

SÍNDROME *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE CENTRO DE DIA E
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

*Síndrome Burnout em Profissionais de Centro de Dia e Serviço de Apoio
Domiciliário*

Diana Rosa O. Magalhães

Aluna do Curso de Mestrado em Psicogerontologia do Instituto Superior de Ciências da
Saúde – Norte

Prof. Doutora Vera Almeida

Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Resumo

O presente trabalho de investigação surge no sentido de aprofundar um pouco a caracterização dos profissionais cuidadores de centros de dia e SAD, bem como avaliar a existência de *burnout* nestes profissionais, e a sua relação com o ambiente laboral e a psicopatologia.

Nesta investigação participaram 76 profissionais com idades compreendidas entre os 20 e 62 anos ($M = 37.67$; $DP = 10.64$); sendo 70 do género feminino e 6 do género masculino. A maioria era casada (65.8%), e tinha filhos (65.8%). Grande parte da amostra pertencia à categoria de auxiliar de acção directa (47.4%) e que exercia essas funções há menos de cinco anos (59.1%).

Nas dimensões do *burnout* observou-se elevados níveis de Eficácia Profissional ($M = 16.21$; $DP = 2.75$) e baixos níveis de Exaustão Emocional ($M = 4.13$; $DP = 3.27$) e de Cinismo ($M = 3.17$; $DP = 2.94$). Nas subescalas da Escala de Ambiente Laboral observou-se elevados níveis de Implicação ($M = 6.07$; $DP = 1.25$) e baixos níveis de Apoio ($M = 3.83$; $DP = 1.51$) e de Pressão ($M = 3.89$; $DP = 1.45$). Nas dimensões de sintomatologia psicopatológica foi possível observar elevados níveis de Ideação Paranóide ($M = 1.042$; $DP = 0.681$) e baixos níveis de Ansiedade Fóbica ($M = 0.240$; $DP = 0.388$).

Foi encontrada correlação positiva significativa entre a dimensão Eficácia Profissional e a subescala Apoio ($r = 0.25$, $p \leq 0.05$); entre a dimensão Exaustão Emocional e a subescala Autonomia ($r = -0.28$, $p \leq 0.05$) foi encontrada uma correlação negativa significativa; foi possível também observar a existência de uma correlação positiva significativa entre a dimensão Exaustão Emocional e as dimensões Depressão ($r = 0.44$, $p \leq 0.01$), Ansiedade ($r = 0.46$, $p \leq 0.01$), Somatização ($r = 0.38$, $p \leq 0.01$),

Obsessão-Compulsão ($r = 0.41, p \leq 0.01$), Hostilidade ($r = 0.36, p \leq 0.01$) e Ideação Paranóide ($r = 0.51, p \leq 0.01$); a Exaustão Emocional também se encontra relacionada com a Sensibilidade Interpessoal ($r = 0.26, p \leq 0.05$) e Psicoticismo ($r = 0.28, p \leq 0.05$); assim como uma correlação positiva significativa entre a dimensão Cinismo e as dimensões Depressão ($r = 0.29, p \leq 0.01$), Hostilidade ($r = 0.29, p \leq 0.05$) e Ideação Paranóide ($r = 0.32, p \leq 0.01$). Estes resultados corroboram os resultados obtidos em outros estudos (Gil-Monte & Peiró, 1997 cit in Grau, Vallejo & Tomás, 2004; González et al., 1998 cit in Ruiz & Ríos, 2004; Piedmont, 1993 cit in Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999).

Com os mesmos dados, através de uma análise preditiva, foi também possível concluir que a Depressão prediz a Exaustão Emocional ($t = 1.99, p \leq 0.05$); a Ideação Paranóide prediz a Exaustão Emocional ($t = 2.24, p \leq 0.05$); a Somatização prediz o Cinismo ($t = -2.96, p \leq 0.01$); a Hostilidade prediz o Cinismo ($t = 2.01, p \leq 0.05$); a Ansiedade Fóbica prediz o Cinismo ($t = 1.97, p \leq 0.05$); por último, a Ideação Paranóide prediz o Cinismo ($t = 2.52, p \leq 0.05$).

Palavras-chave: Cuidadores Formais, Burnout, Ambiente Laboral, Psicopatologia.

Síndrome Burnout em Profissionais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário

O envelhecimento demográfico característico das sociedades modernas, industrializadas e urbanizadas, surge como consequência da transição demográfica ao longo da qual se passou de uma situação de equilíbrio entre elevadas taxas de mortalidade e natalidade, para uma outra na qual, quer a mortalidade quer a natalidade, apresentam uma fraca intensidade (Fernandes, 1999 *cit in* Ribeirinho, 2005). Com o crescente aumento da população idosa e sem a possibilidade das famílias apoiarem os seus idosos, deu-se um aumento na criação de instituições que auxiliam esta população (Lares, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outras).

