

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). Estas instituições proporcionam vários tipos de cuidados às pessoas idosas, sendo que os profissionais que lá trabalham devem ser capazes de atender e concretizar esses cuidados. No entanto, estes profissionais realizam tarefas muito desgastantes, quer a nível físico, quer psicológico, que, levadas a cabo durante um longo período de tempo, levam a um crescente acumular de tensões culminando num esgotamento do indivíduo, nomeadamente na Síndrome *Burnout*.

Para além das tarefas implicadas na profissão, existe todo um conjunto de características pessoais inerentes ao cuidador/ profissional, bem como todo um ambiente laboral, que atenuam ou, pelo contrário, aumentam ainda mais todas estas tensões. Este estudo pretende aprofundar um pouco mais todas estas questões, e verificar até que ponto as questões ambientais, ao nível laboral, e psicopatológicas se encontram relacionadas com o *burnout*.

Assim sendo, esta investigação é composta por duas partes. A primeira parte, constituindo o Enquadramento Teórico, formada por três capítulos onde são explanados os temas acerca de toda a temática do Envelhecimento e da Prestação de cuidados, bem como um esclarecimento mais aprofundado sobre as respostas sociais alvo deste estudo, nomeadamente os Centros de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário, terminando numa revisão bibliográfica sobre a Síndrome *burnout*, onde é realizada a sua conceptualização, bem como a análise das suas consequências.

A segunda parte desta investigação constitui o Estudo Empírico, do qual fazem parte a Metodologia, que comporta os objectivos, o desenho da investigação, a amostra, os instrumentos e o procedimento; seguindo-se uma apresentação dos Resultados, obtidos através de procedimentos de estatística, que seguidamente serão discutidos no capítulo seguinte. Por fim, é apresentada uma conclusão, na qual se reflecte acerca das limitações deste estudo, bem como dos principais resultados obtidos.

Parte A

_____Enquadramento Teórico

__Capítulo I - *Envelhecimento e Prestação de Cuidados*

1.1 Contextualização Demográfica do Envelhecimento

O aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, pelo que não se trata de um fenómeno recente, mas que tem vindo a acentuar-se ao longo dos últimos anos no contexto do progresso mundial, sobretudo devido aos avanços no domínio da higiene, nutrição e medicina. Os países onde a população idosa têm maior peso percentual são europeus. Tal facto confirma que estamos na presença de um fenómeno típico dos países mais desenvolvidos do hemisfério norte, onde a população idosa em geral é tendencialmente mais saudável, beneficiando de um bem-estar social crescente.

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).

A dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, nos primeiros nove anos do século XXI caracteriza-se pela redução tanto do saldo natural, que se tornou negativo nos últimos anos, provocada, sobretudo, pela queda dos nascimentos com vida, como do saldo migratório positivo, com tendência para regredir apesar da inversão de sentido estimada em 2009, e pelo progressivo agravamento do envelhecimento demográfico tanto pela base como pelo topo da pirâmide de idades, resultante da diminuição da proporção da população jovem (com menos de 15 anos) e do aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) no total da população, respectivamente (Carrilho & Patrício, 2009).

A população idosa, ou seja, igual ou superior a 65 anos, representava em 2001, cerca de 16,5%, reforçou essa posição aumentando continuamente até atingir os 17,9% em 2009 (Carrilho & Patrício, 2009). Por si só, o aumento proporcional das pessoas idosas poderia não vir a constituir um problema social, apesar de a velhice representar a fase da vida em que as capacidades e as resistências físicas vão diminuindo gradualmente, mas

uma vez que se desenvolve num contexto desfavorável em que actuam um conjunto de outros factores, como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade das formas familiares, a pouca disponibilidade por parte da família para dar apoio às pessoas idosas (sobretudo às dependentes), a crise dos sistemas de protecção social, a despersonalização das relações sociais, estes factores vêm agravar as condições de vida das pessoas idosas que ficam numa posição social desfavorável (Fernandes, 1997 *cit in* Ribeirinho, 2005). Para além de todos estes factores, é de salientar o crescente número de idosos mais velhos, carenciados ainda mais de cuidados.

1.2 Envelhecimento e Dependência

A dependência, presente em todos os grupos etários, encontra-se estritamente associada à idade e ao género, sendo mais frequente em pessoas com idade avançada e nas mulheres. Esta influencia negativamente a auto-estima, a saúde subjectiva (percebida pelo próprio), o bem-estar subjectivo, as relações sociais e a realização de actividades de lazer (Abellán e Cols., 2005 *cit in* Montorio, Izal & Pérez, 2007).

No contexto das questões do envelhecimento, a problemática da dependência tem vindo a ocupar progressivamente um lugar de destaque. Tal centralidade deve-se precisamente ao facto de se verificar um crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, sobretudo dos estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia (Quaresma, 2004 *cit in* Ribeirinho, 2005).

É importante ter em conta que a dependência é um fenómeno multicausal, isto é, não é produto unicamente de factores biológicos (doenças crónicas e/ou mudanças biológicas associadas ao envelhecimento), mas também é consequência de factores psicológicos, sociais e ambientais, como atitudes e comportamentos superprotectores por parte da família ou estereótipos e atitudes idadistas perante as pessoas idosas, que podem conduzir ao excesso de incapacidade, que consiste na apresentação de uma diminuição do funcionamento nas actividades de vida diária, levando a um aumento da dependência, à diminuição da auto-eficácia e da auto-estima, depressão ou mortalidade precoce (Montorio & Losada, 2005 *cit in* Montorio, Izal & Pérez, 2007).

O Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002) definiu a noção de dependência como sendo “... um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou actividades de vida diárias (*cit in* Ribeirinho, 2005). A conjugação da presença de doenças crónicas ou agudas, das alterações associadas ao envelhecimento e dos fenómenos de dependência dos idosos, levam a que estes solicitem com maior frequência as respostas sociais e os cuidados que estas oferecem.

1.3 Tipologia dos cuidados e cuidadores

A política de cuidados às pessoas idosas pode considerar-se como um processo de apoio a pessoas dependentes para as actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária na área social e da saúde, prestado por entidades lucrativas ou não lucrativas que organizam os cuidados, executado por profissionais ou voluntários, familiares ou pelo próprio beneficiário (Carvalho, 2007). Este apoio que é fornecido integra então duas dimensões: uma a nível social, que engloba a parte psicossocial e o serviço social que remete para a satisfação das necessidades básicas fundamentais como a alimentação, higiene pessoal e implica um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade; e outra a nível da saúde que engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina que remetem para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas (Carvalho, 2007).

