

DM
PINT/M. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

O SINDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE
TRATAM BEBÉS E CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

MARIA TERESA PEREIRA PINTEUS

LISBOA, 2001

CD
C

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 14503
Data: 13/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 - bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da **Prof. Dr^a. Isabel Leal** apresentada ao **ISPA** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº. 2 do artº. 5 do Decreto Lei nº. 216/92 de 13 de Outubro.

RESUMO

Sendo as profissões de ajuda de risco para situações de Burnout delineaámos este estudo exploratório, com carácter transversal, pois consta de um único momento avaliativo, cujo interesse se insere na psicologia da saúde.

Este estudo exploratório pretendeu averiguar a existência ou não de Burnout em Fisioterapeutas, que tratam bebés e crianças com Paralisia Cerebral.

A amostra estudada foi composta por vinte e sete Fisioterapeutas, com idades compreendidas entre os 21 e os 51 anos de idade.

A amostra foi recolhida nos centros de reabilitação de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra.

Foram administrados 2 questionários -MBI -Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1986), que é composto por três subescalas: Exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal e um questionário para caracterização demográfica da amostra.

Os resultados obtidos demonstram, que os fisioterapeutas revelam uma elevada pontuação na realização pessoal, o que indica, que estão a fazer bem o seu trabalho e que consideram que vale a pena realiza-lo. Revelam ainda uma pontuação muito baixa na despersonalização o que revela, que não se distanciam dos outros nem os consideram como objectos. Relativamente à exaustão emocional a pontuação também é baixa o que significa, que os sujeitos não estão a suportar uma tensão mais elevada do que os seus limites.

Estes resultados mostram que os sujeitos deste estudo têm níveis baixos de Burnout.

Em relação à antiguidade no serviço, este estudo revela que quanto menor o tempo de serviço menor a exaustão emocional e menor a realização pessoal.

Abstract

Being the help jobs of risk to Burnout situations we outlined this exploring study, with a transverse character, since it consists of a unique evaluative moment of evaluation, whose interest is set in health's psychology.

This exploratory study was intended to investigate the existence of Burnout in Physiotherapists, which take care of babies and children with Cerebral Palsy.

The representative illustration studied was composed of twenty-seven Physiotherapists, with ages between 21 and 51 years old.

This illustration was assembled in the Cerebral Palsy Rehabilitation Centres of Lisbon, Porto and Coimbra.

We ran 2 questionnaires – MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1986), that is composed of three subscales: emotional exhaustion, depersonalisation and personal fulfilment. And, a questionnaire for a demographic characterization of the representative illustration.

The results show that the Physiotherapists had a high score in personal fulfilment, what indicates that they are doing their jobs with dignity and consider it worth of doing, they also had a much lower score in depersonalisation, what means they do not stay apart from the others nor they consider them objects; in relation to emotional exhaustion the score was also low, what means that these individuals are not bearing a much higher tension than their limits.

These results also show that the individuals of this study have low levels of Burnout.

In relation to seniority in duty, this study shows that however minor the duty time is minor is the emotional exhaustion and personal fulfilment.

INDICE

Introdução	8
Revisão da Literatura	12
Burnout:	
- Definição do síndrome de Burnout	12
- Modelos teóricos do Burnout	14
- Modelo de House e Wells	14
- Modelo de Cherniss	15
- Modelo de Edelwich e Brodsky	15
- Modelo de Meier	16
- Modelo de Golembiewski	16
- Modelo de Leiter	18
- Causas e consequências do Burnout	19
- Sintomas do Burnout	24
- Burnout e os profissionais de ajuda	25
- Estudos sobre o síndrome de Burnout em fisioterapeutas	26
Paralisia Cerebral:	
- Definição de paralisia cerebral	29
- Classificação da paralisia cerebral	30
- Etiologia da paralisia cerebral	31
- Avaliação da criança com paralisia cerebral	34
- Tratamento da paralisia cerebral	35
- Métodos de tratamento da paralisia cerebral	36
- O fisioterapeuta e a sua importância no tratamento da paralisia cerebral	41
Método:	
- Participantes	43
- Material	50
- Questionário Demográfico	50
- Questionário M.B.I.	50

- Procedimento	53
Resultados	54
Discussão	61
Referências	63
Anexos:	
- Anexo A: Folha de rosto	69
- Anexo B: Questionário demográfico	70
- Anexo C: Questionário do MBI	73
- Anexo D: Outputs programa SPSS	75

INDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

	Página
Figura 1 – Modelo de Golembiewski _____	17
Figura 2 – Modelo de Leiter _____	18
Figura 3 – Causas e Consequências de Burnout _____	19
Figura 4 – Sinais e Sintomas de Burnout _____	24
Figura 5 – Tipos de Paralisia Cerebral _____	30
Gráfico 1 – Caracterização da Amostra (Sexo) _____	44
Gráfico 2 – Caracterização da Amostra (Idade) _____	44
Gráfico 3 – Caracterização da Amostra (Estado Civil) _____	45
Gráfico 4 – Caracterização da Amostra (Habilitações Académicas) _____	45
Gráfico 5 – Caracterização da Amostra (Categoria Profissional) _____	46
Gráfico 6 – Relação Jurídica de Emprego _____	49
Gráfico 7 – Trabalho na Área de Paralisia Cerebral por Opção _____	49
Gráfico 8 – Amostra Total _____	59
Tabela 1 – Habilitações Profissionais _____	46
Tabela 2 – Tempo de Exercício Profissional _____	47
Tabela 3 – Tempo na Categoria Profissional Actual _____	47
Tabela 4 – Tempo de Trabalho na Área da Paralisia Cerebral _____	48
Tabela 5 – Tempo de Trabalho na Instituição _____	48
Tabela 6 – Consistência Interna da Escala e Subescalas M.B.I. _____	53
Tabela 7 – Frequências das Respostas dos Sujeitos _____	54
Tabela 8 – Estatística Descritiva aos Itens M.B.I. _____	57
Tabela 9 – Estatística Descritiva às Subescalas M.B.I _____	58
Tabela 10 – Correlação de Sperman _____	60

INTRODUÇÃO

Em 1974, Freudenberger, introduziu o conceito de *burnout* na literatura científica. Este tema foi rapidamente alvo de grande interesse, em parte por exprimir de forma clara aquilo que muitos sentiam, em parte por colocar a questão “quem cuida dos cuidadores?”, sendo hoje possível encontrar centenas de artigos e pesquisas subordinadas ao assunto.

Apesar das diferenças entre as várias definições de *burnout* ressalta o facto de todas o descreverem como resultado final de um processo no qual as pessoas altamente motivadas e empenhadas perderem esse espírito.

O *burnout* profissional é uma resposta contínua para situações de tensão interpessoal crónica no trabalho. As três dimensões chave desta resposta são uma exaustão opressiva; cinismo e indiferença ao trabalho; e um sentimento de ineficácia e insucesso (Maslach, 1982a; Maslach e Jackson, 1981b; Maslach e Leiter, 1997). A experiência pode enfraquecer o desempenho pessoal e social. Enquanto alguns indivíduos podem desistir do trabalho como resultado de depressão, outros poderão ficar, mas farão apenas o mínimo indispensável, em vez de darem o seu melhor. Esta diminuição na qualidade de trabalho e da saúde física e psicológica pode ser penosa - não apenas para o trabalhador, mas para todos os que são influenciados por esse indivíduo.

Durante vários anos, o *burnout* tem sido reconhecido como um risco ocupacional para várias profissões direccionadas para os indivíduos, tais como os serviços humanos, educação e cuidados de saúde. As relações terapêuticas ou de trabalho que esses provedores desenvolvem com os recipientes requerem um nível de contacto emocional e pessoal contínuo e intenso.

Embora esse tipo de relações possa ser recompensador e cativante, também podem ser muito "stressantes". Nessas profissões, as normas que prevalecem são ser humilde e pensar primeiro nas necessidades dos outros.; trabalhar várias horas e fazer tudo o que estiver ao alcance para ajudar um cliente, um doente ou um estudante; avançar sempre mais um pouco e entregar-se por completo. Além disso, os ambientes organizacionais destas ocupações são moldados por vários factores sociais, políticos e económicos (tais como cortes nos fundos ou políticas de restrição) estes factores resultam em cenários de trabalho muito exigentes e com poucos recursos.

Apesar do facto de os terapeutas terem identificado o *burnout* como um problema social importante no local de trabalho, já há muito tinha sido alvo de um estudo sistemático por parte dos investigadores (Maslach e Schaufeli, 1993). O *burnout* é de origens

populares e não acadêmicas. No entanto, apesar da sua figura de retórica evocativa e a sua utilização popular, o *burnout* foi inicialmente um conceito muito enganoso – não tinha uma definição padrão, embora existisse uma grande variedade de opiniões sobre o que era e sobre o que se poderia fazer sobre isso. Vários indivíduos utilizavam o termo para se referirem a várias situações, assim nem sempre existiu uma básica para a comunicação construtiva sobre o problema e as suas soluções (Maslach, 1982b). No entanto, havia um consenso subjacente sobre as três principais dimensões do conhecimento vivido do *burnout* e a subsequente pesquisa sobre o assunto conduziu ao desenvolvimento de uma teoria pluridimensional de *burnout* (Maslach e Jackson, 1981b; Maslach, 1993).

Ao contrário dos modelos unidimensionais de stress a teoria pluridimensional conceptualiza o *burnout* em termos dos seus três componentes principais: exaustão, despersonalização e realização pessoal reduzida (Maslach, 1993; Maslach e Jackson, 1981a, 1986). De acordo com esta teoria o *burnout* é uma experiência de stress individual apoiada num contexto de relações sociais complexas e envolve a concepção do indivíduo em relação a si e aos outros.

A *exaustão emocional* refere-se a emoções excessivas e à redução dos próprios recursos emocionais. Os principais recursos desta exaustão são o excesso de trabalho e o conflito pessoal no trabalho. Os trabalhadores sentem-se exaustos sem qualquer fonte de "reabastecimento". Falta-lhes energia para enfrentarem o dia seguinte ou alguém que precise de auxílio. A componente da exaustão emocional representa a dimensão básica do stress individual de *burnout*.

A *despersonalização* refere-se a uma resposta negativa, cínica ou excessivamente distante para com os outros indivíduos, o que na maioria dos casos inclui uma perda de idealismo.

Normalmente, desenvolve-se em resposta à sobrecarga de exaustão emocional e no início é até auto-protectora - um tampão emocional de "preocupação distanciada". Mas o risco é que o distanciamento pode tomar-se em desumanização. A componente despersonalização representa a dimensão interpessoal do *burnout*.

A *realização pessoal* reduzida refere-se a um declínio nos sentimentos de competência e produtividade no trabalho. Este sentimento inferiorizado de ineficácia tem sido associado à depressão e à incapacidade de enfrentar as exigências da função, podendo ser exacerbado pela falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento. Os trabalhadores vivem um crescente sentimento de inadequação sobre a sua capacidade de

ajudar os clientes e, este facto pode resultar num auto imposto veredicto de insucesso. A componente de realização pessoal representa a dimensão de auto-avaliação do *burnout*.

Este modelo tridimensional significa que se coloca de forma evidente a vivência de stress individual num contexto social. O que tem distinguido o *burnout* tem sido (em oposição a outros tipos de reacções de stress) o enquadramento interpessoal do fenómeno. A centralidade das relações no trabalho - quer sejam as relações com clientes, colegas ou supervisores - tem estado sempre no centro das descrições sobre o *burnout*. Estas relações são a fonte de tensões emocionais e de recompensas. Podem ser uma fonte para enfrentar o stress profissional e, por vezes, suportam o peso dos efeitos negativos do *burnout*. Assim, se se considerasse o *burnout* fora do seu contexto e se o focássemos apenas na componente de exaustão do indivíduo, perder-se-ia a noção de todo o fenómeno.

A este respeito, a teoria pluridimensional é uma melhoria distinta dos anteriores modelos unidimensionais do *burnout* (ex. Freudenberger e Richelson, 1980; Fines et al., 1981) porque incorpora uma dimensão (exaustão) e expande-a ao adicionar duas outras dimensões: resposta relativamente aos outros (despersonalização) e resposta relativamente a si próprio (realização pessoal reduzida). A introdução destas duas dimensões inclui determinados aspectos à noção de resposta ao stress de um indivíduo e torna o *burnout* mais alargado do que as ideias estabelecidas sobre stress ocupacional.

Estes três componentes apareceram de forma interessante na maioria dos debates do *burnout*, mesmo que não tenham sido explicitamente enquadrados numa organização pluridimensional. Por exemplo, a exaustão também foi descrita como esgotante, perda de energia, debilitação e fadiga; a despersonalização tem sido descrita como atitudes negativas e inadequadas para com clientes, perda de idealismo e irritabilidade; e a realização pessoal reduzida tem sido descrita como redução de produtividade ou capacidade, falta de ânimo, afastamento e incapacidade de luta (Maslach, 1982b).

Há já alguns anos, que no nosso País, se assistiu à implementação de centros de atendimento / tratamento de bebés e crianças com Paralisia Cerebral, de forma a responder às necessidades existentes, havendo assim, um maior número de utentes que são ajudados por profissionais de saúde, onde estão incluídos os Fisioterapeutas.

As situações humanas deveras difíceis com que os Fisioterapeutas se confrontam poderão provocar *burnout*, que corresponde a uma total perda de motivação, idealismo e entusiasmo, vivido pelos profissionais, quando as condições de trabalho conduzem a uma incapacidade de "Funcionar" por falta de desejo, de querer.

No tratamento de um bebé / criança com Paralisia Cerebral, antes da técnica, está o relacionamento com o Terapeuta. Um bom relacionamento transmite confiança e segurança, leva o bebé / criança a gostar do movimento (actividade), abre o caminho ao uso da técnica e proporciona um tratamento com alegria. Mas, tudo isto pode estar comprometido, se o Terapeuta não estiver bem consigo próprio se houver *burnout*.

Face ao exposto, considerámos ser pertinente fazer um estudo sobre "o Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que tratam bebés e crianças com Paralisia Cerebral".

Por conseguinte, os objectivos deste estudo são o de verificar a existência ou não de *burnout* em Fisioterapeutas que tratam bebés e crianças com Paralisia Cerebral e se o tempo de serviço aumenta os níveis de *burnout*.

Planeou-se a realização deste estudo, recorrendo às seguintes frases:

Numa primeira fase de planeamento do estudo, fez-se pesquisa bibliográfica por forma a definir a problemática em estudo, a construção do instrumento de notação (questionário) e solicitação das autorizações necessárias.

Na segunda fase de recolha de dados, fez-se o contacto com os centros de reabilitação de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra e respectivas chefias e foram distribuídos os questionários aos Fisioterapeutas em estudo.

Na terceira fase de análise dos dados recolhidos, fez-se o tratamento estatístico, a análise e discussão dos dados recolhidos, a elaboração do relatório e a divulgação dos resultados.

REVISÃO DA LITERATURA

BURNOUT

Definição do síndrome de Burnout

O conceito de Burnout surge na década de 70, como característica, das “Profissões de Ajuda”, aqueles em que o indivíduo trabalha com pessoas, e é consequência da tensão emocional crônica e do excessivo esforço que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, particularmente quando estas têm problemas.

Desde Freudenberger um grande número de definições de Burnout foram propostas, com algumas diferenças entre elas. Belcastro e Hays (1984) apresentam duas, a de Mattingly (1977) que define o Burnout como uma resposta destrutiva e dolorosa face ao excesso de stress e a de Spaniol e Caputo (1979) que descrevem nove sintomas de Burnout: aborrecimento, fadiga, dificuldade em tomar decisões, culpa, sintomas físicos, alienação, cinismo, ressentimento e propensão para acidentes.

Durante a década de 80, o interesse pelo síndrome de Burnout cresceu vertiginosamente, centrando-se a atenção dos investigadores para as “Profissões de Ajuda” (Psiquiatras, Psicoterapeutas, Professores e Enfermeiros).

Foram consideradas profissões de alto risco, as ocupações de ajuda que implicam relação, ensino, apoio e repressão.

O Burnout foi estudado em muitos grupos profissionais de serviços humanos, incluindo profissionais de segurança (Burke e Deszca, 1986); profissionais de saúde e saúde mental (Pines e Maslach, 1978, Ackerley, Burnell, Holder e Kurdek, 1988; Savicki e Cooley, 1993); profissionais do ensino (Jackson, Schwab e Schuler, 1986 a; Burke e Greenglass, 1989, Friedsen e Sarros, 1989; Chan e Hui, 1995) e profissionais com função de chefia (Lee e Ashforth, 1993 a).

