oncológicas, hipertensão arterial e diabetes;
- Outros, com o sistema imunitário comprometido devido ao tratamentos de quimioterapia e doenças autoimunes;
- Os indivíduos infetados com o vírus da imunodeficiência humana; e,
- Os transplantados (SNS, 2021).

2. Envelhecimento demográfico

Diante dos estudos acerca da Pandemia, anteriormente citados, denotou-se que os adultos mais velhos constituem um dos grupos mais suscetíveis ao COVID 19, por isto, faz-se necessário discorrer sobre o processo de envelhecimento e dados estatísticos deste grupo etário.

Envelhecer é um processo biológico, como também, é um processo experiencial subjetivo, que se define como a autorregulação exercida através de escolhas e decisões para adaptação ao processo de senescência, e não ser separada da dimensão social do envelhecimento, porque esta experiência é modelada pela situação social em que as pessoas se encontram (Netto, 2002).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos possibilitarem à medicina prolongar a vida de uma parte significativa da população, ao passar do tempo, constata-se, um perfil demográfico de inversão da pirâmide etária marcado pelo progressivo envelhecimento da população, acarretando nova realidade social e o agravamento do contexto de crise económica (Carneiro, 2012).

Em estudos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2022) o envelhecimento populacional a nível mundial está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, e este facto acarreta implicações transversais a todos os setores da sociedade, como por exemplo: no mercado laboral e financeiro; na procura de bens e serviços como a habitação, nos transportes e na proteção social; bem como, nas estruturas familiares.

A estimativa da ONU (2022) é de que o número de adultos mais velhos duplique até o ano de 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100.

Aduz ainda, que mundialmente, a população mais velha está a crescer de forma mais rápida do que todos os grupos etários mais jovens, e este crescimento representa uma taxa de cerca de 3% ao ano. Em 2017 estimava-se que, em todo o mundo, 962 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, representando 13% da população global.

O envelhecimento contínuo e rápido também ocorrerá em outras partes do mundo e estima-se que em até 2050 todas as regiões do mundo, exceto África, terão quase um quarto ou mais das respetivas populações com mais de 60 anos (ONU, 2022).

Outro facto que consta nos estudos da ONU (2022) é que a Europa possui a maior percentagem da população mais velha, a qual constitui o total de 25% de indivíduos deste grupo etário.

Corroborando com esses estudos, em 2021, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), realizou os XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral, cujo comprovou o agravamento do envelhecimento populacional na última década, com a redução da população jovem em idade ativa e o aumento de adultos mais velhos.

Constatou-se ainda que entre os anos de 2011 e 2021 houve uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população mais velha (dos 65 e mais anos), o qual teve um crescimento de 20,6%. E o grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que mais sofreu redução significativa (-15,3%). É de salientar que, o decréscimo da população jovem em idade ativa (15-24 anos) foi de -5,1% e o da população entre os 25 e os 64 anos de -5,7%.

Desta forma, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população mais velha e pela redução da população jovem. Em 2021, a percentagem de adultos mais velhos representa 23,4%, enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9% (INE, 2021).

No ano de 2020, em Portugal, o grupo etário de 65 anos ou mais representou 22,7 % da população total. Neste mesmo ano, apenas seis dos dezoito distritos existentes no território continental, registaram um peso relativo de adultos mais velhos inferior à média do Continente, designadamente Lisboa, Faro, Setúbal, Aveiro, Porto e Braga (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social 2020).

3. Respostas e cuidados sociais

Um dos maiores desafios prende-se à necessidade de encontrar respostas sociais que criem e organizem condições para acolher este crescente número de adultos mais velhos. As consequências sociais, económicas e políticas do envelhecimento populacional constituem um grande desafio nas sociedades e para as organizações (Jacob, 2012).

Neste âmbito, têm surgido diversas respostas sociais nos diferentes quadrantes do sector assistencial. Em acordo com a classificação referida no Relatório da Carta Social 2014, há distinção jurídica das entidades proprietárias de equipamentos sociais, entre entidades lucrativas e entidades não lucrativas, as quais encontram-se descritas abaixo:

- Entidades lucrativas: são integradas pelas entidades particulares com fins lucrativos.
- Entidades não lucrativas: integram-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos, Entidades Oficiais, Serviços Sociais de Empresas e, ainda, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Ministério da Solidariedade, 2014).

Afirma-se ainda que na última década houve um crescimento significativo das entidades proprietárias de equipamentos sociais, tanto de entidades lucrativas, quanto de entidades não lucrativas.

No que se refere as entidades lucrativas, constam nos registos, um crescimento contínuo desde o ano 2000, sendo reflexo do crescimento do setor privado no contexto ação social. Deste modo, constitui o principal suporte de desenvolvimento das Redes de Serviço e Equipamentos Sociais (RSES) (Ministério da Solidariedade, 2014).

No ano de 2014, referenciando-se pelo dia 31 de dezembro, registaram-se, no continente, cerca de 5.500 entidades proprietárias de equipamentos sociais (Ministério da Solidariedade, 2014).

Segundo o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2020) dentre as respostas sociais com maior representatividade, no âmbito das Redes de Serviço e Equipamentos Sociais (RSES) direcionadas aos adultos mais velhos, destacam-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD):

- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI): são estabelecimentos que desenvolvem atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando, o convívio e a ocupação do tempo livre (Ministério da Solidariedade, 2014); e
- Serviços de Apoio Domiciliário (SAD): Equivalem a resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a pessoas que não conseguem suprir a satisfação das necessidades básicas (Chichorro, Marques & Ferreira, 2006).

De acordo com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2020) entre os anos de 2000 e 2020, dentre as respostas sociais existentes para atender as necessidades de cuidados aos adultos mais velhos, as ERPI e SAD foram as que mais cresceram (176% e 170%, respetivamente) e as que apresentaram maior oferta. Em 2020 foram contabilizadas 7.350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37% correspondiam a SAD.

Além da satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, as respostas sociais objetivam a promoção, inclusão e participação dos adultos mais velhos na comunidade, independente do grau de autonomia/dependência e se estão a residir em uma instituição ou em suas moradas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

No que se refere à taxa de utilização destas respostas sociais registou-se uma redução de 12,9% em 2020, por relação a 2010, e de 5,6% por comparação a 2019, fixando-se em 72,5% em 2020. E, justifica-se esses números devido aos efeitos dramáticos do COVID 19. É de salientar também que, ainda em estudos realizados em 2020, dos adultos mais velhos que frequentavam as ERPI e SAD, 13,8% e 1,4% dos utentes respetivamente, foram diagnosticados com COVID 19 (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Segundo o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2020) em relação à caracterização dos utentes que utilizam ERPI e SAD, evidencia-se utilização em fases cada vez mais tardias. No ano de 2020, dos adultos mais velhos que utilizavam SAD 75% tinham idade igual ou superior a 75 anos, e nas ERPI, os utentes com 75 ou mais anos representavam 86% do total.

Aduz ainda que, no ano de 2020, dos utentes que utilizavam ERPI, 71% já permaneciam na resposta no máximo há 5 anos e 10 % há 10 ou mais anos. Quanto ao nível de incapacidade, estudos identificaram níveis de dependência elevados na resposta ERPI em todas atividades de vida diária, por oposição à SAD, nas qual a maioria dos utentes é independente em algumas das atividades.

Devido ao crescente número de adultos mais velhos, e ao ressaltar que estes fazem parte do grupo de risco de COVID 19, constata-se que a necessidade de prestação de cuidados tornou-se mais evidente em meio a esta atual pandemia. De acordo com o Ministério da Solidariedade (2009), segundo o Relatório da Carta Social existem duas modalidades de cuidar:

- Cuidado informal: que é prestado por determinada pessoa, com base na solidariedade, ou sentimento pessoal, como amizade, ou outros; ou, ainda, um vínculo de parentesco, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras.
- Cuidado formal: consiste numa prestação de cuidados baseada numa relação contratual, ou seja, numa relação utente/cliente, que se caracteriza pelo profissionalismo e prestação de cuidados específicos, em troca de uma recompensa pecuniária.

3.1 Cuidadores formais em contexto de envelhecimento

O aumento constante e crescente da população mais velha acarreta, como consequência, novos desafios às instituições de apoio a idosos e, conseqüentemente, aos seus cuidadores formais (Pereira & Marques, 2014).

O cuidador formal é entendido como um profissional capacitado por uma entidade de ensino para prestar determinado cuidado ao adulto mais velho de acordo com as suas necessidades, e deve realizar este cuidado em contexto profissional com o auxílio das diversas respostas sociais e equipas multidisciplinares, direcionadas à prestação específica de cuidados (Lemos, 2012).

Os auxiliares de geriatria, para além de integrarem equipas multidisciplinares compostas por diferentes profissionais, igualmente capacitados para responder às necessidades dos adultos mais velhos, contemplam no seu propósito elementos de exclusividade dirigidos ao contexto de envelhecimento.

No Decreto-Lei nº 419/99 está definido a função de ajudantes de ação direta perante os idosos, tendo em vista o seu bem-estar. Estes auxiliares de geriatria exercem funções de forma a ajudar nas dificuldades que surjam referente às necessidades humanas básicas. São responsáveis pela alimentação do utente, da sua higiene e conforto, do seu acompanhamento ao exterior e pela administração de medicação.

Afirma-se que os cuidados prestados aos adultos mais velhos são uma tarefa árdua e complexa, resultante das exigências das tarefas de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, gerando, neste âmbito, situações de stress no trabalho. Este processo caracteriza-se pela variabilidade e não ocorre em todos os cuidadores, pois alguns cuidadores sentem satisfação quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psicológicos que se lhe exigam (Ribeiro et al 2009).

Pode-se deduzir que as exigências profissionais, emocionais e pessoais depositadas aos cuidadores formais, no âmbito dos cuidados que prestam aos adultos mais velhos durante o seu processo de envelhecimento, são, quase sempre, fonte de stress e atritos (Sandra, 2016).

Os cuidadores formais em contexto de envelhecimento podem constituir um grupo potencialmente afetado pela síndrome de Burnout. Deste modo, é importante estudar os níveis de Burnout nesses profissionais, inclusive, por ser uma temática que ainda necessita de investigações aprofundadas (Almeida, 2013).

De acordo com um estudo realizado e publicado pela OCDE (2020), Portugal é o terceiro país do espaço da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) que possui menos cuidadores formais a cuidar dos adultos mais velhos. Segundo dados de 2018, para cada 100 adultos mais velhos há um rácio de um cuidador formal, em Portugal, e no que se refere a média dos 28 países analisados que constituem a OCDE, há cinco cuidadores para cada 100.

Na lista dos países com menos cuidadores formais, Portugal é superado apenas pela Polónia e Grécia, e é identificado com números aproximados dos da Roménia e Bulgária. Assim como, surge também em destaque na lista dos países que menos paga aos trabalhadores deste setor. São os piores neste aspeto: Eslováquia, Estónia, Letónia e Portugal (OCDE 2020).

O estudo realizado pela OCDE (2020) destaca ainda que em Portugal, Itália e Espanha, cerca de 80% dos trabalhadores manifestam estar expostos a riscos físicos e 40% falam sobre riscos para o seu bem-estar mental. Salienta-se ainda que em Portugal há uma forte dependência de cuidados aos adultos mais velhos baseados em lares, pois ainda não há um preparo específico das comunidades para lidar com casos complexos, apesar da existência de projetos piloto para cuidados integrados em casa.

Uma outra investigação realizada pela ferramenta de pesquisas de planos Medicare Plan Finder (2020), identificou dados estatísticos sobre os auxiliares de geriatria:

- A maior parte dos auxiliares são do sexo feminino (mais de 75%) e disponibilizam até 50% mais tempo ofertando cuidados se comparado aos homens;
- 1 a cada quatro auxiliares trabalha no mínimo 41h ou mais por semana;
- 30% dos auxiliares prestam assistência há menos de um ano, 24% há mais de 5 anos e 15% por 10 anos ou mais;
- A idade média dos auxiliares é de 49,2 anos;
- 48% dos auxiliares possuem entre 18 e 49 anos;
- A idade média dos utentes é de 69,4 anos;
- 47% dos utentes possuem mais de 75 anos;
- Os auxiliares passam em média 13 dias por mês a desempenhar outras funções além de cuidar especificamente dos adultos mais velhos, em tarefas como: compras, preparação de alimentos, limpeza da casa, lavanderia, transporte e administração de medicamentos;
- 12% dos auxiliares relataram receber pressão por parte dos adultos mais velhos para realizarem outras atividades e 8% relatam serem pressionados por outro parente para executar essas tarefas;

4. Síndrome de Burnout

Conforme referido, os auxiliares de geriatria sentem-se pressionados ao executarem suas funções, de modo a executar demais atividades em conjunto com o ato de cuidar. Devido à sobrecarga laboral e instabilidade emocional gerada pela função trabalhista, estão suscetíveis ao Burnout.

Constata-se que o Burnout surge como característica das “profissões de ajuda”. A síndrome de Burnout caracteriza o estado de fadiga mental e física, apresentada por demasiados grupos profissionais, a destacar a área da saúde e dos serviços humanos, como consequência da tensão emocional crônica e esforço excessivo que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas (Maslach & Jackson, 1981).

A síndrome de Burnout é entendida como um fenômeno da idade moderna que tem surgimento na relação dos trabalhadores com suas atividades laborais. O Burnout é consequência da tensão emocional relacionada diretamente do profissional com o trabalho, devido ao resultado de acumulação significativa de sua atividade laboral e, por conseguinte, o demasiado esforço para manter as relações interpessoais com outras pessoas (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

Ressalta-se que após uma conferência realizada pela OMS, a síndrome de Burnout, cujo era considerado como um problema de saúde mental, dentro de um quadro psiquiátrico, passou a ser considerado como um estresse crônico de trabalho. Em vigor desde 1 de janeiro de 2022 o Burnout possui uma nova classificação dentro do CID 11 (OMS, 2022).

4.1 Manifestações da síndrome de Burnout

Segundo Benevides-Pereira (2002) o Burnout pode ser manifestado por diversos tipos de sinais e sintomas, tais como: alterações das funções fisiológicas, disfunções psicológicas e mudanças comportamentais. Entretanto, o indivíduo com Burnout, obrigatoriamente, não apresentará todos os tipos de sintomas possíveis, visto que, que a manifestação destes está relacionada a fatores individuais, ambientais, organizacionais e, também, na fase de desenvolvimento da síndrome em que o indivíduo se encontra.

Nesse seguimento, Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003) definem quatro tipos de sintomas da síndrome de Burnout: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, descritos a seguir.

A compor os sintomas físicos, encontram-se: a sensação de fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais.

No que se refere aos sintomas psíquicos, fazem parte: a falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, ansiedade, depressão e desconfiança.

Agregam os sintomas comportamentais: irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias psicotrópicas e drogas lícitas, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio.

E, no último tipo, os sintomas defensivos compõem-se por: tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Para o autor Gil-Monte (2003) as manifestações do Burnout resumem-se em quatro grandes categorias descritas abaixo:

- Sintomas emocionais: uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimento de solidão, de alienação, ansiedade e de impotência ou onipotência.
- Sintomas atitudinais: desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade.
- Sintomas comportamentais: agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, e irritabilidade.
- E no último, os sintomas psicossomáticos: alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, entre outros), problemas imunológicos (aumento da frequência de infeções, alergias, e demais complicações) problemas sexuais (diminuição da libido), digestivos (úlceras, náuseas, diarreias e outros), musculares (dores de costas,

fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, e demais acometimentos).

Apesar das diferentes conceptualizações da síndrome de Burnout, se faz necessário destacar duas correntes e suas teorias:

Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003), é unânime que ele emerge na etapa final de um longo processo resultante da exposição do indivíduo a tensões de atividades laborais; e,

Schaufeli e Buunk (2003), definiram a utilização da terminologia: “manifestações da síndrome de Burnout” para abranger os sintomas e consequências provenientes desta.

4.2 Impacto do burnout nos prestadores de cuidados

A síndrome de Burnout gera sentimentos e atitudes relacionados ao trabalho, de modo a afetar a atuação profissional, e acarretar consequências para a organização (Tamayo & Tróccoli, 2002).

Na sociedade em que vivemos, o Burnout é desvalorizado, sendo confundido com estresse ocupacional, de forma a omitir sua verdadeira relevância e necessidade de ajuda. Deste modo, é essencial diferir e esclarecer estes dois conceitos, conforme encontra-se abaixo:

Essa síndrome em questão, se difere do estresse ocupacional ou profissional, visto que, mesmo ao possuir agente desencadeante comum, ou seja, a atividade laboral desempenhada, somente no Burnout, a qualidade do trabalho é afetada, não somente ao tocante nível técnico, como também, no que tange à relação entre o profissional e seu cliente (Benevides-Pereira, 2002).

A manifestação dos sinais e sintomas advindos da síndrome de Burnout, interfere diretamente no processo de trabalho desempenhado pelo profissional, a modo de afetar os aspetos relativos à produtividade e qualidade. No âmbito hospitalar, as consequências se refletem na qualidade e na organização da assistência de saúde prestada ao utente/cliente, a comprometer a recuperação da saúde do mesmo (Ezaias, Haddad & Vannuchi, 2012).

De acordo com o que preceitua Leiter (2015), os profissionais que trabalham na área da saúde mantêm um elevado nível de contato social com os pacientes ou destinatários dos serviços, assim como, com os colegas de trabalho, como é característico das profissões de ajuda.

Para os profissionais que apresentam altos níveis de ansiedade e de apego, o contato social durante o tratamento, no contexto de trabalho, pode implicar em perda de energia superior ao habitual, e conseqüentemente, elevada exaustão.

Em meio a busca literária para compor as referências bibliográficas de base desta investigação científica (Impacto da Pandemia COVID 19 em Auxiliares de Geriatria: Manifestações de Sintomas Somáticos e Burnout), constatou-se que há pouquíssimos trabalhos realizados e publicados com auxiliares de geriatria. A maioria dos trabalhos existentes que envolvem o Burnout são realizados com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos entre outros.