Segundo Paúl (1997), os vários cuidados que se podem facultar a um idoso, encontram-se divididos em cinco categorias:

- Cuidados Antecipatórios – Comportamentos ou decisões baseados na antecipação de necessidades possíveis do doente.
- Cuidados Preventivos – Visam evitar a doença, complicações e/ou deterioração física e mental.
- Cuidados de Supervisão – Implicam o envolvimento directo e activo e é habitualmente reconhecido como “olhar pelo idoso”.

- Cuidados Instrumentais – Visam manter a integridade física e o estado de saúde.
- Cuidados Protectores – Protecção das ameaças à auto-imagem, identidade e bem-estar emocional.

Esta classificação da prestação de cuidados é aplicável a todas as situações de dependência, quer estejamos a falar de “incapacidades físicas, sociais, psicológicas e cognitivas” (Paúl, 1997). Neste sentido, dependendo do tipo e grau de incapacidade do doente, ao cuidador cabe a necessidade de providenciar um, dois ou mesmo os cinco tipos de cuidados em questão (Leite, 2006).

Segundo Flórez (1997), cuidador é aquela pessoa que assiste ou cuida de outra que possui algum tipo de incapacidade e que impede ou dificulta o desenvolvimento normal das suas actividades de vida ou das suas relações sociais (*cit in* Reyes, 2001). A partir desta definição geral, impõe-se uma diferenciação dos cuidadores principais, secundários, cuidadores informais e cuidadores formais.

O Cuidador Primário ou Principal, é aquele que efectivamente se responsabiliza e presta os cuidados diários e é “amplamente assumido pelas esposas e familiares do género feminino” (Paúl, 1997). O Cuidador Secundário auxilia temporariamente e/ou pontualmente o primário na execução das tarefas e é normalmente assumido pelos familiares próximos (ao doente ou ao cuidador), pelos vizinhos e amigos. Contrariamente ao primário, a quantidade de tempo que dedica à prestação de cuidados é bastante reduzida (Leite, 2006). O Cuidador Informal constitui um “elemento da rede social do idoso (familiar, amigos, vizinhos, colegas, ...) que lhe presta cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 *cit in* Leite, 2006). O Cuidador Formal caracteriza-se pelo vínculo formal e remuneratório, sendo normalmente assumido 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). Os cuidadores formais e informais podem ser primários ou secundários, de acordo com o grau de responsabilização, quantidade de tempo e de trabalho despendido na prestação de cuidados.

1.4 Perfil do Cuidador Formal

Como anteriormente foi referido, o cuidador formal é um indivíduo que terá de possuir capacitação para exercer a sua função de forma eficaz e, para isso, é necessário possuir uma formação adequada às noções básicas adjacentes à população idosa e/ou dependente.

O objectivo global do cuidador formal será então prestar cuidados de apoio directo a idosos e pessoas dependentes, no domicílio e em contexto institucional zelando pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos (Agência Nacional para a Qualificação, 2008).

Um cuidador formal estará qualificado para preparar o serviço relativo aos cuidados a prestar, seleccionando, organizando e preparando os materiais, os produtos e os equipamentos a utilizar; para prestar apoio a idosos/pessoas dependentes, no domicílio ou em contexto institucional, relativamente a cuidados básicos de higiene, de conforto e de saúde, de acordo com o seu grau de dependência com as seguintes actividades: lavar o idoso ou auxiliá-lo no banho e noutras lavagens pessoais, mudar ou colaborar na mudança de roupa pessoal e substituir fraldas, contribuir para a prevenção de úlceras de pressão, auxiliar na toma de medicamentos, entre outras; prestar apoio na alimentação colaborando na organização e na confecção das refeições, acompanhando e auxiliando na toma das refeições sempre que a situação o exija, entre outras; prestar cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente e da roupa; colaborar na prevenção da monotonia, do isolamento e da solidão dos idosos/pessoas dependentes, no domicílio e em contexto institucional, estimulando a manutenção do relacionamento com os outros, preparando e desenvolvendo actividades de animação e entretenimento, acompanhando o idoso/pessoa dependente nas suas deslocações em situações de vida diária, entre outras; e articular com a equipa técnica, transmitindo a informação pertinente sobre os serviços prestados, referenciando, nomeadamente, situações anómalas respeitantes aos idosos/pessoas dependentes (Sousa, 2009).

Assim sendo, este profissional terá que possuir noções de funcionamento e características das instituições e serviços de apoio ao idoso/pessoa dependente, processo de envelhecimento e caracterização psicossocial da velhice, psicopatologia do idoso, nutrição e dietética e primeiros socorros. Terá também que possuir conhecimentos de comunicação e relações interpessoais, higiene pessoal e conforto do idoso, cuidados

básicos de prevenção e saúde do idoso, posicionamento e mobilidade, segurança e prevenção de acidentes, higiene e segurança alimentar, higiene ambiental, princípios e técnicas de animação de idosos, normas de segurança, higiene e saúde da actividade profissional e ética e deontologia da actividade profissional (Agência Nacional para a Qualificação, 2008).

Capítulo II - *Respostas Sociais – Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário*

2.1 Centro de Dia

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.).

2.1.1 Enquadramento da Resposta Social

O Centro de Dia surge como uma resposta que vem colmatar as diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência (Instituto da Segurança Social, s.d.).

Ao instituir-se o Centro de Dia, o Instituto da Segurança Social (s.d.) procurou que o mesmo possibilitasse uma oferta de serviços de proximidade diversificada, permitindo que o cidadão permanecesse o maior tempo possível no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica de integração em Lar, como a única resposta possível. Simultaneamente, esta procura também ser uma resposta que possibilite às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade, onde a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social (Instituto da Segurança Social, s.d.).