A maioria dos autores considera que o Burnout se manifesta pela exaustão psicológica e / ou fisiológica, respostas negativas face a outros, face ao próprio e face às suas realizações pessoais, sendo o Burnout a resposta a tensões emocionais dos profissionais que trabalham com pessoas. Também em quase todas as definições é

salientado, que o Burnout é um estado de fadiga e desgaste emocional, que surge nas pessoas que iniciam as suas actividades com altos ideais e empenhamento, e em que isto é substituído por desilusão. Mas, a definição mais referenciada para o conceito de Burnout parece ser a de Maslach e Jackson (1982), que o definem como um cansaço emocional, levando a uma perda de motivação, que pode evoluir até sentimentos de inadequação e fracasso. Segundo estas autoras, o Burnout pode ser definido como “um esgotamento ou exaustão física e emocional, implicando o desenvolvimento de uma imagem de si negativa, uma atitude face ao trabalho negativa, uma perda de interesse e de sentimentos para com os clientes.”

Maslach e Jackson (1981 a), exploraram as dimensões subjacentes ao Burnout com uma amostra de 1025 sujeitos que trabalhavam com pessoas, através do seu instrumento de 22 itens, o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.). Este instrumento através da análise factorial, revelou três factores que caracterizam o Burnout: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Esta definição multidimensional de Burnout tem sido largamente adoptada pelos investigadores.

Poder-se-á, denominar o Burnout em função de três aspectos:

1. A exaustão emocional, que se refere á falta de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer à outra pessoa. É uma componente fundamental do Burnout e pode ter manifestações físicas e psíquicas.
2. A despersonalização, que é o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários dos serviços que se prestam.
3. A falta de realização pessoal que é a percepção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca a diminuição das expectativas pessoais, implicando uma auto – avaliação negativa, onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como os sentimentos de fracasso e baixa auto – estima.

Segundo Maslach e Jackson (1981,b), numa fase inicial do síndrome, aumentam os sentimentos de exaustão emocional. A fase subsequente, é o desenvolvimento de atitudes e sentimentos cínicos face aos clientes. Finalmente a terceira fase do Burnout é a tendência para se auto – avaliar negativamente.

Modelos teóricos do Burnout

Modelo de House e Wells

Este modelo identifica as variáveis individuais e organizacionais que poderão estar relacionadas com o Burnout.

Para House e Wells, as três dimensões do Burnout reflectem três categorias de stress, cujos sintomas podem ser fisiológicos, focando os sintomas físicos (exaustão física), afecto – cognitivos, focando as atitudes e os sentimentos (exaustão emocional e despersonalização) e comportamentais, focando os comportamentos sintomáticos (despersonalização e diminuição da produtividade no trabalho).

Segundo House e Wells, (1978) as características individuais e o meio ambiente do trabalho são importantes para a recepção e impacto do Burnout, que por sua vez é mediado pelo facto do sujeito lidar eficazmente ou não com a situação.

Este modelo contém quatro fases. A primeira fase é o grau no qual a situação é conducente de stress. Existem dois tipos de situações em que é provável a ocorrência de stress: as competências / habilidades do indivíduo podem não ser suficientes para responderem às exigências reais e / ou percebidas da organização; ou o trabalho realizado pelo sujeito não corresponde às suas expectativas, necessidades ou valores. Consequentemente, existirá stress quando existe uma aptidão inadequada, uma discrepância entre o sujeito e o meio de trabalho.

A segunda fase do modelo envolve o stress percepcionando. Muitas situações conducentes ao stress não resultam em pessoas que se auto – percepcionam como calmas e sem stress. Assim, a passagem da 1ª para a 2ª fase está dependente quer do passado e da personalidade individual, quer de variáveis organizacionais.

A terceira fase reúne as categorias principais de resposta ao stress; enquanto que a quarta fase, representa os resultados do stress. O Burnout, enquanto experiência multifacetada do stress emocional crónico, está colocado na 4ª fase.

Modelo de Cherniss

Cherniss (1980) propôs um modelo de Burnout em que o considera, como um processo. Este modelo baseado num estudo em que se entrevistaram, durante dois anos, profissionais de quatro áreas propensas ao Burnout (saúde mental, enfermagem, ensino e advocacia), conclue que as características particulares do ambiente de trabalho, interagem com as características dos indivíduos, assim como com as suas expectativas, provocando um grande stress, que os trabalhadores experimentam em vários níveis. Segundo Cherniss, este stress pode ser enfrentado de duas maneiras diferentes: uma empregando técnicas e estratégias que podem ser períodos activos de solução de problemas e outra apresentando mudança de atitudes e comportamentos negativos, incluindo o cinismo para com os utentes e afastamento emocional, que são classificados de Burnout.

Modelo de Edelwich e Brodsky

Edelwich e Brodsky (1980) propõem um modelo de Burnout, progressivo composto por quatro etapas diferentes:

Na primeira etapa, de idealismo e entusiasmo, o profissional tem uma série de expectativas irreais do que pode atingir. A maioria dos profissionais das profissões de ajuda começam a sua carreira, com um entusiasmo idealístico.

A segunda etapa, de estagnação supõe uma paralização face á constatação da irreabilidade das expectativas e uma perda do idealismo e entusiasmo iniciais. Esta fase traduz-se por uma extrema fadiga, sinais somáticos, irritabilidade e problemas de atenção.

A terceira etapa, que pode ser considerada como o núcleo central de Burnout, é de frustração, marcada por um forte sentimento de impotência e culpabilidade.

A quarta fase, da apatia, caracteriza-se pela indiferença e falta de interesse e é onde se estabelece um sentimento de vazio total que pode manifestar-se em distanciamento emocional até á apatia ou afastamento emocional.

A progressão deste modelo não é linear, é um modelo cíclico que pode repetir-se várias vezes , podendo o indivíduo completar o ciclo em épocas diferentes, e no mesmo ou em diferentes locais de trabalho.

Modelo de Meier

O modelo proposto por Meier (1984) conceptualiza o Burnout como sendo um estado resultante de experiências de trabalho repetidas, nas quais o indivíduo possui:

- 1) Expectativas diminuídas para a presença de reforços positivos e expectativas elevadas sobre a presença de punições no ambiente de trabalho;
- 2) Expectativas diminuídas sobre formas de controlar as formas de reforço presentes;
- 3) Expectativas diminuídas da competência pessoal para o desempenho de ações e / ou comportamentos necessários para controlar o reforço.

Os indivíduos que possuem estas expectativas nestes níveis tão baixos, frequentemente experimentam sentimentos negativos como a ansiedade e medo, adotando comportamentos improdutivos, evitando o trabalho e apresentando falta de persistência.

Este modelo procura uma resolução para a discordância sobre a localização das causas (se residem nas organizações ou no indivíduo) e integra as conclusões de estudos anteriores sobre o síndrome num modelo teórico que, colocando a ênfase no estudo de contextos internos e externos, adopta um ponto de vista interaccionista.

Neste modelo as causas do Burnout não residem somente no indivíduo ou no meio, mas serão função de influências quer ambientais, quer individuais.

Modelo de Golembiewski

Golembiewski (1986) e Leiter (1988), expõem dois modelos de Burnout apartir do Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) de Maslach e Jackson (1981), mas com algumas diferenças, que deram lugar a algumas controvérsias.

Golembiewski (1986) considera as pontuações das três sub - escalas do (M.B.I.), (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), sendo a despersonalização a primeira etapa do modelo e a menos grave. Níveis altos na despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal, e o aumento dos sintomas anteriores podem desencadear níveis altos de exaustão emocional.

São então constituídas fases nas quais os sujeitos são classificados como altos (A) ou Baixos (B) nas três sub – escalas para valores médios obtidos para a população em causa, como se poderá visualizar na figura 1.

	FASES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Figura 1: Modelo de Golembiewski

A fiabilidade das fases indicadas na fig. 1 é alta (Golembiewski, 1988) e os resultados obtidos por diversos autores em mais de doze amostras diferentes, utilizando cerca de duzentas variáveis consideradas chave, são consistentes com uma elevada validade externa do modelo (Golembiewski e Munzenrider, 1988).

Uma das críticas apontadas a este modelo diz respeito ao facto deste indicar unicamente que as fases são progressivas no que respeita aos níveis, podendo no entanto, um sujeito não passar através de todas as fases.

Por outro lado, o modelo abarca duas formas de apresentação do Burnout: ataque crónico (com a descrita progressão desde a primeira fase até á oitava) e ataque agudo (com diversos deslocamentos do sujeito pelas fases; por exemplo, da primeira fase para a quinta e desta para a oitava). Por último, quer se trate de uma situação de início agudo ou crónico, o modelo não explica como o sujeito recupera de qualquer fase até á oitava.

Modelo de Leiter

Leiter (1988, 1989), partindo também da análise do Maslach Burnout Inventory, refere que os profissionais que experimentam situações de exaustão emocional, quando da exposição, a situações de stress no trabalho, reagem alheando-se, através da despersonalização. Os profissionais perdem assim, o compromisso emocional que mantinham na sua relação laboral, ao mesmo tempo continuam a sofrer de exaustão emocional, produzindo-se uma avaliação negativa da sua realização pessoal, que conduz ao Burnout.

No modelo de Leiter, a exaustão emocional ocupa uma posição central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e de baixos de realização pessoal, assim como a outras questões como diminuição do compromisso / envolvimento, aumento do absentismo, etc.

A despersonalização é descrita como um sentimento de incapacidade em lidar com os persistentes sentimentos de exaustão emocional, quando no relacionamento interpessoal.

Para Leiter (1988, 1989), se a despersonalização fosse uma resposta adequada, estaria correlacionada negativamente com a exaustão emocional.

Além disso, a despersonalização é totalmente contrária aos valores inculcados no processo de socialização das profissões de ajuda.

Na sua análise, Leiter (1988, 1989), utiliza a amplitude total das três sub-escalas do M.B.I., sem dicotomizar, assim como a regressão múltipla, admitindo quatro fases possíveis, exemplificadas no figura 2.

	FASES			
	1	2	3	4
Despersonalização	B	A	A	A
Realização Pessoal	B	A	B	A
Exaustão emocional	B	B	B	A

Figura 2: Modelo de Leiter

Apesar de algumas críticas de Golembiewski (1989), segundo Leiter, este modelo permite uma análise que assegura toda a riqueza do M.B.I.

Afirma que a análise de cada uma das sub – escalas proporciona informação que respeita unicamente ao Burnout e ás relações com as outras sub – escalas do M.B.I., tornando-se deste modo, mais fácil determinar o grau em que cada aspecto do Burnout contribui para predizer o resultado final.

Causas e Consequências do Burnout

O Burnout é um fenómeno multifacetado potenciado por numerosas causas que são descritas como sendo fruto de factores organizacionais, interpessoais e intrapessoais e ainda de variáveis demográficas.

Na figura 3 são apresentados um conjunto de factores indutores do Burnout e as consequências que este poderá acarretar, tanto ao próprio, como á organização como um todo.

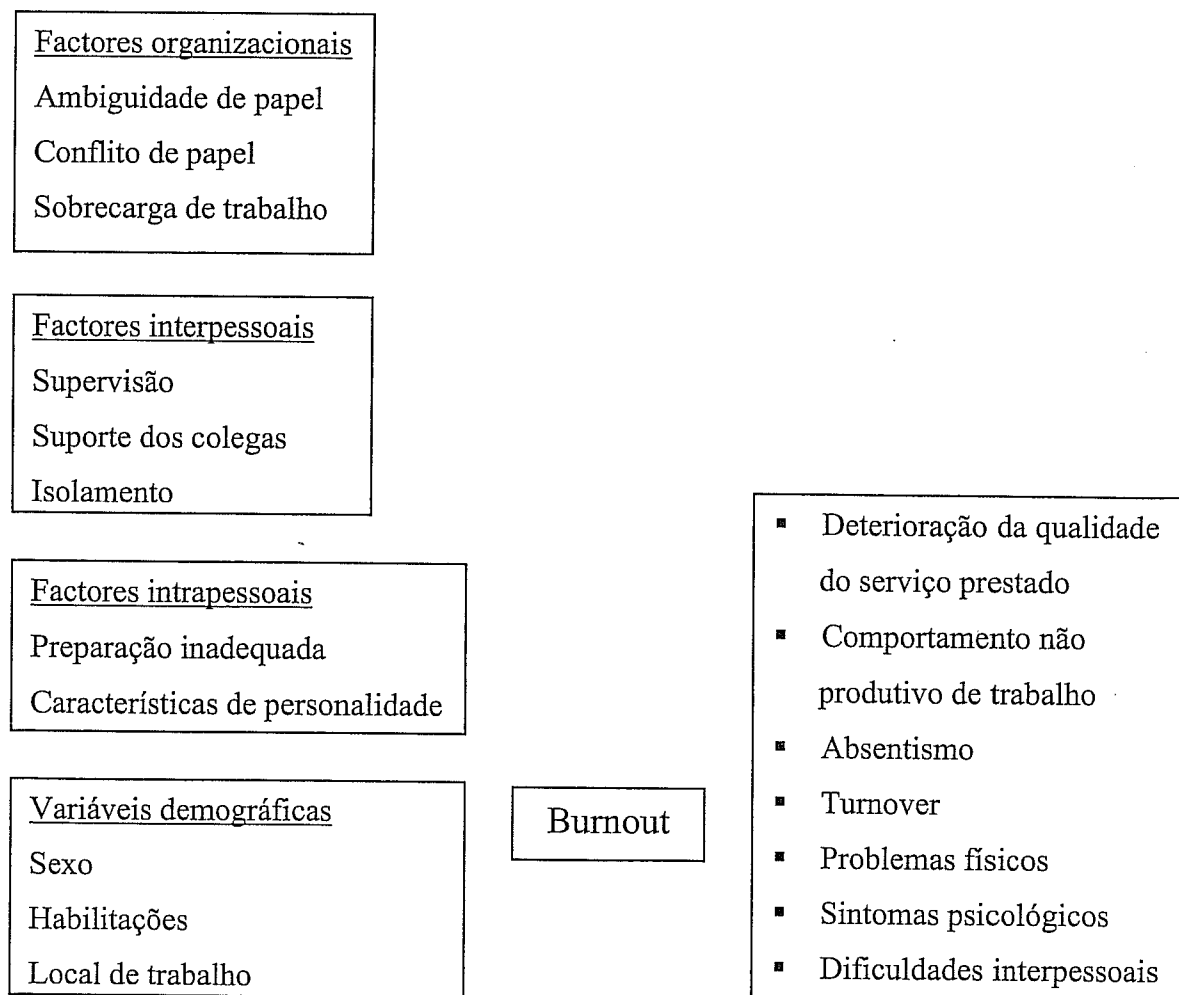


Figura 3 – Causas e Consequências do Burnout

Ao nível dos factores organizacionais, Garcia (1990) menciona as expectativas profissionais como determinantes de perigo emocional, assim como a ambiguidade e conflito de papéis: a ambiguidade existe quando o indivíduo tem informação inadequada sobre o seu papel no trabalho, acerca dos objectivos e responsabilidades do papel desempenhado (Cooper et All, 1982).

A autonomia, grau de liberdade na organização do próprio trabalho e o feedback, grau em que a realização das actividades dos posto resulta na obtenção de informação clara sobre o nível de performance, são aspectos importantes na abordagem do Burnout.

A sobrecarga do trabalho é também apontada como factor intrínseco a um emprego particular, que poderá levar ao aparecimento de Burnout.

Esta sobrecarga diferencia-se em termos qualitativos e quantitativos (Cooper et All, 1982).

A sobrecarga do trabalho quantitativa diz respeito ao facto do indivíduo “ter muito que fazer”, enquanto que sobrecarga de trabalho qualitativa significa “trabalho muito difícil”.

Nos factores interpessoais; temos a supervisão, isto é, a relação da chefia com os subordinados é um factor importante a considerar.

Estudos realizados mostram que trabalhadores que não ocupam posições de chefia, parecem ser mais susceptíveis ao Burnout do que aqueles que ocupam posições de chefia, pois estes podem ponderar adequadamente os problemas que afectam os subordinados.

A relação entre as pessoas, isto é, a quantidade e o grau de relação com os colegas e com os clientes dos serviços prestados, tem influência no aparecimento do Burnout, verificando-se que quanto mais tempo e mais intensas forem as relações interpessoais, maior o risco de esgotamento emocional e Burnout (Maslach, 1982).

Cooper e Maslach (1976), sugerem que as boas relações entre os membros de um grupo são o factor central na saúde individual e organizacional.

Nos factores intrapessoais, as diferenças individuais no confronto com o Burnout são importantes, na medida em que algumas pessoas são mais capazes de enfrentar os agentes indutores de stress que outras, adaptando melhor o seu comportamento de modo a enfrentar o desafio ambiental.

Por outro lado, algumas pessoas são mais caracteriologicamente predispostas ao stress, isto é, são incapazes de enfrentar ou de se adaptar á situação que provoca o stress. Têm sido efectuados estudos sobre padrões de comportamentos relacionados com o stress,

que indicam as designações de indivíduos com padrões de comportamento Tipo A e Tipo B, sendo o padrão de comportamento tipo A indicativo de alto risco de doenças coronárias ao contrário do tipo B (baixo risco de doença coronária).

Nas variáveis demográficas, a idade e antiguidade no posto, formação e desenvolvimento profissional, são também factores importantes para o aparecimento do Burnout.