Encontra-se abaixo o quadro resumo dos estudos acerca do Burnout e manifestações somáticas utilizado como base para esta investigação.

Quadro 1 – Estudos acerca do Burnout e manifestações somáticas

Ano	Artigo Referência	Métodos			C19	Resultados	Características		
		Amostra		Instrumentos			-	+	
		N	População						Tipo
2016	Meireles, S. C. S. (2016). Burnout em cuidadores formais de idosos. (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.	37	Aux. Geriatria	Conv	MBI - HSS	Não	16,2% dos participantes evidenciaram níveis moderados de Exaustão Emocional e 10,8% níveis altos na mesma dimensão; 16,2% apresentaram nível moderado de Despersonalização; 21,6% evidenciaram níveis moderados e 10,8% níveis altos de Realização Pessoal.	Nº de amostra baixa.	Pesquisa realizada apenas com cuidadores formais de idosos.
2013	Almeida, A. R. C. B. (2013). A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados. Tese apresentada ao centro de ciências da saúde da Universidade de Beira Interior, para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, orientada por Márcia Kirzner. Covilhã.	100	Aux. Geriatria	Conv.	CBI	Não	Burnout pessoal 74,5% apresentaram baixos níveis de burnout e 25,5% elevados níveis. Relacionado ao trabalho, 77,1% expõem níveis baixos de burnout e 22,9% apresentam níveis elevados. Relacionado com o cliente 93,4% exibem baixos níveis e 6,6% mostram altos níveis de burnout. Concluiu-se que os cuidadores formais de idosos institucionalizados apresentaram baixos níveis de burnout em todas as dimensões estudadas (cliente, pessoal e trabalho).	Realizado apenas com profissionais que trabalham em ERPI. Não utilizou o MBI HSS.	Nº de amostra satisfatória. Pesquisa realizada apenas com cuidadores formais de idosos.
2012	Ezaias, G. M., Haddad, M. C. L. & Vannuchi, M. T. O. Manifestações psico-comportamentais do Burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 19-25, 2012.	160	Equipe multiprof. hospitalar	Conv.	MBI - HSS	Não	33,8% dos trabalhadores apresentavam alto grau de exaustão emocional, 26,9% alto grau de despersonalização e 30% demonstraram baixa realização profissional. Os profissionais demonstraram possuir alguma das dimensões positivas para a síndrome de Burnout, porém, nem todas as relações entre as dimensões e sintomas pesquisados demonstraram-se significativas	Realizado com equipe multiprofissional hospitalar, sem incluir auxiliares de geriatria. Sintomas somáticos associados sem precisão.	Nº de amostra satisfatória. Utilizaram o MBI HSS. Utilizaram o questionário de sintomas somáticos.
2004	Menegaz, F. D. L. (2004). Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Tese apresentada ao Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de mestre, orientada por José Carlos Zanelli, Florianópolis (SC).	41	Pediatras	Conv.	MBI - HSS	Não	Os resultados principais indicam a incidência de burnout em 53,7% da amostra. A manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 82,9% de classificação alta na dimensão exaustão emocional, 63,4% de classificação alta na dimensão despersonalização e 53,7% de classificação baixa na dimensão realização profissional. Sintomas associados: pouco tempo para si, dores nos ombros e nuca, sentimento de cansaço e insônia.	Realizado apenas com médicos.	Nº de amostra satisfatória. Utilizaram o MBI HSS. Utilizaram o questionário de sintomas somáticos, e identificaram os mais frequentes associados ao Burnout.
2003	Benevides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jimenez, B. (2003). O Burnout e o profissional de psicologia. Revista Eletrônica InterAçãoPsy, v. 1, n. 1, p. 68-75, ago.	203	Psicólogos	Conv.	MBI-HSS	Não	22,9% da amostra denotavam valores acima da média em exaustão emocional, 23,8% revelavam níveis elevados de despersonalização, enquanto que 24,8% refletiam alta insatisfação e sentimento de ineficiência com as atividades profissionais que vinham desenvolvendo.	Realizado apenas com psicólogos.	Nº de amostra satisfatória. Utilizaram o MBIH HSS.

2022	Santos, et al. Burnout in the pharmaceutical activity.	1.362	Farmacêuticos	Conv.	MBI-HSS	Sim	A dimensão mais afetada entre os farmacêuticos na atividade assistencial foi a PE (50,1%) seguida por EE (35,8%) e DP (12%), independentemente de haver alterações isolado ou associado a outra dimensão. Na amostra de sujeitos em atividade não assistencial, a dimensão mais afetada foi PE (41,5%), seguido por EE (33%) e CY (19,8%).	Realizado apenas com farmacêuticos	Nº de amostra satisfatória. Utilizaram o MBIH HSS.
------	--	-------	---------------	-------	---------	-----	--	------------------------------------	--

4.3 Instrumentos de diagnóstico

Conforme podemos observar no quadro comparativo abaixo, somente três escalas são indicadas para ser aplicadas para profissionais da área da saúde.

Vale a pena destacar que dentre estas escalas, o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI HSS) foi o primeiro a ser criado e é o instrumento mais empregado nas investigações sobre a Síndrome de Burnout mundialmente (Benevides-Pereira, 2002).

Quadro 2 – Escalas do burnout para profissionais de saúde

Escalas de Mensuração do Burnout			Dimensões do Burnout	Nº de questões	Tipos de respostas
Nome	Ano	Autores			
MBI HSS	1981	Maslach e Jackson.	Exaustão Emocional Despersonalização Realização Pessoal	22	Tipo Likert de 6 pontos 0.Nunca 1.Algumas vezes por ano 2.Uma vez por mês 3.Algumas vezes por mês 4.Uma vez por semana 5.Algumas vezes por semana 6.Todos os dias
Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey					
ECB	2000	Tamayo e Trócoli	Exaustão Emocional Desumanização Deceção no trabalho	35	Tipo Likert de 5 pontos 1.Nunca 2.Raramente 3.As vezes 4.Frequentemente 5.Sempre
Escola de caracterização do Burnout					
CBI	2005	Kristensen, et al.	Burnout pessoal Burnout relacionado com o trabalho Burnout relacionado com o cliente	19	A frequência com que ocorre o burnout pessoal é avaliada em uma escala de Likert em que "nunca/ quase nunca" corresponde a zero (0) e "sempre" a cem (100). A frequência com que ocorre o burnout relacionado com o trabalho nas três primeiras questões varia entre zero (0) "muito pouco" e cem (100) "muito" e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) "nunca/quase nunca" e cem (100) "sempre", sendo que na última esta pontuação é invertida cem (100) "nunca/quase nunca" e zero (0) "sempre". No burnout relacionado com o cliente, nas quatro primeiras opções "muito pouco" corresponde a zero (0) e "muito" a cem (100) e nas últimas duas questões varia entre zero (0) "nunca/quase nunca" e cem (100) "sempre".
Inventário de Burnout de Copenhagen					

5. Justificação

Em situação de pandemia, após confinamentos e comprovações de grupos de risco mais suscetíveis a esta doença, aliado ao crescimento de adultos mais velhos, necessita-se de ampliação dos cuidados sociais. Em meio a isto, surge uma situação hostil à síndrome de Burnout para os cuidadores formais em contexto de envelhecimento.

Percebe-se que a síndrome de Burnout desperta o interesse da população acadêmica e de pesquisadores pelo mundo inteiro. O fato importante é que em decorrência deste fenómeno, pode-se encontrar vasto conteúdo publicado e, o contraditório, se dá, especificamente, em relação às manifestações provenientes dessa síndrome, devido a escassez, nas literaturas nacional e internacional.

Por ser uma temática ainda a ser aprofundada e publicada, ressalta-se a relevância do tema escolhido neste estudo para a área científica da gerontologia social, de modo a contemplar os três pilares que a compõem: aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Visto que, constata-se a necessidade da realização de estudos com ênfase no contexto dos cuidados aos adultos mais velhos.

O olhar específico aos auxiliares de geriatria (profissionais de ação direta no atendimento da população mais velha), permitiu investigar o fenómeno de desgaste emocional e físico relatado por estes profissionais em processo de autoconhecimento. Como também, poderá apoiar os decisores, profissionais, familiares e utentes, de modo a rever processos pessoais, sociais e institucionais entre eles.

No contexto da pandemia de COVID 19, o Burnout torna-se mais alarmante, visto que, os adultos mais velhos pertencem ao grupo de risco, e os cuidadores formais são aliados essenciais no enfrentamento destas dificuldades e prevenção da doença.

O estudo direcionado as manifestações da síndrome de Burnout, permitirá maior espaço para novos debates, investigações e projetos de intervenção não somente ao diagnóstico e tratamento, como também, prevenção, na tentativa de amenizar este cenário, visto que, há poucos estudos publicados que envolvem os auxiliares de geriatria.

Deste modo, as contribuições específicas acerca das manifestações do Burnout em auxiliares de geriatria, serão altamente relevantes para compor o acervo literário.

MARCO EMPÍRICO

Marco Empírico

1. Questões de investigação e Objetivos

Conforme construído e referido anteriormente no marco teórico, ao pensar na temática que envolve esta investigação científica, surgiram os seguintes questionamentos:

- a) Qual a prevalência da síndrome de Burnout em auxiliares de geriatria no período de pandemia COVID 19?
- b) Qual a frequência de sintomas somáticos em auxiliares de geriatria no período pandemia de COVID 19?
- c) Existe relação entre Burnout e os sintomas somáticos?
- d) A síndrome de Burnout varia em função das variáveis sócio demográficas?
- e) Os sintomas somáticos variam em função das variáveis sócio demográficas?

Pretendeu-se responder a estas questões com a efetuação dos objetivos geral e específicos delimitados e descritos a seguir.

1.1 Objetivo geral

Devido a importância de aprofundar os conhecimentos acerca do Burnout em auxiliares de geriatria no contexto de pandemia, definiu-se o seguinte objetivo geral:

Investigar a síndrome de Burnout e as manifestações clínicas comumente associadas (Benevides-Pereira, 2002) junto de auxiliares de geriatria no contexto da pandemia COVID 19.

1.2 Objetivos específicos

De modo a investigar a problemática em questão da melhor forma possível, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a síndrome de Burnout em auxiliares de geriatria, de acordo com as suas três dimensões.
2. Investigar sintomas clínicos manifestados, bem como a sua correlação com os níveis da síndrome de Burnout.

3. Identificar a amostra deste estudo a partir das variáveis independentes (sociodemográficas) estabelecidas.
4. Averiguar se o Burnout varia em função das variáveis sócio demográficas.
5. Averiguar se os sintomas somáticos variam em função das variáveis sócio demográficas.

2. Hipóteses e Variáveis

Ao início da construção deste estudo, foram formuladas algumas hipóteses acerca da temática proposta, tais como:

Hipótese 1 – Profissionais com menor tempo de exercício profissional estão mais suscetíveis a desenvolver Burnout.

Hipótese 2 – Profissionais que possuem maior carga horária laboral do que o habitual/contratado (decretado por lei), estão mais suscetíveis a desenvolver Burnout.

Hipótese 3– Profissionais que são solteiros, viúvos ou divorciados possuem maior chance de desenvolver Burnout do que profissionais que possuem dependentes e/ou companheiros.

Hipótese 4 – Falhas nos apoios sociais (estado) e/ou apoios informais (rede familiar/amigos) são fatores que influenciam o desencadeamento da síndrome do Burnout.

De acordo com a literatura pesquisada para a realização deste trabalho científico, as variáveis independentes deste estudo serão divididas em: sociodemográficas e laborais, conforme descrições a seguir.

2.1 Variáveis independentes e variável dependente

Abaixo, ressalta-se que tanto as variáveis independentes, quanto o burnout como variável dependente, encontram-se justificadas com base em referências bibliográficas.

- Variáveis independentes sociodemográficas: género, idade, estado civil, número de dependentes (filhos e/ou dependentes mais velhos), nacionalidade e apoio informal (rede de suporte).
- Variáveis independentes laborais: apoio formal (apoio social), local de trabalho, horas de trabalho e tempo ao exercer a função.

Segundo Benevides-Pereira (2002), as características pessoais tais como idade, sexo, estado civil e ter filhos, não são em si mesmo desencadeantes do fenómeno, mas facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores.

Estudos desenvolvidos por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) mostram que a maior incidência de Burnout é em profissionais jovens, principalmente nos que ainda não atingiram 30 anos. No que se refere ao género, não tem ocorrido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no sexo masculino ou feminino. Porém, de um modo global, evidências demonstram que as mulheres têm apresentado pontuação mais elevada em exaustão emocional e os homens em despersonalização; tais diferenças as quais podem ser explicadas pelos papéis socialmente prescritos.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), o facto de as mulheres expressarem mais livremente suas emoções poderia ser uma fonte de dificuldades e conflitos, o que permitiria alívio nos sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, e no sexo masculino, estas emoções acabariam sendo demonstradas de forma inadequada, após atingir um nível insuportável.

Quanto ao estado civil, geralmente atribui-se ao casamento, ou ao fato de se ter um companheiro(a) estável, uma menor propensão ao Burnout, ou seja, os maiores valores na síndrome têm sido identificados nos solteiros, viúvos ou divorciados.

O facto de ter ou não dependentes, assim como o número desses, são variáveis controvertidas. Benevides-Pereira (2002) sugere que o fato de ter filhos equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes estressores ocupacionais.

Os estudos desenvolvidos mostram as variáveis relevantes, tais como a satisfação no trabalho, stress no trabalho (carga horária de trabalho, conflito de papéis e ambiguidade), a rotatividade e absentismo ao trabalho, expectativas de trabalho, as relações com colegas e supervisores (apoio social no trabalho), relações com clientes, tipo de posição que o indivíduo ocupa, tempo que exerce a função, política da empresa, rede de suporte, entre outros aspetos.

Os fatores pessoais frequentemente estudados são as variáveis demográficas: sexo, idade, estado civil, entre outros. Assim como, a saúde pessoal, a relação com a família e amigos (apoio informal), valores pessoais e compromisso. Deste modo, afirma-se que os fatores de trabalho estão mais fortemente relacionados com o Burnout do que os fatores biográficos ou pessoais (Maslach & Schaufeli, 1993).

Queirós (2005), menciona que no que se refere ao local de trabalho, há diversos aspetos suscetíveis ao Burnout, tais como: sobrecarga no trabalho, orientação e hierarquia a que o

indivíduo está sujeito, isolamento social, objetivos da instituição, autonomia, tipo de liderança e supervisão, estimulação e contacto com os utentes.

Como também, cita que a falha no suporte social que é recebido pelo indivíduo fora do local de trabalho e a carreira profissional, são elementos que originam o estresse, o qual se traduz em problemas com os utentes, burocracia, carência de incentivo, dúvidas relativamente à competência e falta de participação no grupo.

3. Metodologia

3.1 Amostra

Este estudo foi realizado com uma amostra não probabilística, de conveniência, composta por 150 auxiliares de geriatria que exercem sua atividade laboral em contexto institucional (ERPI) e em contexto domiciliário (SAD).

3.2 Instrumentos

Para a recolha de dados específicos foram utilizados instrumentos autoaplicáveis com finalidade de: identificação da amostra e estudo das variáveis sociodemográficas, avaliação da síndrome de Burnout, assim como, investigação de sintomas clínicos manifestados.

No que se direciona a identificação da população e estudo das variáveis sociodemográficas, foi utilizado um questionário para obter os seguintes dados: género, idade, estado civil, número de dependentes (filhos e/ou dependentes mais velhos), nacionalidade, apoio formal (apoio social), apoio informal (rede de suporte), local de trabalho, horas de trabalho e tempo ao exercer a função.

Dentro os instrumentos existentes para avaliar o Burnout em profissionais da área da saúde, o MBI HSS – Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (Maslach e Jackson, 1981) foi escolhido para a realização deste estudo, devido ser a primeira escala criada e ser altamente conceituada e utilizada no mundo inteiro. Ela é adaptada e traduzida para diversos idiomas, inclusive o português. Tal instrumento constitui-se de 22 itens acompanhados de uma escala de 7 pontos, contendo de 0 (como nunca) a 6 (como todos os dias).

Destes 22 itens referidos acima, 9 são relativos à exaustão emocional, 5 à despersonalização e 8 à realização profissional.

A responder à finalidade da investigação das manifestações da síndrome de Burnout foi utilizado um questionário estruturado para obtenção da frequência com que os sintomas somáticos advindos do cotidiano das atividades laborais são percebidos pela amostra (Menegaz 2004).

Este questionário possui 21 sintomas somáticos, citados a seguir: cefaleia, irritabilidade fácil, perda ou excesso de apetite, pressão arterial alta, dores nos ombros ou nuca, dor no peito,

dificuldades com sono, sentimentos de cansaço mental, dificuldades sexuais, pouco tempo para si mesmo, fadiga generalizada, pequenas infecções, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, cigarro ou substâncias químicas, dificuldade de memória e concentração, problemas gastrointestinais, problemas alérgicos, estado de aceleração contínuo, sentir-se sem vontade de começar nada, perda do senso de humor, gripes e resfriados e perda do desejo sexual.

Tal questionário descrito possui uma variação de respostas através de um *score* de 0 (nunca) até 6 (todos os dias).

3.3 Procedimentos

Este estudo é descritivo de natureza quantitativa, correlacional e transversal, e durante o período de 25/06/2021 à 25/08/2021, todos os questionários utilizados para a coleta de dados estiveram disponíveis em plataforma *google forms*, a qual foi disseminada através um link nas redes sociais, de modo a contemplar a participação de 150 auxiliares de geriatria como amostra deste estudo.