2.1.2 Funcionamento do Centro de Dia

Para que a Resposta Social Centro de Dia se desenvolva com ordem e eficácia tem de obedecer a uma série de princípios gerais de funcionamento, nomeadamente, competência para colocar à disposição das pessoas idosas/dependentes as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação; funcionar com horário a estabelecer de acordo com as necessidades locais e os recursos disponíveis; permitir ao utilizador usufruir do estatuto de associado, pagando uma quota mensal, o que lhe dará um sentimento de maior pertença e participação, usufruir também dos serviços existentes pagando-os de acordo com as condições e preços estabelecidos no regulamento interno; o funcionamento do refeitório pode processar-se por turnos sempre que se justifique; o horário das várias actividades deve ser suficientemente flexível de modo a permitir ao utilizador a frequência de uma ou mais actividades, de acordo com as suas necessidades e interesses; o utilizador pode escolher de entre os serviços existentes, aqueles de que necessita, de acordo com as condições expressas no regulamento interno; a programação das várias actividades deve ser afixada em jornal de parede ou publicada no jornal editado pelo Centro, caso exista, de modo a permitir a sua divulgação; incentivar a participação do utilizador na vida quotidiana do Centro de Dia; sempre que desenvolva serviços para apoio a idosos, nomeadamente o serviço de refeições e SAD, a sua organização e funcionamento devem obedecer às normas estabelecidas em documento próprio (Bonfim & Saraiva, 1996).

O Centro de Dia é uma Resposta Social que, sempre que possível, deve funcionar em articulação com serviços da comunidade – oficiais, IPSS, autarquias e outros (Instituto da Segurança Social, s.d.). O documento primário desta e de outras Respostas Sociais é então o regulamento interno. Neste documento deve constar as regras de funcionamento do Centro de Dia, os direitos e os deveres dos utilizadores, os direitos e os deveres do pessoal e voluntários, e este é um documento que deve ser dado a conhecer ao utilizador e ao pessoal (Bonfim & Saraiva, 1996).

2.1.3 Organização e Instalações

O Centro de Dia pode organizar-se como sendo um serviço autónomo, com um espaço próprio e funcionamento independente, ou como um serviço integrado numa

estrutura já existente – Lar, Centro Comunitário ou outra estrutura polivalente (Bonfim & Saraiva, 1996). Esta Resposta Social assegura, entre outros, os serviços de refeições, convívio/ocupação, cuidados de higiene, tratamento de roupas, férias organizadas, ... Pode desenvolver também os serviços de refeições ao domicílio, SAD e acolhimento temporário (Instituto da Segurança Social, s.d.).

O Centro de Dia como serviço autónomo deve ter certas áreas funcionais como uma área técnica e administrativa; uma área de refeições com um refeitório, uma cozinha, despensa e lavandaria; uma área de higiene com instalações sanitárias, banhos e outros serviços tais como cabeleireiro, pedicura, ...; e uma área de tratamento de roupas. Deverá possuir, se possível, também uma área de alojamento temporário com espaço para quatro camas (Bonfim & Saraiva, 1996).

Para além do responsável técnico, que é responsável pela organização e desenvolvimento dos serviços e deve estar habilitado com formação no âmbito das ciências sociais e humanas, o Centro de Dia deve ter animadores, ajudantes de Centro de Dia, motorista e pessoal auxiliar em número adequado, ou seja, por cada 30 utentes, o Centro de Dia deve possuir um director/responsável técnico, um técnico de animação, um ajudante de Centro de Dia, um motorista, um cozinheiro e um empregado auxiliar. O Centro de Dia pode funcionar com pessoal próprio, pessoal de outras estruturas e também com voluntários devidamente enquadrados. Se esta Resposta desenvolver também SAD, deverá integrar nos seus quadros de pessoal ajudantes familiares (Bonfim & Saraiva, 1996).

2.2 Serviço de Apoio Domiciliário

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.).

2.2.1 Enquadramento da Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário

Devido ao envelhecimento progressivo da população ocorrem com maior frequência situações de vulnerabilidade física e psíquica, que possibilitam o aparecimento de situações patológicas crónicas, que originam, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e/ou pelo seu agregado familiar, como é o caso das demências. De ressaltar que a situação de dependência pode ocorrer em qualquer outro grupo etário, podendo igualmente necessitar deste tipo de Resposta Social.

Ao instituir-se legalmente a Resposta Social SAD no âmbito de medidas de política destinadas à população em situação de dependência, procura-se que a mesma possibilite uma oferta de serviços diversificada, cujo acesso corresponda à concretização de direitos de cidadania (Bonfim & Veiga, 1996). Os serviços que os clientes do SAD solicitam, têm vindo a sofrer alterações na medida em que as situações de dependência pela sua complexidade, afectam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa, exigindo em muitos casos o estabelecimento de parcerias que capacitem esta Resposta Social para a concretização da sua missão (Instituto da Segurança Social, s.d.).

O número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e a diminuição o mais possível da institucionalização da pessoa, leva à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do SAD, de forma a que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de seleccionar esta Resposta Social, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades com a devida qualidade (Bonfim & Veiga, 1996).

Esta Resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afectos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores, incluindo voluntários que se deslocam ao domicílio, podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior (Instituto da Segurança Social, s.d.).

2.2.2 Funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário

A Resposta Social SAD deve obedecer e seguir determinados princípios gerais de funcionamento. Quem trabalha nesta Resposta Social deve saber que o domicílio do utilizador é inviolável e, como tal, deve ser considerado, não sendo permitido fazer alterações nem eliminar bens e objectos sem prévia autorização; nos casos em que ao serviço tenha sido confiada a chave do domicílio do utilizador, esta deve ser guardada em local seguro ou entregue à responsabilidade do trabalhador encarregado da prestação de cuidados; o SAD deve garantir ao utilizador o respeito pela sua individualidade e privacidade, o respeito pelos seus usos e costumes, a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades e a articulação com os serviços da comunidade; a elaboração e avaliação do plano de cuidados deve ser assegurada por pessoal técnico, enquanto que a prestação dos mesmos deve ser assegurada por pessoal com formação adequada; o horário do pessoal prestador de cuidados é estabelecido de acordo com as necessidades dos vários utilizadores a seu cargo; nas situações de dependência que exijam recurso a ajudas técnicas, o SAD pode providenciar a sua aquisição ou aluguer; na ocorrência de um óbito, na presença de um elemento do SAD, este deve informar imediatamente o familiar/responsável e o serviço, devendo ser providenciada a presença de um médico (Bonfim & Veiga, 1996).

A operacionalidade do SAD deverá resultar de uma rede de serviços organizada a partir da parceria estabelecida entre as entidades envolvidas no processo nomeadamente serviços locais de saúde e autarquia (Instituto da Segurança Social, s.d.). Como todas as Respostas Sociais, o SAD deve ter um regulamento interno onde constem as regras de funcionamento do SAD, a discriminação dos serviços prestados e respectivo preçário, os direitos e deveres dos utilizadores bem como do pessoal afecto ao serviço (Bonfim & Veiga, 1996).