As oportunidades de formação e promoção são factores que influenciam a prevenção do Burnout. Tendo em conta que as possibilidades favoráveis de obter melhores níveis da formação adequada e promoção poderão influenciar a prevenção do Burnout, será legítimo esperar níveis de Burnout mais baixos a indivíduos com maior formação e possibilidade de progressão na carreira.

Por outro lado, a relação da idade e da antiguidade com o aparecimento do Burnout não está clara. A relação inversa entre o Burnout e a antiguidade, pode ser função tanto da idade como do ambiente laboral, pois os trabalhadores que entram num ambiente com alto nível de stress tendem a abandonar o trabalho por um período de tempo prolongado (Garcia, 1990).

O sexo e o estado civil, são considerados factores que se encontram relacionados com o Burnout. Embora a variável sexo seja uma variável bastante controversa relativamente ao aparecimento do Burnout, o mesmo não acontece quando se analisa a variável estado civil.

Enquanto que Cahoon e Rowey (1984), verificaram que os homens apresentavam níveis de Burnout mais elevados do que as mulheres; Golembiewski e All (1986), verificaram o inverso. Por sua vez, Numerof e Seltzer (1988) não encontraram qualquer tipo de relação entre esta variável e o Burnout.

Por outro lado, o casamento parece proporcionar segurança suficiente, capaz de anular a tendência para uma sobre implicação no trabalho e no Burnout.

As evidências empíricas demonstram que os trabalhadores casados, têm níveis de Burnout mais baixos do que os solteiros (Golembiewski e All, 1986; Maslach, 1982; Numerof e Seltzer, 1988).

O clima organizacional é outro factor estreitamente relacionado com o Burnout. A percepção de um clima organizacional adequado, relaciona-se inversamente com o Burnout (Garcia 1990). Verifica-se que, o ambiente laboral, as características do posto de

trabalho e outras variáveis organizacionais (tomada de decisão, autonomia, comunicação, etc.) são de extrema importância no aparecimento do Burnout.

Os factores acima assinalados, podem desencadear, em maior ou menor grau, o Burnout. Uma vez desencadeado, as pessoas que a ele estão sujeitas, perdem grande parte do seu idealismo, energia e firmeza iniciais. O mesmo sucede com o interesse e os sentimentos para consigo próprio e para com os outros.

As consequências do Burnout podem manifestar-se a nível individual ou a nível organizacional (Jackson e Maslach, 1981), podendo ser as consequências extremamente graves, pois os comportamentos dos profissionais incidem directamente, quer no funcionamento organizacional (aumentando o índice de absentismo, turnover, etc.), quer na qualidade dos serviços que prestam (diminuição da qualidade e desumanização dos serviços). Além disso, o Burnout parece estar correlacionado com vários problemas pessoais que incluem os sintomas psicossomáticos.

Existe uma possível relação entre o Burnout experienciado nos primeiros anos de carreira e a estabilidade na carreira. Assim, uma experiência positiva nos primeiros anos de carreira torna o profissional mais auto – confiante e disposto a correr riscos e, por isso, mais disposto a mudar a sua actividade.

De modo inverso, os profissionais que experienciaram elevados níveis de stress e Burnout nos primeiros anos de carreira, podem ser mais relutantes em mudar de actividade e ter que passar novamente por uma experiência negativa similar (Cherniss, 1992).

Na sua revisão de literatura sobre o Burnout, Cordes e Dougherty (1993) apresentam quatro categorias de consequências de Burnout:

a) Consequências físicas e emocionais

As consequências emocionais do Burnout prendem-se com a deterioração da saúde mental e incluem sintomas como a baixa de sentimentos de auto – estima, depressão, irritabilidade ou ansiedade (Cordes e Dougherty, 1993).

As consequências físicas apresentam-se com sintomas de fadiga, insónia, dores de cabeça e disfunção gastro – intestinais (Cordes e Dougherty, 1993).

Estudos recentes correlacionam o Burnout com o aumento de infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Este facto constitui razão para se incluírem acções de prevenção do stress e Burnout em programas de promoção de saúde.

b) Consequências interpessoais

Jackson e Maslach (1982) constataram haver grande relação entre as actividades laborais e as actividades extra – laborais dos indivíduos. Essa relação permitiu a centralização de pesquisas nos efeitos perniciosos que as actividades laborais dos indivíduos exercem nas suas relações com a família, amigos e vida pessoal.

Estudos posteriores verificaram ligações entre os níveis de Burnout e a deterioração da qualidade das relações sociais e familiares e ainda ligações entre o Burnout e conflitos não laborais (Jackson e Maslach, 1982).

c) Consequências atitudinais

Este tipo de consequências compreende o desenvolvimento de atitudes negativas com o próprio, com os clientes, com o trabalho e com a organização.

Os profissionais com elevados níveis de Burnout sofrem “uma mudança na forma como vêem os outros, mudança essa que vai desde uma atitude positiva e cuidada até uma atitude negativa e descuidada” (Maslach, 1982). Esses profissionais tendem a tornar-se insensíveis e cruéis, pouco compreensivos, desconfiados, tratam os outros de forma distanciada e por vezes pensam que os clientes merecem os problemas de que padecem (Garcia, 1990).

d) Consequências comportamentais

Este tipo de consequências inclui comportamentos relacionados com o trabalho ou a organização e ainda comportamentos destrutivos. Os comportamentos destrutivos manifestam-se através do consumo de drogas e consumo excessivo de álcool e tabaco (Cordes e Dougherty, 1993).

Podem também existir perturbações intelectuais marcadas por uma baixa das capacidades amnésicas de concentração e de atenção. Tomar uma decisão torna-se cada vez mais difícil e as responsabilidades são, tanto quanto possível, evitadas (Cordes e Dougherty, 1993).

Sintomas do Burnout

Caputo e Spaniol (1979) descrevem nove sintomas de Burnout: aborrecimento, fadiga, dificuldade em tomar decisões, culpa, sintomas físicos, alienação, cinismo, ressentimento e propensão para acidentes.

O síndrome de Burnout aparece como uma combinação de sintomas, comportamentais e atitudes (Lavandero, 1980):

Físicos	Psicológicos	Comportamentais
- Fadiga	- Frustração	- Desumanização dos doentes
- Perturbação do sono	- Depressão	- Victimização dos doentes
a) dificuldades em dormir	- Desencorajamento	- Procura das falhas dos outros
b) dificuldades em levantar	- Apatia	- Comunicação impessoal
- Dores de cabeça	- Culpa	- Distanciamento físico
- Enxaquecas	- Ansiedade	- Isolamento
- Distúrbios gastro - intestinais	- Paranóia	- Adiar os contactos com os Doentes
- Constipações frequentes	- Falta de energia	- Trabalhar segundo as regras
- Lombalgias	- Irritabilidade	- Viver para as pausas
- Náuseas	- Ressentimento	- Absentismo
- Tensão muscular	- Cinismo	- Uso de drogas e álcool
- Doenças frequentes	- Indiferença	- Conflitos familiares
- Peso elevado	- Resignação	- Conflito com os colegas
- Fraqueza	- Perda de empatia	- Obsessividade
- Mudança de hábitos alimentares	- Dificuldade de concentração	- Uso de humor para amortecer
	- Dificuldade no atendimento	- Diminuição de eficiência
	- Moral baixa	- Sobre ou sub - empenho
	- Sentido diminuído de auto-estima	

Figura 4 – Sinais e sintomas identificados na literatura

Nem todos os profissionais de ajuda apresentam todos estes sintomas.

Infelizmente somente quando o Burnout está num estado avançado é reconhecido, e raramente são sujeitos a tratamento os indivíduos numa fase inicial de Burnout.

Burnout e os profissionais de ajuda

Desde cedo se considerou que quando as vítimas de Burnout são membros de organizações, as consequências podem ser extremamente graves para a instituição; pois os comportamentos dos profissionais incidem directamente no funcionamento desta. Assim, a deterioração da saúde física e psíquica dos profissionais dá origem a um aumento dos índices de absentismo, turnover e a uma diminuição das qualidades dos serviços prestados (Garcia, 1990). Um dos grandes grupos de risco são os “profissionais de ajuda”, de entre os quais os fisioterapeutas.

O relatório da Organização Mundial de Saúde de 1998 refere que grande número dos profissionais de ajuda, manifesta frustração e crescente mal estar, chegando a abandonar a profissão por razões que se prendem com as condições de vida e de trabalho, não aproveitando, assim, os seus conhecimentos e aptidões na participação na unidade de trabalho (Garcia, 1990).

Trabalhar com bebés / crianças com paralisia cerebral pode provocar problemas emocionais. O sofrimento do bebé / criança com paralisia cerebral e da sua família passa também para os fisioterapeutas que trabalham com eles, provocando tensão emocional problemas de comunicação.

O que se verifica nos profissionais de ajuda é uma perda gradual de interesse pelas pessoas com quem interagem. Eles sentem que não conseguem manter a qualidade do interesse e envolvimento pessoal que são a essência da sua profissão (Maslach, 1978).

Todos estes aspectos, podem transformar uma atitude de cuidados positiva e humana face ao bebé / criança com paralisia cerebral, numa atitude desumanizada e despersonalizada.

No entanto, é possível que os profissionais de ajuda tenham uma boa performance mantendo a sua preocupação e interesse. Muitos profissionais não dominam esta técnica. Devido a esta falta de preparação para lidar com o stress emocional crónico, causado pela

sua profissão, muitos profissionais de ajuda não são capazes de manter os cuidados e o empenho que inicialmente tinham, começado, assim, a surgir o Burnout (Maslach, 1978).

Estudos sobre o síndrome de Burnout em fisioterapeutas

Na década de 80 Schuster (1984), verificou a existência de Burnout numa amostra de 170 fisioterapeutas e determinou possíveis causas pessoais e organizacionais que possam predizer os sintomas de Burnout. Neste estudo foi concluído que o Burnout não está relacionado com uma causa única, mas tem uma dimensão multifactorial, em que a multiplicidade de causas contribuem para uma multiplicidade de sintomas. O sintoma de mostrar atitudes negativas para com os outros no local de trabalho, parece ser predizível pela não existência de partilha profissional entre pares e baixa confiança por parte das chefias. Também os preditores do sintoma de insatisfação no trabalho parecem ser disfunções organizacionais conjuntamente com baixa auto-estima. Um preditor inicial de Burnout parece ser a incapacidade do terapeuta sentir o sucesso nas metas propostas para os utentes. Após referir as consequências para os utentes e as instituições, devidas à existência de Burnout, o autor propõe programas de intervenção contendo grupos de auto ajuda, realização de actividades físicas, reavaliação vocacional, etc.

Estudos realizados por Mottram (1988), em fisioterapeutas recém formados, investigaram a incidência de stress ocupacional nesta população e identificaram possíveis factores stressantes, assim como estratégias individuais de lidar com o stress. Os resultados indicaram que o grupo estudado percepcionava a fisioterapia como uma ocupação moderadamente stressante. Estes dados estão de acordo com os encontrados por outros autores (Golembiewski et Al. 1989), que só começam a encontrar índices elevados de Burnout após dois anos de exercício profissional.

Deckard (1989), utilizou o M.B.I. para tentar determinar o impacto do stress no bem estar físico e emocional dos fisioterapeutas. No seu estudo conclui que a exaustão emocional e a despersonalização, características do Burnout, assim como os sintomas físicos associados a tensões somáticas induzidas pelo trabalho, originam-se, pelo menos em parte, como resposta à ambiguidade de papeis laborais e conflito sentido no ambiente laboral. A percepção de inadequada distribuição do tempo pelas tarefas, equipe

profissional e/ou seus recursos sentidos como desajustados e a atribuição de exigências incompatíveis, parecem ser agentes stressores potentes e terem forte impacto negativo no bem estar físico e emocional dos fisioterapeutas. O autor preconiza ainda o envolvimento activo dos fisioterapeutas e respectivas chefias em políticas de redução e prevenção do Burnout.

Na década de 90 Pereira (1992) realizou um estudo para avaliar a presença de Burnout entre fisioterapeutas hospitalares.

Através do estabelecimento de critérios de inclusão, o autor seleccionou uma amostra de 40 fisioterapeutas hospitalares, tendo concluído que, os mesmos, apresentam um nível médio de Burnout.

Schlenz, Guthrie e Dudgeon (1995) realizaram um estudo sobre o Burnout nos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que trabalham na reabilitação de traumatismos cranianos. A relação entre o Burnout e as actividades de desenvolvimento profissional foi investigada em 21 terapeutas ocupacionais e 19 fisioterapeutas a trabalhar em dez instalações de reabilitação assistindo pacientes com traumatismos cranianos no noroeste do pacífico. Os sujeitos completaram o inventário de Burnout de Maslach e um questionário relativo a actividades de desenvolvimento pessoal. Na subescala da exaustão emocional, 42.5% estava na categoria elevada, 37.5% na média e 20% na baixa. Na subescala da despersonalização 10% estava na categoria elevada, 32.5% na média e 57.2% na baixa.

Na subescala do sucesso pessoal 65% estavam na categoria elevada, 30% na média e 5% na baixa. O apoio de equipa foi citado como um importante factor positivo. Um ambiente estimulante e o desenvolvimento profissional também foram considerados importantes pelos terapeutas. Apesar da exaustão emocional ser relativamente elevada, a despersonalização era relativamente baixa. As correlações entre o sucesso pessoal e todas as actividades de desenvolvimento profissional (excepto a preparação pré universitária) eram positivas. Os autores recomendam que os esforços para reduzir o Burnout deveriam incluir actividades para aumentar os sentimentos de sucesso pessoal e actividades para diminuir os sentimentos de exaustão emocional.

Wanding e Smith (1997) realizaram um estudo sobre o Burnout em Fisioterapeutas ortopédicos. O objectivo deste estudo era determinar se o Burnout existia neste grupo profissional e se existia uma relação entre os resultados do Burnout e as variáveis seleccionadas. Membros da Orthopedie Section of The American Physical Therapy

Associação da região nordeste dos Estados Unidos foram enviados para um estudo que consistia em perguntas demográficas e o inventário de Burnout de Maslach. A taxa de retorno foi de 38,7%. Os níveis de Burnout foram desde os baixos a moderados dependendo do grupo utilizado para examinar os dados. Todas as variáveis examinadas (por ex.: anos como fisioterapeuta, número de pacientes atendidos por dia) mostraram muito poucas correlações com os resultados de subescala. Segundo os autores é necessária uma maior pesquisa para identificar aqueles em maior risco de Burnout e encontrar medidas de prevenção eficazes.

De-vries, Thomas, A; Von-Der-Werke, Erick (1999) estudaram a relação entre as exigências do trabalho, o desenvolvimento da carreira, e o Burnout nos fisioterapeutas baseados na utilização do modelo de controlo das exigências do trabalho. Lidar com a situação cognitivamente foi considerado um possível moderador neste modelo (Karasek, 1979). A versão do Maslach Burnout Inventory foi administrado a 444 fisioterapeutas homens e mulheres (maioria com 41 anos de idade) na Holanda. O efeito de interacção foi visto nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização para homens com mais de 40 anos. Lidar com a situação cognitivamente não moderou este efeito. Outras características do trabalho (Por ex: Stress e opiniões sobre o trabalho) estavam relacionadas com o Burnout. Os fisioterapeutas como um grupo estão em risco de terem Burnout, mas um bom desenvolvimento da carreira pareceu atenuar este mesmo risco.

Foram estes os estudos encontrados sobre o Síndrome de Burnout em fisioterapeutas.

PARALISIA CEREBRAL

Definição de paralisia cerebral

A paralisia cerebral é uma condição causada por uma lesão no encéfalo imaturo, de carácter não progressivo. Os sinais e sintomas dependem da área lesada do cérebro e da extensão da lesão, e expressam-se em padrões anormais de postura e de movimentos.

Geralmente a paralisia cerebral envolve anormalidades físicas, como um tônus muscular aumentando, ou diminuído ou flutuante, padrões de desenvolvimento atrasados, retenção patológica ou desaparecimento tardio dos reflexos primitivos. Este quadro motor era inicialmente o que se evidenciava, o que chamava de imediato a atenção, como ainda hoje ocorre. Mas o interesse pelo seu tratamento, que também no início era apenas de Fisioterapia, logo demonstrou que a dificuldade da criança, não estava apenas na incoordenação dos seus movimento, e que outros problemas afins faziam parte do quadro.

Assim, á atenção pela deficiência física juntaram-se os cuidados com a fala e linguagem, com as actividades da vida diária, com os distúrbios psicológicos e emocionais, com a deficiência mental, o que tornou a paralisia cerebral uma afecção que necessitava de assistência interdisciplinar.

Deste modo o enunciado simples que demos mais acima poderia ser mais completo usando-se a definição, que, por último, foi aprovada por uma comissão de especialistas em Berlim, em 1966.