O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento. De entre os serviços prestados pelo Centro de Dia, salienta-se também a possibilidade do desenvolvimento do SAD (Instituto da Segurança Social, s.d.).

O SAD constitui uma Resposta Social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para a satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades sócio-recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento (Instituto da Segurança Social, s.d.).

Nestas respostas sociais actuam profissionais cuidadores, nomeadamente cuidadores formais. Estes caracterizam-se pelo vínculo formal e remuneratório, sendo normalmente

assumidos pelos profissionais de saúde, do sistema nacional da segurança social, instituições de apoio à terceira idade nas suas variadas vertentes: serviço de apoio domiciliário, centros de dia e lares; e pessoas singulares cuja prestação de cuidados constitui a sua actividade laboral (Leite, 2006).

A S.B. afecta especialmente as profissões caracterizadas por uma relação constante e directa com pessoas, mais concretamente aquelas profissões que mantêm uma relação de ajuda. É frequente que nestas profissões exista uma relação intensa com os beneficiários desse trabalho (Soares, 2010). Ou seja, os cuidadores são um alvo propício para a instalação do *burnout*.

O conceito de “Síndrome Burnout” surgiu em 1974, nos Estados Unidos, pelo psiquiatra Herbert Freudenberger. Segundo este, a S.B. consiste numa síndrome clínica que surge como resposta a um stress laboral crónico integrado por atitudes e sentimentos negativos face às pessoas com quem se trabalha, e face ao próprio papel profissional, assim como pelo sentimento de estar esgotado emocionalmente (Freudenberger, 1974 *cit in* Montilla, 2006).

Posteriormente, as autoras Maslach e Jackson, investigadoras na área da Psicologia Social, em 1976, desenvolveram um instrumento designado MBI, o qual permitiu estabelecer as bases de posteriores desenvolvimentos teóricos acerca deste conceito com o objectivo de explicar o processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional aos utentes de organizações que prestam serviços (Lázaro, 2004 *cit in* Montilla, 2006). Segundo o modelo multidimensional de Maslach e Jackson, a S.B. apresenta-se sob três dimensões: exaustão ou esgotamento emocional, despersonalização ou desumanização da relação com o outro, e baixa realização pessoal ou sentimento de insucesso profissional (Maslach & Jackson, 1982 *cit in* Delbrouck, 2006). A exaustão emocional

representa a resposta fundamental de stress e manifesta-se por um estado de esgotamento emocional, psicológico e físico (Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981 *cit in* Costa, 2009). A despersonalização representa a componente interpessoal da S.B. (Maslach, 1998; 2006 *cit in* Costa, 2009). Segundo esta dimensão, as pessoas minimizam o seu envolvimento na profissão, abandonando os seus ideais (Maslach, 1998 *cit in* Costa, 2009). A última dimensão é a baixa realização pessoal que representa a componente de auto-avaliação da S.B. (Maslach, 2006 *cit in* Costa, 2009). É caracterizada por um sentimento crescente de ineficácia profissional, em que cada novo projecto ou tarefa é sentido como demasiado exigente (Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981 *cit in* Costa, 2009).

A S.B. atinge principalmente profissionais de ajuda, onde a matéria-prima do trabalho são as pessoas (Morais & Maia, 2006 *cit in* Costa, 2009). O trabalho contínuo com pessoas em sofrimento psicológico, social ou físico, pode causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de S.B. (Maslach & Jackson, 1985 *cit in* Costa, 2009). A S.B. não surge após um ou mais episódios de sobrecarga ou de especial dificuldade, mas vai-se gerando gradualmente, sem o indivíduo se aperceber, evoluindo do entusiasmo à decepção através de um contínuo (Odgen, 2000 *cit in* Costa, 2009). Freudenberger verificou serem justamente os profissionais mais dedicados e comprometidos com o trabalho, os mais propensos a desenvolver a S.B. Maslach refere que quanto maior o desfasamento entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de S.B. (Oliveira, 2008 *cit in* Costa, 2009).

Distinguir quais serão os desencadeadores e os facilitadores da S.B. é uma tarefa muito difícil tendo em conta que qualquer situação crónica de mal-estar a nível laboral pode ser um agente stressor e, portanto, um desencadeador ou um facilitador desta síndrome (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Montilla, 2006). Quando se fala de

desencadeadores faz-se referência aos stressores crónicos que surgem no âmbito laboral. Peiró (1997) estabeleceu uma série de categorias destes stressores com o objectivo de facilitar o seu estudo, nomeadamente o ambiente laboral e os conteúdos do posto de trabalho, papéis desenvolvidos no posto de trabalho, as relações interpessoais e os aspectos organizacionais (*cit in* Montilla, 2006). Os facilitadores mais referenciados são as variáveis sociodemográficas, as variáveis de personalidade e as estratégias que o profissional utiliza para lidar com o stress. O apoio social é uma variável que pode ser entendida como um desencadeador ou um facilitador da S.B. (*cit in* Montilla, 2006).