2.2.3 Organização e Instalações

O SAD pode ser desenvolvido a partir de uma estrutura criada com essa finalidade ou a partir de uma estrutura já existente – Lar, Centro de Dia ou outra. Esta Resposta Social deve progressivamente organizar-se no sentido de proporcionar um apoio contínuo nas 24 horas e uma actuação de emergência, sempre que necessário (Bonfim &

Veiga, 1996). O SAD deve proporcionar os serviços de prestação de cuidados de higiene e conforto, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, confecção, transporte e/ou distribuição de refeições e tratamento de roupas. Esta Resposta Social pode ainda assegurar outros serviços como o acompanhamento ao exterior, a aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, o acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações no domicílio e permitir contactos com o exterior (Instituto da Segurança Social, s.d.).

Quando o SAD funcionar em instalações autónomas, são exigidas algumas áreas como um gabinete para atendimento e apoio logístico, uma sala de espera, instalações sanitárias, uma arrecadação, uma cozinha/dispensa e uma lavandaria/rouparia. Quando este for desenvolvido a partir de uma estrutura já existente ou recorra a serviços exteriores, seja na confecção de refeições ou no serviço de lavandaria, são apenas exigidos um gabinete para atendimento e apoio logístico, uma sala de espera, instalações sanitárias e uma arrecadação (Bonfim & Veiga, 1996).

O SAD é dirigido por um director técnico com formação no âmbito das ciências sociais e humanas, a quem compete dirigir o serviço, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação das actividades, garantir o estudo da situação do utilizador e a elaboração do respectivo plano de cuidados, coordenar e supervisionar o pessoal do serviço e sensibilizar o pessoal face à problemática das pessoas a atender e promover a sua formação. Quanto ao pessoal técnico, ajudantes familiares e outro pessoal, estes devem ser em número suficiente para assegurar o estudo dos processos de admissão e acompanhamento das situações, a elaboração, execução e avaliação dos planos de prestação de cuidados e as restantes actividades relativas ao funcionamento do serviço. Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento do SAD, considera-se necessário a existência de um director técnico, um técnico de Serviço Social para cada 60 utentes, um ajudante familiar por cada 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por cada 30 utentes, um trabalhador auxiliar (de serviços gerais) por cada 30 utentes, um motorista e um administrativo, quando se justifique (Bonfim & Veiga, 1996).

3.1 Conceptualização

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). Este conceito emergiu primariamente como um problema social, fortemente associado às profissões de trabalho com pessoas, e não como um constructo académico (Vaz Serra, 1999 *cit in* Costa, 2009).

As duas perspectivas iniciais da S.B. coexistiram e desenvolveram-se mais ou menos independentemente: a perspectiva clínica de Freudenberger, que se centrou nos factores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento; e a perspectiva de investigação social de Maslach, que se centrou no ambiente profissional, dedicando-se à investigação e à teoria (Schaufeli, 1999 *cit in* Costa, 2009).

As primeiras investigações sobre a S.B. foram essencialmente de natureza descritiva e qualitativa, usando técnicas como a entrevista, estudos de caso e observações *in loco* (Maslach & Schaufeli *cit in* Costa, 2009). Apenas nos anos 80, a investigação empírica sobre esta síndrome tornou-se mais sistemática, de natureza quantitativa, utilizando questionários e inquéritos em amostras mais alargadas (Maslach & Jackson, 1996 *cit in* Costa, 2009). O questionário mais utilizado era então o MBI, instrumento de medida da S.B. Esta escala com propriedades psicométricas bastante fortes, continua hoje em dia a ser a mais utilizada (Maslach & Jackson, 1996 *cit in* Costa, 2009).

3.1.1 Definições da Síndrome *Burnout*

Não existe uma definição unanimemente aceite para o conceito da S.B. Vários autores conceptualizaram esta síndrome de diversas formas. Para Maslach e Jackson, a S.B. é definida como um estado de exaustão física, emocional e mental, causada pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de stress situacional crónico (Maslach & Jackson, 1981 *cit in* Costa, 2009).

A definição de Schaufeli e Enzmann é considerada a mais sintética e, ao mesmo tempo, a que engloba as características do estado e do processo da S.B. (Schaufeli & Enzmann, 1998 *cit in* Costa, 2009). Estes autores definem-na como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos “normais” e que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (Schaufeli & Martínez, 2002 *cit in* Costa, 2009).

Para o autor Cherniss (1980), a S.B. é uma síndrome que afecta a moral e o bem-estar psicológico das pessoas implicadas, afecta a qualidade dos cuidados e tratamentos que recebem os utentes, tem uma forte influência nas funções administrativas e é necessário preveni-la a nível comunitário em programas definidos pelos serviços (*cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

Uma definição que tem reunido maior consenso é a de que a S.B. é considerada uma resposta ao stress laboral crónico quando o indivíduo carece de estratégias funcionais para lidar com esse stress, e que actuam como uma variável mediadora entre o stress percebido e as suas consequências. Trata-se de uma experiência subjectiva interna que agrupa sentimentos e atitudes com um cariz negativo ao implicar alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências danificantes para o próprio indivíduo e para a instituição onde trabalha (Correal, Posada & Pérez, 2000; Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Zamora & Sánchez, 2008).

3.1.2 Dimensões da Síndrome *Burnout*

A S.B., como vimos anteriormente, não é um conceito simples, podendo ser descrito com base em diferentes dimensões. 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). Interiormente, o indivíduo sentirá essa exaustão sob a forma de uma fadiga permanente no trabalho, de uma sensação de vazio e de uma dificuldade em lidar com as emoções do outro, de tal forma que trabalhar com alguns utentes torna-se cada vez mais difícil (Maslach & Jackson, 1982 *cit in* Delbrouck, 2006). Segundo alguns autores, esta é a dimensão-chave da S.B., constituindo a primeira reacção ao stress devida às exigências do trabalho ou às grandes alterações (Geurts & Schaufeli, 1998 *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). Os indivíduos sentem que já não possuem recursos emocionais e reagem negativamente ou com grande distanciamento e frieza aos colegas e à organização do trabalho (Maslach, 1998; 2006 *cit in* Costa, 2009), tentando colocar alguma distância entre si e os utentes, ignorando conscientemente as qualidades destes como pessoas, pois torna-se mais fácil atenderem às suas necessidades se os considerarem objectos do seu trabalho (Morais & Maia, 2006 *cit in* Costa, 2009). Os trabalhadores com níveis altos de despersonalização diminuem o tempo que passam no local de trabalho e reduzem a energia que investem na profissão; continuam a desempenhar as suas tarefas, mas reduzem o seu desempenho ao mínimo, diminuindo a qualidade do seu trabalho (Maslach, 2006 *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), ou seja, esta dimensão pode expressar-se mediante o sentimento de não se ser eficaz, de já não se fazer um bom trabalho e de se estar frustrado relativamente ao sentido que outrora se atribuía à profissão, surgindo então a auto desvalorização, a culpabilidade e a desmotivação (Maslach & Jackson, 1982 *cit in* Delbrouck, 2006).