Na caracterização da amostra efetuou-se uma análise de frequências, dado as variáveis serem qualitativas (com escala nominal e ordinal). Para a avaliação dos resultados da escala do Burnout e da escala da sintomatologia, recorreu-se a uma análise de frequências, para a análise item a item, tendo-se recorrido também à média e ao desvio padrão, mínimo e máximo para os scores das dimensões do Burnout. Com base nos valores de corte da escala de Burnout para as três dimensões, foi possível classificar os sujeitos em Burnout baixo, moderado e alto na *Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal*, tendo-se efetuado uma análise de frequências para perceber quantos sujeitos existem em cada categoria. Segundo esta escala existe Burnout se houver resultados elevados nas 3 dimensões, existindo risco de Burnout se uma ou duas dimensões estiverem afetadas (resultados altos) e inexistência de Burnout se nenhuma das dimensões tiver um resultado alto. Uma vez mais efetuou-se uma análise de frequências para averiguar quantos sujeitos têm Burnout na escala total (3 dimensões afetadas, com resultados altos), quantos estão em risco de ter Burnout (1 a 2 dimensões com resultados altos) e quantos não têm Burnout (nenhuma dimensão com resultados altos).

Foi-se relacionar as dimensões do Burnout (escala quantitativa), com os itens da sintomatologia (escala ordinal), tendo-se recorrido a uma correlação não paramétrica de Spearman dado a escala de respostas dos sintomas ser qualitativa ordinal.

Recorreu-se também a estatística inferencial para cruzar as variáveis sócio demográficas e as variáveis relativas aos aspetos laborais com os resultados do Burnout e da sintomatologia. Ao nível do Burnout optou-se por usar os resultados categorizados numa escala ordinal, como tal usou-se estatística não paramétrica para comparar os grupos nos resultados do Burnout e nos sintomas, dado natureza qualitativa das escalas. Usou-se o teste Mann-Whitney quando se pretendeu comparar dois grupos (ex: sexo feminino vs masculino) e o teste Kruskal-Wallis quando se comparou 3 ou mais grupos (ex: comparação das 5 faixas etárias). Depois destas estatísticas univariadas, culminou-se o tratamento de dados com uma estatística multivariada, recorrendo-se a uma regressão ordinal, onde se usou como variável dependente o Burnout total categorizado (com escala ordinal: sem Burnout/em risco de Burnout/ com Burnout), e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e laborais, que anteriormente se tinham incluído nas análises univariadas. O objetivo da regressão ordinal foi averiguar quais as variáveis com maior impacto no Burnout total.

3.4 Considerações éticas

Cada integrante da amostra teve sua participação validada neste estudo somente após sua anuência no consentimento informado contido na plataforma *google forms*, a qual foi utilizada nos inquéritos de investigação.

A investigação em pauta mantém a garantia de que os dados coletados são exclusivamente confidenciais, visto que, os participantes não tiveram a obrigatoriedade de se identificar (por nome) ao responder aos inquéritos.

4. Resultados

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 150 auxiliares de geriatria. De seguida procede-se à caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio demográficas e às variáveis relacionadas com o trabalho.

Tabela 2 - Caracterização Sócio Demográfica da Amostra

		Frequência	%
Género	Feminino	120	80,0
	Masculino	30	20,0
Idade	18-29 anos	37	24,7
	30-39 anos	45	30,0
	40-49 anos	35	23,3
	50-59 anos	28	18,7
	60 ou mais	5	3,3
Estado Civil	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	34,0
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	66,0
	0	91	60,7
Número de dependentes (Filhos)	1	28	18,7
	2	24	16,0
	Não Responde	7	4,7
	0	90	60,0
Número de dependentes (Adultos mais velhos)	1	30	20,0
	2	22	14,7
	Não Responde	8	5,3
Nacionalidade	Brasil	49	32,7
	Portugal	58	38,7
	Angola	21	14,0
	Venezuela	6	4,0
	Índia	7	4,7
	África do Sul	8	5,3
	Não Responde	1	,7
	1-2 pessoas	14	9,3
Número de pessoas da rede Informal (Disponibilidade de família e/ou amigos próximos para prestar auxílio em caso de necessidade)	3-4 pessoas	47	31,3
	5-6 pessoas	23	15,3
	7-8 pessoas	49	32,7
	9-10 pessoas	16	10,7
	Não Responde	1	,7

A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (80%), tem idade entre os 18 e os 49 anos (78%), não são casados nem vivem com um companheiro (66%) e não têm filhos (60,7%) nem dependentes adultos a cargo (60%). As nacionalidades prevalentes nesta amostra são a portuguesa (38,7%) e a brasileira (32,7%). A maioria (79,3%) tem entre 3 a 8 pessoas na sua rede informal de apoio (Disponibilidade de família e/ou amigos próximos para prestar auxílio em caso de necessidade).

Tabela 3 - Caracterização da Amostra relativamente às variáveis relacionadas com o trabalho

		Frequência	%
Inscrito na segurança Social?	Não	71	47,3
	Sim	78	52,0
	Não Responde	1	,7
Situação Laboral	Contrato de trabalho a termo	28	18,7
	Contrato de trabalho sem termo	27	18,0
	Sem contrato de trabalho	95	63,3
	Ambas as opções anteriores	98	65,3
Local de Trabalho	ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	28	18,7
	Outra	18	12,0
	SAD - Serviço de Apoio Domiciliário	6	4,0
	Menos de 40 h / semana	16	10,7
Horas de trabalho por semana	De 40 a 50 h / semana	64	42,7
	Mais de 50 h / semana	69	46,0
	Não Responde	1	,7
Há quanto tempo trabalha como auxiliar de geriatria?	Menos de 5 anos	53	35,3
	De 5 a 10 anos	62	41,3
	Mais de 10 anos	27	18,0
	Não Responde	8	5,3

Uma grande percentagem dos sujeitos desta amostra (47,3%) não está inscrita na segurança social. Há um predomínio do trabalho precário, a maioria não tem contrato (63,3%), apenas 18,0% tem contrato de trabalho sem termo, havendo 18,7% com contrato de trabalho a termo. A maioria trabalha há menos de 10 anos como auxiliar de geriatria (76,6%), havendo uma grande percentagem que trabalha mais de 50 horas por semana (46%), dos restantes, 42,7% trabalha entre 40 a 50 horas e 10,7% menos de 40 horas por semana.

Resultados para a amostra total

Iniciou-se a análise do Burnout fazendo uma análise de frequências aos itens de cada dimensão, depois foi feito o score total das dimensões e calculou-se a média e o desvio padrão, mínimo e máximo. Com base nos valores normativos, averiguou-se para cada dimensão, quantos sujeitos têm resultados de Burnout baixos, moderados ou altos. Depois foi-se averiguar quantos sujeitos têm resultados altos nas 3 dimensões e como tal sofrem de Burnout, quantos têm resultados altos em uma ou mais dimensões (em risco de Burnout) e quantos não têm resultados altos em qualquer das dimensões (ausência de Burnout).

Tabela 4 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Exaustão Emocional

EXAUSTÃO EMOCIONAL	0-Nunca	1-Uma vez ao ano ou menos	2-Uma vez ao mês ou menos	3-Algumas vezes ao mês	4-Uma vez por semana	5-Algumas vezes Por semana	6-Todos os dias
Q1-Sinto-me emocionalmente exausto(a) com o meu trabalho	11,3% (17)	19,3% (29)	21,3% (32)	13,3% (20)	6,7% (10)	16,0% (24)	12,0% (18)
Q2-No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado(a)”	18% (27)	26,7% (40)	13,3% (20)	12,0% (18)	5,3% (8)	11,3% (17)	13,3% (20)
Q3-Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia no emprego	13,3% (20)	21,3% (32)	20,7% (31)	10,7% (16)	6,7% (10)	14,0% (21)	13,3% (20)
Q6-Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim	14,7% (22)	30,7% (46)	23,3% (35)	14,0% (21)	5,3% (8)	7,3% (11)	4,7% (7)
Q8-Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho	16% (24)	28,7% (43)	16,0% (24)	8,7% (13)	3,3% (5)	12,7% (19)	14,7% (22)
Q13-Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego	19,3% (29)	21,3% (32)	21,3% (32)	8,7% (13)	5,3% (8)	12,0% (18)	12,0% (18)
Q14-Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego	11,3% (17)	30,7% (46)	19,3% (29)	8,0% (12)	6,0% (9)	7,3% (11)	17,3% (26)
Q16-Trabalhar diretamente com pessoas gera-me demasiado “stresse”	9,3% (14)	32,0% (48)	30,7% (46)	10,0% (15)	7,3% (11)	6,7% (10)	4,0% (6)
Q20-Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades	8,7% (13)	32,0% (48)	20,7% (31)	7,3% (11)	5,3% (8)	13,3% (20)	12,7% (19)

No sentido de averiguar quais os itens da exaustão emocional que são sentidos com mais frequência, juntaram-se as categorias de resposta: “todos os dias”, “uma vez por semana” e “algumas vezes por semana”. Constatou-se assim uma percentagem igual ou superior a 30% em 6 itens:

Q1- Sinto-me emocionalmente exausto(a) com o meu trabalho (34,7%)

Q3-Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia no emprego (34%)

Q20-Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades (31,3%)

Q8-Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho (30,7%)

Q14-Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego (30,7%)

Q2-No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado(a)” (30%)

Tabela 5 - Estatística Descritiva para o score da exaustão emocional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional (score 0-54)	150	,00	54,00	22,27	15,62

O score da exaustão emocional oscilou entre 0 e 54, a média nesta amostra foi de 22,27 e o desvio padrão de 15,62. Valores acima de 16 são demonstrativos de níveis mais elevados de Burnout (moderado entre 17 e 26 e alto acima de 26), pelo que a média da amostra, nesta dimensão, revela a existência de exaustão emocional.

Tabela 6 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Exaustão Emocional

		Frequência	%
Exaustão Emocional	Burnout Baixo (0-16)	65	43,3
	Burnout Moderado (17-26)	32	21,3
	Burnout Alto (≥ 27)	53	35,3
	Total	150	100,0

Apenas 43,3% dos sujeitos da amostra revelaram um resultado baixo na exaustão emocional. Os restantes profissionais revelam exaustão: 21,3% revelou um resultado moderado e 35,3% um resultado alto.

Tabela 7 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Despersonalização

DESPERSONALIZAÇÃO	0- Nunca	1-Uma vez ao ano ou menos	2-Uma vez ao mês ou menos	3- Algumas vezes ao mês	4-Uma vez por semana	5- Algumas vezes Por semana	6-Todos os dias
Q5-Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais	28% (42)	26,0% (39)	25,3% (38)	9,3% (14)	2,7% (4)	6,0% (9)	2,7% (4)
Q10-Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão	25,3% (38)	37,3% (56)	17,3% (26)	6,7% (10)	5,3% (8)	4,0% (6)	4,0% (6)
Q11-Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional	15,3% (23)	29,3% (44)	23,3% (35)	15,3% (23)	4,7% (7)	4,7% (7)	7,3% (11)
Q15-Não me interessa realmente o que acontece com alguns dos meus utentes	31,3% (47)	24,7% (37)	22,7% (34)	10% (15)	3,3% (5)	3,3% (5)	4,7% (7)
Q22-Sinto que os meus utentes me culpam por alguns dos seus problemas	21,3% (32)	24,7% (37)	19,3% (29)	5,3% (8)	6,7% (10)	7,3% (11)	15,3% (23)

Com o objetivo de averiguar quais os itens da despersonalização que são sentidos com mais frequência, juntaram-se as categorias de resposta: “todos os dias”, “uma vez por semana” e “algumas vezes por semana”. As percentagens foram mais elevadas no item 22 – “Sinto que os meus utentes me culpam por alguns dos seus problemas (29,3%) e no item 11 – “Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional” (16,7%). Nos restantes itens a percentagem foi inferior a 15% no somatório dessas categorias de resposta.

Tabela 8 - Estatística Descritiva para o score da Despersonalização

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Despersonalização (Score 0-30)	150	,00	30,00	9,19	6,88

O score da despersonalização oscilou entre 0 e 30, a média nesta amostra foi de 9,19 e o desvio padrão de 6,88. Valores acima de 9 são demonstrativos de níveis mais elevados de

Burnout (moderado entre 9-13 e alto acima de 13), pelo que a média da amostra, nesta dimensão, revelou alguma despersonalização.

Tabela 9 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Despersonalização

		Frequência	%
Despersonalização	Burnout Baixo (0-8)	78	52,0
	Burnout Moderado (9-13)	40	26,7
	Burnout Alto (=>14)	32	21,3
	Total	150	100,0

Embora a maioria tenha um resultado baixo nesta dimensão (52%), constata-se que uma grande percentagem (48%) revela despersonalização: moderada (26,7%) e alta (21,3%).

Tabela 10 - Análise de frequências aos itens da Dimensão Realização Pessoal

REALIZAÇÃO PESSOAL	0-Nunca	1-Uma vez ao ano ou menos	2-Uma vez ao mês ou menos	3-Algumas vezes ao mês	4-Uma vez por semana	5-Algumas vezes Por semana	6-Todos os dias
Q4-Posso facilmente compreender como é que os meus utentes se sentem em relação às coisas	7,3% (11)	26,0% (39)	24,7% (37)	15,3% (23)	6,0% (9)	2,7% (4)	18,0% (27)
Q7-Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes	4,7% (7)	29,3% (44)	26,0% (39)	14,0% (21)	3,3% (5)	5,3% (8)	17,3% (26)
Q9-Sinto que estou a influenciar positivamente a vida das outras pessoas através do meu trabalho	3,3% (5)	26,7% (40)	24,7% (37)	18,0% (27)	2,7% (4)	6,0% (9)	18,7% (28)
Q12-Sinto-me com muitas energias	14,0% (21)	38,0% (57)	20,0% (30)	9,3% (14)	3,3% (5)	6,0% (9)	9,3% (14)
Q17-Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus utentes	4,0% (6)	31,3% (47)	25,3% (38)	12,0% (18)	3,3% (5)	5,3% (8)	18,7% (28)
Q18-Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus utentes	2,7% (4)	32,0% (48)	24,7% (37)	12,0% (18)	4,7% (7)	5,3% (8)	18,7% (28)
Q19-Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena	4,0% (6)	34,7% (52)	22,0% (33)	11,3% (17)	4,0% (6)	6,0% (9)	18,0% (27)
Q21-No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais	3,3% (5)	30,7% (46)	24,7% (37)	12,0% (18)	6,7% (10)	8,0% (12)	14,7% (22)

Nos itens da dimensão da realização pessoal juntaram-se as categorias de resposta referente ao: “0-nunca”, “1- uma vez ao ano ou menos”, “2- uma vez ao mês ou menos” e 3 – “Algumas vezes ao mês”, com o objetivo de averiguar quais os itens em que os sujeitos se sentem menos realizados. Constatou-se, que em todos os itens desta dimensão, essa percentagem é superior a 70%, ou seja, a maioria dos sujeitos sente-se raramente realizada. O item com pior resultado foi o item 12- “Sinto-me com muitas energias” (81,3%)

Tabela 11 - Estatística Descritiva para o score da Realização Pessoal

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Realização Pessoal (score 0-48)	150	,00	48,00	21,04	13,03

O score da realização pessoal oscilou entre 0 e 48, sendo a média nesta amostra de 21,04 e o desvio padrão de 13,03. Valores abaixo de 31 são demonstrativos de níveis mais elevados de Burnout (moderado entre 31-36 e alto acima entre 0-30), pelo que a média da amostra, nesta dimensão, revela a existência de Burnout elevado por haver uma reduzida realização pessoal.

Tabela 12 - Análise de Frequências - % de sujeitos com Burnout na Realização Pessoal

	Frequência	%	
Realização Pessoal	Burnout Baixo (≥ 37)	27	18,0
	Burnout Moderado (31-36)	14	9,3
	Burnout Alto (0-30)	109	72,7
	Total	150	100,0

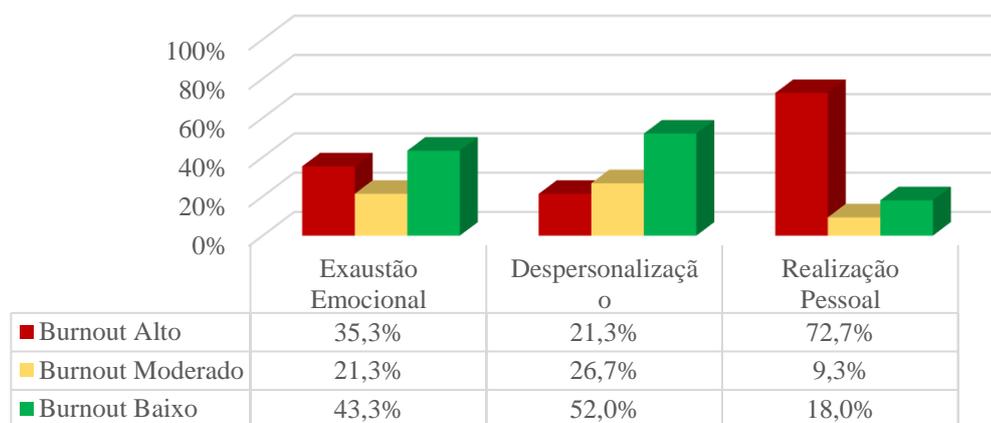
A maioria dos sujeitos (72,7%) revela um Burnout elevado ao nível da realização pessoal, revelando uma reduzida realização pessoal (valores entre 0-30 no score da escala). Apenas 18% dos profissionais revelam Burnout baixo nesta dimensão, ou seja, uma realização pessoal alta.

Tabela 13 - Tabela resumo da % de sujeitos com Resultado nas 3 Dimensões do Burnout

	Freq	%	
Exaustão Emocional	Burnout Baixo (0-16)	65	43,3%
	Burnout Moderado (17-26)	32	21,3%
	Burnout Alto (≥ 27)	53	35,3%
Despersonalização	Burnout Baixo (0-8)	78	52,0%
	Burnout Moderado (9-13)	40	26,7%
	Burnout Alto (≥ 14)	32	21,3%
Realização Pessoal	Burnout Baixo (≥ 37)	27	18,0%
	Burnout Moderado (31-36)	14	9,3%
	Burnout Alto (0-30)	109	72,7%

Observando o gráfico 1 constata-se que existem níveis mais altos de Burnout na realização pessoal (72,7%), seguida da exaustão emocional (35,3%) e em último lugar a despersonalização (21,3%).