Segundo Freudenberger (1977) existem alguns agentes stressantes que podem provocar um estado de exaustão, levando à S.B., nomeadamente o facto de ter que tomar decisões de maior importância em prazos demasiado curtos, levar para casa solicitações emocionais do trabalho, ter falta de oportunidades para observar progressos no trabalho, ter competências incompletas em gestão, direcção e tomada de decisão, e estar inserido num ambiente de trabalho pobre em termos comunicativos (*cit in* Delbrouck, 2006).

De acordo com Gil-Monte e Peiró (1997), as variáveis organizacionais, principalmente as vinculadas ao desempenho no posto de trabalho (lidar com clientes difíceis, falta de adequação entre os recursos disponíveis e as soluções requeridas, conflito e ambiguidade de papéis, sobrecarga laboral, rotina, entre outros), podem considerar-se como desencadeadores principais da S.B. (*cit in* Montes, Germán, Tornero & Castillo, 2001). Contudo, não são só as variáveis associadas ao desempenho da função as responsáveis por este processo. Associadas a estas, existem também variáveis relacionadas com o ambiente laboral (como o ruído, a temperatura, etc.), a política organizacional (salário ou contrato considerado inadequado pelo trabalhador, ...), e

factores não relacionados directamente com o trabalho (insegurança económica, ...) (Montes, Germán, Tornero & Castillo, 2001).

Através de estudos realizados, foi possível constatar-se, mais concretamente, que a S.B. está associada positivamente com a falta de autonomia no posto de trabalho, com a falta de participação na tomada de decisões e falta de apoio social por parte da supervisão (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Grau, Vallejo & Tomás, 2004). Em relação ao grau de autonomia ou independência que os profissionais percebem no seu posto de trabalho, este pode ser um factor considerado como antecedente da S.B. (González et al., 1998 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

Segundo Anija (2003), um dos problemas com que o profissional que trabalha na área social pode ser encontrado ao longo da sua intervenção. Conceitos como o narcisismo, o manuseamento do poder, a transferência e contratransferência, e os medos, são noções muito importantes na demarcação dos limites e debilidades do profissional. A falta de empatia face ao trabalho em si, face às pessoas a quem é dirigido o trabalho, e até face aos colegas que rodeiam o profissional, são o resultado do desinteresse face à realidade em que o profissional trabalha, o qual irá repercutir-se ao nível da sua profissão (*cit in* Montilla, 2006).

O profissional que trabalhe com idosos e/ou pessoas dependentes deverão então evitar transmitir as suas inquietudes, inseguranças e temores para os seus usuários, sendo para isso necessário que a instituição/ organização ofereça apoios para preservar o seu equilíbrio físico e mental. Assim, estar-se-á a melhorar a qualidade da atenção dispensada aos utentes, uma vez que estes profissionais, uma vez sofrendo da S.B., tenderão a proteger-se, desenvolvendo atitudes negativas de indiferença face aos utentes

e colegas de trabalho, conseqüentemente proporcionando um mau cuidado integral aos beneficiários do seu trabalho (Concha, s.d.).

Método

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por indivíduos, cuidadores formais, que exercem as suas funções em Centros de Dia e SAD. Esta amostra teve um total de 76 participantes.

Materiais

O *Questionário Sociodemográfico e Profissional* teve como objectivo a recolha de variáveis sociodemográficas e profissionais, que a revisão bibliográfica tem demonstrado serem moderadoras e pertinentes na área da exaustão emocional e nas profissões de ajuda, nomeadamente ao nível dos cuidadores formais de indivíduos idosos, e que poderiam influenciar o estudo. Essas variáveis foram o género, a idade, o estado civil, a presença ou não de filhos, habilitações literárias, categoria profissional, anos de profissão, trabalho por turnos, toma de medicamentos, presença de doença, entre outras questões.

O *Maslach Burnout Inventory-General Survey – M.B.I. - G.S.* (Schaufelli; Leiter; Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999) constituiu o instrumento preferencial para avaliar a síndrome Burnout enquanto conceito multidimensional, nas suas diferentes

dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal e é constituído por 16 itens, do tipo likert, onde são então avaliadas as três dimensões do *burnout*. Todos os itens são pontuados numa escala de frequência de 7 pontos desde 0 (nunca) a 6 (todos os dias). A escala não permite o cálculo de uma pontuação global de Burnout, sendo que, elevados valores de exaustão emocional, bem como cinismo, e baixos valores de eficácia profissional são indicadores de Burnout.