Este modelo tridimensional contextualiza socialmente a experiência individual de stress, inter-relacionando as diferentes dimensões, sendo que a exaustão crónica pode levar ao distanciamento emocional e cognitivo do indivíduo do seu trabalho, tornando-o menos envolvido ou responsivo às necessidades e exigências (Maslach, 2006; Schaufeli & Keijsers, 1995 *cit in* Costa, 2009).

3.2 Diagnóstico da Síndrome *Burnout*

É através da análise de vários sintomas que podemos afirmar que um indivíduo está a passar ou não por um processo de S.B. Este é um processo que se inicia com uma perda de vitalidade e uma sensação de desalento; em seguida instala-se a indiferença e, quando esta persiste, o tédio e o cinismo, bem como a desorientação e a desconcentração emergem; a impaciência e a incapacidade sentidas perante a tarefa a realizar e a subsequente irritabilidade são então desviadas para o meio imediato e, de seguida, para os clientes/utentes, que deixam de ser considerados como indivíduos e passam a sê-lo como “objectos”. Paradoxalmente, há indivíduos que são invadidos por um sentimento de onipotência; todo o seu edifício pessoal e profissional se desmorona, assinalando uma deficiência importante da personalidade. Noutros indivíduos, os sinais premonitórios dessa exaustão podem ser perturbações ou doenças físicas, em que os indivíduos são invadidos por uma tensão ou por um sentimento de vazio interior. Estes profissionais em sofrimento podem apresentar vários sintomas, como fadiga física, emocional ou mental. Assim sendo, segundo Delbrouck (2006), alguns dos possíveis sintomas físicos da S.B. são insónias, dores de costas, falta de energia, hipertensão, perturbações digestivas, perda de apetite, úlceras, entre outros; alguns dos possíveis sinais psicológicos são irritabilidade, perda do sentido de humor, insatisfação, distração, perda de memória, atitude negativa, entre outros (*cit in* Delbrouck, 2006).

Segundo Pais-Ribeiro (2005), existe uma miríade de factores associados à S.B. (*cit in Costa, 2009*). Foram reunidos 132 sintomas relativos a esta síndrome, derivados da observação clínica não controlada e da análise não estruturada de entrevistas (Schaufeli et al., 2002 *cit in Costa, 2009*), que, posteriormente foram agrupados em cinco grandes categorias: sintomas afectivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais (Smets et al., 2004 *cit in Costa, 2009*).

Estes sintomas desenvolvem-se através de quatro fases. Estas fases podem apresentar-se segundo uma ordem quase habitual, começando com um entusiasmo idealista, em que o trabalho promete preencher totalmente, com uma identificação excessiva com os clientes/utentes e um dispêndio de energia descomedido que, frequentemente, se revela ineficaz. Seguidamente instala-se a estagnação, em que o trabalho deixa de ser considerado tão interessante ou excitante e de ser um substituto para tudo na vida. O profissional vive então um período de frustração, durante o qual questiona a sua eficiência no trabalho, a pertinência e o valor do trabalho enquanto tal. Finalmente instaura-se a apatia, em que a pessoa sente-se cronicamente frustrada no plano profissional, mas necessita desse trabalho para sobreviver; tenta trabalhar o mínimo de tempo requerido e evitar os desafios; tenta proteger-se dos utentes/clientes e de tudo o que possa colocar em perigo essa pseudoposição de segurança que parece compensar o seu mal-estar, todavia de forma inadequada, para estar satisfeito no trabalho (*cit in Delbrouck, 2006*).

3.3 Etiologia

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). Os indivíduos experienciam níveis de S.B. distintos e reagem diversamente, porque as pessoas são diferentes, únicas e têm experiências anteriores díspares, o que nos leva a presumir a influência de variáveis individuais chave, como a personalidade, na predição da S.B. (Pines & Keinan, 2005 *cit in* Costa, 2009). O facto de se relacionarem determinadas características da personalidade como favorecedoras do aparecimento desta síndrome, permite adoptar medidas preventivas para a sua instalação (Vaillant & Sobowale, 1972 *cit in* Costa, 2009). No entanto, nenhuma das componentes pessoais emergiu de forma consistente ao longo das várias investigações, sugerindo que estamos perante um fenómeno mais social do que individual (Morais & Maia, 2006 *cit in* Costa, 2009).

3.3.1 Desencadeadores e Facilitadores da Síndrome *Burnout*

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).

As variáveis de carácter pessoal têm um papel facilitador ou inibidor da acção que os stressores exercem sobre o sujeito. Na medida em que estes facilitadores estão presentes fará com que aumente ou diminua o grau de stress laboral percebido e, consequentemente, afectará o desenvolvimento da S.B. (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Montilla, 2006). Os facilitadores mais referenciados são então 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*).

3.3.1.1 Factores Pessoais e Psicopatológicos

As variáveis pessoais consideradas nos estudos sobre a S.B. são o género, a idade, o estado civil, os anos de profissão, as características da personalidade e as características psicopatológicas e estratégias para lidar com o stress. Estas são variáveis moderadoras, que vão facilitar ou inibir o desenvolvimento da síndrome, como vimos anteriormente.