Gráfico 1 - % de sujeitos com Resultado Alto, Moderado e baixo nas 3 Dimensões do Burnout



Resultados da sintomatologia para a amostra total

Com o objetivo de averiguar quais os sintomas que são sentidos com mais frequência na amostra total, somaram-se as respostas referentes às categorias de resposta: “todos os dias”, “uma vez por semana” e “algumas vezes por semana”.

Tabela 14 - Análise de frequências aos itens Escala da Sintomatologia

SINTOMATOLOGIA	0-Nunca	1-Uma vez ao ano ou menos	2-Uma vez ao mês ou menos	3-Algumas vezes ao mês	4-Uma vez por semana	5-Algumas vezes Por semana	6-Todos os dias
S1-Cefaleia (dor de cabeça)	6,7% (10)	21,3% (32)	30,7% (46)	14,7% (22)	5,3% (8)	15,3% (23)	6,0% (9)
S2-Irritabilidade fácil	10,7% (16)	30,7% (46)	22,0% (33)	6,7% (10)	10,0% (15)	13,3% (20)	6,7% (10)
S3-Perda ou excesso de apetite	12,0% (18)	24,0% (36)	25,3% (38)	11,3% (17)	6,7% (10)	16,0% (24)	4,7% (7)
S4-Pressão arterial alta	17,3% (26)	30,0% (45)	23,3% (35)	12,0% (18)	8,0% (12)	5,3% (8)	4,0% (6)
S5-Dores nos ombros ou na nuca	8,7% (13)	26,7% (40)	32,7% (49)	17,3% (26)	3,3% (5)	6,0% (9)	5,3% (8)
S6-Dor no peito	33,3% (50)	31,3% (47)	21,3% (32)	4,7% (7)	5,3% (8)	2,0% (3)	2,0% (3)
S7-Dificuldades com sono	6,7% (10)	26,0% (39)	34,7% (52)	12,7% (19)	6,0% (9)	6,7% (10)	7,3% (11)
S8-Sentimento de cansaço mental	8,7% (13)	32,0% (48)	22,0% (33)	8,0% (12)	6,0% (9)	5,3% (8)	18,0% (27)
S9-Dificuldades sexuais	22,0% (33)	25,3% (38)	29,3% (44)	9,3% (14)	4,0% (6)	4,7% (7)	5,3% (8)
S10-Pouco tempo para si mesmo	8,0% (12)	28,0% (42)	21,3% (32)	9,3% (14)	8,0% (12)	5,3% (8)	20% (30)
S11-Fadiga generalizada	5,3% (8)	26,0% (39)	28,7% (43)	12,7% (19)	4,7% (7)	7,3% (11)	15,3% (23)
S12-Pequenas infeções	30,7% (46)	34,0% (51)	19,3% (29)	4,0% (6)	6,0% (9)	2,0% (3)	4,0% (6)
S13Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	24,0% (36)	16,0% (24)	26,0% (39)	11,3% (17)	14,7% (22)	4,7% (7)	3,3% (5)
S14-Dificuldades de memória e concentração	13,3% (20)	34,0% (51)	24,7% (37)	10% (15)	9,3% (14)	4,0% (6)	4,7% (7)
S15-Problemas gastrointestinais	21,3% (32)	28,0% (42)	27,3% (41)	12,7% (19)	3,3% (5)	3,3% (5)	4,0% (6)
S16-Problemas alérgicos	32,0% (48)	33,3% (50)	19,3% (29)	5,3% (8)	4,7% (7)	1,3% (2)	4,0% (6)
S17-Estado de aceleração contínuo	24,0% (36)	26,0% (39)	26,7% (40)	12,0% (18)	3,3% (5)	4,0% (6)	4,0% (6)
S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	18,0% (27)	30,0% (45)	18,7% (28)	8,0% (12)	4,7% (7)	4,7% (7)	16,0% (24)
S19-Perda do senso de humor	12,0% (18)	24,7% (37)	28,7% (43)	12,7% (19)	3,3% (5)	14,0% (21)	4,7% (7)
S20-Gripes ou constipações	16,0% (24)	41,3% (62)	25,3% (38)	6,7% (10)	4,7% (7)	2,7% (4)	3,3% (5)
S21-Perda do desejo sexual	26,7% (40)	23,3% (35)	26,7% (40)	11,3% (17)	2,7% (4)	4,7% (7)	4,7% (7)

Deste modo os sintomas que ocorreram com mais frequência (todos os dias ou semanalmente) foram:

S10 - “Pouco tempo para si mesmo” (33,5%)

S2 - “Irritabilidade fácil” (30%)

S8 - “Cansaço mental” (29,3%)

S3 - “Perda ou excesso de apetite” (27,3%)

S11 - “Fadiga generalizada” (27,3%)

S1 - “Cefaleias” (27,3%)

S18 - “Sentir-se sem vontade de começar nada” (25,4%)

Relação entre Burnout e sintomatologia

Foi-se averiguar a existência de uma relação significativa entre as dimensões do Burnout e cada um dos sintomas da escala de sintomatologia. Recorreu-se a uma correlação não paramétrica de Spearman dado a escala de resposta dos sintomas ter uma escala ordinal. Considerou-se uma correlação muito baixa um valor igual ou abaixo de 0,19, uma correlação baixa valores entre 0,20 e 0,39, correlações moderadas valores entre 0,40 e 0,69, correlações altas valores entre 0,70 e 0,89 e correlações muito altas valores acima de 0,89.

Tabela 15 - Correlação de Spearman: relação entre as dimensões do Burnout e a Sintomatologia

		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
S1-Cefaleia (dor de cabeça)	Spearman	,720**	,502**	,190*
	p	,000	,000	,020
S2-Irritabilidade fácil	Spearman	,779**	,567**	,326**
	p	,000	,000	,000
S3-Perda ou excesso de apetite	Spearman	,700**	,604**	,166*
	p	,000	,000	,043
S4-Pressão arterial alta	Spearman	,700**	,617**	,229**
	p	,000	,000	,005
S5-Dores nos ombros ou na nuca	Spearman	,519**	,543**	,376**
	p	,000	,000	,000
S6-Dor no peito	Spearman	,282**	,467**	,275**
	p	,000	,000	,001
S7-Dificuldades com sono	Spearman	,683**	,624**	,312**
	p	,000	,000	,000
S8-Sentimento de cansaço mental	Spearman	,771**	,530**	,376**
	p	,000	,000	,000
S9-Dificuldades sexuais	Spearman	,233**	,416**	,361**
	p	,004	,000	,000
S10-Pouco tempo para si mesmo	Spearman	,723**	,470**	,424**
	p	,000	,000	,000
S11-Fadiga generalizada	Spearman	,789**	,596**	,234**
	p	,000	,000	,004
S12-Pequenas infeções	Spearman	,112	,351**	,413**
	p	,174	,000	,000
S13Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	Spearman	,632**	,616**	,010
	p	,000	,000	,904
S14-Dificuldades de memória e concentração	Spearman	,665**	,617**	,378**
	p	,000	,000	,000
S15-Problemas gastrointestinais	Spearman	,237**	,470**	,295**
	p	,004	,000	,000
S16-Problemas alérgicos	Spearman	,069	,234**	,351**
	p	,400	,004	,000

S17-Estado de aceleração contínuo	Spearman	,227**	,372**	,359**
	p	,005	,000	,000
S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	Spearman	,802**	,668**	,161*
	p	,000	,000	,050
S19-Perda do senso de humor	Spearman	,676**	,650**	,215**
	p	,000	,000	,008
S20-Gripes ou constipações	Spearman	,439**	,480**	,370**
	p	,000	,000	,000
S21-Perda do desejo sexual	Spearman	,271**	,451**	,258**
	p	,001	,000	,001

** . Correlação significativa para $p < 0,01$

* . Correlação significativa para $p < 0,05$

A dimensão exaustão emocional revelou correlações altas (valores entre 0,70 e 0,89) com os sintomas : cefaleia ($R = 0,720$, $p = 0,000$), irritabilidade fácil ($R = 0,779$, $p = 0,000$), perda ou excesso de apetite ($R = 0,700$, $p = 0,000$), pressão arterial alta ($R = 0,700$, $p = 0,000$), sentimento de cansaço mental ($R = 0,771$, $p = 0,000$), pouco tempo para si mesmo ($R = 0,723$, $p = 0,000$), fadiga generalizada ($R = 0,789$, $p = 0,000$) e sentir-se sem vontade de começar nada ($R = 0,802$, $p = 0,000$).

A dimensão exaustão emocional revelou ainda correlações moderadas (valores entre 0,40 e 0,69) com os sintomas: dores nos ombros ou na nuca ($R = 0,519$, $p = 0,000$), dificuldades com o sono ($R = 0,683$, $p = 0,000$), aumento do consumo de bebida, tabaco ou substância química ($R = 0,632$, $p = 0,000$), dificuldades de memória ou concentração ($R = 0,665$, $p = 0,000$), perda do senso de humor ($R = 0,676$, $p = 0,000$) e gripes ou constipações ($R = 0,439$, $p = 0,000$). A exaustão emocional apenas não se correlacionou de forma significativa com os sintomas pequenas infecções ($R = 0,112$, $p = 0,174$) e problemas alérgicos ($R = 0,069$, $p = 0,400$), tendo revelado correlações baixas nos restantes sintomas (valores entre 0,20 e 0,39).

A dimensão despersonalização revelou correlações moderadas (valores entre 0,40 e 0,69) com quase todos os sintomas, as exceções foram os sintomas: pequenas infecções ($R = 0,351$, $p = 0,000$), problemas alérgicos ($R = 0,234$, $p = 0,004$) e estado de aceleração contínuo ($R = 0,372$, $p = 0,000$), em que as correlações foram baixas (entre 0,20 e 0,39).

A dimensão realização pessoal revelou correlações moderadas (valores entre 0,40 e 0,69) com 2 sintomas: pouco tempo para si mesma ($R = 0,424$, $p = 0,000$) e pequenas infecções ($R = 0,413$, $p = 0,000$), e correlações baixas (entre 0,20 e 0,39) com os restantes sintomas, havendo apenas um sintoma que não se correlacionou significativamente com esta dimensão, que foi o aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas ($R = 0,010$, $p = 0,904$).

Género Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 16 - Comparação entre os sexos nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

Dimensões Burnout	Género		Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Mann-Whitney
Exaustão Emocional	Feminino	Freq.	56	26	38	U = 1419,00 p= 0,054
		%	46,7%	21,7%	31,7%	
	Masculino	Freq.	9	6	15	
		%	30,0%	20,0%	50,0%	
Despersonalização	Feminino	Freq.	68	28	24	U = 1412,00 p= 0,045*
		%	56,7%	23,3%	20,0%	
	Masculino	Freq.	10	12	8	
		%	33,3%	40,0%	26,7%	
Realização Pessoal	Feminino	Freq.	23	12	85	U = 1636,00 p= 0,324
		%	19,2%	10,0%	70,8%	
	Masculino	Freq.	4	2	24	
		%	13,3%	6,7%	80,0%	

* *significativo para p < 0,05*

O teste Mann-Whitney revelou a existência de uma diferença significativa entre sexo feminino e masculino na dimensão despersonalização (U = 1412,00 P = 0,045), revelando o sexo masculino níveis mais elevados de despersonalização (Burnout moderado M-40% e F - 23,3%; Burnout elevado M - 26,7% e F-20%). Na dimensão exaustão emocional o teste Mann-Whitney revelou um resultado no limiar da significância (U = 1419,00, p = 0,054) revelando o sexo masculino tendência para ter um resultado mais elevado (M-50%, F – 31,7%). Na dimensão realização pessoal não se verificaram diferenças significativas (U = 1636,00, p= 0,324), revelando ambos os sexos resultados muito negativos que traduzem uma realização pessoal baixa (M-80%, F – 70,8%).

Tabela 17 - Comparação entre os sexos nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

		BURNOUT			Mann-Whitney	
		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)		
Género	Feminino	Freq.	18	91	11	U=1600,00 p= 0,203
		%	15,0%	75,8%	9,2%	
Masculino	Freq.	2	24	4		
	%	6,7%	80,0%	13,3%		

Não existem diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nas categorias do Burnout total (U = 1600,00, p = 0,203), em ambos os sexos a maioria revela um resultado

que traduz risco de Burnout (1 ou 2 dimensões afetadas), sendo a percentagem no sexo masculino de 80% e no sexo feminino de 75,8%.

Tabela 18 - Comparação entre os sexos nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney

Género		S1-Cefaleia (dor de cabeça)	S3-Perda ou excesso de apetite	S9- Dificuldades sexuais	S13Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	S21Perda do desejo sexual
Feminino	Média	2,45	2,26	1,95	1,88	1,84
	N	120	120	120	120	120
	Dp	1,608	1,658	1,608	1,596	1,614
Masculino	Média	3,23	3,13	1,37	2,70	1,27
	N	30	30	30	30	30
	Dp	1,851	2,030	1,650	1,822	1,596
	Mann-Whitney	U =-1,984 p =0,047*	U =1359,00 p =0,035*	U =-2,173 p =0,030*	U =-2,230 p =0,026*	U =-2,124 p =0,034*

(Escala 0-6: 0-Nunca, 6 – Todos os dias) * significativo para $p < 0,05$

O teste Mann-Whitney revelou a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino, revelando o sexo masculino maior frequência de sintomas, nos itens: cefaleia ($p=0,047$), perda ou excesso de apetite ($p=0,035$) e aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas ($p= 0,026$). Enquanto nos itens dificuldades sexuais ($p=0,03$) e perda de desejo sexual ($p= 0,034$), foi o sexo feminino que revelou uma maior frequência de sintomas.

Idade Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 19 - Comparação entre diferentes Faixas Etárias nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Freqüências e Kruskal-Wallis

Dimensões	Idade		Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Kruskal-Wallis
Exaustão Emocional	18-29 anos	Freq.	12	4	21	$X^2_{KW}=7,432$ $p=0,059$
		%	32,4%	10,8%	56,8%	
	30-39 anos	Freq.	21	10	14	
		%	46,7%	22,2%	31,1%	
	40-49 anos	Freq.	19	8	8	
=> 50 anos	Freq.	13	10	10		
Despersonalização	18-29 anos	Freq.	16	14	7	$X^2_{KW}=1,294$ $p=0,730$
		%	43,2%	37,8%	18,9%	
	30-39 anos	Freq.	24	11	10	
		%	53,3%	24,4%	22,2%	
	40-49 anos	Freq.	22	5	8	
%		62,9%	14,3%	22,9%		
Realização Pessoal	18-29 anos	Freq.	5	3	29	$X^2_{KW}=4,546$ $p=0,208$
		%	13,5%	8,1%	78,4%	
	30-39 anos	Freq.	10	5	30	
		%	22,2%	11,1%	66,7%	
	40-49 anos	Freq.	4	2	29	
%		11,4%	5,7%	82,9%		
		Freq.	8	4	21	
		%	24,2%	12,1%	63,6%	

O teste Kruskal-Wallis revelou uma diferença no limiar da significância entre as faixas etárias na dimensão Exaustão Emocional ($p=0,059$), havendo uma tendência para os profissionais com idade entre os 18 e os 29 anos apresentarem uma percentagem mais alta no Burnout elevado comparativamente com as outras faixas etárias (56,8%, enquanto que nas outras faixas a percentagens foram entre 22,9% e 31,1%).

Tabela 20 - Comparação entre as 4 faixas etárias nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

			Total Burnout			Kruskal-Wallis
			Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
Idade	18-29 anos	Freq.	6	26	5	$X^2_{KW}=1,921$ $p=0,589$
		%	16,2%	70,3%	13,5%	
	30-39 anos	Freq.	8	33	4	
		%	17,8%	73,3%	8,9%	
	40-49 anos	Freq.	3	27	5	
		%	8,6%	77,1%	14,3%	
	=> 50 anos	Freq.	3	29	1	
		%	9,1%	87,9%	3,0%	

Não existem diferenças significativas entre as 4 faixas etárias nas categorias do Burnout total ($X^2_{KW}=1,921$, $p = 0,589$), em todas as faixas a maioria revela um resultado que traduz risco de Burnout (1 ou 2 dimensões afetadas), oscilando as percentagens entre 70,3% e 87,9%.