“Paralisia Cerebral é uma desordem da postura e do movimento, persistente não imutável, devido a uma disfunção do cérebro presente antes de estar completado o seu crescimento e desenvolvimento. Muitos outros aspectos podem fazer parte do quadro.”

O essencial destas definições é que a lesão, embora persistente, não é progressiva e afecta o cérebro imaturo, interferindo ainda com a maturação do sistema nervoso central. Isto traz consequências específicas para o tipo de Paralisia Cerebral, para o seu diagnóstico, a sua avaliação e o seu tratamento.

Classificação da Paralisia Cerebral

Na dependência do enfoque, seja do tônus, seja da distribuição do quadro, são distinguidos os seguintes tipos de Paralisia Cerebral:

ESPASTICIDADE (Grave, inclusive RIGIDEZ)	Quadriplegia Diplegia Hemiplegia Paraplegia Monoplegia Triplegia Quadriplegia
ATETOSE Tipos mistos: Coreoatetose Atetose com espasticidade	Quadriplegia
ATAXIA Tipos mistos: Ataxia com espasticidade Ataxia com atetose Ataxia com espasticidade e atetose	Quadriplegia
FLACIDEZ Enfoque “ <i>distribuição do quadro</i> ”	Quadriplegia
DIPLEGIA	Espasticidade
QUADRIPLEGIA	Espasticidade Atetose Ataxia Flacidez Rigidez Misto
HEMIPLEGIA	Espasticidade
DUPLA HEMIPLEGIA	Espasticidade
PARAPLEGIA	Espasticidade
MONOPLEGIA	Espasticidade
TRIPLEGIA	Espasticidade

Figura 5: Tipos de Paralisia Cerebral

Etiologia da Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral, pode resultar de factores pré – natais, paranatais ou pós – natais.

- Factores Pré – Natais

Os factores pré – natais (que são os congénitos) fazem a sua agressão ao sistema nervoso central desde a fecundação ao nascimento.

Como factores pré – natais temos as drogas, as infecções, os traumatismos, as desordens circulatórias, as desordens metabólicas e as irradiações.

Em relação às drogas a dependência de narcóticos, barbitúricos, anfetaminas, ácido lisérgico; bem como, medicação recebida pela gestante (éter em inalação, anestésicos locais (xilocaína), hipnóticos (morfina), sedativos (fenobarbital, nembutal), tranquilizantes (reserpina), aspirina e vitamina K, provocam Paralisia Cerebral.

As infecções por vírus do sarampo, parotidite, varicela, rubéola provocam paralisia cerebral. Durante a doença materna é comum haver no feto uma leve meningoencefalite, que se cura quando a mãe recupera; mas às vezes permanece uma lesão residual que pode resultar em hidrocefalia. A rubéola além do atraso mental, pode causar lesão cardíaca, cataratas, surdez ou microcefalia. O risco de o feto ser afectado é de 50% se a gestante contraí a rubéola no primeiro mês de gestação, 25% no segundo e 17% no terceiro mês.

A toxoplasmose, adquirida in útero, pode provocar micro ou hidrocefalia, coriorretinite e, às vezes, microftalmia.

Os traumatismos tais como: queda sobre o abdómen, especialmente durante o oitavo e nono mês de gravidez, com uma contusão occipital; acidentes de automóvel, no final da gestação e a tentativa de aborto com objecto cortante podem provocar Paralisia Cerebral.

As desordens circulatórias, tais como: deficiência de oxigénio especialmente nas primeiras semanas de gravidez, quando não há vasos sanguíneos no embrião; a hemorragia materna, principalmente nas tentativas de aborto e a eritroblastose (interferência na permeabilidade dos vasos devido á isoimunização da mãe RH–Negativa pelo feto RH-Positivo) podem causar Paralisia Cerebral.

As desordens metabólicas (deficiência de vitaminas, deficiência dos oligoelementos (ex. cobre), a Diabetes Mellitus e a carência de proteínas) provocam Paralisia Cerebral.

As irradiações podem causar alterações nos vasos sanguíneos e interferência no parênquima cerebral, principalmente no segundo mês de gravidez. Mesmo as ondas de ultra – som têm sido apontadas como causa de lesões cerebrais (microcefalia).

- Factores Paranatais

São os que ocorrem imediatamente antes ou após o nascimento. Os principais são: a prematuridade ou pós – maturidade, as cesarianas rápidas demais e os partos rápidos, os agentes mecânicos e a Anóxia ou Hipóxia.

A prematuridade, por si só, não seria a causa da lesão cerebral, mas é um factor predisponente pela debilidade com que nasce a criança, mais sujeita á hemorragia craniana e á compressão de certas áreas do crânio.

Na pós – maturidade, que se acompanha de disfunção placentária intensa (em que diminui o fluxo sanguíneo ao feto), há produção de Hipóxia intra – uterina com expulsão de Mecónio. A Hipóxia e a ingestão do liquido com Mecónio ocasionam problemas respiratórios, o que explica a lesão posterior.

A fisiopatologia das cesarianas rápidas demais e dos partos rápidos é semelhante. A criança passa muito depressa da pressão intra – uterina para a pressão atmosférica do ambiente, que é bem menor, sem a necessária adaptação de, pelo menos, alguns minutos. Com isto, dá-se a ruptura dos vasos subdurais e a hemorragia correspondente . Quanto á cesariana, acresce o facto do motivo que levou a praticá-la, entre os quais o sofrimento fetal.

Em relação aos traumas por agentes mecânicos, o vacuum tal como o Fórceps pode ser nocivo quando empregado em más condições ou em fetos que já estejam em sofrimento encefálico.

A importância da consequência da Anóxia, além da diminuição da reserva de oxigénio, é a produção de alterações metabólicas com acumulação de metabolitos ácidos e instalação de acidose.

São de grande importância as conclusões que relacionam a Acidose com lesões cerebrais.

- Factores Pós – natais

São os que ocorrem do nascimento aos três anos de vida (há autores que consideram até aos cinco anos) e são as desordens circulatórias, as infecções, as desordens metabólicas e os traumatismos.

Desordens circulatórias temos a coqueluche, onde pode haver ruptura de vasos sanguíneos enfraquecidos e tornados mais permeáveis. e as convulsões contínuas que ocorrem quando o cérebro não aguenta o distúrbio circulatório angioespástico.

As infecções tais como a encefalite perivenosa e a meningite podem ocorrer na gripe, no sarampo, na rubéola, na varicela. Produzem-se lesões difusas no cérebro. As vacinações principalmente quando tardias, têm sido referidas entre as causas da encefalite. Os meningismos podem causar aderências nos espaços meningeos com obstruções ao fluxo do liquor.

Um exemplo de desordens metabólicas é a distrofia por desnutrição do recém-nascido.

Em relação aos traumatismos, os acidentes de carro em que possa ocorrer hemorragia e fracturas no crânio podem provocar Paralisia Cerebral.

Avaliação da Criança com Paralisia Cerebral

A Avaliação serve de base para a solução dos problemas clínicos, para a tomada de decisões e para a escolha e modificação dos métodos terapêuticos ou da orientação do tratamento, assim como para a avaliação dos resultados.

A avaliação inicial que precede o tratamento (a intervenção) destina-se a identificar e diagnosticar os problemas motores que exigem tratamento de fisioterapia, além de fornecer as informações básicas sobre as principais características da postura e da motricidade, as capacidades e as deficiências apresentadas pelo bebé / criança em questão.

A cada avaliação pretendeu-se entender melhor os problemas que o bebé / criança enfrenta, graças á observação, á interrogação, á escuta e ao uso de determinados estímulos e incentivos. O conhecimento mais pormenorizado do bebé / criança e dos aspectos positivos e negativos do seu desenvolvimento e da sua motricidade serve para determinar as modificações do plano de tratamento que forem necessárias implementar.

Nos bebés é predominante as anomalias da movimentação e da postura, mas nas crianças maiores, além dos padrões motores anormais, existem alterações do tônus que constituem, mais um ponto de referência para o diagnóstico. Deste modo, estes três elementos (padrão postural, padrão de movimentos e modificações do tônus) são importantes para o diagnóstico e o tipo de Paralisia Cerebral em questão.

Ao avaliarmos um bebé / criança portador de Paralisia Cerebral, procuramos quais os padrões de postura e de movimento que não são normais e o que é que impede a normalidade do padrão observado.

Em relação a quais os padrões de postura e de movimento que não são normais faz-se uma análise dos padrões motores, que é a base da avaliação neuroevolutiva da criança. Esta análise faz-se através da observação e da estimulação.

Na observação, começa-se por observar, sem se tocar na criança, as posturas e o comportamento motor desta. Aqui tem absoluta importância o conhecimento dos padrões da criança normal para a devida comparação de acordo com a faixa etária.

A estimulação compreende três tipos: específica, sinérgica e não – específica.

Na estimulação específica, analisamos os padrões posturais e motores sob certos estímulos específicos que se dividem em dois tipos: colocação da criança em posições incómodas e eliciações das reacções posturais.

A colocação da criança em posição provocará nela uma série de reacções a fim de se libertar daquela situação.

As reacções posturais que se elicitam são as reacções tónicas, as reacções de rectificação, as reacções de protecção e as reacções de equilíbrio.

A estimulação sinérgica consiste na elicitação de padrões de massas (padrões totais) pela imposição de parte deles.

A estimulação não específica elicitam padrões não dominantes. São as reacções associadas, provocadas por um espalhamento de impulsos em condições stressantes.

Em relação ao que é que impede a normalidade do padrão observado, este padrão postural e motor anormais, podem ser devidos a : dominância da actividade tónica reflexa, persistência de padrões primitivos ou presença de fibrose muscular ou da cápsula articular bem como, bloqueio ósseo.

A actividade tónica reflexa que o bebé / criança apresenta é devido á presença de reflexos tónicos como o reflexo tónico labiríntico, o reflexo tónico cervical assimétrico, o reflexo cervical simétrico as reacções associadas e as reacções positiva e negativa de apoio, que actuam sempre juntos numa constante inter – relação com predominância de um ou de outro.

Quase sempre no mesmo quadro encontram-se padrões primitivos: pontapés alternados, moro, preensão manual com o braço em pronação e flexão e com flexão da cabeça e tronco, padrões assimétricos após os cinco meses de idade, também inter-relacionando-se com os reflexos tónicos.

A detecção de fibrose ou de bloqueio ósseo é de primordial importância para a indicação cirúrgica do tratamento.

Tratamento da Paralisia Cerebral

Ao formular-se um plano de tratamento deve-se ter em conta as necessidades do bebé / criança em termos de idade, estados de saúde, família, ambiente físico, social e cultural, assim como os problemas primários e secundários que se relacionam especificamente com a paralisia cerebral. É necessário definir objectivos a curto prazo, capazes de serem compreendidos e realizados, para depois se passar aos objectivos a médio prazo. É indispensável também a colaboração de todos os elementos que participam no tratamento do bebé / criança com Paralisia Cerebral. Entre as pessoas que mais

provavelmente participarão na equipa estão os pais, o pediatra, o ortopedista, o neurologista, o oftalmologista, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala, o professor, o assistente social, o psicólogo, além do médico de família.

O bebé / criança com Paralisia Cerebral envolve grandes problemas médicos e educacionais. Não se ensina á criança com Paralisia Cerebral apenas o que uma criança normal aprende automaticamente e semi – automaticamente, como rolar, sentar-se, gatinhar e andar, mas também assuntos escolares e as simples tarefas da vida diária como vestir-se, lavar-se, etc.

O tratamento da Paralisia Cerebral, em que pesem estudos dedicados e laboriosos de muitos interessados, é ainda um campo de pesquisas diante das opiniões controversas dos seus autores. Cada método de tratamento apresenta estatísticas de bons resultados. Contudo, é muito difícil, se não impossível, a decisão do melhor método pela confrontação de estatísticas, pois estas baseiam-se em factos sobre os quais alguns autores não estão de acordo. É assim que ainda se discute a terminologia, a classificação, a relação entre um desvio do funcionamento do sistema nervoso e do respectivo diagnóstico clinico, a dificuldade de comparar terapias que são feitas em crianças ainda em evolução neurológica, somática e emocional, é que portanto diferem muito uma da outra e não podem ser agrupadas.

Métodos de Tratamento da Paralisia Cerebral

Não existe apenas um método ou sistema de tratamento / intervenção para a Paralisia Cerebral. Cada criança tem as suas necessidades individuais, as quais se modificam de acordo com a idade, não é licito concluir que uma técnica que se revelou eficaz em alguns casos servirá também para outros, embora certos problemas sejam mais específicos de determinadas formas de Paralisia Cerebral.

Genericamente, os métodos de tratamento têm-se baseado nas seguintes abordagens: escola ortopédica representada por Phelps; escola neurofisiológica de facilitação da actividade da unidade motora por estimulação proprioceptiva de Kabat, e estimulação exteroceptiva de Rood; escola neurofisiológica com base no aspecto filogenético do desenvolvimento humano de Temple – Fay; escola neurofisiológica com base na interacção do movimento com a fala de Peto; escola neurofisiológica, com base na estimulação de determinadas zonas reflexoôrgânicas de Vojta e estimulação de reflexos em

“pontos motores” de Castilho; escola neurofisiológica com base na inibição da actividade postural anormal e facilitação dos padrões posturais e de movimentos potencialmente normais de Bobath.

Nas abordagens referenciadas, os autores, em geral, usam a linha da reeducação do corpo inteiro e não do músculo isolado. A partir deste conceito de redução integrada é, às vezes, difícil ver onde começa e acaba a reeducação neuromuscular.

- Método de Phelps

A filosofia desta forma de tratamento é baseada no desenvolvimento ontogenético em que a criança é treinada seguindo as actividades próprias da idade.

Phelps considerou cinco tipos de envolvimento nas deficiências motoras: espasticidade e rigidez, 12 tipos de atetose, flacidez, ataxia e tremor.

Phelps descreveu 15 modalidades de atendimento as quais eram usadas conforme o caso. As modalidades eram:

Massagem; movimentos passivos; movimento activo assistido; movimento activo; movimento resistivo; movimento condicionado; movimento sincinético ou confuso; movimento combinado; repouso; relaxação; movimento a partir da posição relaxada; equilíbrio; recíprocação; alcançar e agarrar; habilidades: alimentação, abotoar, dar laços, estabelecimento de um hemisfério dominante.

Além da aplicação de uma ou mais modalidades de atendimento que vimos acima, havia a combinação de aparelhos ortopédicos que variavam de acordo com as indicações de cada criança.

Embora não seja usada mais esta programação devemos destacar em Phelps não só o pioneirismo no atendimento integral do paciente com Paralisia Cerebral como também o seguimento da neuroevolução, cujo modelo de Phelps eram as escalas de Gesell.

- Métodos de Kabat e Rood

Os autores partiram do princípio de que a potência motora no corpo humano está na forma individual mobilizada sob a forma de contracções musculares. Daí que as incapacidades motoras são sempre o resultado de uma falta de força muscular.

Os autores descrevem cinco técnicas para a facilitação central através da propriocepção:

- resistência máxima: é a resistência que pode ser oferecida e que só permitirá o acontecimento de um movimento voluntário de um modo ordenado
- estiramento
- padrões de massa – são em espiral e em diagonal
- reflexos
- antagonismo reversível, usando o princípio da indução sucessiva

Rood (1962) insiste muito nos aspectos sensoriais e motores do movimento. O princípio directo de seu método de reeducação consiste numa activação dos músculos por intermédio dos receptores sensoriais. Assim, Rood usa estímulos térmicos (gelo e calor) fricção, pressão, batimentos leves sobre as protuberâncias ósseas. Com estas práticas Rood estimula receptores exteroceptivos e propioceptivos facilitando, ativando ou inibindo reacções motoras.

- Método de Temple Fay

É o uso de padrões progressivos de movimentos baseados em reflexos simples.

Fay dizia: o sistema nervoso apresenta uma série de níveis evolucionários de desenvolvimento funcional. Quando os altos centros deixam o controle, padrões simples de movimentos vistos na primeira infância devem ser apreendidos antes de se tentarem padrões mais complexos de gatinhar e andar. Assim, são praticados inicialmente nos pacientes movimentos vistos nas formas mais inferiores de vida como os anfíbios e os répteis.

- Método Peto ou da “Educação Orientadora”

O Prof. Andras Peto (1940) (neurologista e educador) apresentou um método de reeducação baseado na regulação do movimento a partir de ordens verbais; ele enfatiza que a reeducação neuromuscular considera o contacto manual como o *primeiro sinal*, a ordem verbal é um reforço.

É o método da “Intenção Rítmica”, em que uma só pessoa faz o tratamento, a instrução e a direcção da criança com Paralisia Cerebral. O encarregado do tratamento

chama-se “regente”, assim chamado por ele conduz as crianças como um maestro numa orquestra. A “Regente” conhece os problemas mentais e físicos de cada criança e actua como mãe, professora, fisio -, e T.O e fono -. O tratamento pode ser feito em grupo, sem tocar na criança, estando a sua base teórica nos trabalhos de Luria e de Pavlov.