Em relação ao género, alguns estudos referem que é o género feminino que obtém maiores pontuações nos instrumentos de medida referentes à S.B. (Atance, 1997 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004); outros estudos assinalam que são os homens a classe que apresenta pontuação significativa na subescala de despersonalização do MBI (De la Fuente e Cols., 1994 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

Com respeito à idade, observa-se um maior nível de S.B. em indivíduos que têm entre 40 e 45 anos (Muñoz *et al.*, 2001 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004), sendo que é por volta dos 44 anos que este fenómeno se apresenta (Atance, 1997 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004). Em geral, é possível concluir que quanto maior for a idade, menor será a tensão laboral, consequentemente baixando o grau de S.B. (De la Fuente *et al.*, 1994 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004); apenas a subescala de exaustão emocional é que se relaciona positivamente com a idade (Tello *et al.*, 2002 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

Quanto à variável estado civil, não existem dados homogéneos que permitam prever uma ligação directa entre esta variável e a S.B. No entanto, existem alguns estudos que relacionam esta síndrome com o grupo de indivíduos casados, estando estes mais propensos a padecer da S.B. (Tello *et al.*, 2002 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004); outros estudos assinalam o grupo de separados e divorciados como possuindo uma relação com a dimensão baixa realização pessoal do MBI (Atance, 1997 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

No que concerne ao tempo de experiência da profissão que o indivíduo possui, é quase consensual que a maior vulnerabilidade à S.B. surge nos primeiros anos de carreira, onde ocorre uma transição das expectativas idealistas desenvolvidas durante a formação, para o mundo real da prática quotidiana, de forma a que, neste período, o jovem profissional toma consciência que as recompensas pessoais, profissionais e económicas que recebe não correspondem às esperadas (Applebaum, 1981; Cherniss, 1980 *cit in* Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999).

Fazendo referência à personalidade, um estudo menciona algumas variáveis predisponentes que têm sido examinadas e que têm relação com o stress laboral como o locus de controlo e a personalidade tipo A. O locus de controlo aparece relacionado com a S.B.; a personalidade tipo A não se encontra tão relacionada com esta síndrome (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004), bem como os traços de personalidade como a baixa estabilidade emocional, auto-confiança, personalidade resistente, tensão e ansiedade (Cebriá *et al.*, 2001 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004). Piedmont (1993) sugere que as dimensões exaustão emocional e despersonalização estariam fortemente vinculadas ao neuroticismo (*cit in* Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999). Outros trabalhos têm mostrado que a S.B. está associada a variáveis como a falta de assertividade, a baixa auto-estima, a dependência e a escassa implicação (Edelwich & Brodsky, 1980 *cit in* Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999). Se é certo que algumas características negativas da personalidade favorecem o aparecimento da S.B., também se tem comprovado em vários estudos que determinadas características positivas, como o idealismo, entusiasmo, maior nível de implicação pessoal no trabalho, poderão estar na origem do processo desta síndrome (Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999).

3.3.1.2 Factores Organizacionais

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). Os factores organizacionais considerados nos estudos sobre a S.B. têm sido o clima laboral, o bem-estar laboral, o grau de autonomia, a execução do trabalho, o apoio social, a ambiguidade de papéis e a falta de reciprocidade. Neste sentido, os resultados das investigações têm mostrado que, quanto mais positivo for o clima laboral (Cuevas, O'Ferrall & Crespo, 1998), o bem-estar (Escribá *et al.*, 2000) e a satisfação laboral (Cherniss, 1980), menor é o stress percebido pelos sujeitos no seu posto de trabalho (*cit in* Ruiz & Ríos, 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). A variável relacionada com a ambiguidade dos papéis, entendida como a inadequação entre as exigências da própria tarefa e os métodos com que esta deve ser executada, parece favorecer o desenvolvimento da S.B. (Gil-Monte & Peiró, 1998 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004). A mesma relação pode-se verificar no caso da falta de reciprocidade dos papéis, no sentido em que os profissionais poderiam perceber que tanto os clientes como a própria organização não os está a recompensar da forma como desejariam (Gil-Monte, 2001 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

No que diz respeito ao apoio social, esta é uma variável que poderia ter um papel com um efeito amortizador, no caso da S.B., controlando as consequências do stress (Folkman & Lazarus, 1985 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004). Outros aspectos têm sido relacionados em estudos sobre esta síndrome, nomeadamente o número de horas de trabalho, o tipo de contrato e tipo de serviço; daqui depreende-se que são os profissionais que passam um maior número de horas de trabalho e com um contrato a

prazo, num serviço onde existe um grande impacto emocional, aqueles indivíduos que sofrem um maior grau de desgaste (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Ruiz & Ríos, 2004). Turnipseed (1994) foi outro autor que investigou sobre a relação entre a S.B. e o ambiente de trabalho, tendo identificado a influência de diversas variáveis psicossociais, como a coesão entre os companheiros de trabalho, a estrutura da organização, a comunicação e a pressão no trabalho, como contributo no desenvolvimento da S.B. (*cit in* Ruiz & Ríos, 2004).

3.4 Impacto da Síndrome *Burnout*

Quando a experiência de stress se prolonga e intensifica no tempo, levando à S.B., vai estar relacionada com sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (INRS, 2005 *cit in* Sacadura-Leite & Uva, 2007), com consequências no rendimento profissional e origina problemas de saúde física, psicológica e com disfunção a nível social (Devereux *et al.*, 1999 *cit in* Sacadura-Leite & Uva, 2007). Portanto, a S.B. é uma resposta a um stress laboral crónico, que culmina gerando sentimentos negativos face às pessoas com as quais se trabalha e face ao trabalho em si. Se esta situação se mantiver prolongada no tempo, levará a uma série de consequências não só para o próprio profissional, como também para a organização onde se desenvolve o seu trabalho ou até mesmo para os seus próprios colegas de trabalho (*cit in* Montilla, 2006).

3.4.1 Consequências a nível pessoal

Dentro destas consequências existem três tipos: consequências físicas, como problemas de saúde, cansaço, dores musculares, transtornos de sono; consequências psicológicas, como depressões, ansiedade, desmotivação, labilidade emocional; e consequências sociofamiliares, como tendência para o isolamento, irritabilidade, conflitos interpessoais com o par e com os familiares, entre outros (*cit in* Fernández, 2004). Maslach refere que a S.B. afecta principalmente a vida privada, onde o cinismo e o desespero são projectados fortemente na família e nos amigos (Gil-Monte & Peiró, 1997 *cit in* Montilla, 2006).

3.4.1 Consequências a nível organizacional

A diminuição da satisfação laboral, o absentismo laboral elevado, o abandono do posto de trabalho, o baixo interesse pelas actividades laborais, a deterioração da qualidade dos serviços, o aumento dos conflitos interpessoais com os outros colegas de trabalho, o aumento dos acidentes laborais, as baixas médicas por doença, a deterioração do processo de tomada de decisões, os comportamentos aditivos são algumas das consequências que têm relação directa com a organização (Concha, s.d). A consequência decisiva para a organização, como se pode concluir, é a deterioração da qualidade de execução profissional, o que afectará directamente os receptores do seu trabalho (Montilla, 2006).