A *Escala de Ambiente Laboral – Forma R* (Work Environment Scale – WES - Moos, 1986 & Louro, 1995) foi o instrumento utilizado neste estudo objectivando a apreciação da percepção dos cuidadores relativamente ao seu ambiente de trabalho. Esta escala foi criada por Moos et al., (1974) e é composta por 90 itens de auto-resposta. Encontra-se organizada em 3 dimensões, que por sua vez se dividem em 10 subescalas: Dimensão Relações – onde estão implícitas as subescalas Implicação, Coesão e Apoio; Dimensão Auto-Realização – organizada pelas subescalas Autonomia, Organização e Pressão; Dimensão Estabilidade/ Mudança – da qual fazem parte as subescalas Clareza, Controlo, Inovação e Comodidade. Todos os itens são pontuados para cada subescala com pontuação máxima de 9. Os 90 itens são então cotados como 0 (zero) (resposta falsa), e 1 (um) (resposta verdadeira). Segundo Moos e Insel (1974), a pontuação média pode ser calculada para todos os membros de cada grupo de trabalho e para cada subescala. Segundo Louro (1995), a escala apresenta melhores resultados ao nível das subescalas do que ao nível das diferentes dimensões. Estes resultados reflectem as conclusões tiradas pelo autor original (Moos, 1974), ao sobrevalorizar as subescalas, em detrimento das dimensões. Valores baixos de envolvimento, coesão entre os colegas, apoio do supervisor, orientação para a tarefa, autonomia, clareza, inovação e conforto, são preditores de uma boa percepção sobre o ambiente de trabalho, enquanto que

valores elevados de pressão e controlo no trabalho são indicadores de uma percepção menos boa sobre o mesmo (Moos e Insel, 1974; Louro, 1995).

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (Brief Symptom Inventory – B.S.I. – Derogatis, 1993; Canavarro, 1995), constituído por 53 itens, de auto-administração, com uma aplicação de 8-10 minutos, onde os indivíduos respondem o que sentem face a cada item numa escala de likert de 5 pontos, de 0 (zero) que equivale ao “nunca” a 4 (quatro) que equivale ao “muitíssimas vezes”. Avalia sintomas psicopatológicos de nove dimensões de sintomatologia psiquiátrica. Estas nove dimensões primárias foram definidas por Derogatis (1982) como: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Para se obter as pontuações em cada dimensão, somam-se os itens relativos a cada dimensão, dividindo-se o resultado pelo número de itens dessa dimensão. A versão portuguesa do BSI, traduzida e validada por Cristina Canavarro (1999), e utilizada neste estudo, teve como objectivo permitir a manipulação científica de variáveis psicopatológicas, medidas através de um questionário. As características psicométricas ofereceram segurança de o BSI ser um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e bom discriminador de saúde mental, embora não permita a formulação de um diagnóstico. Canavarro (1999) aplicou o BSI a duas amostras: à população em geral e a uma população clínica que se encontrava perturbada emocionalmente. Deste estudo, Canavarro encontrou um ponto de corte de 1,7, ou seja, indivíduos com valores superiores a 1,7 apresentam indicadores de perturbação emocional; os indivíduos com valores inferiores correspondem à população em geral.

Desenho e Procedimento

A recolha dos dados para análise decorreu de Junho de 2010 até Novembro do mesmo ano. Neste estudo participaram 76 sujeitos cuidadores formais de Centro de Dia e SAD.

Para a aproximação a estes sujeitos foi realizado um levantamento de Centros de Dia e SAD do concelho de Lousada, Guimarães, Paços de Ferreira (Centro Social de Raimonda) e Maia (Centro de Dia de Pedrouços e Centro Social de Milheirós). Após este levantamento, procedeu-se à deslocação a cada instituição e conseqüente pedido de colaboração a cada responsável técnico. A quando deste pedido, era explanado o tema em estudo e os seus objectivos, solicitando a colaboração de todos os funcionários que, de boa vontade, quisessem participar no estudo. Caso o pedido fosse aceite, o responsável técnico ficava encarregue de distribuir os protocolos de investigação pelos funcionários das instituições. Quando os mesmos protocolos fossem preenchidos, o responsável técnico contactava-nos, e passava-se ao seu posterior levantamento.

Relativamente aos procedimentos de análise estatística, quando finalizada a recolha dos dados, procedeu-se à introdução dos mesmos no programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0.

Este estudo tratou-se de um estudo exploratório transversal, constituindo uma investigação que consistiu numa análise descritiva, correlativa e preditiva, isto é, na caracterização e análise dos dados da amostra recolhidos num único momento.

Resultados

Análise Descritiva

No estudo participaram 76 cuidadores formais de Centro de Dia e SAD (6 do género masculino e 70 do género feminino). A idade dos participantes variava entre os 20 e 62 anos sendo a sua média de 37.67 (DP=10.64), (4 participantes não responderam). A maioria dos sujeitos participantes era casada (65.8%), assim como a maioria também tinha filhos (65.8%). Esta amostra, em relação às habilitações literárias, na sua maioria, possui nove anos de escolaridade (32.9%) (cf. Tabela 1).