Tabela 21 - Comparação entre as 4 faixas etárias: Estatística Descritiva e teste Kruskal-Wallis

Sintomas	Idade	N	Média	Desvio Padrão	Kruskal-Wallis
S1-Cefaleia (dor de cabeça)	18-29 anos	37	3,62	1,934	$X^2_{KW}=13,065$ $p=0,004^{**}$
	30-39 anos	45	2,42	1,699	
	40-49 anos	35	2,00	,939	
	=> 50 anos	33	2,36	1,537	
S2-Irritabilidade fácil	18-29 anos	37	3,57	2,007	$X^2_{KW}=19,552$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	2,33	1,846	
	40-49 anos	35	1,54	1,172	
	=> 50 anos	33	2,15	1,523	
S3-Perda ou excesso de apetite	18-29 anos	37	3,35	2,111	$X^2_{KW}=9,336$ $p=0,025^*$
	30-39 anos	45	2,31	1,690	
	40-49 anos	35	1,94	1,110	
	=> 50 anos	33	2,09	1,702	
S6-Dor no peito	18-29 anos	37	,84	1,463	$X^2_{KW}=14,944$ $p=0,002^{**}$
	30-39 anos	45	1,22	1,347	
	40-49 anos	35	1,43	1,065	
	=> 50 anos	33	1,85	1,544	
S8-Sentimento de cansaço mental	18-29 anos	37	3,95	2,333	$X^2_{KW}=19,187$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	2,29	1,973	
	40-49 anos	35	1,66	1,110	
	=> 50 anos	33	2,45	1,660	
S9-Dificuldades sexuais	18-29 anos	37	1,08	1,441	$X^2_{KW}=19,059$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	1,91	1,819	
	40-49 anos	35	1,83	1,014	
	=> 50 anos	33	2,58	1,768	
S10-Pouco tempo para si mesmo	18-29 anos	37	3,76	2,241	$X^2_{KW}=14,173$ $p=0,003^{**}$
	30-39 anos	45	2,78	2,120	
	40-49 anos	35	1,80	1,302	
	=> 50 anos	33	2,70	1,845	

S11-Fadiga generalizada	18-29 anos	37	3,76	2,278	$X^2_{KW}=10,987$ $p=0,012^*$
	30-39 anos	45	2,53	1,878	
	40-49 anos	35	1,91	,951	
	=> 50 anos	33	2,52	1,544	
S12-Pequenas infeções	18-29 anos	37	,70	1,450	$X^2_{KW}=27,873$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	1,49	1,804	
	40-49 anos	35	1,54	1,039	
	=> 50 anos	33	2,03	1,403	
S15-Problemas gastrointestinais	18-29 anos	37	1,08	1,460	$X^2_{KW}=17,618$ $p=0,001^{**}$
	30-39 anos	45	1,76	1,612	
	40-49 anos	35	1,94	,938	
	=> 50 anos	33	2,27	1,701	
S16-Problemas alérgicos	18-29 anos	37	,89	1,680	$X^2_{KW}=19,354$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	1,24	1,417	
	40-49 anos	35	1,43	,979	
	=> 50 anos	33	2,03	1,649	
S17-Estado de aceleração contínuo	18-29 anos	37	,92	1,479	$X^2_{KW}=23,282$ $p=0,000^{**}$
	30-39 anos	45	1,84	1,665	
	40-49 anos	35	1,86	1,033	
	=> 50 anos	33	2,33	1,633	
S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	18-29 anos	37	3,51	2,457	$X^2_{KW}=12,847$ $p=0,005^{**}$
	30-39 anos	45	2,09	2,130	
	40-49 anos	35	1,46	1,010	
	=> 50 anos	33	2,09	1,702	
S21Perda do desejo sexual	18-29 anos	37	1,11	1,577	$X^2_{KW}=15,267$ $p=0,002^{**}$
	30-39 anos	45	1,69	1,690	
	40-49 anos	35	1,71	1,073	
	=> 50 anos	33	2,48	1,805	

(Escala 0-6: 0-Nunca, 6 – Todos os dias) * significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$

Na faixa etária dos 18-29 anos constata-se que há sintomas mais frequentes do que nas outras faixas etárias, nomeadamente: cefaleias, irritabilidade fácil, perda ou excesso de apetite, sentimento de cansaço mental, pouco tempo para si, fadiga generalizada e sentir-se sem vontade de começar nada. Na faixa etária dos 18-29 anos há também sintomas que são menos frequentes comparativamente com as outras faixas etárias: dor no peito, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas alérgicos, estado de aceleração contínuo e perda de desejo sexual.

Estado Civil Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 22 - Comparação entre estado civil nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

Dimensões Burnout	Estado Civil	Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Mann-Whitney
Exaustão Emocional	Casado (a) / Com companheiro (a)	14 27,5%	19 37,3%	18 35,3%	U = 2132,50 p= 0,094
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	51 51,5%	13 13,1%	35 35,4%	
	Casado (a) / Com companheiro (a)	22 43,1%	15 29,4%	14 27,5%	
Despersonalização	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	56 56,6%	25 25,3%	18 18,2%	U = 2145,50 p= 0,099
	Casado (a) / Com companheiro (a)	10 19,6%	8 15,7%	33 64,7%	
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	17 17,2%	6 6,1%	76 76,8%	
Realização Pessoal	Casado (a) / Com companheiro (a)	10 19,6%	8 15,7%	33 64,7%	U = 2258,00 p= 0,176
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	17 17,2%	6 6,1%	76 76,8%	

O teste Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas 3 dimensões do Burnout, havendo, contudo, a tendência para haver uma maior percentagem de sujeitos com Burnout baixo no grupo dos solteiros/viúvos e divorciados nas dimensões exaustão emocional (51,5%) e na despersonalização (56,6%), enquanto que no grupo dos casados/com companheiro as percentagens são 27,5% e 43,1% respetivamente. Na dimensão Realização pessoal há uma percentagem elevada de sujeitos com Burnout elevado nos dois grupos (embora um pouco superior no grupo dos solteiros/casados/viúvos).

Tabela 23 - Comparação entre estado civil nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

	Estado Civil	Total Burnout			Mann-Whitney
		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
	Casado (a) / Com companheiro (a)	5 9,8%	43 84,3%	3 5,9%	U = 25,095 p= 0,936
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	15 15,2%	72 72,7%	12 12,1%	

Não existem diferenças significativas entre os dois grupos nas categorias do Burnout total. A maioria dos sujeitos dos dois grupos está em risco de Burnout (Casado(a)/Com companheiro(a)- 84,3% e solteiro(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)-72,2%).

Tabela 24 - Comparação estado civil nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney

Sintomas	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney
S5-Dores nos ombros ou na nuca	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,63	1,697	U =-2,341 p= 0,012*
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,97	1,366	
S6-Dor no peito	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	1,84	1,617	U -3,063 p= 0,002**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,04	1,186	
S7-Dificuldades com sono	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,73	1,733	U =-2,020 p= 0,043*
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	2,15	1,501	
S9-Dificuldades sexuais	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,39	1,823	U =-2,903 p= 0,004**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,55	1,445	
S12-Pequenas infecções	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,10	1,712	U =-3,955 p= 0,000**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,08	1,315	
S15-Problemas gastrointestinais	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,31	1,667	U =-3,335 p= 0,001**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,45	1,342	
S16-Problemas alérgicos	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	1,82	1,646	U =-2,685 p= 0,007**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,14	1,363	
S20-Gripes ou constipações	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,18	1,670	U =-2,861 p= 0,004**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,36	1,156	
S21Perda do desejo sexual	Casado (a) / Com companheiro (a)	51	2,22	1,781	U =-2,624 p= 0,009**
	Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)	99	1,47	1,480	

(Escala 0-6: 0-Nunca, 6 – Todos os dias) * significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$

No grupo dos casados/com companheiro(a) constata-se que há uma maior frequência de alguns sintomas, comparativamente com os solteiros/viúvos e divorciados, nomeadamente: dores nos ombros ou na nuca, dor no peito, dificuldades com o sono, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas gastro intestinais, problemas alérgicos, gripes ou constipações e perda de desejo sexual.

Existência de filhos Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 25 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

Dimensões Burnout	Existência de Filhos	Burnout			Mann-Whitney
		Burnout Baixo	Moderado	Burnout Alto	
Exaustão Emocional	Não tem filhos	44 48,4%	13 14,3%	34 37,4%	U =2328,50 p=0,865
	Tem filhos	21 40,4%	15 28,8%	16 30,8%	
Despersonalização	Não tem filhos	49 53,8%	24 26,4%	18 19,8%	U =2351,00 p=0,945
	Tem filhos	28 53,8%	13 25,0%	11 21,2%	
Realização Pessoal	Não tem filhos	10 11,0%	6 6,6%	75 82,4%	U =1868,00 p=0,006**
	Tem filhos	13 25,0%	7 13,5%	32 61,5%	

** *significativo para $p < 0,01$*

O teste Mann-Whitney revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão realização pessoal (U =1868,00, p = 0,006): no grupo que não tem filhos há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout elevado ao nível da realização (82,4%), comparativamente com o grupo que tem filhos (61,5%).

Tabela 26 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

		BURNOUT			Mann-Whitney
		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
Filhos	Não tem filhos	9 9,9%	69 75,8%	13 14,3%	U=1993,00 p=0,03*
	Tem filhos	9 17,3%	41 78,8%	2 3,8%	

* *significativo para $p < 0,05$*

O teste Mann-Whitney revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos (U = 1993,00, p = 0,03) nas categorias do Burnout total: no grupo que não tem filhos há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout (14,3%) comparativamente com o grupo que tem filhos (3,8%).

Tabela 27 - Comparação entre quem tem e quem não tem filhos nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney

Sintomas	Existência de Filhos	N	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney
S12-Pequenas infecções	Não tem filhos	91	1,15	1,406	U = 1886,00 p=0,035*
	Tem filhos	52	1,60	1,418	
	Total	143	1,31	1,421	

(Escala 0-6: 0-Nunca, 6 – Todos os dias) * significativo para $p < 0,05$

No sintoma “pequenas infecções” há uma diferença significativa entre os dois grupos (U =1886,00, $p = 0,035$), sendo este sintoma menos frequente no grupo que não tem filhos.

Existência de dependentes adultos Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 28 - Comparação entre quem tem e quem não dependentes adultos a cargo nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

Dimensões Burnout	Existência de dependentes adultos	BURNOUT			Mann-Whitney
		Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	
Exaustão Emocional	Não tem dependentes adultos	48 53,3%	14 15,6%	28 31,1%	U = 1792,00 p= 0,013*
	Tem dependentes adultos	14 26,9%	16 30,8%	22 42,3%	
Despersonalização	Não tem dependentes adultos	51 56,7%	24 26,7%	15 16,7%	U = 2050,50 p= 0,177
	Tem dependentes adultos	24 46,2%	15 28,8%	13 25,0%	
Realização Pessoal	Não tem dependentes adultos	13 14,4%	7 7,8%	70 77,8%	U=2182,500 p=0,376
	Tem dependentes adultos	10 19,2%	5 9,6%	37 71,2%	

* *significativo para $p < 0,05$*

O teste Mann-Whitney revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão Exaustão Emocional (U = 1792,00, p = 0,013): no grupo que tem dependentes adultos a cargo há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout moderado e elevado na exaustão (30,8% e 42,3%), comparativamente com o grupo que não tem dependentes adultos a cargo (15,6% e 31,1%).

Tabela 29 - Comparação entre quem tem e quem não dependentes adultos a cargo nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

		Burnout			Mann-Whitney
		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
Dependentes Adultos	Não tem dependentes adultos	11 12,2%	71 78,9%	8 8,9%	U = 2272,500 p=0,699
	Tem dependentes adultos	7 13,5%	38 73,1%	7 13,5%	

Não existem diferenças significativas entre os dois grupos nas categorias do Burnout total. A maioria dos sujeitos dos dois grupos está em risco de Burnout (não tem dependentes adultos a cargo - 78,9% e tem dependentes adultos a cargo - 73,1%).

Tabela 30 - Comparação entre quem tem e quem não tem dependentes a cargo nos Sintomas: Estatística Descritiva e teste Mann-Whitney

Sintomas	Existência de dependentes adultos	N	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney
S8-Sentimento de cansaço mental	Não tem dependentes adultos	90	2,34	2,012	U = -1,898 p=0,058
	Tem dependentes adultos	52	2,87	1,889	
S14-Dificuldades de memória e concentração	Não tem dependentes adultos	90	1,76	1,456	U = -1,896 p=0,058
	Tem dependentes adultos	52	2,13	1,442	

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em nenhum sintoma, contudo destacam-se diferenças no limiar da significância em dois sintomas: sentimento de cansaço mental (U = -1,898, p = 0,058) e dificuldade de memória e concentração (U = -1,896, p = 0,058), revelando o grupo com dependentes a cargo a tendência para uma maior frequência destes sintomas.

Situação laboral Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 31 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

Dimensões Burnout	Situação Laboral	Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Kruskal-Wallis
Exaustão Emocional	Contrato de trabalho a termo	8 28,6%	6 21,4%	14 50,0%	$X^2_{KW}=5,291$ $p=0,071$
	Contrato de trabalho sem termo	10 37,0%	6 22,2%	11 40,7%	
	Sem contrato de trabalho	47 49,5%	20 21,1%	28 29,5%	
Despersonalização	Contrato de trabalho a termo	13 46,4%	5 17,9%	10 35,7%	$X^2_{KW}=3,521$ $p=0,172$
	Contrato de trabalho sem termo	12 44,4%	7 25,9%	8 29,6%	
	Sem contrato de trabalho	53 55,8%	28 29,5%	14 14,7%	
Realização Pessoal	Contrato de trabalho a termo	5 17,9%	6 21,4%	17 60,7%	$X^2_{KW}=6,170$ $p=0,046^*$
	Contrato de trabalho sem termo	8 29,6%	3 11,1%	16 59,3%	
	Sem contrato de trabalho	14 14,7%	5 5,3%	76 80,0%	

*significativo para $p < 0,05$

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de uma diferença significativa entre os grupos na realização pessoal ($X^2_{KW}=6,170$, $p=0,046$). No grupo sem contrato de trabalho é onde há uma percentagem mais alta de sujeitos com Burnout alto, revelando estes sujeitos uma realização pessoal baixa (80%), nos outros grupos essa percentagem é mais baixa (Contrato de trabalho a termo - 60,7%; contrato de trabalho sem termo - 59,3%).

Tabela 32 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nas categorias do Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

		Total_Burnout				Kruskal-Wallis
		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)		
Como classificaria sua situação laboral?	Contrato de trabalho a termo	Freq	5	18	5	X ² _{KW} =0,831 p=0,660
		%	17,9%	64,3%	17,9%	
	Contrato de trabalho sem termo	Freq	3	24	0	
		%	11,1%	88,9%	0,0%	
	Sem contrato de trabalho	Freq	12	73	10	
		%	12,6%	76,8%	10,5%	

Embora o teste Kruskal-Wallis não revele a existência de diferenças significativas entre os três grupos (X²_{KW} = 0,831, p = 0,660), constatando-se em todos uma percentagem elevada de sujeitos em risco de Burnout, observa-se que no grupo com contrato de trabalho sem termo não há ninguém com Burnout, enquanto que nos grupos com contrato a termo e sem contrato as percentagens são de 17,9% e 10,5%.

Tabela 33 - Comparação entre 3 grupos com diferentes situações laborais nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis

Sintomas	Situação Laboral	N	Média	Desvio Padrão	Kruskal-Wallis
S6-Dor no peito	Contrato de trabalho a termo	28	,93	1,720	X ² _{KW} =9,312 p=0,010**
	Contrato de trabalho sem termo	27	1,81	1,942	
	Sem contrato de trabalho	95	1,28	1,038	
S13-Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	Contrato de trabalho a termo	28	1,50	1,972	X ² _{KW} =9,853 p=0,007**
	Contrato de trabalho sem termo	27	2,85	1,812	
	Sem contrato de trabalho	95	1,97	1,455	
S15-Problemas gastrointestinais	Contrato de trabalho a termo	28	1,68	2,195	X ² _{KW} =6,427 p=0,040*
	Contrato de trabalho sem termo	27	2,33	1,687	
	Sem contrato de trabalho	95	1,60	1,152	

(Escala 0-6 : 0-Nunca, 6 – Todos os dias) * significativo para p < 0,05, ** significativo para p < 0,01

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos, em 3 sintomas, revelando o grupo com contrato sem termo, uma maior frequência nos sintomas: dor no peito, aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas e problemas gastrointestinais.

Rede de apoio informal Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 34 - Comparação entre quem tem uma rede de apoio informal =<5 pessoas vs> 5 pessoas nas categorias de Burnout nas 3: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

	Rede de Apoio Informal	Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Mann-Whitney
Exaustão Emocional	=<5 pessoas	28 36,8%	13 17,1%	35 46,1%	U= 2168,000 p= 0,013*
	> 5 pessoas	37 50,7%	19 26,0%	17 23,3%	
Despersonalização	=<5 pessoas	36 47,4%	21 27,6%	19 25,0%	U = 2437,500 p=0,160
	> 5 pessoas	42 57,5%	19 26,0%	12 16,4%	
Realização Pessoal	=<5 pessoas	14 18,4%	2 2,6%	60 78,9%	U = 2479,000 p=0,152
	> 5 pessoas	13 17,8%	12 16,4%	48 65,8%	

* *significativo para p < 0,05*

Com base na mediana foram criados dois grupos: um grupo que tem uma rede de apoio igual ou inferior a 5 pessoas e outro grupo com uma rede de apoio superior a 5 pessoas.

O teste Mann-Whitney revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos na dimensão exaustão emocional (U = 2168,00, p = 0,013), havendo no grupo que tem menos pessoas na sua rede de apoio informal uma percentagem mais elevada de Burnout alto ao nível da exaustão (46,1%) enquanto essa percentagem no grupo com mais pessoas na rede de apoio é de 23,3%.

Tabela 35 - Comparação entre quem tem uma rede de apoio informal =<5 pessoas vs> 5 pessoas nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Mann-Whitney

	Rede apoio	Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
	=<5 pessoas	7 9,2%	57 75,0%	12 15,8%	U =2244,500 p=0,006**
	> 5 pessoas	13 17,8%	58 79,5%	2 2,7%	

** *significativo para p < 0,01*

O teste Mann-Whitney revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos nas categorias do Burnout total (U = 2244,50, p = 0,006): no grupo com menos sujeitos

na rede de apoio informal, há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout (15,8%) comparativamente com o grupo que tem mais sujeitos na rede de apoio (2,7%).