- Método de Vojta

De acordo com Vojta, as chamadas Reações Posturais dão informações acerca da idade evolutiva da criança, do nascimento até a idade da total verticalização. O seu significado diminui logo que a normal deambulação é alcançada. Nestas Reações Posturais as modificações reflexas da atitude do corpo são provocadas por súbitas mudanças da posição do corpo no espaço. Para Vojta, estas respostas reflexas provocadas na postura e no movimento são de grave valor diagnóstico, porque permitem reconhecer bem cedo o desenvolvimento normal ou anormal.

São feitas estimulações de determinadas zonas da superfície do corpo através de “pontos motores” provocando certos reflexos e inibindo outros, aumentando a atenção e a concentração, evitando a fadiga e aumentando a força muscular e, em alguns casos, obtendo um relaxamento que depende da manobra de facilitação do ponto estimulado.

- Método Bobath

Em (1964) Bobath escreveu: “os problemas dos pacientes com lesão do sistema nervoso central são encarados como um problema neurofisiológico, e a causa da deficiência motora é em grande parte devido à liberação dos padrões reflexos primitivos de postura e de movimento da inibição normalmente exercidos pelos altos centros do sistema nervoso central.”

Enquanto Fay, Kabat e outros estimulam reflexos primitivos para obter o movimento das partes afetadas, os Bobaths não usam reflexos patológicos e, ao contrário, tentam inibi-los. As técnicas de Bobath pretendem proporcionar à criança experiência sensorial do tônus normal e do movimento.

Neste particular é comum aos demais métodos de enfoque neurofisiológico: o trabalho é nas aferências (estímulos sensoriais) para se conseguir eferências (resposta motora).

Outras técnicas terapêuticas

- Resfriamento

Para que qualquer exercício seja efectivamente reabilitador é necessário primeiro reduzir a espasticidade. Um dos modos de se conseguir isso é “*esfriando*” a extremidade envolvida. Tem-se estudado que por um mecanismo neural o frio reduz a espasticidade; o resfriamento local aumenta a excitabilidade dos *motoneurônios* alfa enquanto diminui a dos *motoneurônios gama*, podendo, pois, ser útil o uso do frio no músculo espástico.

- Estimulação Vibratória

Foi mostrado, recentemente, que o uso da estimulação vibratória inibe a espasticidade.

A vibração, excitando preferencialmente os fusos musculares, *produz* uma contracção reflexa do músculo vibrado (é o Reflexo Tónico Vibratório - RTV) e inibição recíproca dos motoneurônios que inervam os músculos antagonistas.

- Biofeedback

O termo *Biofeedback* refere-se a um processo pelo qual informações visuais ou auditoriais sobre um aspecto de funcionamento do corpo servem para corrigir esse funcionamento. Em medicina física o tratamento pela realimentação (*feedback*) é o modo de treinar os músculos do esqueleto usando o conhecimento dos resultados, isto é, o conhecimento dos resultados ajuda a corrigir a acção daqueles músculos. A razão para o *treinamento por realimentação* é que um canal sensorial intacto, geralmente a visão ou a audição, é usado para calibrar a representação cerebral de uma actividade quando a propriocepção está comprometida.

O Fisioterapeuta e a sua Importância no Tratamento da Paralisia Cerebral

A fisioterapia tem ocupado um papel importante no tratamento da Paralisia Cerebral. Têm sido vários os métodos utilizados, sendo frequentemente difícil valorizar os resultados conseguidos, não só, pela impossibilidade de comparar séries homogéneas de crianças, como também devido aos múltiplos factores que influenciam o desenvolvimento de cada criança.

Através de técnicas de posicionamento e mobilização que diminuem a espasticidade, procura-se possibilitar a execução repetida e a integração cerebral de padrões de movimento normais. Por outro lado, procedendo-se á mobilização passiva e estiramento muscular, procurando manter a mobilidade articular, de forma a que o desenvolvimento motor que se possa vir a verificar com o crescimento, não venha a deparar com obstáculos ligados a alterações articulares e encurtamento dos músculos que o posicionamento vicioso e a falta duma actividade normal podem causar.

A fisioterapia é primordial; pois são os fisioterapeutas que acompanham as crianças com Paralisia Cerebral, tendo contacto físico, contínuo e directo com as mesmas, ao longo dos anos.

Os Fisioterapeutas dão ênfase á colaboração dos pais, no tratamento dos filhos. O número de horas que uma criança é submetida a exercícios pela equipe de reabilitação é muito menor do que o que ela passa na sua casa, em contacto directo com os pais.

Julgamos que os manuseios especiais para corrigir os defeitos e as anormalidades do desenvolvimento competem exclusivamente á equipe técnica.

É, no entanto, de grande importância a participação adequada dos pais nos exercícios que são provocados pelos estímulos comuns da vida e na generalização de tudo o que foi aprendido.

Os pais devem ser cuidadosamente orientados como devem proceder para completar em casa a actividade do fisioterapeuta e ajudar o desenvolvimento da criança em todas as funções do sistema nervoso e no amadurecimento da sua personalidade. A acção da família deve completar a actuação da equipa multidisciplinar.

O Fisioterapeuta dispõe assim da possibilidade de proporcionar uma contribuição especial e inestimável aos bebés / crianças que têm Paralisia Cerebral.

Para o Fisioterapeuta que se envolve num relacionamento constante com os bebés / crianças com Paralisia Cerebral, é importante aplicar não só os conhecimentos teóricos,

mas também, que o faça de maneira individualizada, respeitando e habilitando o bebé / criança no sentido de favorecer o seu desenvolvimento e o seu crescimento como pessoa.

Mas, será que trabalhar com bebés e crianças com Paralisia Cerebral pode provocar problemas emocionais?

Será que o sofrimento do bebé / criança com Paralisia Cerebral passa também para o Fisioterapeuta que trabalha com ele, provocando Burnout?

MÉTODO

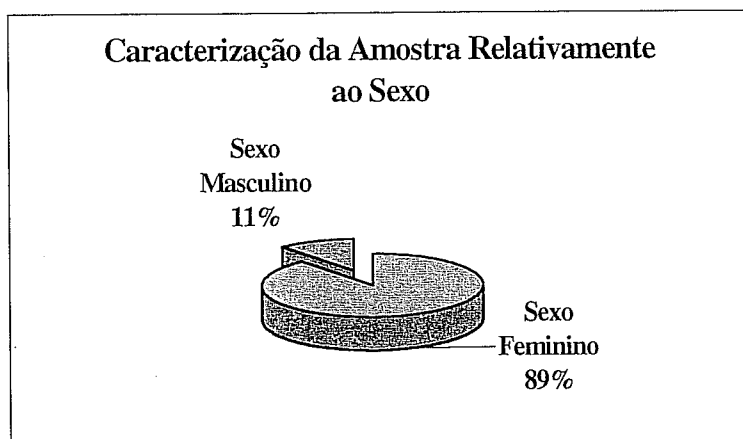
Participantes

Numa população constituída por 33 fisioterapeutas; conseguiu-se uma amostra de 27 profissionais; estando distribuídos da seguinte forma:

Centro de paralisia cerebral Calouste Gulbenkian	
Total de Fisioterapeutas	Amostra
13	8
Centro de paralisia cerebral do Porto	
Total de Fisioterapeutas	Amostra
8	7
Centro de paralisia cerebral de Coimbra	
Total de Fisioterapeutas	Amostra
12	12

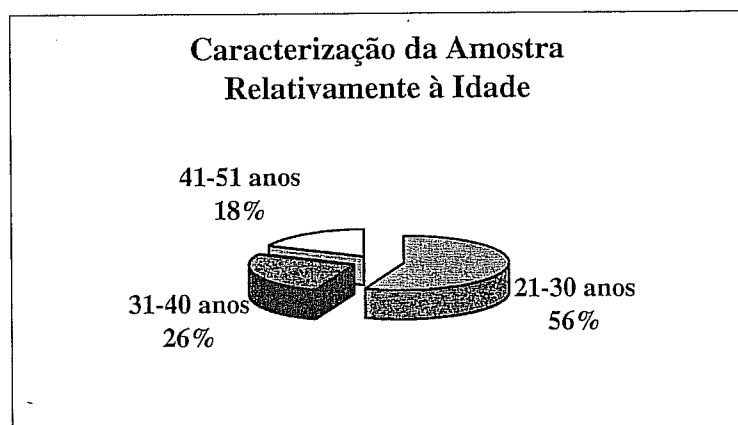
Procedemos à caracterização da amostra relativamente ao sexo, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, categoria profissional, tempo de exercício da profissão, tempo de categoria profissional, tempo de exercício de funções na área da Paralisa Cerebral, tempo de trabalho na instituição, relação jurídica de emprego e motivação para trabalhar na área de paralisia cerebral.

Gráfico 1



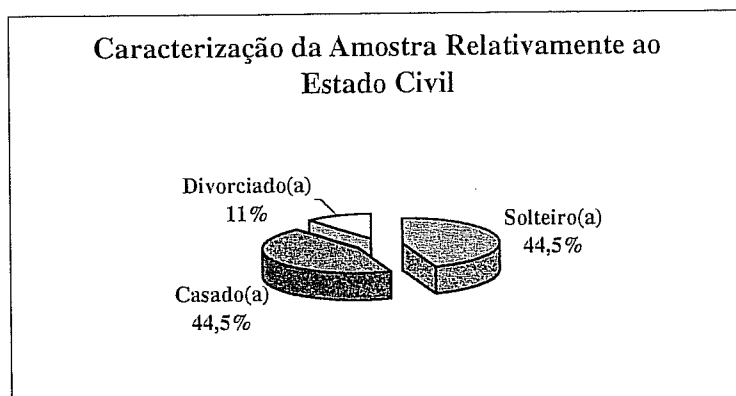
A amostra é constituída por 89% de sujeitos do sexo feminino (24 sujeitos) e por 11% de sujeitos do sexo masculino (3 sujeitos).

Gráfico 2



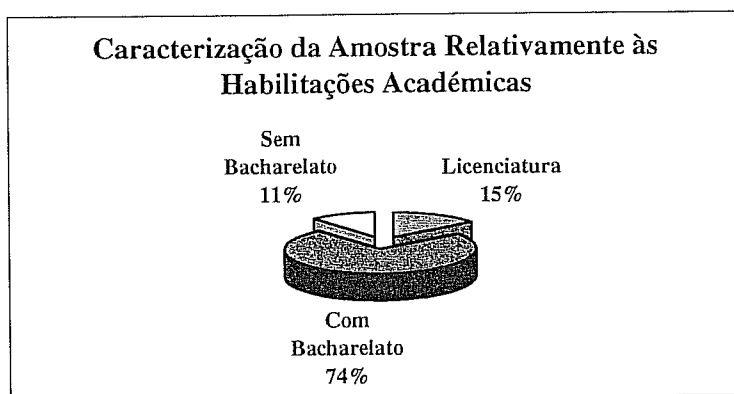
A amostra é constituída por 56% de sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos (15 sujeitos), por 26% de sujeitos com idade compreendida entre os 31 e os 40 anos (7 sujeitos) e por 18% de sujeitos com idade compreendida entre os 41 e os 51 anos (5 sujeitos). A média de idades é de 32,77 e o desvio padrão de 8,51, a idade mínima é de 21 anos e a máxima de 51 anos.

Gráfico 3



A amostra é constituída por 44,5% de sujeitos solteiros (12 sujeitos), por 44,5% de sujeitos casados (12 sujeitos) e por 11% de sujeitos divorciados (3 sujeitos).

Gráfico 4



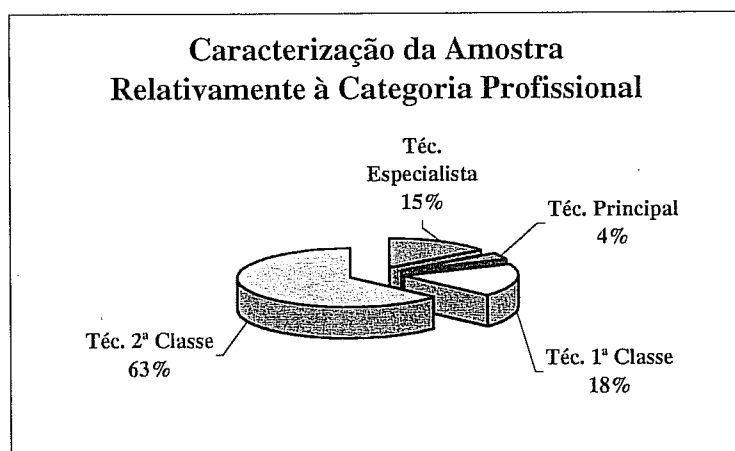
A amostra é constituída por 11% de sujeitos que não têm bacharelato (3 sujeitos), por 74% de sujeitos com bacharelato (20 sujeitos) e por 15% de sujeitos com licenciatura (4 sujeitos).

Tabela 1 – Habilitações Profissionais (Ano em que Concluiu o Curso)

	%
Acabou o curso entre :1973 – 1979	11% (3)
Acabou o curso entre :1980 – 1986	22% (6)
Acabou o curso entre :1987 – 1993	15% (4)
Acabou o curso entre :1994 – 2000	52% (14)

Relativamente ao ano em que concluíram o curso , 11% dos sujeitos acabaram o curso entre 1973 e 1979 (3 sujeitos) , 22% acabaram o curso entre 1980 e 1986 (6 sujeitos), 15% acabaram entre 1987 e 1993 (4 sujeitos) e 52% acabaram o curso entre 1994 e 2000 (14 sujeitos).

Gráfico 5



A amostra é constituída por 15% de sujeitos que são técnicos especialistas (4 sujeitos), por 4% de sujeitos que são técnicos principais (1 sujeito) , por 18% de sujeitos que são técnicos de 1ª classe (5 sujeitos), e por 63% de sujeitos que são técnicos de 2ª classe (17 sujeitos).

Tabela 2

Há Quanto Tempo Exerce a Profissão	%
Há menos de 5 anos	30% (8)
Entre 5 a 10 anos	30% (8)
Entre 11 a 16 anos	18% (5)
Mais de 16 anos	22% (6)

A amostra é constituída por 30% de sujeitos que exercem a profissão há menos de 5 anos (8 sujeitos), por 30% de sujeitos que exercem a profissão por um período compreendido entre os 5 e os 10 anos (8 sujeitos), por 18% de sujeitos que exercem a profissão por um período compreendido entre os 11 e os 16 anos (5 sujeitos) e por 22% de sujeitos que exercem a profissão há mais de 16 anos (6 sujeitos).

Tabela 3

Há Quanto Tempo está na Categoria Profissional Actual	%
Menos de 1 ano	11% (3)
Entre 1 a 2 anos	34% (9)
Entre 3 a 4 anos	26% (7)
Entre 5 a 6 anos	15% (4)
Entre 7 a 8 anos	7% (2)
Entre 9 a 10 anos	7% (2)

A amostra é constituída por 11% de sujeitos que estão na categoria profissional actual há menos de 1 ano (3 sujeitos) , por 34% de sujeitos que estão nessa categoria entre 1 a 2 anos (9 sujeitos) , por 26% de sujeitos que estão nessa categoria há cerca de 3 a 4 anos (7 sujeitos), por 15% que estão há cerca de 5 a 6 anos nessa categoria (4 sujeitos), por 7% de sujeitos que estão há cerca de 7 a 8 anos nessa categoria (2 sujeitos) e por 7% de sujeitos que estão há cerca de 9 a 10 anos na categoria actual (2 sujeitos).

Tabela 4

Há Quanto Trabalha na Área de Paralisa Cerebral	%
Há menos de 5 anos	52% (14)
Entre 5 a 10 anos	15% (4)
Entre 11 a 16 anos	22% (6)
Mais de 16 anos	11% (3)

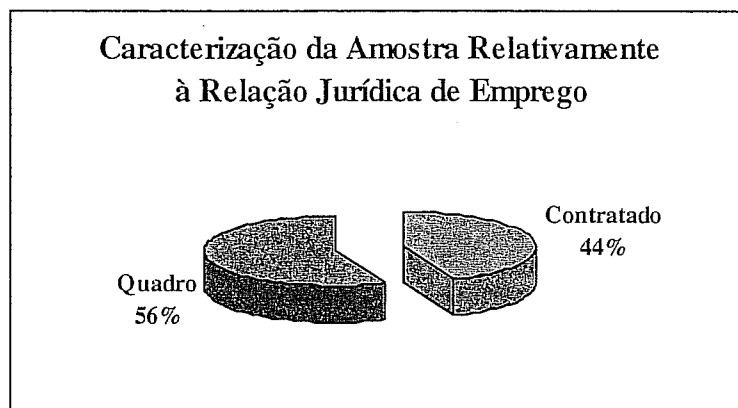
A maioria dos sujeitos (52%- 14 sujeitos) trabalha na área da paralisia cerebral há menos de 5 anos, 15% dos sujeitos trabalha há cerca de 5 a 10 anos (4 sujeitos), 22% há cerca de 11 a 16 anos (6 sujeitos) e 11% há mais de 16 anos (3 sujeitos).