Quanto ao percurso profissional, a maioria dos participantes pertence à categoria de auxiliar de acção directa (47.4%) e encontra-se a trabalhar na instituição há menos de 5 anos (59.1%). A maioria dos participantes trabalha num regime normal de trabalho (85.5%) e não trabalha por turnos (68.4%). A maioria dos participantes não acumula funções para além da sua principal função (75.0%), assim como também não se viram forçados a fazer modificações na sua vida pessoal devido à profissão (73.7%) (cf. Tabela 2).

Através de uma análise descritiva das dimensões do *burnout* é possível observar que a Exaustão Emocional apresentou uma média de 4.13 (DP=3.27), o Cinismo apresentou uma média de 3.17 (DP=2.94) e a Eficácia Profissional apresentou média de 16.21 (DP=2.75) (cf. Tabela 3).

Após a análise das subescalas da Escala de Ambiente Laboral, verifica-se que a média dos níveis de Implicação é a mais elevada (M=6.07; DP=1.25). Por, sua vez a média mais baixa observada reflectiu-se nas subescalas Apoio (M=3.83; DP=1.51) e Pressão (M= 3.89; DP=1.45) (cf. Tabela 4).

Com a observação das médias resultantes da análise das dimensões psicopatológicas, é possível verificar que a Ideação Paranóide apresenta a média mais elevada ($M=1.04$; $DP=0.68$), assim como a Sensibilidade Interpessoal ($M=0.78$; $DP=0.58$) e a Obsessão-Compulsão ($M=0.75$; $DP=0.50$). A Ansiedade Fóbica ($M=0.24$; $DP=0.39$), o Psicoticismo ($M=0.43$; $DP=0.44$) e a Somatização ($M=0.48$; $DP=0.50$) são as dimensões que apresentaram médias mais baixas (cf. Tabela 5).

Análise Correlacional

Verificou-se a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão Eficácia Profissional e a subescala Apoio ($r = 0.25$, $p \leq 0.05$), bem como entre a dimensão Exaustão Emocional e a subescala Autonomia ($r = -0.28$, $p \leq 0.05$), com uma correlação negativa estatisticamente significativa (cf. Tabela 6). Os coeficientes obtidos são considerados associações baixas, uma vez que o r encontra-se entre o 0.2 e 0.3.

Através da análise da relação entre o *burnout* e a sintomatologia psicopatológica foi possível observar a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão Exaustão Emocional e as dimensões Depressão ($r = 0.44$, $p \leq 0.01$), Ansiedade ($r = 0.46$, $p \leq 0.01$), Somatização ($r = 0.38$, $p \leq 0.01$), Obsessão-Compulsão ($r = 0.41$, $p \leq 0.01$), Hostilidade ($r = 0.36$, $p \leq 0.01$) e Ideação Paranóide ($r = 0.51$, $p \leq 0.01$), apresentando um coeficiente de correlação entre 0.4 e 0.69, sendo por isso associações moderadas. A Exaustão Emocional também se encontra relacionada com a Sensibilidade Interpessoal ($r = 0.26$, $p \leq 0.05$) e Psicoticismo ($r = 0.28$, $p \leq 0.05$), sendo que a associação entre estas dimensões é uma associação baixa (cf. Tabela 7).

Foi também possível observar a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão Cinismo e as dimensões Depressão ($r = 0.29, p \leq 0.01$), Hostilidade ($r = 0.29, p \leq 0.05$) e Ideação Paranóide ($r = 0.32, p \leq 0.01$), sendo que a associação entre estas dimensões é uma associação baixa ($0.2 < r < 0.3$) (cf. Tabela 7).

Análise Preditiva

Foram realizadas análises de regressão múltipla com o objectivo de se identificar quais as variáveis que eram melhores preditores das dimensões Exaustão Emocional e Cinismo. Nas várias análises de regressão realizadas foram incluídas como preditores todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica (Depressão, Ansiedade, Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo).

Ao optar por realizar as análises de regressão múltipla, foi tido em consideração os resultados obtidos na análise correlacional (acima descrita), o que determinou a escolha das variáveis a regredir relativamente à Exaustão Emocional e ao Cinismo.

No que diz respeito à Exaustão Emocional, verificou-se que a Depressão e a Ideação Paranóide são as únicas variáveis que a predizem significativamente ($R^2 = 0.27, p \leq 0.001$) ($F_{(9,66)} = 4.15, p \leq 0.001$). Como se pode observar na Tabela 8, indivíduos com níveis de depressão elevados apresentam um maior nível de Exaustão Emocional ($t = 1.99, p \leq 0.05$); assim indivíduos com elevados níveis de ideação paranóide apresentam maiores níveis de Exaustão Emocional ($t = 2.24, p \leq 0.05$).