Devido à possível incidência da S.B. nos cuidadores de idosos ou pessoas dependentes, é necessário que a administração dos centros ou instituições geriátricas, que são sistemas complexos de relações humanas, desenvolva políticas preventivas de apoio no contexto laboral e extra laboral para que o cuidador restabeleça o seu bem-estar físico e mental (Concha, s.d.).

3.5 Síndrome *Burnout* no Trabalho Social e nas Profissões de Ajuda

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).

Não nos podemos esquecer que por detrás de todo o profissional existe uma pessoa, com determinadas características, necessidades, capacidades e limitações, que vão estar implicadas no seu âmbito de trabalho e que constituem um elemento fundamental no estabelecimento da relação de ajuda, no caso dos trabalhadores sociais (Montilla, 2006). 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).

Por seu lado, Bartomeu (2000), refere um certo paradoxo neste tipo de profissões, uma vez que estes profissionais deparam-se com certas situações de desumanização. Desta maneira, o contraste entre as expectativas geradas perante determinadas situações de necessidade e a realidade em que, posteriormente, irão trabalhar será tal, que de alguma forma o desenvolvimento da intervenção estará muito complicado (*cit in* Montilla, 2006).

Lázaro (2004) estabeleceu um esquema que permite identificar os principais factores desencadeadores da S.B. no Trabalho Social, agrupando-os em quatro conjuntos: um primeiro relativo à organização, onde a actividade laboral vai-se desenvolver em função de uma estrutura hierárquica, além disso o processo de trabalho irá ser influenciado por uma insuficiência de recursos e uma excessiva burocracia que influenciará os resultados finais; um segundo relativo à tarefa; outro relativo ao próprio profissional, em que, segundo Bartomeu (2000), quando se deparava com uma realidade desumanizada, teria muitas dificuldades em se adaptar, levando posteriormente à determinação do comportamento do profissional, de forma a que as suas expectativas se transformassem em pouco realistas; por último, um relativo aos usuários com quem o profissional trabalha, que são, geralmente, indivíduos em situação de grande necessidade que, quando existe um contacto muito constante e prolongado no tempo, possa trazer um grande desgaste para o profissional (*cit in* Montilla, 2006).

O profissional que trabalhe com idosos e/ou pessoas dependentes deverá 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.).

Neste sentido, é imprescindível que a equipa multidisciplinar da instituição estabeleça mecanismos de comunicação, integração e colaboração, além de princípios éticos e solidariedade entre os seus colaboradores, e uma forma assertiva de lidar com os conflitos, para maximizar o funcionamento e minimizar o stress dos seus profissionais (Virginia, Bernardino & Lorenzo, 2006 *cit in* Concha, s.d.).

Como foi possível observar, através da revisão da literatura feita, torna-se bastante pertinente estudar e aprofundar todos estes conceitos e relacioná-los. Neste sentido, surge a segunda parte deste trabalho, onde as questões do *burnout* serão exploradas, bem como a sua relação com o ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica.

Parte B

Estudo Empírico

4.1 Objectivos

Os principais objectivos desta investigação passaram pelos seguintes pontos:

- Caracterização dos cuidadores formais na amostra (a nível sociodemográfico, e a nível profissional);
- Caracterização das dimensões do *burnout* nos cuidadores formais;
- Caracterização do ambiente laboral nos cuidadores formais;
- Caracterização da sintomatologia psicopatológica nos cuidadores formais;
- Explorar a relação entre *burnout* e ambiente laboral;
- Explorar a relação entre *burnout* e sintomatologia psicopatológica;
- Explorar as variáveis que predizem o *burnout*.

4.2 Desenho da Investigação

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

4.3 Amostra

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.

4.4 Instrumentos

O protocolo de recolha de dados deste estudo foi composto por quatro instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico e profissional
- Escala de avaliação do Burnout – MBI-GS (Schaufelli; Leiter; Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999).
- Escala de Ambiente Laboral – WES (Moos, 1986 & Louro, 1995).
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis, 1993; Canavarro, 1995).

4.4.1 Questionário Sociodemográfico

Este questionário 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.

4.4.2 Maslach Burnout Inventory-General Survey – M.B.I. - G.S. (Schaufelli; Leiter; Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999)

O Maslach Burnout Inventory constituiu o instrumento preferencial para avaliar a síndrome Burnout enquanto conceito multidimensional, nas suas diferentes dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Neste estudo foi utilizado o M.B.I. – G.S., a terceira versão proveniente da escala original, de auto-resposta desenvolvida por Maslach e Jackson (1996) com o intuito de explorar as dimensões subjacentes a este quadro. Esta escala é constituída por 16 itens, do tipo likert, onde são então avaliadas as três dimensões do *Burnout*.

- Exaustão emocional, que inclui itens referentes à fadiga física e emocional (itens 1, 2, 3, 4 e 5).
- Cinismo, que reflecte indiferença ou atitude distante em relação ao trabalho (itens 8, 9, 13, 14 e 15).
- Eficácia Profissional, que se focaliza na realização ocupacional, abordando aspectos sociais e não sociais da ocupação, incluindo a satisfação com a realização passada e presente, explicitando as expectativas individuais de continuar efectivamente a trabalhar; trata-se de uma dimensão inversa às duas anteriores (itens 6, 7, 10, 11, 12 e 16).

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.

4.4.3 Escala de Ambiente Laboral – Forma R (Work Environment Scale – WES - Moos, 1986 & Louro, 1995)

A Escala de Ambiente Laboral Forma Real 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 a subescala Implicação, que avalia o grau de preocupação e entrega dos trabalhadores às suas actividades (itens 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 e 81); a subescala Coesão, que avalia a ajuda e amabilidade entre os trabalhadores (itens 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72 e 82); e a subescala Apoio, que avalia o esforço dos líderes para animar e criar bom ambiente de trabalho (itens 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73 e 83).
- Dimensão Auto-Realização – organizada pela subescala Autonomia, que avalia a forma como se estimula a iniciativa e auto-suficiência dos trabalhadores (itens 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74 e 84); a subescala Organização, que avalia o grau de planificação das tarefas (itens 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75 e 85); e a subescala Pressão, que avalia a

urgência e pressão que domina o ambiente laboral (itens 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76 e 86).

- Dimensão Estabilidade/ Mudança – da qual faz parte a subescala Clareza, que avalia o conhecimento das tarefas, dos planos e das expectativas diárias (itens 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77 e 87); a subescala Controlo, que avalia o uso de regras e a pressão para controlar os trabalhadores (itens 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78 e 88); a subescala Inovação, que avalia a variedade e mudança dos enfoques (itens 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 e 89); e a subescala Comodidade, que avalia a forma como o ambiente físico contribui para a criação de um ambiente agradável (itens 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 e 90).