Tabela 5

Há Quanto Trabalha na Instituição	%
Há menos de 5 anos	52% (14)
Entre 5 a 10 anos	15% (4)
Entre 11 a 16 anos	22% (6)
Mais de 16 anos	11% (3)

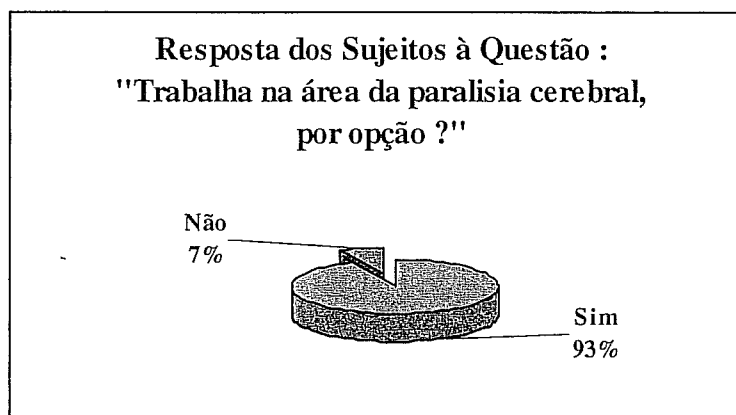
A maioria dos sujeitos (52%- 14 sujeitos) trabalha na instituição cerebral há menos de 5 anos, 15% dos sujeitos trabalha há cerca de 5 a 10 anos (4 sujeitos), 22% há cerca de 11 a 16 anos (6 sujeitos) e 11% há mais de 16 anos (3 sujeitos).

Gráfico 6



Relativamente à relação jurídica a amostra é constituída por 44% de sujeitos que são contratados (12 sujeitos) e por 56% de sujeitos que pertencem ao quadro da instituição (15 sujeitos).

Gráfico 7



A esmagadora maioria dos sujeitos (93% - 25 sujeitos) trabalha na área da paralisia cerebral por opção, 7% referiu não se encontrar nessa área por escolha própria (2 sujeitos).

Material

Utilizámos neste estudo os seguintes instrumentos:

- Questionário de variáveis demográficas, afim de caracterizar a amostra (Anexo B);
- Instrumento de avaliação do Burnout MBI (Anexo C);

Maslach Burnout Inventory (MBI)

O Burnout tem sido avaliado através do questionário mais conhecido e utilizado neste tipo de estudos, o Maslach Burnout Inventory (MBI), criado por Maslach e Jackson (1981, 1986).

Esta escala é constituída por 22 itens que são estados de sentimentos relatados no trabalho. As respostas variam entre “Nunca” e “Todos os dias” (ver anexo C).

Este questionário representa um modelo multidimensional e avalia três subescalas: exaustão emocional (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), despersonalização (itens 5, 10, 11, 15, 22) e realização pessoal (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Um nível baixo de Burnout reflecte-se em scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e elevados de realização pessoal.

O contrario significa existência de Síndrome de Burnout (Maslach e Jackson, 1981).

Assim, uma pontuação alta na despersonalização indica que o indivíduo tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objectos. Uma pontuação alta na realização pessoal indica que o indivíduo está a fazer com dignidade o seu trabalho e que considera que vale a pena realizá-lo. Finalmente, uma pontuação alta no esgotamento emocional indica que o indivíduo está a suportar uma tensão mais elevada do que os seus limites, estando emocionalmente “At The End of The Rope” (Garcia, 1990).

Neste estudo utilizámos a tradução portuguesa do MBI, utilizada em dois estudos específicos, numa amostra de profissionais de ajuda (Nunes R; 1989, 1990).

Qualidades métricas da escala MBI

Os coeficientes de **Fidelidade** da MBI, foram calculados, no estudo original, para uma amostra de 420 sujeitos. A consistência interna estimada, pelo coeficiente de Alfa de Cronbach, revelou o coeficiente de 0,84 para a escala global (22 itens), sendo os valores encontrados para cada uma das subescalas de 0,89 para a subescala da exaustão emocional, 0,77 para a subescala de despersonalização e 0,74 para a subescala da realização pessoal.

Foi utilizada uma amostra de estudantes licenciados em assistência social e trabalhadores de saúde com o intuito de se obter os dados relativos á fidelidade dos teste – reteste. As sessões decorreram com um intervalo de duas a quatro semanas, tendo sido encontrados os valores de coeficiente de Alfa de 0,82 para a subescala da exaustão emocional, e 0,60 para a despersonalização e 0,80 para a realização pessoal.

Todos estes coeficientes são significativos para um nível de confiança de $p < 0,001$.

A validade convergente da escala MBI foi demonstrada correlacionados os resultados individuais do MBI com três aspectos – essenciais:

Com níveis comportamentais feitos independentemente por um indivíduo que conhecesse bem o sujeito (esposa, colega). Com a presença de determinadas características do trabalho que se espera que contribuíssem para o Burnout experimentado. E ainda, com medidas de vários resultados que haviam sido previamente correlacionados com o Burnout, através de hipóteses.

Maslach e Jackson utilizaram um grupo de 40 trabalhadores de saúde mental, aos quais foi pedido para fornecerem uma avaliação anónima do comportamento de um determinado colega que tinha sido submetido á avaliação do MBI, com o intuito de verificar a **validade externa** da experiência pessoal. Estes observadores externos, cujas observações eram independentes da experiência do indivíduo, confirmavam o seu próprio resultado.

Verificou-se que os indivíduos que eram considerados pelos colegas como estando emocionalmente exaustos pelo trabalho, apresentavam níveis elevados de exaustão e de despersonalização no MBI. Os indivíduos considerados como parecendo fisicamente fatigados apresentavam, tal como era esperado, elevados níveis de exaustão emocional.

Num estudo realizado por Maslach e Jackson (1982), aplicou-se o MBI a 142 policias, tendo sido solicitado às suas esposas para indicarem a frequência dos vários comportamentos dos maridos que era previsto se reflectirem nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização do MBI. Tal como era esperado, após correlacionar os resultados do MBI com os níveis comportamentais observados pelas esposas, verificou-se que os policias com níveis elevados de exaustão emocional, foram avaliados pelas esposas como estando, em casa, aborrecidos e zangados, tensos e ansiosos, exaustos fisicamente e queixando-se sobre problemas no trabalho.

Por outro lado, os policias apresentam níveis elevados de realização pessoal, foram considerados pelas esposas como estando alegres, sendo o trabalho que realizavam fonte de orgulho e prestígio para a família.

A **validade** do MBI foi também demonstrada através de elementos referentes às relações entre determinadas características do trabalho o Burnout experimentado.

Num estudo realizado com empregados da administração da segurança social com intenso contacto com o público (mais de 40 pessoas por dia), Maslach e Pines (1997), verificaram que quanto maior o número de clientes com que os indivíduos lidassem, mais elevados seriam os resultados obtidos nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e mais baixos seriam os resultados na subescala da realização pessoal.

Resultados semelhantes foram encontrados num estudo realizado em 43 médicos pertencentes a uma organização de saúde da Califórnia, em que os médicos com contacto directo com os doentes apresentaram elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização, ao contrário dos que assumiam funções administrativas, cujos resultados eram mais baixos.

No nosso estudo fomos averiguar as qualidades métricas da escala a nível de consistência interna tendo-se recorrido ao Alpha de Cronbach. Calculou-se o Alpha de Cronbach para o total da escala e para as 3 subescalas.

Tabela 6 – Consistência Interna do Total da Escala e das Subescalas da MBI

	ALPHA DE CRONBACH
Exaustão Emocional (Itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)	0,81
Despersonalização (Itens 5, 10, 11, 15, 22)	0,73
Realização Pessoal (Itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)	0,86
Total da Escala	0,82

Uma boa consistência interna deve exceder um Alpha de 0,80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0,60, quando as escalas têm um número baixo de itens (Ribeiro, 1999). O total da escala MBI (composta por 22 itens) tem uma elevada consistência interna uma vez que apresenta um Alpha de 0,82, a subescala exaustão emocional (composta por 9 itens) e a subescala realização pessoal (composta por 8 itens) têm alphas superiores a 0,80 (0,81 e 0,86 respectivamente). A subescala que apresenta um Alpha um pouco mais baixo é a da despersonalização (composta por 5 itens) , o que é aceitável dado ser a subescala que apresenta um menor número de itens.

Procedimento

Durante todo o desenvolvimento do estudo foram garantidos os seguintes princípios éticos:

- Foi solicitada autorização por escrito, á direcção dos três centros referidos anteriormente;
- A solicitação da autorização foi acompanhada do resumo da fundamentação, objectivos do estudo e instrumento de notação;
- Após a autorização, foi solicitada uma entrevista aos fisioterapeutas coordenadores para operacionalizar a recolha de dados;
- Aos fisioterapeutas que foram investigados, foram explicados os objectivos do estudo, dadas informações sobre a garantia da privacidade, confidencialidade e anonimato.
- Os questionários foram distribuídos individualmente com envelope de resposta;
- Assumimos como consentimento livre e esclarecido a devolução dos questionários respondidos;
- Os resultados do estudo serão disponibilizados aos participantes.

RESULTADOS

Recorremos à estatística descritiva , nomeadamente á análise de frequências, no sentido de avaliar as respostas dos sujeitos (totalidade da amostra) aos itens que compõem cada uma das subescalas.

Tabela 7 : Frequências das Respostas dos Sujeitos (Amostra Total) aos Itens da MBI

<u>ITENS</u>	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1 – No meu trabalho não sinto emoções.	52% (14)	0% (0)	0% (0)	7% (2)	0% (0)	19% (5)	22% (6)
2- Sinto-me fatigado no fim de um dia de trabalho.	0% (0)	4% (1)	4% (1)	7% (2)	15% (4)	59% (16)	11% (3)
3 – Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar.	4% (1)	15% (4)	7% (2)	30% (8)	15% (4)	22% (5)	7% (2)
6 – Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress.	44% (12)	15% (4)	7% (2)	30% (8)	0% (0)	4% (1)	0% (0)
8 – O meu trabalho deixa-me exausto	4% (0)	30% (8)	7% (2)	41% (11)	7% (2)	11% (3)	0% (0)
13 – Sinto-me frustrado no serviço	7% (2)	52% (14)	4% (1)	26% (7)	0% (0)	4% (1)	7% (2)
14 – Sinto que estou a trabalhar muito	4% (1)	15% (4)	15% (4)	11% (3)	4% (1)	29% (8)	15% (4)
16 – Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress.	52% (14)	19% (5)	11% (3)	11% (3)	0% (0)	7% (2)	0% (0)
20 – Sinto-me à “Beira do abismo”	55% (15)	41% (11)	0% (0)	4% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
5 – Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais.	93% (25)	7% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
10 – Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho	67% (18)	26% (7)	7% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
11 – Estou preocupado porque este serviço tornou-se emocional/ mais duro.	52% (14)	33% (9)	0% (0)	11% (3)	0% (0)	0% (0)	4% (1)

Cont. Tabela 7 : Frequências das Respostas dos Sujeitos (Amostra Total)
aos Itens da MBI

ITENS	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
15 – Não quero saber o que vai acontecer a alguns doentes.	88% (24)	4% (1)	4% (1)	0% (0)	0% (0)	4% (1)	0% (0)
22 – Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	44% (12)	33% (9)	4% (1)	15% (15)	0% (0)	4% (1)	0% (0)
4 – Eu compreendo facilmente o que sentem os doentes.	0% (0)	0% (0)	4% (1)	11% (3)	0% (0)	41% (11)	44% (12)
7 – Eu lido eficazmente com os problemas dos doentes.	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11% (3)	7% (2)	48% (13)	34% (9)
9 – Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida de outras pessoas.	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11% (3)	7% (2)	26% (7)	56% (15)
12 – Sinto-me muito enérgico	0% (0)	4% (1)	4% (1)	4% (1)	11% (3)	66% (18)	11% (3)
17 – Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxado com os doentes.	0% (0)	0% (0)	0% (0)	7% (1)	7% (1)	45% (12)	41% (11)
18 – Sinto-me alegre depois de estar com os doentes.	4% (1)	0% (0)	0% (0)	7% (2)	4% (1)	52% (14)	33% (9)
19 – No meu trabalho consigo fazer coisas com valor	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11% (3)	44,5% (12)	44,5% (12)
21 – No meu trabalho lido muito calmamente com problemas emocionais	0% (0)	0% (0)	4% (1)	15% (4)	7% (2)	59% (16)	15% (4)

(* 7% - 2 sujeitos não responderam a este item)

Relativamente aos itens que constituem a subescala Exaustão Emocional, aquilo que é *sentido com mais frequência* pelos sujeitos é :

- fadiga no fim de um dia de trabalho (I2)
- cansaço quando se levantam de manhã e têm de ir trabalhar (I3)
- o trabalho deixarem-nos exaustos (I8)
- a sensação de estarem a trabalhar muito (I14)

O que é *sentido com menos frequência*, na subescala Exuastão emocional pelos sujeitos é :

- inexistência de emoções no trabalho (I1)
- frustração no serviço (I13)
- stress por trabalharem directamente com pessoas (I16)
- Sentirem-se à “beira do abismo” (I20)

Relativamente à subescala despersonalização a maioria dos sujeitos *não sentem ou sentem muito raramente* :

- tratarem alguns doentes como objectos (I5)
- indiferença para as pessoas (I10)
- emocionalmente mais duros (I11)
- não quererem saber o que vai acontecer a alguns doentes (I15)
- sensação de que os doentes os culpam por alguns dos problemas (I22)

Relativamente à subescala Realização pessoal a maioria dos sujeitos *sentem com frequência* :

- compreensão relativamente ao que sentem os doentes (I4)
- eficácia a lidar com os problemas dos doentes (I7)
- sensação de influenciar positivamente a vida das outras pessoas com o seu trabalho (I9)
- energia (I12)
- capacidade para criar um ambiente relaxado com os doentes (I17)
- alegria depois de estar com os doentes (I18)
- sensação de que conseguem fazer coisas com valor no trabalho (I19)
- capacidade para lidarem calmamente com problemas emocionais (I21)

Fomos também calcular para cada um dos itens que compõem as 3 subescalas as médias, medianas, mínimos, máximos e desvios padrão para a totalidade da amostra.

Tabela 8 – Estatística Descritiva (Média, Mediana, Mínimo, Máximo , desvio padrão) aos Itens da MBI

ITENS	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
1 – No meu trabalho não sinto emoções.	2,48	0,00	0,00	6,00	2,72
2- Sinto-me fatigado no fim de um dia de trabalho.	4,55	5,00	1,00	6,00	1,15
3 – Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que ir trabalhar.	3,33	3,00	0,00	6,00	1,64
6 – Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress.	1,37	1,00	0,00	5,00	1,49
8 – O meu trabalho deixa-me exausto	2,51	3,00	0,00	5,00	1,39
13 – Sinto-me frustrado no serviço	2,00	1,00	0,00	6,00	1,64
14 – Sinto que estou a trabalhar muito	3,56	4,00	0,00	6,00	1,93
16 – Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress.	1,11	0,00	0,00	5,00	1,52
20 – Sinto-me à “Beira do abismo”	0,51	0,00	0,00	3,00	0,70
5 – Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais.	0,07	0,00	0,00	1,00	0,26
10 – Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho	0,40	0,00	0,00	2,00	0,63
11 – Estou preocupado porque este serviço tornou-se emocional/ mais duro.	0,88	0,00	0,00	6,00	1,39
15 – Não quero saber o que vai acontecer a alguns doentes.	0,29	0,00	0,00	5,00	1,03
22 – Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	1,03	1,00	0,00	5,00	1,31
4 – Eu compreendo facilmente o que sentem os doentes.	5,11	5,00	2,00	6,00	1,12
7 – Eu lido eficazmente com os problemas dos doentes.	5,03	5,00	3,00	6,00	0,93
9 – Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas de outras pessoas.	5,25	6,00	3,00	6,00	1,02
12 – Sinto-me muito enérgico	4,66	5,00	1,00	6,00	1,10
17 – Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxado com os doentes.	5,18	5,00	3,00	6,00	0,87
18 – Sinto-me alegre depois de estar com os doentes.	4,96	5,00	0,00	6,00	1,28
19 – No meu trabalho consigo fazer coisas com valor	5,33	5,00	4,00	6,00	0,67
21 – No meu trabalho lido muito calmamente com problemas emocionais	4,66	5,00	2,00	6,00	1,03

Analisando as medidas de tendência central (médias e medianas) constatamos que os itens referentes à subescala despersonalização têm valores muito baixos, o que significa a inexistência de despersonalização. Relativamente aos itens da subescala realização pessoal os valores referentes às médias e medianas são elevados o que se traduz na existência de uma sentimento de realização. Na subescala da exaustão emocional alguns itens têm médias e medianas elevadas tais como : fadiga no final de um dia de trabalho (I2), sensação de estar a trabalhar muito (I4), e valores muito baixos em itens como : Sentir-se à beira do abismo (I20), trabalhar directamente com pessoas causa-me stress (I16) e trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress (I6).