No que diz respeito à Exaustão Emocional, verificou-se que a Depressão e a Ideação Paranóide são as únicas variáveis que a predizem significativamente ($R^2 = 0.27$, $p \leq 0.001$) ($F_{(9.66)} = 4.15$, $p \leq 0.001$). Como se pode observar na Tabela 8, indivíduos com níveis de depressão elevados apresentam um maior nível de Exaustão Emocional ($t = 1.99$, $p \leq 0.05$); assim indivíduos com elevados níveis de ideação paranóide apresentam maiores níveis de Exaustão Emocional ($t = 2.24$, $p \leq 0.05$).

Discussão

Tal como se verifica na generalidade dos estudos, a população cuidadora formal de idosos tem uma percentagem superior de mulheres (Scott *et al.*, 2007 *cit in* Sousa 2009). Na nossa amostra este facto é confirmado com uma percentagem superior a 90% (92.1%). Isto implica naturalmente, limitações nas inferências e generalizações dos resultados finais.

A média das idades verificada foi de 37,67 (DP= 10.64), possuindo, na sua maioria, o nono ano de escolaridade. Verificou-se também que a maior parte da amostra é casada e possui filhos.

Relativamente à situação profissional da amostra, foi possível concluir que a maioria pertence à categoria de auxiliar de acção directa, ocupando estas funções há menos de cinco anos, com um regime de trabalho normal não trabalhando por turnos. A maioria da amostra não vê as suas funções acumuladas com outras, assim como não teve que fazer modificações na sua vida devido à sua profissão.

No que concerne à caracterização da amostra relativamente às dimensões do *burnout* e tendo em conta os critérios definidos por Mota-Cardoso (2000) para a

pontuação de corte que permite atribuir níveis de *burnout* significativos (15 para Exaustão Emocional, 15 para Cinismo e 18 para Eficácia Profissional), podemos observar que a amostra apresenta, em média, pontuações que indicam a não existência de *burnout* significativo. Contudo, o facto de a amostra não apresentar *burnout* significativo, não implica que esta não possua algum nível de *burnout*. No entanto, é de salientar os valores elevados de Eficácia Profissional obtidos, que nos remete para a ausência de *burnout*, uma vez que os valores de Exaustão Emocional e Cinismo obtidos foram valores baixos.

Quanto à caracterização da amostra em relação às subescalas do ambiente laboral e tendo em conta a forma de cotação da Escala de Ambiente Laboral, em que a pontuação máxima obtida em cada subescala é 9, é possível verificar que as médias resultantes desta análise foram resultados muito próximos uns dos outros, ressaltando a subescala Implicação, com a média mais elevada, que indica os altos níveis de preocupação e entrega dos cuidadores às suas actividades; por outro lado, as subescalas Apoio e Pressão, com as médias mais baixas, que apontam para uma negligência por parte dos superiores na criação de um bom ambiente de trabalho, bem como a existência de uma certa pressão que domina o ambiente de trabalho.

No que diz respeito à caracterização da sintomatologia psicopatológica dos cuidadores da nossa amostra pode-se concluir que, através da análise das médias obtidas a partir dos resultados nas dimensões do BSI que avalia as mesmas, é possível verificar que a amostra deste estudo encontra-se ao nível de uma população normal (emocionalmente não perturbada), segundo as médias de referência ditadas pelas autoras Derogatis (1982) e Canavarro (1999) a partir dos seus estudos.

Quando relacionamos as dimensões do *burnout* com as subescalas do ambiente laboral podemos verificar a existência de uma correlação positiva significativa entre a dimensão Eficácia Profissional e a subescala Apoio da escala de ambiente laboral, isto é, quanto maiores os valores de Apoio no local de trabalho, maiores são os níveis de Eficácia Profissional, diminuindo assim a possibilidade de existência de *burnout*, vindo de encontro aos estudos de Gil-Monte e Peiró (1997) (*cit in* Grau, Vallejo & Tomás, 2004).

Verificou-se também uma correlação negativa significativa entre a dimensão Exaustão Emocional e a subescala Autonomia, ou seja, quanto menores os valores de Autonomia no local de trabalho, maiores são os níveis de Exaustão Emocional. Estes resultados reflectem constatações obtidas através dos estudos de Gil-Monte e Peiró (1997). O grau de Autonomia percebido pelos profissionais no seu posto de trabalho chega mesmo a ser considerado por González e seus colaboradores (1998) como um factor antecedente do *burnout* (*cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

Ao relacionarmos as dimensões do *burnout* com as dimensões da sintomatologia psicopatológica observamos a existência de uma correlação positiva significativa entre a dimensão Exaustão Emocional e as dimensões Depressão, Ansiedade, Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo; bem como a existência de uma correlação positiva significativa entre a dimensão Cinismo e as dimensões Depressão, Hostilidade e Ideação Paranóide. Destes resultados é possível concluir-se que indivíduos com elevados níveis destes sintomas psicopatológicos possuem elevados níveis de *burnout*. Piedmont (1993), nos seus estudos, sugere que estas dimensões do *burnout* estariam fortemente vinculadas ao neuroticismo (*cit in* Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999), como nos mostra o resultado da análise destas dimensões no presente estudo.