Tabela 36 - Correlação de Spearman: Relação entre o número de pessoas na rede de apoio informal e a frequência dos sintomas

		Número de pessoas na rede de apoio Informal
S1-Cefaleia (dor de cabeça)	Spearman	-,466**
	p	,000
S2-Irritabilidade fácil	Spearman	-,296**
	p	,000
S3-Perda ou excesso de apetite	Spearman	-,459**
	p	,000
S4-Pressão arterial alta	Spearman	-,393**
	p	,000
S5-Dores nos ombros ou na nuca	Spearman	-,163*
	p	,046
S7-Dificuldades com sono	Spearman	-,235**
	p	,004
S8-Sentimento de cansaço mental	Spearman	-,284**
	p	,000
S10-Pouco tempo para si mesmo	Spearman	-,252**
	p	,002
S11-Fadiga generalizada	Spearman	-,380**
	p	,000
S13Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	Spearman	-,391**
	p	,000
S14-Dificuldades de memória e concentração	Spearman	-,196*
	p	,017
S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	Spearman	-,365**
	p	,000
S19-Perda do senso de humor	Spearman	-,370**
	p	,000

** Correlação significativa para $p < 0,01$

* Correlação significativa para $p < 0,01$

Optou-se por usar o número exato de pessoas referidas na resposta à questão sobre a rede de apoio, para poder fazer uma correlação com a frequência dos sintomas. Constata-se a existência de muitas correlações significativas negativas entre o numero de pessoas da rede de apoio e a frequência dos sintomas, quanto maior o numero de pessoas na rede de apoio menor a frequência dos sintomas: os sintomas com correlações mais altas foram : cefaleia ($R = -0,466$, $p = 0,000$), perda ou excesso de apetite ($R = -0,459$, $p = 0,000$), pressão arterial alta ($R = -0,393$, $p = 0,000$), aumento do consumo de bebida tabaco ou substâncias químicas ($R = -0,391$, $p = 0,000$), fadiga generalizada ($R = -0,380$, $p = 0,000$), perda do senso de humor ($R = -0,370$, $p = 0,000$) e sentir-se sem vontade de começar nada ($R = -0,365$, $p = 0,000$).

Horas de trabalho por semana Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 37 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

Dimensões Burnout	Horas de trabalho por semana (média)	Burnout Baixo	Burnout Moderado	Burnout Alto	Kruskal-Wallis
Exaustão Emocional	Menos de 40 h / semana	10	2	4	$X^2_{KW}=21,892$ $p=0,000^{**}$
		62,5%	12,5%	25,0%	
	De 40 a 50 h / semana	39	12	13	
		60,9%	18,8%	20,3%	
	Mais de 50 h / semana	16	18	35	
		23,2%	26,1%	50,7%	
Despersonalização	Menos de 40 h / semana	10	2	4	$X^2_{KW}=15,499$ $p=0,000^{**}$
		62,5%	12,5%	25,0%	
	De 40 a 50 h / semana	39	12	13	
		60,9%	18,8%	20,3%	
	Mais de 50 h / semana	16	18	35	
		23,2%	26,1%	50,7%	
Realização Pessoal	Menos de 40 h / semana	4	5	7	$X^2_{KW}=10,027$ $p=0,007^{**}$
		25,0%	31,3%	43,8%	
	De 40 a 50 h / semana	14	6	44	
		21,9%	9,4%	68,8%	
	Mais de 50 h / semana	8	3	58	
		11,6%	4,3%	84,1%	

* significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os três grupos em todas as dimensões do Burnout, revelando o grupo que trabalha mais de 50 horas por semana, percentagens muito mais elevadas na categoria “Burnout alto”: na exaustão emocional e na despersonalização: 50,7% (enquanto nos outros grupos as percentagens foram inferiores ou iguais a 25%) e na realização pessoal foi 84,1% (nos outros grupos foi de 43,8% em quem trabalha menos de 40 horas e de 68,8% em quem trabalha entre 40 a 50 horas)

Tabela 38 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

Horas de trabalho por semana (média)	Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Burnout dimensão Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	Kruskal-Wallis
Menos de 40 h / semana	5	11	0	$X^2_{KW}=14,255$ $p=0,001^{**}$
	31,3%	68,8%	0,0%	
	13	46	5	
De 40 a 50 h / semana	20,3%	71,9%	7,8%	
	2	57	10	
Mais de 50 h / semana	2,9%	82,6%	14,5%	

** significativo para $p < 0,01$

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas nas categorias do Burnout total ($X^2_{KW} = 14,255$, $p = 0,001$), havendo no grupo que trabalha mais de 50 horas, uma maior percentagem de Burnout (14,5%), enquanto no grupo que trabalha menos de 40 horas não existe Burnout e no grupo que trabalha 40 a 50 horas por semana apenas 7,8% apresenta Burnout.

Tabela 39 - Comparação entre 3 grupos com diferentes horas de trabalho por semana nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis

	Horas de trabalho por semana (média)	N	Média	Desvio Padrão	Kruskal-Wallis
S1-Cefaleia (dor de cabeça)	Menos de 40 h / semana	16	1,25	1,390	$X^2_{KW}=20,947$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,31	1,246	
	Mais de 50 h / semana	69	3,23	1,824	
S2-Irritabilidade fácil	Menos de 40 h / semana	16	1,88	1,996	$X^2_{KW}=14,974$ $p=0,001^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,91	1,561	
	Mais de 50 h / semana	69	3,04	1,827	
S3-Perda ou excesso de apetite	Menos de 40 h / semana	16	1,19	1,940	$X^2_{KW}=21,237$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,11	1,416	
	Mais de 50 h / semana	69	3,06	1,790	
S4-Pressão arterial alta	Menos de 40 h / semana	16	1,13	2,156	$X^2_{KW}=31,719$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,52	1,447	
	Mais de 50 h / semana	69	2,58	1,366	
S6-Dor no peito	Menos de 40 h / semana	16	,38	1,025	$X^2_{KW}=15,192$ $p=0,001^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,30	1,318	
	Mais de 50 h / semana	69	1,57	1,460	
S7-Dificuldades com sono	Menos de 40 h / semana	16	1,44	1,861	$X^2_{KW}=13,444$ $p=0,001^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,08	1,264	
	Mais de 50 h / semana	69	2,77	1,682	
S8-Sentimento de cansaço mental	Menos de 40 h / semana	16	1,88	1,962	$X^2_{KW}=16,120$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,00	1,718	
	Mais de 50 h / semana	69	3,25	2,047	
S9-Dificuldades sexuais	Menos de 40 h / semana	16	1,06	1,731	$X^2_{KW}=7,375$ $p=0,025^*$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,89	1,492	
	Mais de 50 h / semana	69	1,90	1,637	
S10-Pouco tempo para si mesmo	Menos de 40 h / semana	16	2,19	2,198	$X^2_{KW}=12,650$ $p=0,002^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,27	1,896	
	Mais de 50 h / semana	69	3,33	1,960	
S11-Fadiga generalizada	Menos de 40 h / semana	16	1,06	1,289	$X^2_{KW}=30,169$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,23	1,434	
	Mais de 50 h / semana	69	3,43	1,936	
S13Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	Menos de 40 h / semana	16	,56	1,365	$X^2_{KW}=25,530$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,77	1,530	
	Mais de 50 h / semana	69	2,58	1,557	
S14-Dificuldades de memória e concentração	Menos de 40 h / semana	16	1,38	1,784	$X^2_{KW}=12,503$ $p=0,002^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,69	1,424	
	Mais de 50 h / semana	69	2,35	1,513	
S15-Problemas gastrointestinais	Menos de 40 h / semana	16	,88	1,204	$X^2_{KW}=8,287$ $p=0,016^*$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,69	1,332	
	Mais de 50 h / semana	69	1,94	1,599	
S17-Estado de aceleração contínuo	Menos de 40 h / semana	16	1,06	1,769	$X^2_{KW}=6,832$ $p=0,03^*$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,80	1,394	
	Mais de 50 h / semana	69	1,84	1,624	

S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	Menos de 40 h / semana	16	1,00	1,366	$X^2_{KW}=25,340$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,67	1,691	
	Mais de 50 h / semana	69	3,12	2,125	
S19-Perda do senso de humor	Menos de 40 h / semana	16	1,13	1,746	$X^2_{KW}=20,728$ $p=0,000^{**}$
	De 40 a 50 h / semana	64	2,05	1,558	
	Mais de 50 h / semana	69	2,87	1,635	
S20-Gripes ou constipações	Menos de 40 h / semana	16	,94	1,063	$X^2_{KW}=6,258$ $p=0,033^*$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,63	1,266	
	Mais de 50 h / semana	69	1,84	1,540	
S21-Perda do desejo sexual	Menos de 40 h / semana	16	,88	1,500	$X^2_{KW}=7,459$ $p=0,024^*$
	De 40 a 50 h / semana	64	1,75	1,501	
	Mais de 50 h / semana	69	1,84	1,651	

* *significativo para $p < 0,05$, ** *significativo para $p < 0,01$**

O teste Kruskal-wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos na maioria dos sintomas, revelando o grupo que trabalha menos de 40 horas uma menor frequência de sintomas comparativamente com os outros dois grupos que trabalham mais horas por semana.

Tempo de experiência profissional como auxiliar de geriatria Vs Burnout e sintomatologia

Tabela 40 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nas categorias de Burnout nas 3 dimensões: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

Dimensões Burnout	Tempo de Experiência Profissional	Burnout			Kruskal-Wallis
		Burnout Baixo	Moderado	Alto	
Exaustão Emocional	Menos de 5 anos	22 41,5%	4 7,5%	27 50,9%	$X^2_{KW}=7,749$ $p=0,021^*$
	De 5 a 10 anos	33 53,2%	15 24,2%	14 22,6%	
	Mais de 10 anos	6 22,2%	11 40,7%	10 37,0%	
Despersonalização	Menos de 5 anos	26 49,1%	14 26,4%	13 24,5%	$X^2_{KW}=6,319$ $p=0,040^*$
	De 5 a 10 anos	38 61,3%	13 21,0%	11 17,7%	
	Mais de 10 anos	8 29,6%	11 40,7%	8 29,6%	
Realização Pessoal	Menos de 5 anos	11 20,8%	6 11,3%	36 67,9%	$X^2_{KW}=1,830$ $p=0,400$
	De 5 a 10 anos	8 12,9%	5 8,1%	49 79,0%	
	Mais de 10 anos	6 22,2%	1 3,7%	20 74,1%	

* *significativo para $p < 0,05$*

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos nas dimensões Exaustão Emocional ($X^2_{KW}=7,749$, $p=0,021$) e na Despersonalização ($X^2_{KW}=6,319$, $p = 0,040$). Há uma percentagem mais elevada de Burnout alto na exaustão emocional no grupo que trabalha há menos de 5 anos (50,9%), sendo a percentagem mais baixa no grupo que trabalha entre 5 a 10 anos (22,6%), seguido do grupo que trabalha há mais de 10 anos (37%).

Na dimensão despersonalização é o grupo que trabalha há mais de 10 anos que revela uma maior percentagem de Burnout alto (29,6%), sendo essa percentagem mais baixa no grupo que tem uma experiência entre 5 a 10 anos (17,7%).

Tabela 41 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nas categorias referentes ao Burnout Total: Análise de Frequências e teste Kruskal-Wallis

		Sem Burnout (nenhuma dimensão com resultado elevado)	Em risco de Burnout (1 a 2 dimensões com resultados elevados)	Burnout (3 Dimensões com resultados elevados)	
Tempo de Experiência Profissional	Menos de 5 anos	11 20,8%	34 64,2%	8 15,1%	$X^2_{KW}=1,428$ $p=0,490$
	De 5 a 10 anos	7 11,3%	50 80,6%	5 8,1%	
	Mais de 10 anos	0 0,0%	25 92,6%	2 7,4%	

Não existem diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes tempos de experiência nas categorias do Burnout total ($X^2_{KW}=1,428$, $p = 0,490$), a maioria dos sujeitos dos 3 grupos está em risco de Burnout.

Tabela 42 - Comparação entre 3 grupos com diferentes tempos de experiência profissional nos Sintomas: Estatística Descritiva e Kruskal-Wallis

	Tempo de experiência profissional	N	Média	Desvio Padrão	Kruskal-Wallis
S2-Irritabilidade fácil	Menos de 5 anos	53	3,19	2,149	$X^2_{KW}=11,183$ $p=0,004^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,87	1,397	
	Mais de 10 anos	27	2,37	1,548	
S6-Dor no peito	Menos de 5 anos	53	,91	1,584	$X^2_{KW}=29,514$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,29	,930	
	Mais de 10 anos	27	2,37	1,445	
S8-Sentimento de cansaço mental	Menos de 5 anos	53	3,66	2,433	$X^2_{KW}=15,448$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,81	1,239	
	Mais de 10 anos	27	2,44	1,502	
S9-Dificuldades sexuais	Menos de 5 anos	53	1,51	1,938	$X^2_{KW}=11,244$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,63	,996	
	Mais de 10 anos	27	2,56	1,450	
S10-Pouco tempo para si mesmo	Menos de 5 anos	53	3,70	2,258	$X^2_{KW}=13,312$ $p=0,001^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	2,16	1,622	
	Mais de 10 anos	27	2,48	1,528	
S12-Pequenas infecções	Menos de 5 anos	53	1,26	1,972	$X^2_{KW}=20,182$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,23	,965	
	Mais de 10 anos	27	2,41	1,448	
S15-Problemas gastrointestinais	Menos de 5 anos	53	1,40	1,812	$X^2_{KW}=20,930$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,76	,900	
	Mais de 10 anos	27	2,63	1,471	
S16-Problemas alérgicos	Menos de 5 anos	53	1,08	1,817	$X^2_{KW}=25,714$ $p=0,000^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,24	,900	
	Mais de 10 anos	27	2,33	1,387	
S17-Estado de aceleração contínuo	Menos de 5 anos	53	1,43	1,946	$X^2_{KW}=19,071$ $p=0,004^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,66	,957	
	Mais de 10 anos	27	2,63	1,445	

S18-Sentir-se sem vontade de começar nada	Menos de 5 anos	53	3,02	2,538	$X^2_{KW}=5,952$ $p=0,05^*$
	De 5 a 10 anos	62	1,73	1,517	
	Mais de 10 anos	27	2,30	1,564	
S20-Gripes ou constipações	Menos de 5 anos	53	1,51	1,717	$X^2_{KW}=8,174$ $p=0,017^*$
	De 5 a 10 anos	62	1,52	,901	
	Mais de 10 anos	27	2,22	1,528	
S21Perda do desejo sexual	Menos de 5 anos	53	1,38	1,853	$X^2_{KW}=15,092$ $p=0,001^{**}$
	De 5 a 10 anos	62	1,53	1,020	
	Mais de 10 anos	27	2,48	1,503	

* *significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$*

O teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos com diferentes tempos de experiência profissional em vários sintomas, revelando o grupo que trabalha há mais de 10 anos uma maior frequência de alguns sintomas, nomeadamente nos seguintes: dor no peito, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas gastrointestinais, problemas alérgicos, estado de aceleração contínua, gripes e constipações e perda de desejo sexual. O grupo que trabalha há menos de 5 anos revelam uma maior frequência nos seguintes sintomas: Irritabilidade fácil, sentimento de cansaço mental, pouco tempo para si mesmo, e sentir-se sem vontade de começar nada.

Foi-se de seguida efetuar-se uma análise multivariada, recorrendo a uma regressão ordinal, usando como variável dependente o Burnout total, categorizado numa escala ordinal (sem Burnout/em risco de Burnout/com Burnout) e como variáveis independentes: o género (nominal), a idade (ordinal), o Estado civil (nominal), numero de filhos (quantitativa), número de dependentes adultos (quantitativa), Situação laboral (ordinal), numero de pessoas na rede de apoio informal (quantitativa), horas de trabalho (ordinal) e tempo de experiência (ordinal). Esta análise permite averiguar quais as variáveis que têm maior impacto na probabilidade de estar em risco de Burnout ou de vir a ter Burnout.

Tabela 43 - Regressão Ordinal – Variável dependente Burnout

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% ConfidenceInterval	
							LowerBound	UpperBound
Threshold	[Total_Burnout = ,00]	-6,611	2,056	10,336	1	,001	-10,641	-2,581
	[Total_Burnout = 1,00]	-1,062	1,895	,314	1	,575	-4,776	2,651
Location	Número filhos	-1,582	,546	8,380	1	,004**	-2,652	-,511
	Número dependentes adultos	,570	,388	2,166	1	,141	-,189	1,330
	Rede apoio informal-número Pessoas	-,234	,125	3,485	1	,062	-,480	,012
	tempo trabalho como Auxiliar Geriatria	,141	,530	,071	1	,790	-,897	1,180
	[Género=Feminino]	-,538	,577	,869	1	,351	-1,668	,593
	[Género=Masculino]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[Idade=18-29 anos]	-1,996	1,160	2,962	1	,085	-4,269	,277
	[Idade=30-39 anos]	-1,500	1,064	1,987	1	,159	-3,585	,585
	[Idade=40-49 anos]	-,594	,963	,380	1	,538	-2,482	1,294
	[Idade=50-59 anos]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[situação laboral=Contrato a termo]	1,385	,885	2,448	1	,118	-,350	3,119
	[situação laboral=Sem contrato]	-,351	,714	,242	1	,623	-1,751	1,048
	[situação laboral=Contrato sem termo]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[Horas Trabalho semana=Menos 40 horas]	-2,951	,988	8,914	1	,003*	-4,888	-1,014
	[Horas Trabalho semana=40-50 horas]	-1,458	,654	4,961	1	,026*	-2,740	-,175
[Horas Trabalho semana=Mais de 50 horas]	0 ^a	.	.	0	.	.	.	

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

O quadro do “Goodness-of-fit” (ver anexo) apresenta os testes à qualidade do ajustamento do Qui-quadrado [$X^2(198) = 179,898$, $p = 0,817$] e da Deviance [$X^2(198) = 124,728$, $p = 1,00$], indicando estes testes que o modelo é ajustado dado o valor de p ser superior a 0,05. O quadro do “Model Fiting Information” para o modelo ajustado final (Ver anexo) revela que pelo menos uma das variáveis independentes do modelo afeta significativamente as probabilidades de ocorrência das classes da variável dependente (sem Burnout/em Risco de Burnout/ com Burnout) [$G^2(11) = 38,433$, $p = 0,000$], sendo a dimensão do efeito moderada ($R^2_{MF}=0,254$; $R^2_N=0,338$; $R^2_{CS}=0,211$).