Para cada subescala da MBI efectuou-se o somatório das respostas aos itens , dividindo-se esse somatório pelo número de itens . Efectuou-se esta divisão porque as subescalas têm um número de itens diferente; os scores de cada subescala variam assim entre 0 e 6.

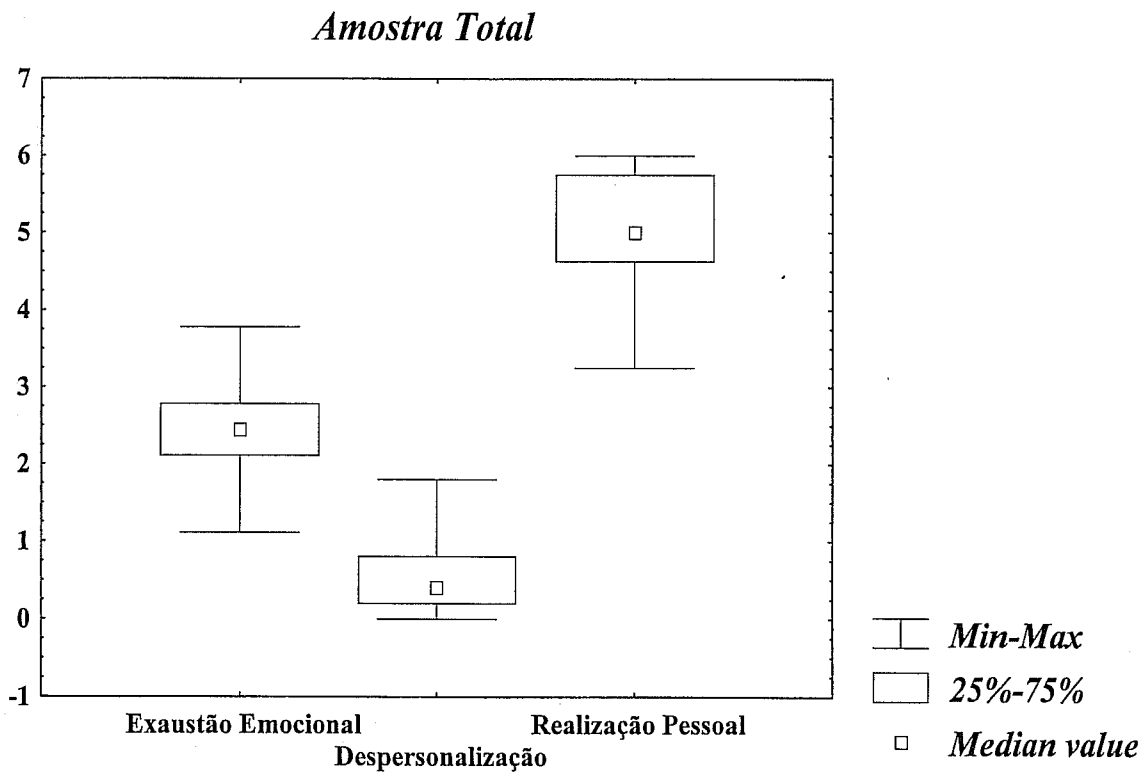
Tabela 9 – Estatística Descritiva (Média, Mediana, Mínimo, Máximo , desvio padrão) às Subescalas da MBI

SUBESCALAS DA MBI	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	2,37	2,44	1,11	3,77	0,73
Despersonalização	0,54	0,40	0,00	1,80	0,46
Realização Pessoal	5,02	5,00	3,25	6,00	0,72

Os sujeitos revelam uma elevada pontuação na realização pessoal o que indica que estão a fazer com dignidade o seu trabalho e que consideram que vale a pena realizá-lo, revelam ainda uma pontuação muito baixa na despersonalização o que revela que não se distanciam dos outros , nem os consideram como objectos; relativamente à exaustão emocional a pontuação também é baixa o que significa que os sujeitos não estão a suportar uma tensão mais elevada do que os seus limites. Relativamente à exaustão emocional, a análise aos itens revelou que os sujeitos revelam com alguma frequência cansaço físico no final de um dia de trabalho , cansaço quando acordam para ir trabalhar, e sentem que estão a trabalhar muito , o que revela que os sujeitos estão sujeitos a algum desgaste físico,

contudo nos itens que se referem à saturação emocional de trabalhar com pessoas os sujeitos revelam pontuações baixas, não havendo assim um desgaste emocional inerente à actividade profissional. Estes resultados mostram que os sujeitos deste estudo têm níveis baixos de Burnout. Ver Gráfico 8.

Gráfico 8



De seguida fomos averiguar a existência de uma relação significativa entre o tempo de serviço e as subescalas da MBI, tendo para tal recorrido ao coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 10 : Correlação de Spearman- Relação entre Tempo de Serviço e as Subescalas da MBI

	Correlação de Spearman
Exaustão Emocional	R (27) = 0,39 p < 0,05*
Despersonalização	R (27) = -0,27 p < 0,16
Realização Pessoal	R (27) = 0,42 p < 0,02*

(* Significativo para $p \leq 0,05$)

Existe uma relação positiva , significativa, para $p \leq 0,05$, entre o tempo de serviço e as subescalas da MBI exaustão emocional e realização pessoal: quanto menor o tempo de serviço menor a exaustão emocional e menor a realização pessoal.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como propósito saber da existência ou não de Burnout em Fisioterapeutas que tratam bebês e crianças com Paralisia Cerebral.

Os resultados obtidos demonstram que os Fisioterapeutas revelam uma elevada pontuação na realização pessoal o que indica que estão a fazer bem o seu trabalho e que consideram que vale a pena realizá-lo, revelam ainda uma pontuação muito baixa na despersonalização o que revela que não se distanciam dos outros nem os consideram como objectos; relativamente á exaustão emocional a pontuação também é baixa o que significa, que os sujeitos não estão a suportar uma tensão mais elevada do que os seus limites. Relativamente à exaustão emocional, a análise aos itens revelou que os sujeitos manifestam com alguma frequência cansaço físico no final de um dia de trabalho, cansaço quando acordam para ir trabalhar e sentem que estão a trabalhar muito o que revela, que os Fisioterapeutas estão sujeitos a algum desgaste físico, contudo nos itens que se referem á saturação emocional de trabalhar com pessoas, os Fisioterapeutas revelam pontuações baixas, não havendo assim, um desgaste emocional inerente á actividade profissional. Estes resultados mostram que os sujeitos deste estudo têm níveis baixos de Burnout.

Os resultados do estudo atrás referidos são surpreendentes e fora do esperado, se tivermos em atenção os resultados completamente diferentes em estudos feitos com Fisioterapeutas noutras áreas, na década de 80 e 90.

Isto leva-nos a colocar duas hipóteses: ou este grupo de profissionais responderam aos questionários de acordo com certa desejabilidade social; isto é, responderam o que ficava bem e não o que verdadeiramente sentiam; ou então, estamos perante um grupo de profissionais de excepção, que sabem lidar com situações de Burnout.

É um facto de que trabalhar com bebês / crianças com Paralisia Cerebral pode ser simultaneamente estimulante e cansativo. Mas segundo House e Wells (1978), as características individuais e o meio do trabalho são importantes para a recepção e impacto do Burnout, que por sua vez é mediado pelo facto do sujeito lidar eficazmente com a situação. Os Fisioterapeutas deste estudo terão características que lhes permitem lidar bem com a situação.

Por outro lado, Cherniss (1980) considera o Burnout como um processo e propõe no seu modelo, que as características particulares do ambiente de trabalho, interagem com as características dos indivíduos, assim como, as suas expectativas.

As diferenças individuais no confronto com o Burnout são importantes, na medida em que, algumas pessoas são mais capazes de enfrentar os agentes indutores de stress que outras, adaptando melhor o seu comportamento de modo a enfrentar o desafio ambiental, como se constata nos Fisioterapeutas do estudo.

Sem dúvida que o clima organizacional é outro factor estreitamente relacionado com o Burnout. A percepção de um clima organizacional, relaciona-se inversamente com o Burnout (Garcia 1990). Verifica-se que, o ambiente laboral, as características do posto de trabalho e outras variáveis organizacionais (tomada de decisão, autonomia, comunicação, etc.) são de extrema importância no aparecimento de Burnout (Garcia 1990).

Apesar de não se ter avaliado o clima organizacional dos três centros, poder-se-á ponderar a existência de um clima organizacional adequado?

Poderemos também questionar se existirá uma possível relação entre o Burnout experienciado nos primeiros anos de carreira e a estabilidade na carreira. Se estes Fisioterapeutas vivenciaram uma experiência positiva nos primeiros anos de carreira, tornaram-se profissionais mais auto-confiantes e dispostos a correr riscos.

Por sua vez, Cooper e Maslach (1976) sugerem que as boas relações entre os membros de um grupo são factor central na saúde individual e organizacional.

Segundo Garcia (1990) a relação da antiguidade com o aparecimento do Burnout não está clara. Em relação à antiguidade no serviço, este estudo revela que quanto menor o tempo de serviço menor a exaustão emocional e menor a realização pessoal.

Futuros estudos poderiam ser realizados com estes profissionais de ajuda, nomeadamente no que concerne ao estudo das características individuais, causas organizacionais (clima organizacional, condições de trabalho, etc.), ou em relação ao suporte social, cujos resultados poderiam ser diferentes.

Por agora e em jeito de conclusão, podemos dizer que estes profissionais da ajuda têm uma boa performance e uma atitude de cuidados para com os bebés e crianças com Paralisia Cerebral positiva e humana.

REFERÊNCIAS

Ackerley, G. D; Burnell, J; Holder, D. C. e Kurdek, L. A. (1988) Burnout among licensed psychologists. Professional Psychology: Research and Practise, 19(6), 624-631

Belcastro, P. A. e Hays, L.C. (1984) Ergophilia ... ergophobia ... ergo ... burnout. Professional Psychology: Research and Practise, 15 (2), 260-270

Bobath, B; Bobath, K. (1964). The facilitation of normal postural reactions and movements in the treatment of cerebral palsy. Physiotherapy 54:3-19.

Bobath, K; Bobath, B. (1972). Cerebral Palsy. In: Pearson, P; Williams, C (Eds). Physical Therapy in the developmental disabilities; pp. 31-35. Springfield: Charles C. Thomas.

Burke, R. e Deszca (1986) correlates of psychological burnout phases among police officers. Human relations, 39(6), 487-502.

Burke, R. J. e Greenglass, E. R. (1989). Psychological burnout among men and women in teaching: an examination of the cherniss model. Human relations, 42 (3), 261-273.

Cahoon, A. R. Rowney, J. I. (1984). Managerial Burnout: A comparasion by sex and level of responsibility. Journal of Health and Human Resources Administration, 7, 249-263.

Chan, D. W. e Hui, E. K. (1995) Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. British Journal of Education Psychology, 65, 15-25

Cherniss, c. (1980). Staff burnout: Job stress in human services.

Beverly Hills, C.A. Sage

Cherniss, c. (1992). Long-term consequences of burnout: an exploratory study.

Journal of Organizational Behaviour, 13, 1-11

Cooper, c. e Maslach, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relation to coronary heart disease and mental ill health. Journal of Occupational Psychology, 49, 11-28.

Cooper, C.L; Cooper, J. H. e Smith, M. (1982). Stress profissional: uma abordagem metodológica, Análise Psicológica, 11 (2/3), 171-181.

Constable, J. F. Russel, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon Burnout among Nurses. Journal of Human Stress, 12, 20-26.

Cordes, C e Dougherty, T. (1993). A Review and an integration of research on job Burnout. Academy of Management Review, 18 (4), 621-656.

Deckard, G. (1989). Impact of role stress on physical therapist's emotional and physical well-being. Physical Therapy vol.69, n°.9

De-Vries; Thomas, A; Von-Der-Werke; Erik (1999). Werkeisen, coping on Burnout Bij Fysiotherapeuten/ Job Demands, Coping and Burnout among Physiotherapists. Nederlands-Tijdschrift-Voor-De-Psycologie-en -Haar-Gensgebieden, 1998 Oct ; Vol 54 (s) : 219-226.

Duxbury, M. L.; Amstrong, G.D; Drew, D.J. (1984). Head nurses' leadership style with staff nurses Burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. Nursing research, 33 (2), 97-101.

Edelwich, J. e Brodsky, A. (1980), Burnout: stages of disillusionment in the helping profession. New York: Human Sciences Press.

Freudenberger, H.L. (1980). Burnout: the big cost of high achievement. New York Anchor.

Friesen, D. e Sarros, J. (1989) Sources of burnout among educators journal of organizational Behaviour, 10, 179-188.

Garcia, M (1990). Burnout profesional en organizaciones. Boletin de Psicologia, 29, 7-27.

Golembiewski, R.T. (1986), Stress in organizations: Toward a phase model of burnout. New York: Praeger

Hock, R. (1998). Professional Burnout among public school teachers. Public Personal Management, 17 (2), 167-189.

Huebner, E.S. (1993) Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implication for school psychologist Psychology in the school, 30,40-49.

Jackson, S.E. e Maslach, C. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113.

Jackson, S.E. Schwab, R. L. e Schuler, R.S. (1986, a). Educator burnout: Sources and consequences educational. Research Quartely, 10 (3), 14-30

Lee, R. T e Ashforth, B. E. (1993, a). A further examination of managerial burnout: toward and integrated model. Journal Organizational Behaviour, 14: 3 – 20.

Leiter, M. P. (1989). Burnout as a function of communication patterns: a study of multidisciplinary mental health team. Group and Organization Studies, 14 (1), 15 – 22.

Maslach, C. (1978). The client rope in staff burnout. Journal of Social Issues, 34 (4), 111 – 124.

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1981, a) Maslach Burnout Inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1981, b). The Measurement of Experienced of Burnout. Journal of Occupational Behaviour 2 (2), 99 – 113.

Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.

Maslach, C. Jackson, S.E. (1982). Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, 227 – 254.

Maslach, C. (1982). Understanding Burnout. In W. S. Paine (Ed) *job Stress and Burnout: research, theory and intervention perspectives*, pp. 29 – 40. London: sage.

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1986). The Maslach Burnout Inventory: Palo Alto, CA: consulting.

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1981 – 1986). Maslach Burnout Inventory, Second Edition, Consulting Psychologists Press, 577 College Avenue, Palo Alto CA, 94306.

Meier, S. T. (1984). The Construct Validity of Burnout. Journal of Occupational Psychology, 57, 211 – 219.

Mottram, E. Flin, R. H. (1988). Stress in newly qualified physiotherapists. *Physiotherapy*, vol. 74, n°. 12, 607 – 612.

Numerof, R. e.; Abrams, M. N. (1984). Sources of Stress among Nurses; an empirical investigation. Journal of Human Stress; 10, 88 – 100.

Numerof, R.E. (1984). *Managing stress: A guide for health professionals*. Rockville: Aspen System co.

Numerof, R. E Seltzer, J. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 31 (2), 439 – 445.

Nunes, R. (Ed.) (1989). *As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clinica)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Nunes, R. (Ed.) (1990). *A importância do suporte social na prevenção do burnout na comunidade hospitalar (C. E. S. E. em Saúde Mental Comunitária)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

Pereira, J. (Ed.) (1992). *Síndrome de Burnout: impacto em fisioterapeutas hospitalares. (monografia de fim de curso de pós – graduação em reabilitação)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pines, A E.; Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings: *Hospital and Community Psychiatry*, 29 (4), 233 – 237.

Ribeiro, J.L.P. (1999) . *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde (1ª ed)*. Lisboa : Climepsi Editores

Rood, M. S. (1962). The use of sensory receptors to activate, facilitate and inhibit motor response, automatic and somatic developmental sequence. In: sateley (ed.). *Approaches to treatment of patients with neuromuscular dysfunction. Third International Congress – World Federation of Occupational Therapists, Iowa*, pp. 26 – 37.

Rountree, B. H. (1984). Psychological Burnout in Task Groups: Examining the proposition that some task group of Workers have affinity for burnout, while others not. *Journal of health and resources administration*, 7, 235 – 248.

Wanding, B. J.; Smith, B. S. (1997). Burnout in Orthopaedic Physical Therapists Journal Orthopaedic Sports Physical Therapy, vol. 26, nº. 3, p. 124 – 130.

Whithed, J. T. (1985). Job burnout in probation and parole: Its extend and interventions implications. Criminal Justice and Behaviour, 12, 91 – 110.

Savicki, V. e Cooley, E. J. (1993). Burnout in child protective service workers a longitudinal study. Journal of Organizational Behaviour, 15, 655 – 666.

Schuster, N. D. (1984). Burnout Among Physical Therapists. Physical Therapy, vol. 64, nº. 3.

Seltzer, J. Numerof, R. E. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. Academy of Management Journal, 31, 2, 439 – 449.

ANEXO A: Folha de Rosto

QUESTIONÁRIO

O objectivo principal deste Questionário é conhecermos os sentimentos que tem relativamente ao seu trabalho.