Devido ao elevado número de variáveis psicopatológicas relacionadas significativamente com as duas dimensões do *burnout* (Exaustão Emocional e Cinismo) realizou-se uma análise preditiva destas variáveis, das quais se concluiu que a Depressão e a Ideação Paranóide são dimensões psicopatológicas predictoras da Exaustão Emocional, ou seja, indivíduos com níveis elevados de Depressão ou de Ideação Paranóide são indivíduos com níveis elevados de Exaustão Emocional, ou vice-versa.

Para além desta predição, verificou-se que a Somatização, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica e a Ideação Paranóide são dimensões psicopatológicas predictoras do Cinismo, isto é, indivíduos com elevados níveis destes sintomas psicopatológicos possuem elevados níveis de Cinismo – comportamento por parte dos profissionais ao minimizar o seu envolvimento na profissão, abandonando os seus ideais -, ou vice-versa.

Este estudo permitiu reforçar a ideia de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), de que elevados valores da dimensão Eficácia Profissional implicam baixos valores das dimensões Exaustão Emocional e Cinismo, reflectindo a não existência de *burnout*.

Através desta investigação foi possível concluir também que a Eficácia Profissional encontra-se relacionada positivamente com o Apoio sentido pelos profissionais nos seus locais de trabalho, vindo de encontro à revisão da literatura. Por sua vez, a Exaustão Profissional encontra-se relacionada negativamente com a Autonomia, ou seja, quanto menor é o nível de Autonomia percebida pelos profissionais no seu local de trabalho, maiores são os valores de Exaustão Emocional apresentados pelos mesmos.

No que concerne à psicopatologia, concluiu-se que a Exaustão Emocional está relacionada com sintomas Depressivos, de Ansiedade, de Somatização, de Obsessão-

Compulsão, de Sensibilidade Interpessoal, de Hostilidade, de Ideação Paranóide e de Psicoticismo, vindo de encontro aos estudos realizados que referem que esta dimensão encontra-se relacionada com consequências negativas ao nível da saúde dos profissionais. Também na dimensão Cinismo observou-se a relação desta com sintomas psicopatológicos, nomeadamente Depressão, Hostilidade e Ideação Paranóide.

Ainda neste estudo foi possível verificar a existência de uma relação preditiva entre a Exaustão Emocional e os sintomas Depressivos e de Ideação Paranóide; e entre o Cinismo e os sintomas de Somatização, de Hostilidade, de Ansiedade Fóbica e de Ideação Paranóide.

Após estas conclusões, é de importância fulcral um maior investimento ao nível dos estudos sobre esta temática neste tipo de populações. Porque são populações que cuidam de indivíduos frágeis, quando, muitas vezes, são eles que se encontram fragilizados, sendo necessária uma intervenção no sentido de antecipar toda esta sintomatologia terminando num esgotamento total do cuidador.

Referências

Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.

Concha, L. (s.d.). *El Síndrome de Burnout en cuidadores formales de Adultos Mayores*. Académica Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

Costa, M. (2009). *Burnout nos médicos – perfil e enquadramento destes doentes*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

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

Grau, J., Vallejo, R. & Tomás, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicossomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.

Instituto da Segurança Social. (s.d.). *Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais – Centro de Dia*.

Instituto da Segurança Social. (s.d.). *Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais – Serviços de Apoio Domiciliário*.

Leite, M. (2006). *Impacto da Demência de Alzheimer no Cônjuge Prestador de Cuidados*. Dissertação de Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 379-422.

Montes, M., Germán, M., Tornero, R. & Castillo, M. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22(3), 117-129.

Montilla, M. (2006). *Estudio Cualitativo sobre el Síndrome del Burnout en el Trabajo Social*. In Acciones e Investigaciones sociales.

Moos, R. H., Insel, P. M. (1974). The work environment scale. *Consulting Psychology Press*. Inc. Palo Alto. Califórnia.

Moreno-Jiménez, B. & Peñacoba, C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. *Psicología de la salud*, Siglo XXI, 739-764.

Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2000). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.

Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Ruiz, C. & Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Soares, J. (2010). *Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos – Eficácia de uma Intervenção de Grupo*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Universidade do Porto.

Sousa, M. (2009). *Sistemas de Qualidade em Equipamentos Gerontológicos*. III Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social. Santa Maria da Feira.

Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra total relativamente às características sociodemográficas

	N	%	Média	Desvio Padrão	S/resposta N
Género					
Masculino	6	7.9			
Feminino	70	92.1			
Idade					
			37.67	10.64	4
Estado Civil					
Solteiro	20	26.3			
Casado	50	65.8			
União de facto	1	1.3			
Divorciado	3	3.9			
Viúvo	2	2.6			
Habilitações literárias					
Até ao 4ºano	5	6.6			7
Até ao 6ºano	4	5.2			
Até ao 9ºano	25	32.9			
Até ao 12º ano	19	25.0			
Licenciatura	13	16.9			
Mestrado	3	3.9			
Filhos					
Sem filhos	22	28.9			4
Com filhos	50	65.8			

Tabela 2: Distribuição da amostra total relativamente às características profissionais

	N	%	S/resposta N
Categoria Profissional			4
Psicólogo	1	1.3	
Assistente Social	6	7.9	
Auxiliar de Acção Médica	1	1.3	
Auxiliar de Serviços Gerais	9	11.8	
Técnico Alimentar	5	6.6	
Motorista	2	2.6	
Educador Social	6	7.9	
Animador Sociocultural	4	5.3	
Auxiliar de Acção Directa	36	47.4	
Coordenador Técnico	2	2.6	
Anos de serviço no local de trabalho			7
Até 5 anos	45	59.1	
De 6 a 10 anos	18	23.6	
Mais de 10 anos	6	7.9	
Regime de trabalho			8
Parcial	3	3.9	
Normal	65	85.5	
Trabalho por turnos			17
Sim	7	9.2	
Não	52	68.4	
Acumular funções com a função principal			8
Sim	11	14.5	
Não	57	75.0	
Ter de fazer modificações devido à profissão			4
Sim	16	21.1	
Não	56	73.7	

Tabela 3: Médias e Desvios Padrões dos níveis de *burnout* da amostra

	Exaustão Emocional	Cinismo	Eficácia Profissional
M	4.13	3.17	16.21
D.P	3.27	2.94	2.75

Tabela 4: Médias e Desvios Padrões das subescalas do ambiente laboral da amostra

	Imp.	Coesão	Apoio	Autonomia	Organização	Pressão	Clareza	Controlo	Inovação	Comod.
M	6.07	5.32	3.83	5.36	4.54	3.89	5.24	5.04	4.59	5.38
D.P	1.25	1.21	1.51	1.77	1.05	1.45	1.19	1.60	1.53	1.51

Imp.- Implicação, Comod.- Comodidade

Tabela 5: Médias e Desvios Padrões das dimensões da sintomatologia psicopatológica da amostra

	Dep.	Ans.	Som.	O-C	S.Int.	Hos.	A-F	I-P	Psi.	I.G.S
M	0.570	0.597	0.483	0.752	0.776	0.532	0.240	1.042	0.426	0.607
D.P	0.460	0.479	0.504	0.504	0.584	0.472	0.388	0.681	0.439	0.403

Dep.- Depressão; Ans.- Ansiedade; Som.- Somatização; O-C – Obsessão-Compulsão; S.Int.- Sensibilidade Interpessoal; Hos.- Hostilidade; A-F – Ansiedade Fóbica; I-P – Ideação Paranóide; Psi.- Psicoticismo; I.G.S- Índice Geral de Sintomas

Tabela 6: Correlações estatisticamente significativas entre as dimensões do *burnout* e as subescalas do ambiente laboral

	Exaustão Emocional	Eficácia Profissional
Apoio	-----	0.25*
Autonomia	-0.28*	-----

*p ≤ 0.05

Tabela 7: Correlações estatisticamente significativas entre as dimensões do *burnout* e as dimensões psicopatológicas

	Dep.	Ans.	Som.	O-C	S.Int	Hos.	I-P	Psi.
Exaustão Emocional	0.44**	0.46**	0.38**	0.41**	0.26*	0.36**	0.51**	0.28*
Cinismo	0.29**	---	---	---	---	0.29*	0.32**	---

Dep.- Depressão; Ans.- Ansiedade; Som.- Somatização; O-C – Obsessão-Compulsão; S.Int.- Sensibilidade Interpessoal; Hos.- Hostilidade; I-P – Ideação Paranóide; Psi.- Psicoticismo

*p ≤ 0.05

**p ≤ 0.01

Tabela 8: Preditores da Exaustão Emocional

	R²	F (9.66)		t
Depressão	0.27	4.15***	0.32	1.99*
Ideação Paranóide			0.35	2.24*

*p ≤ 0.05

***p ≤ 0.001

Tabela 9: Preditores do Cinismo

	R²	F (9.66)		t
Somatização	0.17	2.70**	-0.53	-2.96**
Hostilidade			0.35	2.01*
Ansiedade Fóbica			0.29	1.97*
Ideação Paranóide			0.42	2.52*

*p ≤ 0.05

**p ≤ 0.01