Observando as variáveis que se revelaram significativas, consta-se que quem trabalha menos de 40 horas ($b_F = -2,951$, $p = 0,003$) e entre 40 a 50 horas ($b_F = -1,458$, $p = 0,026$), comparativamente com quem trabalha mais de 50 horas, tem menor probabilidade de ter resultados nas categorias mais elevadas da variável Burnout Total (em risco de ter burnout/ com burnout). A variável número de filhos também se revelou significativa ($b_F = -1,582$, $p = 0,004$), revelando quem tem mais filhos, uma menor probabilidade de ter resultados nas categorias mais elevadas da variável Burnout. Relativamente ao número de pessoas na rede de apoio informal, esta variável não se revelou significativa, apresentando, contudo, um resultado no limiar da significância ($b_F = -0,234$, $p = 0,062$), havendo a tendência para quanto maior o número de pessoas na rede de apoio informal menor a probabilidade para ter resultados em categorias mais altas da variável Burnout.

5. Discussão

Resultados do Burnout para a amostra total

Ao comparar um estudo realizado com auxiliares de geriatria antes do período de COVID 19, podemos perceber a alarmante diferença nos resultados obtidos no que se refere aos níveis do Burnout.

De acordo com Meireles (2016), em uma investigação realizada em uma amostra de 37 auxiliares de geriatria antes do período de pandemia, a dimensão exaustão emocional regista em 73% um Burnout baixo, em 16,2% moderado e 10,8% apresentam um Burnout elevado. Na despersonalização, a maioria de 83,8% apresenta Burnout baixo e os restantes 16,2% Burnout moderado, sem indivíduos com Burnout elevado nesta dimensão. E por último, na dimensão realização pessoal, 67,6% apresentam Burnout baixo, em 21,6% moderado e nos restantes 10,8% elevado.

Como podemos verificar no quadro abaixo, comparando esta atual investigação realizada com uma amostra de 150 auxiliares de geriatria, é nítida a diferença do desgaste emocional pós pandemia, relevando níveis mais altos de Burnout nas suas três dimensões: realização pessoal (72,7%), seguida da exaustão emocional (35,3%) e em último lugar a despersonalização (21,3%).

Tabela 44 - Tabela comparativa do Burnout

Dimensões do Burnout	Valores pré pandemia	Valores pós pandemia
Exaustão Emocional	10,8%	35,3%
Despersonalização	Inexistente	21,3%
Realização Pessoal	10,8%	72,7%

Resultados da sintomatologia para a amostra total

Deste modo a comparar os sintomas que ocorreram com mais frequência (todos os dias ou semanalmente) foram: S10 - “Pouco tempo para si mesmo” (33,5%), S2 - “Irritabilidade fácil” (30%), S8- “Cansaço mental” (29,3%), S3- “Perda ou excesso de apetite” (27,3%), S11 - “Fadiga generalizada” (27,3%), S1 - “Cefaleias” (27,3%), e S18 - “Sentir-se sem vontade de começar nada” (25,4%).

Os resultados obtidos corroboram com o estudo acerca do Burnout em médicos realizado por Menegaz (2004), onde a maioria da amostra demonstra a prevalência do sentimento do profissional de ter pouco tempo para si mesmo em função do trabalho desempenhado. Observou-se que 34,1% da amostra percebe este sentimento em uma frequência diária e 34,1% algumas vezes por semana. Ainda, de acordo com a autora, isso justifica-se pelo fato que o profissional utiliza mais tempo com seu trabalho do que com seu lazer, família ou vida social.

Baseado no modelo de Leiter (1993) citado em Menegaz (2004), a síndrome de Burnout é desencadeado pelas características da carga de trabalho e pelas demandas interpessoais, ocasionando a exaustão emocional em nível alto, resultado este identificado na amostra estudada.

Tamayo e Trócoli (2002) constataram que a exaustão emocional é a dimensão mais consistente do Burnout, pois é a manifestação mais evidente e facilmente aceita pelos profissionais. Resultados obtidos neste estudo corroboram como dados obtidos por Menegaz (2004), onde o sintoma de sentimento de cansaço é evidenciado e percebido por 24,4% da amostra do estudo.

Ainda no estudo realizado por Menegaz (2004), também houve predominância das manifestações físicas como cefaleia (34,1%) e perda e/ou excesso de apetite, considerado um transtorno alimentar, cujo foi identificado por 29,3% da amostra.

Para Tamayo e Trócoli (2002), as pessoas com Burnout reduzem sua tolerância, e devido a frustração, se mostram irritáveis. Assim como neste estudo realizado por Menegaz (2004), os resultados obtidos confirmam esse dado, na medida em que 29,3% dos médicos da amostra percebem-se irritados.

Género Vs Burnout e Sintomatologia

No que se refere a diferença entre os sexos feminino e masculino, o teste Mann-Whitney revelou a existência significativa na dimensão despersonalização ($U = 14112,00$ $P = 0,045$), revelando o sexo masculino níveis mais elevados de despersonalização (Burnout moderado M - 40% e F - 23,3%; Burnout elevado M - 26,7% e F - 20%).

Constatamos também, que em relação aos resultados obtidos na dimensão exaustão emocional: o teste Mann-Whitney revelou um resultado no limiar da significância ($U = 1419,00$, $p = 0,054$) revelando o sexo masculino tendência para ter um resultado mais elevado (M - 50%, F - 31,7%). Deste modo, há uma diferença em relação as publicações dos autores para esta dimensão do Burnout.

Tais resultados não coincidem com as descrições literárias, pois estudos desenvolvidos por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) mostram que referente ao género, evidências demonstram que as mulheres apresentam pontuação mais elevada em exaustão emocional e os homens em despersonalização; tais diferenças as quais podem ser explicadas pelos papéis socialmente prescritos.

Benevides-Pereira (2002) destaca que as mulheres apresentam pontuações mais elevadas em exaustão emocional, o que segundo a autora, poderia ocorrer pela dupla jornada de trabalho: a profissional e a do lar, papéis exercidos pela mulher de acordo com a sociedade.

Ressalta-se que os resultados obtidos nesta investigação sugerem que atualmente, os papéis prescritos socialmente encontram-se em constante mudança, visto que, ocorre uma inversão de género no que diz respeito a níveis altos de Burnout na dimensão de exaustão emocional. Podemos levar em consideração também a realização deste estudo em meio ao atual cenário pandêmico, onde ocorreu diversos isolamentos sociais e cargas intensas de trabalho para ambos os sexos, sem distinções.

Em relação a dimensão de realização pessoal não se verificaram diferenças significativas ($U = 1636,00$, $p = 0,324$), revelando ambos os sexos resultados muito negativos que traduzem uma realização pessoal baixa (M - 80%, F - 70,8%).

Contudo, globalmente, os resultados comprovam que ambos os géneros possuem alto risco de Burnout (1 ou 2 dimensões afetadas), sendo a maior percentagem no sexo masculino (80%), seguido do sexo feminino (75,8%).

Evidenciam-se diferenças significativas entre género feminino e masculino, revelando o sexo masculino maior frequência de sintomas, nos itens: cefaleia ($p = 0,047$), perda ou excesso de apetite ($p=0,035$) e aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas ($p = 0,026$). Enquanto nos itens dificuldades sexuais ($p = 0,03$) e perda de desejo sexual ($p = 0,034$), foi o sexo feminino que revelou uma maior frequência de sintomas.

Idade Vs Burnout e Sintomatologia

O teste Kruskal-Wallis revelou uma diferença no limiar da significância entre as faixas etárias na dimensão Exaustão Emocional ($p = 0,059$), havendo uma tendência para os profissionais com idade entre os 18 e os 29 anos apresentarem uma percentagem mais alta no Burnout elevado comparativamente com as outras faixas etárias (56,8%, enquanto que nas outras faixas a percentagens foram entre 22,9% e 31,1%).

Estudos publicados por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) também constatarem que a maior incidência de Burnout é em profissionais jovens, principalmente nos que ainda não atingiram 30 anos.

Os resultados também coincidem com Ferreira (2014), cujo desenvolveu um estudo sobre Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de adultos mais velhos com Alzheimer, com uma amostra de 30 cuidadores, constatando que os mais novos são aqueles que evidenciam maiores níveis de Burnout.

Assim como Prata (2014), no seu estudo acerca do Burnout, Coping e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação, possuindo uma amostra de 94 trabalhadores, verificou que com o avanço da idade, ocorre uma tendência para a diminuição dos níveis de Exaustão Emocional.

Porém, vale ressaltar que contata-se através dos resultados obtidos nesta investigação atual, no que se diz respeito ao Burnout total, que não existem diferenças significativas entre as 4 faixas etárias propostas ($X^2_{KW} = 1,921$, $p = 0,589$), pois em todas as faixas a maioria revela um resultado que traduz risco de Burnout (1 ou 2 dimensões afetadas), oscilando as percentagens entre 70,3% e 87,9%.

Na faixa etária dos 18-29 anos constata-se que há sintomas mais frequentes do que nas outras faixas etárias, tais como: cefaleias, irritabilidade fácil, perda ou excesso de apetite, sentimento de cansaço mental, pouco tempo para si, fadiga generalizada e sentir-se sem vontade de começar nada. Na faixa etária dos 18-29 anos há também sintomas que são menos frequentes comparativamente com as outras faixas etárias: dor no peito, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas alérgicos, estado de aceleração continuo e perda de desejo sexual.

Estado Civil Vs Burnout e Sintomatologia

Em relação ao estado civil dos participantes, o teste Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas entre eles nas 3 dimensões do Burnout, porém, existe a tendência para haver uma maior percentagem de sujeitos com Burnout baixo no grupo dos solteiros/viúvos e divorciados nas dimensões exaustão emocional (51,5%) e na despersonalização (56,6%), enquanto que no grupo dos casados/com companheiro as percentagens são 27,5% e 43,1% respetivamente.

Na dimensão Realização pessoal há uma percentagem elevada de sujeitos com Burnout elevado nos dois grupos (embora um pouco superior no grupo dos solteiros/casados/viúvos).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), referente ao estado civil, geralmente atribui-se ao casamento, ou ao fato de se ter um companheiro(a) estável, uma menor propensão ao Burnout, ou seja, os maiores valores na síndrome têm sido identificados nos solteiros, viúvos ou divorciados, o que corrobora com a tendência revelada nos resultados descritos anteriormente.

Confirma-se também, segundo Maslach, et al (1985), que os indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de Burnout.

No geral, constata-se que não há grandes diferenças significativas entre os dois grupos nas categorias do Burnout total. O alarmante é que a maioria dos sujeitos dos dois grupos está em risco de Burnout (Casado (a)/Com companheiro(a) - 84,3% e solteiro(a)/Viúvo (a)/Divorciado (a) - 72,2%).

No grupo dos indivíduos casados/com companheiro(a) constata-se que há uma maior frequência de alguns sintomas, comparativamente com os solteiros/viúvos e divorciados, tais como: dores nos ombros ou na nuca, dor no peito, dificuldades com o sono, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas gastro intestinais, problemas alérgicos, gripes ou constipações e perda de desejo sexual.

Existência de Filhos Vs Burnout e Sintomatologia

Os resultados através do teste Mann-Whitney comprovam a existência de diferenças significativas entre os participantes que tem e que não tem filhos na dimensão da realização pessoal ($U = 1868,00$, $p = 0,006$): no grupo que não tem filhos há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout elevado ao nível da realização (82,4%), comparativamente com o grupo que tem filhos (61,5%).

Como também, em relação a síndrome de Burnout no geral, o teste Mann-Whitney constata a existência de uma diferença significativa entre os estes dois grupos ($U = 1993,00$, $p = 0,03$): no grupo que não tem filhos há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout (14,3%) comparativamente com o grupo que tem filhos (3,8%).

Tais resultados vão de encontro ao que se encontra descrito em referências bibliográficas, a citar:

Benevides-Pereira (2002), constata que o fato de ter filhos equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias para enfrentar e lidar com situações conflituvas, bem como, os agentes estressores ocupacionais.

No que se refere a existência de filhos, é provável encontrar níveis significativamente mais elevados de burnout nos profissionais que não possuem filhos, pois os estudos constataam que profissionais com filhos tendem a ser mais maduros, por se encontrarem na fase adulta, o que resulta em uma perspetiva diferente sobre a vida (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002).

No sintoma “pequenas infeções” existe uma diferença significativa entre os dois grupos ($U = 1886,00$, $p = 0,035$), sendo este sintoma menos frequente no grupo que não tem filhos.

Existência de Dependentes Adultos Vs Burnout e Sintomatologia

Em relação a possuir ou não dependentes adultos a cargo, o teste Mann-Whitney revelou a existência de diferenças significativas entre ambos os grupos na dimensão Exaustão Emocional ($U = 1792,00$, $p = 0,013$): no grupo que possui dependentes adultos a cargo há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout moderado e elevado na exaustão (30,8% e 42,3%), comparativamente com o grupo que não tem dependentes adultos a cargo (15,6% e 31,1%).

Contudo, não existem diferenças significativas entre os dois grupos nas categorias do Burnout total. A maioria dos sujeitos dos dois grupos está em risco de Burnout (não tem dependentes adultos a cargo - 78,9% e tem dependentes adultos a cargo - 73,1%).

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o fato de ter ou não dependentes, assim como o número desses, são variáveis controvertidas no que se refere a facilitar ou inibir a ação dos agentes estressores.

Não foram constatadas diferenças significativas entre os dois grupos em nenhum sintoma, contudo destacam-se diferenças no limiar da significância em dois sintomas: sentimento de cansaço mental ($U = -1,898$, $p = 0,058$) e dificuldade de memória e concentração ($U = -1,896$, $p = 0,058$), revelando o grupo com dependentes a cargo a tendência para uma maior frequência destes sintomas.

Situação Laboral Vs Burnout e Sintomatologia

Através do teste Kruskal-Wallis foi revelada a existência de uma diferença significativa entre os grupos na realização pessoal ($X^2_{KW} = 6,170$, $p = 0,046$). No grupo sem contrato de trabalho é onde há uma percentagem mais alta de sujeitos com Burnout alto, revelando estes sujeitos uma realização pessoal baixa (80%), nos outros grupos essa percentagem é mais baixa (Contrato de trabalho a termo - 60,7%; contrato de trabalho sem termo - 59,3%).

Embora o teste Kruskal-Wallis não revele a existência de diferenças significativas entre os três grupos ($X^2_{KW} = 0,831$, $p = 0,660$), constatando-se em todos uma percentagem elevada de sujeitos em risco de Burnout, observa-se que no grupo com contrato de trabalho sem termo não há ninguém com Burnout, enquanto que nos grupos com contrato a termo e sem contrato as percentagens são de 17,9% e 10,5%.

O facto da inexistência de Burnout em indivíduos com contrato sem termo, como também, uma percentagem maior de Burnout em indivíduos sem contrato de trabalho e em seguida com contrato de trabalho a termo, é justificado nos estudos publicados devido ao stress gerado por estas condições. Não possuir um vínculo fixo com o contratante, ocasionando a incerteza do tempo em que ainda terão um emprego, aliado às demais variáveis que circundam as péssimas condições trabalhistas são fatores determinantes e estressores do Burnout.

Confirma-se, baseado em estudos realizados por Benevides-Pereira (2002), que as variáveis relevantes para o Burnout envolvem a satisfação no trabalho e o stress gerado pelo mesmo, tais como: carga horária exaustiva, conflito de papéis e ambiguidade, a alta rotatividade e absentismo ao trabalho, expectativas de trabalho, as relações diretas com colegas, supervisores e clientes, tipo de posição que o indivíduo ocupa, tempo que exerce a função, política da empresa, rede de suporte, entre outros aspetos.

Evidenciaram-se diferenças significativas entre os grupos, em 3 sintomas, revelando o grupo com contrato sem termo, uma maior frequência nos sintomas: dor no peito, aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas e problemas gastrointestinais.

Rede de Apoio Informal Vs Burnout e Sintomatologia

Através do teste Mann-Whitney constatou-se a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos na dimensão exaustão emocional ($U = 2168,00$, $p = 0,013$), existindo no grupo que tem menos pessoas na sua rede de apoio informal uma percentagem mais elevada de Burnout alto ao nível da exaustão (46,1%) enquanto que essa percentagem no grupo com mais pessoas na rede de apoio é de 23,3%.

Também com o teste Mann-Whitney, em relação ao Burnout total, foi revelada a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos ($U = 2244,50$, $p = 0,006$): no grupo que possui menos sujeitos na rede de apoio informal, há uma percentagem mais elevada de sujeitos com Burnout (15,8%) comparativamente com o grupo que possui mais sujeitos na rede de apoio (2,7%).

Os resultados obtidos encontram-se alinhados com as publicações realizadas por Queirós (2005), o qual constata que a falha no suporte social que é recebido pelo indivíduo fora do local de trabalho origina o estresse, e pode inclusive ocasionar problemas com os utentes, burocracia, carência de incentivo, dúvidas relativamente à competência e falta de participação no grupo.

Segundo Trindade et al (2010) valorizar os aspetos pessoais e familiares, e ter incentivos profissionais e pessoais, de modo a também aproveitar os momentos de convivência familiar, pode atenuar os efeitos deletérios relacionados ao estresse laboral, portanto, é imprescindível a presença de mecanismos de suporte de apoio para o trabalhador, no intuito de contribuir com o desenvolvimento de estratégias pessoais de enfrentamento e superação do Burnout.

Constatou-se a existência de muitas correlações significativas negativas entre o numero de pessoas da rede de apoio e a frequência dos sintomas, quanto maior o numero de pessoas na rede de apoio menor a frequência dos sintomas: os sintomas com correlações mais altas foram: cefaleia ($R = -0,466$, $p = 0,000$), perda ou excesso de apetite ($R = -0,459$, $p = 0,000$), pressão arterial alta ($R = -0,393$, $p = 0,000$), aumento do consumo de bebida tabaco ou substâncias químicas ($R = -0,391$, $p = 0,000$), fadiga generalizada ($R = -0,380$, $p = 0,000$), perda do senso de humor ($R = -0,370$, $p = 0,000$) e sentir-se sem vontade de começar nada ($R = -0,365$, $p = 0,000$).