O Questionário é anónimo e destina-se à elaboração de uma Tese de Dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Agradecemos que responda a todas as questões, mesmo que não tenha a certeza absoluta em algumas delas, já que não existem respostas certas ou erradas.

Junto com este questionário, anexamos um envelope, para que possa colocar o questionário devidamente preenchido.

A confidencialidade das respostas ficará assegurada, sendo os envelopes apenas abertos por quem está a realizar este trabalho.

A participação de todos é muito importante, para que a realização deste trabalho seja possível.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO B: Questionário Demográfico

QUESTIONÁRIO

Sexo: Masculino Feminino

Idade: anos

Estado Civil: solteiro/a divorciado/a
casado/a viúvo/a

Habilitações Académicas de base: Mestrado
Licenciatura
com Bacharelato
sem Bacharelato
12º ano, 7º ano antigo

Habilitações Profissionais:

Curso Superior de Fisioterapia, concluído no ano

Categoria Profissional:

técnico-director
técnico especialista de 1ª classe
técnico especialista
técnico principal
técnico de 1ª classe
técnico de 2ª classe

Há quanto tempo:

Exerce a profissão anos

Está na categoria profissional assinalada anteriormente anos

Trabalha na área de Paralisia Cerebral anos

Trabalha na Instituição anos

Qual a sua relação Jurídica de Emprego?

É contratado(a)

Está no Quadro

Trabalha na área de Paralisia Cerebral, por opção?

Sim

Não

ANEXO C: Questionário do MBI

QUESTIONÁRIO

Pense no seu trabalho. Nesta página estão 22 afirmações sobre sentimentos relativos ao trabalho. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale a opção que melhor reflecte o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca sentiu esse sentimento assinale "0". Se já teve esse sentimento indique a frequência, de acordo com a seguinte escala:

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
meu trabalho não sinto emoções.	0	1	2	3	4	5	6
to-me fatigado no fim de um dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
to-me cansado quando me levanto de manhã	0	1	2	3	4	5	6
inho que ir trabalhar.							
compreendo facilmente o que sentem os	0	1	2	3	4	5	6
entes.							
to que trato alguns doentes como se fossem	0	1	2	3	4	5	6
ectos impessoais.							
balhar com pessoas todos os dias causa-me	0	1	2	3	4	5	6
ess.							
lido eficazmente com os problemas dos	0	1	2	3	4	5	6
entes.							
meu trabalho deixa-me exausto.	0	1	2	3	4	5	6
to que através do meu trabalho influencio	0	1	2	3	4	5	6
sitivamente as vidas de outras pessoas.							
into-me indiferente para as pessoas por causa	0	1	2	3	4	5	6
o meu trabalho.							
estou preocupado porque este serviço tornou-	0	1	2	3	4	5	6
ne emocionalmente mais duro.							
into-me muito enérgico.	0	1	2	3	4	5	6
into-me frustrado no serviço.	0	1	2	3	4	5	6
into que estou a trabalhar muito.	0	1	2	3	4	5	6
Não quero saber o que vai acontecer a alguns	0	1	2	3	4	5	6
doentes.							
Trabalhar directamente com pessoas causa-me	0	1	2	3	4	5	6
muito stress.							
Eu consigo criar facilmente um ambiente	0	1	2	3	4	5	6
relaxado com os doentes.							
Sinto-me alegre depois de estar com os	0	1	2	3	4	5	6
doentes.							
No meu trabalho consigo fazer coisas com	0	1	2	3	4	5	6
valor.							
Sinto-me à "beira do abismo".	0	1	2	3	4	5	6
No meu trabalho lido muito calmamente com	0	1	2	3	4	5	6
problemas emocionais.							
Sinto que os doentes me culpam por alguns	0	1	2	3	4	5	6
dos seus problemas.							

ANEXO D: Outputs Programa SPSS

Statistics

	SEXO	IDADE	ECIVIL	HACADÉMI	HPDATA	CATPROFI	CP1
Valid	27	27	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

	CP2	CP3	CP4	RELJURID	OPÇÃO	I1	I2
Valid	27	26	26	27	27	27	27
Missing	0	1	1	0	0	0	0

Statistics

	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9
Valid	27	27	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16
Valid	27	27	27	27	25	27	27
Missing	0	0	0	0	2	0	0

Statistics

	I17	I18	I19	I20	I21	I22
Valid	27	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0	0

uency Table

SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	3	11,1	11,1	11,1
Feminino	24	88,9	88,9	100,0
Total	27	100,0	100,0	

IDADE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
21,00	1	3,7	3,7	3,7
22,00	1	3,7	3,7	7,4
23,00	1	3,7	3,7	11,1
25,00	1	3,7	3,7	14,8
26,00	4	14,8	14,8	29,6
27,00	2	7,4	7,4	37,0
28,00	2	7,4	7,4	44,4
29,00	3	11,1	11,1	55,6
34,00	1	3,7	3,7	59,3
36,00	1	3,7	3,7	63,0
37,00	2	7,4	7,4	70,4
39,00	2	7,4	7,4	77,8
40,00	1	3,7	3,7	81,5
41,00	1	3,7	3,7	85,2
44,00	1	3,7	3,7	88,9
47,00	1	3,7	3,7	92,6
48,00	1	3,7	3,7	96,3
51,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

ECIVIL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro	12	44,4	44,4	44,4
Casado	12	44,4	44,4	88,9
Divorciado	3	11,1	11,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

HACADÉMI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
licenciatura	4	14,8	14,8	14,8
Com bacharelato	20	74,1	74,1	88,9
sem bacharelato	3	11,1	11,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

HPDATA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1973,00	1	3,7	3,7	3,7
1976,00	1	3,7	3,7	7,4
1978,00	1	3,7	3,7	11,1
1980,00	1	3,7	3,7	14,8
1983,00	2	7,4	7,4	22,2
1984,00	1	3,7	3,7	25,9
1985,00	2	7,4	7,4	33,3
1987,00	1	3,7	3,7	37,0
1989,00	1	3,7	3,7	40,7
1991,00	1	3,7	3,7	44,4
1993,00	1	3,7	3,7	48,1
1994,00	1	3,7	3,7	51,9
1995,00	4	14,8	14,8	66,7
1996,00	1	3,7	3,7	70,4
1997,00	3	11,1	11,1	81,5
1998,00	2	7,4	7,4	88,9
1999,00	1	3,7	3,7	92,6
2000,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

CATPROFI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Téc.especialista	4	14,8	14,8	14,8
técnico principal	1	3,7	3,7	18,5
técnico de 1ª Classe	5	18,5	18,5	37,0
técnico de 2ª classe	17	63,0	63,0	100,0
Total	27	100,0	100,0	

CP1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0,00	1	3,7	3,7	3,7
1,00	1	3,7	3,7	7,4
2,00	2	7,4	7,4	14,8
3,00	2	7,4	7,4	22,2
4,00	1	3,7	3,7	25,9
5,00	5	18,5	18,5	44,4
6,00	2	7,4	7,4	51,9
7,00	1	3,7	3,7	55,6
10,00	1	3,7	3,7	59,3
11,00	1	3,7	3,7	63,0
13,00	1	3,7	3,7	66,7
15,00	1	3,7	3,7	70,4
16,00	2	7,4	7,4	77,8
17,00	1	3,7	3,7	81,5
18,00	1	3,7	3,7	85,2
20,00	1	3,7	3,7	88,9
22,00	1	3,7	3,7	92,6
23,00	1	3,7	3,7	96,3
27,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

CP2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0,00	1	3,7	3,7	3,7
1,00	7	25,9	25,9	29,6
2,00	3	11,1	11,1	40,7
3,00	4	14,8	14,8	55,6
4,00	3	11,1	11,1	66,7
5,00	2	7,4	7,4	74,1
6,00	3	11,1	11,1	85,2
7,00	1	3,7	3,7	88,9
8,00	1	3,7	3,7	92,6
9,00	1	3,7	3,7	96,3
10,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

CP3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	3,7	3,8	3,8
1,00	2	7,4	7,7	11,5
2,00	1	3,7	3,8	15,4
3,00	3	11,1	11,5	26,9
4,00	3	11,1	11,5	38,5
5,00	1	3,7	3,8	42,3
6,00	1	3,7	3,8	46,2
7,00	2	7,4	7,7	53,8
8,00	1	3,7	3,8	57,7
10,00	1	3,7	3,8	61,5
11,00	1	3,7	3,8	65,4
12,00	1	3,7	3,8	69,2
15,00	1	3,7	3,8	73,1
16,00	3	11,1	11,5	84,6
20,00	1	3,7	3,8	88,5
22,00	1	3,7	3,8	92,3
23,00	1	3,7	3,8	96,2
25,00	1	3,7	3,8	100,0
Total	26	96,3	100,0	
ing System	1	3,7		
al	27	100,0		

CP4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,00	3	11,1	11,5	11,5
2,00	4	14,8	15,4	26,9
4,00	2	7,4	7,7	34,6
5,00	1	3,7	3,8	38,5
6,00	1	3,7	3,8	42,3
7,00	2	7,4	7,7	50,0
8,00	1	3,7	3,8	53,8
9,00	1	3,7	3,8	57,7
10,00	1	3,7	3,8	61,5
11,00	3	11,1	11,5	73,1
15,00	1	3,7	3,8	76,9
16,00	3	11,1	11,5	88,5
20,00	1	3,7	3,8	92,3
22,00	1	3,7	3,8	96,2
23,00	1	3,7	3,8	100,0
Total	26	96,3	100,0	
ing System	1	3,7		
al	27	100,0		

RELJURID

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id contratado	12	44,4	44,4	44,4
quadro	15	55,6	55,6	100,0
Total	27	100,0	100,0	

OPÇÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
sim	25	92,6	92,6	92,6
não	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	14	51,9	51,9	51,9
3,00	2	7,4	7,4	59,3
5,00	5	18,5	18,5	77,8
6,00	6	22,2	22,2	100,0
Total	27	100,0	100,0	

12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,00	1	3,7	3,7	3,7
2,00	1	3,7	3,7	7,4
3,00	2	7,4	7,4	14,8
4,00	4	14,8	14,8	29,6
5,00	16	59,3	59,3	88,9
6,00	3	11,1	11,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	3,7	3,7	3,7
1,00	4	14,8	14,8	18,5
2,00	2	7,4	7,4	25,9
3,00	8	29,6	29,6	55,6
4,00	4	14,8	14,8	70,4
5,00	6	22,2	22,2	92,6
6,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2,00	1	3,7	3,7	3,7
3,00	3	11,1	11,1	14,8
5,00	11	40,7	40,7	55,6
6,00	12	44,4	44,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	25	92,6	92,6	92,6
1,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	12	44,4	44,4	44,4
1,00	4	14,8	14,8	59,3
2,00	2	7,4	7,4	66,7
3,00	8	29,6	29,6	96,3
5,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 3,00	3	11,1	11,1	11,1
4,00	2	7,4	7,4	18,5
5,00	13	48,1	48,1	66,7
6,00	9	33,3	33,3	100,0
Total	27	100,0	100,0	

18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	1	3,7	3,7	3,7
1,00	8	29,6	29,6	33,3
2,00	2	7,4	7,4	40,7
3,00	11	40,7	40,7	81,5
4,00	2	7,4	7,4	88,9
5,00	3	11,1	11,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 3,00	3	11,1	11,1	11,1
4,00	2	7,4	7,4	18,5
5,00	7	25,9	25,9	44,4
6,00	15	55,6	55,6	100,0
Total	27	100,0	100,0	

I10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	18	66,7	66,7	66,7
1,00	7	25,9	25,9	92,6
2,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

I11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	14	51,9	51,9	51,9
1,00	9	33,3	33,3	85,2
3,00	3	11,1	11,1	96,3
6,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

I12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 1,00	1	3,7	3,7	3,7
2,00	1	3,7	3,7	7,4
3,00	1	3,7	3,7	11,1
4,00	3	11,1	11,1	22,2
5,00	18	66,7	66,7	88,9
6,00	3	11,1	11,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

I13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id ,00	2	7,4	7,4	7,4
1,00	14	51,9	51,9	59,3
2,00	1	3,7	3,7	63,0
3,00	7	25,9	25,9	88,9
5,00	1	3,7	3,7	92,6
6,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
d ,00	1	3,7	4,0	4,0
1,00	4	14,8	16,0	20,0
2,00	4	14,8	16,0	36,0
3,00	3	11,1	12,0	48,0
4,00	1	3,7	4,0	52,0
5,00	8	29,6	32,0	84,0
6,00	4	14,8	16,0	100,0
Total	25	92,6	100,0	
using System	2	7,4		
al	27	100,0		

115

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
d ,00	24	88,9	88,9	88,9
1,00	1	3,7	3,7	92,6
2,00	1	3,7	3,7	96,3
5,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

116

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
d ,00	14	51,9	51,9	51,9
1,00	5	18,5	18,5	70,4
2,00	3	11,1	11,1	81,5
3,00	3	11,1	11,1	92,6
5,00	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

117

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
d 3,00	2	7,4	7,4	7,4
4,00	2	7,4	7,4	14,8
5,00	12	44,4	44,4	59,3
6,00	11	40,7	40,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

118

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 1,00	1	3,7	3,7	3,7
3,00	2	7,4	7,4	11,1
4,00	1	3,7	3,7	14,8
5,00	14	51,9	51,9	66,7
6,00	9	33,3	33,3	100,0
Total	27	100,0	100,0	

119

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 4,00	3	11,1	11,1	11,1
5,00	12	44,4	44,4	55,6
6,00	12	44,4	44,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

120

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 1,00	15	55,6	55,6	55,6
1,00	11	40,7	40,7	96,3
3,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

121

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 2,00	1	3,7	3,7	3,7
3,00	4	14,8	14,8	18,5
4,00	2	7,4	7,4	25,9
5,00	16	59,3	59,3	85,2
6,00	4	14,8	14,8	100,0
Total	27	100,0	100,0	

122

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
id 1,00	12	44,4	44,4	44,4
1,00	9	33,3	33,3	77,8
2,00	1	3,7	3,7	81,5
3,00	4	14,8	14,8	96,3
5,00	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DE	27	21,00	51,00	32,7778	8,5185
	27	,00	27,00	9,8889	7,6728
	27	,00	10,00	3,6667	2,7175
	26	,00	25,00	9,3846	7,5104
	26	1,00	23,00	8,9231	6,7937
	27	,00	2,00	,4074	,6360
	27	,00	6,00	,8889	1,3960
	27	1,00	6,00	4,6667	1,1094
	27	,00	6,00	2,0000	1,6408
	25	,00	6,00	3,5600	1,9382
	27	,00	5,00	,2963	1,0309
	27	,00	5,00	1,1111	1,5275
	27	3,00	6,00	5,1852	,8787
	27	,00	6,00	4,9630	1,2855
	27	4,00	6,00	5,3333	,6794
	27	,00	3,00	,5185	,7000
	27	2,00	6,00	4,6667	1,0377
	27	,00	5,00	1,0370	1,3150
and N (listwise)	24				

* Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

LIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Cases = 25,0

N of Items = 22

= ,8256

ibility

** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

LIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Cases = 25,0

N of Items = 9

= ,8162

ibility

* Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

LIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Cases = 27,0

N of Items = 5

= ,7358

ability

** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

LIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Cases = 27,0

N of Items = 8

= ,8601

Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	RELJURID	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXAUSTÃO	contratado	11	9,82	108,00
	quadro	14	15,50	217,00
	Total	25		
DESPERSO	contratado	12	16,17	194,00
	quadro	15	12,27	184,00
	Total	27		
REALIZAÇ	contratado	12	10,21	122,50
	quadro	15	17,03	255,50
	Total	27		

Test Statistics^b

	EXAUSTÃO	DESPERSO	REALIZAÇ
Mann-Whitney U	42,000	64,000	44,500
Wilcoxon W	108,000	184,000	122,500
Z	-1,922	-1,292	-2,229
Asymp. Sig. (2-tailed)	,053	,196	,026
Exact Sig. [Z*(1-tailed Prob.)]	,058 ^a	,217 ^a	,025 ^a

Not corrected for ties.

Grouping Variable: RELJURID

Correlations

			CP1	EXAUSTÃO	DESPERSO	REALIZAÇ
Spearman's rho	CP1	Correlation Coefficient	1,000	,394	-,274	,421*
		Sig. (2-tailed)	,	,051	,166	,029
		N	27	25	27	27
	EXAUSTÃO	Correlation Coefficient	,394	1,000	,131	-,298
		Sig. (2-tailed)	,051	,	,532	,148
		N	25	25	25	25
	DESPERSO	Correlation Coefficient	-,274	,131	1,000	-,371
		Sig. (2-tailed)	,166	,532	,	,057
		N	27	25	27	27
	REALIZAÇ	Correlation Coefficient	,421*	-,298	-,371	1,000
		Sig. (2-tailed)	,029	,148	,057	,
		N	27	25	27	27

Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).