Horas de Trabalho por Semana Vs Burnout e Sintomatologia

Baseado no teste Kruskal-Wallis foi revelada a existência de diferenças significativas levando em consideração a carga horária de trabalho, em todas as dimensões do Burnout: o grupo que trabalha mais de 50 horas por semana possui percentagens muito mais elevadas na categoria “Burnout alto”, na exaustão emocional e na despersonalização (50,7%), enquanto que nos outros grupos as percentagens foram inferiores ou iguais a 25%, e na realização pessoal foi 84,1%. Nos outros grupos foi de 43,8% em quem trabalha menos de 40 horas e de 68,8% em quem trabalha entre 40 a 50 horas.

E em relação ao Burnout total, o teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas em suas categorias ($X^2_{KW} = 14,255$, $p = 0,001$), havendo no grupo que trabalha mais de 50 horas, uma maior percentagem de Burnout (14,5%), enquanto no grupo que trabalha menos de 40 horas não existe Burnout e no grupo que trabalha 40 a 50 horas por semana apenas 7,8% apresenta Burnout.

Os resultados obtidos corroboram com as publicações de Queirós (2005), as quais confirmam através de estudos desenvolvidos que, no que se refere ao local de trabalho, há diversos aspetos diretos suscetíveis ao Burnout, tais como: sobrecarga no trabalho, orientação e hierarquia a que o indivíduo está sujeito, isolamento social, objetivos da instituição, autonomia, tipo de liderança e supervisão, estimulação e contacto com os utentes.

Constataram-se diferenças significativas entre os grupos na maioria dos sintomas, revelando o grupo que trabalha menos de 40 hora uma menor frequência de sintomas comparativamente com os outros dois grupos que trabalham mais horas por semana.

Tempo de Experiência Profissional como Auxiliar de Geriatria Vs Burnout e Sintomatologia

Referente ao tempo em exercício da profissão, o teste Kruskal-Wallis revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos nas dimensões Exaustão Emocional ($X^2_{KW} = 7,749$, $p = 0,021$) e na Despersonalização ($X^2_{KW} = 6,319$, $p = 0,040$). Existe uma percentagem mais elevada de Burnout alto na exaustão emocional no grupo que trabalha há menos de 5 anos (50,9%), sendo a percentagem mais baixa no grupo que trabalha entre 5 a 10 anos (22,6%), seguido do grupo que trabalha há mais de 10 anos (37%). O que condiz com Almeida (2013), cujo afirma que o fato que se associa a estes resultados, é que no começo da profissão, esses profissionais encontram-se em um período de sensibilização, quando a transição das expectativas idealistas para a realidade da prática quotidiana mostra que as primeiras nem sempre se realizam como prometido ou esperado.

Na dimensão despersonalização é o grupo que trabalha há mais de 10 anos que revela uma maior percentagem de Burnout alto (29,6%), sendo essa percentagem mais baixa no grupo que tem uma experiência entre 5 a 10 anos (17,7%). Isto justifica-se segundo Queirós (2005), que através de estudos comprova que tanto o tempo de serviço como a instabilidade profissional são fatores de risco para o surgimento da síndrome (Queirós, 2005).

Contudo, no burnout total, não existem diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes tempos de experiência nas categorias do Burnout total ($X^2_{KW} = 1,428$, $p = 0,490$), a maioria dos sujeitos dos 3 grupos está em risco de Burnout.

Observaram-se diferenças significativas entre os grupos com diferentes tempos de experiência profissional em vários sintomas, revelando o grupo que trabalha há mais de 10 anos uma maior frequência de alguns sintomas, nomeadamente nos seguintes: dor no peito, dificuldades sexuais, pequenas infeções, problemas gastrointestinais, problemas alérgicos, estado de aceleração continua, gripes e constipações e perda de desejo sexual. O grupo que trabalha há menos de 5 anos revelam uma maior frequência nos seguintes sintomas: Irritabilidade fácil, sentimento de cansaço mental, pouco tempo para si mesmo, e sentir-se sem vontade de começar nada.

Limitações do estudo

As limitações encontradas neste estudo começaram desde a consulta bibliográfica para construção do mesmo, pois constatou-se a carência de acervo literário no que se refere a estudos realizados com auxiliares de geriatria, antes do período de pandemia, e principalmente após este período.

Assim como, apesar da relevância, não há estudos que evidenciem os sintomas somáticos advindo da síndrome de Burnout na amostra explorada (auxiliares de geriatria).

Devido ao exposto, optou-se por não utilizar a variável “educação” justamente por fazer o comparativo desta investigação atual com as demais existentes e publicadas nos acervos literários, as quais, não mostraram uma significância relevante da educação como fator influenciador direto ao Burnout e sintomas somáticos.

Outro ponto negativo encontrado foi o facto da falta de representatividade específica dos auxiliares de geriatria a partir de um órgão de fiscalização direto ou sindicato. Desta forma, os dados descritivos encontrados acerca desta população restringem-se apenas aos poucos estudos existentes publicados.

Conclusões

De forma alarmante, dentre os 150 profissionais, constatou-se que existem níveis mais altos de Burnout na realização pessoal (72,7%), seguida da exaustão emocional (35,3%) e em último lugar a despersonalização (21,3%).

No que se refere ao público específico contemplado na amostra deste estudo, em Portugal não há uma associação ou um órgão que fiscalize e preste apoio diretamente aos auxiliares de geriatria, o que justifica em parte as péssimas condições laborais, que resultam o Burnout, nas quais esses profissionais estão submetidos, de modo a comprovar com os resultados desta investigação, onde: grande percentagem dos sujeitos (47,3%) não está inscrita na segurança social, como também, a maioria não possui contrato (63,3%), e apenas 18,0% tem contrato de trabalho sem termo, havendo 18,7% com contrato de trabalho a termo. A maioria trabalha há menos de 10 anos como auxiliar de geriatria (76,6%), havendo uma grande percentagem que trabalha mais de 50 horas por semana (46%), dos restantes, 42,7% trabalha entre 40 a 50 horas e 10,7% menos de 40 horas por semana.

Em relação as variáveis que se revelaram significativas, constou-se que quem trabalha menos de 40 horas e entre 40 a 50 horas, comparativamente com quem trabalha mais de 50 horas, tem menor probabilidade de ter resultados nas categorias mais elevadas da variável Burnout Total (em risco de ter Burnout/ com Burnout). A variável número de filhos também se revelou significativa, revelando quem tem mais filhos, uma menor probabilidade de ter resultados nas categorias mais elevadas da variável Burnout. Relativamente ao número de pessoas na rede de apoio informal, esta variável não se revelou significativa, apresentando, contudo, um resultado no limiar da significância, havendo a tendência para quanto maior o número de pessoas na rede de apoio informal menor a probabilidade para ter resultados em categorias mais altas da variável Burnout.

Evidenciou-se também com este estudo a relevância de sintomas somáticos sentidos por estes profissionais devido ao Burnout.

Após a análise dos resultados, e discussão dos mesmos, comprova-se a importância de evidenciar os auxiliares de geriatria, visto que, principalmente, após esta calamidade que se tornou a pandemia de COVID 19, estes profissionais necessitam prestar cuidados intensos aos adultos mais velhos, os quais constituem o maior grupo de risco, desta forma, há a necessidade

do olhar cuidadoso direcionado ao peso que esta demanda acarreta, e suas consequências tanto no psicológico quanto no físico do ser humano.

Recomenda-se a continuidade de estudos longitudinais com objetivo de aprofundar esclarecimento do processo específico de desenvolvimento da síndrome de Burnout em auxiliares de geriatria. Como também, a realização destes estudos de modo a investigar se a educação como variável também influencia ou não o Burnout e desenvolvimento de sintomas somáticos. A especificar a educação em três vertentes: escolaridade, formação como auxiliar de geriatria e formação em contexto pandêmico, COVID 19.

Sugere-se que o tema saúde no trabalho seja incluído na formação dos trabalhadores em seu local de trabalho, com intuito de informar e prevenir, assim como, deixa-se o apelo aos devidos órgãos responsáveis pelos direitos trabalhistas/segurança social que direcionem atenção às condições laborais que os auxiliares de geriatria são submetidos.

Bibliografia

- Almeida, A. R. (2013). A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados. Tese apresentada ao centro de ciências da saúde da Universidade de Beira Interior, para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.
- Benevides-Pereira, A. M.-J. (2003). O burnout e o profissional de psicologia. Revista eletrônica InterAçãoPsy, v. 1, n. 1. pp. 68-75.
- Benevides-Pereira, A. M. (2002). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Carneiro, R. E. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. CEPCEP, Lisboa.
- Chichorro, A. M. (2006). Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos. Lisboa: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Costa, M. (2002). Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Co-edição Formasau (Coimbra) e Educa (Lisboa).
- Decreto de Lei nº 419, de 21 de outubro de 1999. Diário da República 246/99- I Serie. Ministério das Finanças.
- Decreto do Presidente da República nº14-A/2020. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/130399862/details/maximized>. Acesso em 07/07/2020.
- DGS, Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2#como-se-transmite-2>. Acesso em 07/07/2020.
- DGS, Direcção-Geral da Saúde. COVID 19 – Relatório de situação, disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/covid-19-curva-epidmica-e-parametros-de-transmissibilidade/>. Acesso em 09/12/2021.
- Ezaias, G. M. (2012). Manifestações psico-comportamentais do Burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 1. pp. 19-25.
- Ferreira, J. M. (2014). Qualidade de Vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos Cuidadores Formais de Idosos com Alzheimer: Um Estudo Correlacional (Dissertação de Mestrado) Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profesionales de enfermería. Revista Electronica InterAcaoPsy, 1. pp. 19-33.
- Guo, X. e. (s.d.). Pesquisa da Doença COVID-19 entre cirurgiões ortopédicos em Wuhan, República Popular da China. J Bone Joint Surg Am 2020;102(10):847–854.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2021). XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral.
- Jacob, L. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idoso. Viseu: Psicossoma.

- Leiter, M. P. (2015). Attachment styles at work: measurement, collegial relationships and burnout. *Burnout Research*, Vol. 2, 1:25-55.
- Lemos, J. (2012). Avaliação Das Dificuldades Dos Cuidadores Informais De Idosos Dependentes. (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Maslach, C. &. (1981). MBI: Maslach burnout inventory. manual. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. &. (1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*.
- Maslach, C. &. (1993). 1 - Historical and Comceptual Development of Burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16).
- Maslach, C. &. (1999). Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer estresse na empresa. Campinas, SP: Papirus.
- Maslach, C. S. (2001). Job burnout. In: S. T. Fiske; D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (eds.). *AnnualReviewofPsychology*, 52: 397-422.
- Medicare Plan Finder. (2020). 57 must know caregiver tips, stats and facts. (updated: 2020) Disponível em <https://www.medicareplanfinder.com/caregivers/>. Acesso em 22/02/2022.
- Meireles, S. C. (2016). Burnout em cuidadores formais de idosos. (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Menegaz, F. D. (2004). Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Tese apresentada ao Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de mestre, Florianópolis.
- Ministério da Solidariedade. (2014). Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos.
- Ministério da Solidariedade. (2009). Carta Social – Rede De Serviços E Equipamentos A dependência: Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta Social. Redes de Serviços e Equipamentos. Relatório 2020.
- Netto, M. P. (2002). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu.
- OECD. (2020). Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en> .
- ONU, Organização das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. Acesso em 08/02/2022.
- Pereira, S. A. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 133-140.

- Prata, L. (2014). Burnout, Coping e Qualidade de Vida Profissional do Cuidador Formal em Contexto de Reabilitação (Dissertação de Mestrado) Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Queirós, P. J. (2005). Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses Coimbra. Ed. S. Vitais.
- Ribeiro, M. T. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875.
- Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/grupos-de-risco/>. Acesso em 07/07/2020.
- Schaufeli, W. B. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.
- Tamayo, M. R. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1), 37-46.
- Trindade, L. L. (2010). Estresse e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da Equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(5): 684-9.
- WHO, World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em 25/01/2022.

Apêndices

IMPACTO COVID 19 | AUXILIARES DE GERIATRIA

Este estudo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), pretende compreender o impacto da pandemia COVID-19 nos Auxiliares de Geriatria, um dos grupos potencialmente mais afetados e desgastados pela atividade profissional no último ano. Este questionário, com caráter anónimo, pretende apenas conhecer a sua perspetiva de forma rápida e espontânea (duração aproximada de 5 minutos). A recolha da informação pessoal é realizada com a garantia de estrita confidencialidade, no cumprimento da legislação aplicável em matéria de proteção de dados.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Se tem 16 ou mais anos de idade, a sua participação é muito importante para nós. As respostas ao questionário são anónimas e os dados solicitados não permitem a identificação de quem responde. A recolha e armazenamento dos dados cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados, e estes estarão acessíveis apenas à equipa de investigação (responsável pelo estudo). As respostas serão analisadas no conjunto de todos os participantes, e nunca de forma individual. Para responder a este questionário confirme que aceita as condições de participação.

Declaro que li e que aceito as condições da minha participação.

Dados Sociodemográficos

Gênero *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outros

Idade

Marcar apenas uma oval.

18 a 29

30 a 39

40 a 49

50 a 59

60 ou mais

Estado civil

Marcar apenas uma oval.

Casado (a) / Com companheiro (a)

Solteiro (a) / Viúvo (a) / Divorciado (a)

Número de dependentes (filhos)

Marcar apenas uma oval.

0

1

2

3 ou mais

Número de dependentes (adultos mais velhos)

Marcar apenas uma oval.

0

1

2

3 ou mais

Qual a sua nacionalidade?

Redes de Apoio

Neste momento encontra-se inscrito no Instituto de Segurança Social?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Como classificaria sua situação laboral?

Marcar apenas uma oval.

Contrato de trabalho a termo

Contrato de trabalho sem termo

Sem contrato de trabalho

Como classificaria a sua rede de apoio informal? (Disponibilidade de família e/ou amigos próximos para prestar auxílio em caso de necessidade)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada presente	<input type="radio"/>	Muito presente									

Contexto Laboral

Local de trabalho

Marcar apenas uma oval.

- ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
- Ambas as opções anteriores
- Outra

Horas de trabalho por semana (média)

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 40 h / semana
- De 40 a 50 h / semana
- Mais de 50 h / semana

Experiência profissional: Há quanto tempo trabalha como Auxiliar de Geriatria?

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

Anexos

Anexo 1 – Burnout Profissionais de Saúde - (Maslach Burnout Inventory – Health Services Survey)

MBI - Human Services Survey - MBI-HSS: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

As afirmações que se seguem são sobre sentimentos relacionados com o seu trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	(0) Nunca	(1) Algumas vezes por ano	(2) Uma vez por mês	(3) Algumas vezes por mês	(4) Uma vez por semana	(5) Algumas vezes por semana	(6) Todos os dias
Sinto-me emocionalmente exausto(a) com o meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido "usado(a)"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia no emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso facilmente compreender como é que os meus utentes se sentem em relação às coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impersonais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lido de forma muito eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

com os
problemas dos
meus utentes

Sinto-me
esgotado(a)
com o meu
trabalho

Sinto que estou
a influenciar
positivamente a
vida das outras
pessoas através
do meu trabalho

Tornei-me mais
cruel com as
pessoas desde
que comecei a
exercer esta
profissão

Preocupa-me o
facto deste
trabalho me
estar a tornar
mais "duro(a)"
ou "rígido(a)" do
ponto de vista
emocional

Sinto-me com
muitas energias

Sinto-me
frustado(a) com
o meu emprego

Sinto que estou
a trabalhar
demasiado no
meu emprego

Não me
interessa
realmente o que
acontece com
alguns dos
meus utentes

Trabalhar
directamente
com pessoas
gera-me

demasiado
"stresse"

Sou capaz de
criar facilmente
um ambiente
relaxado com os
meus utentes

Sinto-me
contente depois
de trabalhar "de
perto" com os
meus utentes

Neste emprego
consegui muitas
coisas que
valeram a pena

Sinto-me como
se estivesse no
limite das
minhas
capacidades

No meu trabalho
lido muito
calmamente
com os
problemas
emocionais

Sinto que os
meus utentes
me culpam por
alguns dos seus
problemas

Anexo 2 – Questionário de Sintomas Somáticos

Menegaz, F. D. L. (2004). Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Tese apresentada ao Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de mestre, orientada por José Carlos Zanelli, Florianópolis (SC).

Leia atentamente cada um dos sintomas (em baixo) e indique a frequência com que se manifestaram (em si) no último ano. Caso nunca tenha tido tal sintoma, responda "0" (zero). Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor, conforme a descrição abaixo: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	(0) Nunca	(1) Uma vez ao ano ou menos	(2) Uma vez ao mês ou menos	(3) Algumas vezes ao mês	(4) Uma vez por semana	(5) Algumas vezes por semana	(6) Todos os dias
Cefaleia (dor de cabeça)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidade fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda ou excesso de apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressão arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores nos ombros ou na nuca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades com sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimento de cansaço mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouco tempo para si mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fadiga generalizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pequenas infecções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento do consumo de bebida, tabaco ou substâncias químicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dificuldades de memória e concentração	<input type="radio"/>						
Problemas gastrointestinais	<input type="radio"/>						
Problemas alérgicos	<input type="radio"/>						
Estado de aceleração contínuo	<input type="radio"/>						
Sentir-se sem vontade de começar nada	<input type="radio"/>						
Perda do senso de humor	<input type="radio"/>						
Gripes ou constipações	<input type="radio"/>						
Perda do desejo sexual	<input type="radio"/>						