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).

4.4.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – B.S.I. – Derogatis, 1993; Canavarro, 1995)

Este inventário é 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 – Reflete o mal-estar da percepção do funcionamento somático, centralizando as queixas no funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, ou qualquer outro com clara mediação autonómica (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).
- Obsessões-Compulsões – Focaliza-se nas cognições, impulsos e comportamentos experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).
- Sensibilidade Interpessoal – Esta dimensão centraliza-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com os outros indivíduos (itens 20, 21, 22 e 42).
- Depressão – Os sintomas desta dimensão reflectem o grande número de indicadores da depressão clínica (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).
- Ansiedade – Esta dimensão é composta por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade (Itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).
- Hostilidade – Inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera (itens 6, 13, 40, 41 e 46).
- Ansiedade Fóbica – Os itens centram-se nas manifestações do comportamento fóbico e outros quadros clínicos como a agorafobia (itens 8, 28, 31, 43 e 47).
- Ideação Paranóide – Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo (itens 4, 10, 24, 48 e 51).
- Psicoticismo – Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento (itens 3, 14, 34, 44 e 53).

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.

O cálculo dos 3 índices globais obedece às seguintes fórmulas:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) – Soma-se as pontuações de todos os itens, dividindo-se em seguida pelo número total de respostas;

- Total de Sintomas Positivos (TSP) – Conta-se o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior que zero).
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) – Calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

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.

4.5 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. Aquando 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.

5.1 Análise Descritiva

5.1.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

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).

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					
					7
Até ao 4ºano	5	6.6			
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					
					4
Sem filhos	22	28.9			
Com filhos	50	65.8			

5.1.2 Caracterização profissional da amostra

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).

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	

5.1.3 Caracterização do burnout nos cuidadores formais

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).

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

5.1.4 Caracterização do ambiente laboral nos cuidadores formais

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).

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

5.1.5 Caracterização da sintomatologia psicopatológica nos cuidadores formais

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).

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	0.57	0.60	0.48	0.75	0.78	0.53	0.24	1.04	0.43	0.61
D.P	0.46	0.48	0.50	0.50	0.58	0.47	0.39	0.68	0.44	0.40

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

5.2 Análise Correlacional

5.2.1 Relação entre o burnout e o ambiente laboral

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.

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*	-----

* $p \leq 0.05$

5.2.2 Relação entre o burnout e a sintomatologia psicopatológica

Através da análise desta relação 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 ($r = 0.26$, $p < 0.05$) 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).

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

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

5.3 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.

5.3.1 Variáveis predictoras da Exaustão Emocional

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 ($t = 2.24$, $p \leq 0.05$).

Tabela 8: Preditores da Exaustão Emocional

	R^2	$F (9,66)$	t
Depressão			1.99*
Ideação Paranóide	0.27	4.15***	2.24*

* $p \leq 0.05$

*** $p \leq 0.001$

5.3.2 Variáveis predictoras do Cinismo

No que concerne ao Cinismo, verificou-se que a somatização, a hostilidade, a ansiedade fóbica e a ideação paranóide são as variáveis que o predizem significativamente ($R^2 = 0.17$, $p \leq 0.01$) ($F_{(9,66)} = 2.7$, $p \leq 0.01$). Como se pode observar na

Tabela 9, indivíduos com maiores níveis de somatização apresentam menores níveis de Cinismo, ou vice-versa ($t = -2.96, p \leq 0.01$); indivíduos com maiores níveis de hostilidade apresentam maiores níveis de Cinismo ($t = 2.01, p \leq 0.05$); indivíduos com maiores níveis de ansiedade fóbica apresentam maiores níveis de Cinismo ($t = 1.97, p \leq 0.05$); por último, indivíduos com maiores níveis de ideação paranóide apresentam maiores níveis de Cinismo ($t = 2.52, p \leq 0.05$).

Tabela 9: Preditores do Cinismo

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

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Capítulo VI – *Discussão de Resultados*

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 dadas 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 sintomas psicopatológicos predictoros do Cinismo, isto é, indivíduos com elevados níveis destas dimensões psicopatológicas possuem elevados níveis de Cinismo – comportamento por parte dos profissionais ao minimizar o seu envolvimento na profissão, abandonando os seus ideais -, ou vice-versa.

É importante reflectir acerca das limitações que este estudo apresenta, de forma a tê-las em conta na avaliação dos resultados obtidos. Primeiramente refere-se o tamanho da amostra que, se fosse mais alargada, permitiria resultados mais válidos.

Outra limitação diz respeito ao modo de selecção da amostra, que implicava a participação voluntária na investigação. Nem sempre se conseguiram recolher todos os protocolos de investigação deixados em cada instituição, e deste modo não se pode descartar a possibilidade da introdução de um viés nas características da amostra.

O método de avaliação utilizado, nomeadamente instrumentos de auto-administração, pode funcionar como limitação da investigação, no sentido de poderem ter sido cometidos erros ao nível do preenchimento dos questionários. Para além disso, o facto de o protocolo apresentar-se um pouco extenso, pode ter enfraquecido a atenção dos participantes ao longo do preenchimento dos questionários, podendo ter contribuído para algumas desistências.

Ao nível da análise dos resultados obtidos, notaram-se algumas limitações com os instrumentos utilizados, nomeadamente ao nível da ausência de estudos na população portuguesa, sendo difícil a posterior comparação e interpretação dos resultados obtidos. Neste sentido menciona-se a importância da realização de estudos nesta vertente, pois só desse modo é possível examinar a realidade em que esta população (profissionais de Centros de Dia e SAD) se encontra.

Ainda assim, pensa-se que esta investigação poderá ter contribuído para o aprofundamento de conhecimentos sobre o *burnout* nos cuidadores formais e a relação que este tem com o ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica dos cuidadores.

Assim sendo, 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 Bibliográficas

- Agência Nacional para a Qualificação. (2008). *Perfil profissional Agente em Geriatria*. Catálogo Nacional de Qualificações. Acedido em <http://www.catalogo.anq.gov.pt>.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2009). A Situação Demográfica recente em Portugal. *Revista Estudos Demográfico*, 48, 101- 145. Lisboa: INE, I.P.
- Carvalho, M. (2007). Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Estudos de Género e a Mulher no Espaço Lusófono e na Diáspora*, 3 & 4. Publicações online Campus Social Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- 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.
- Fernández, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burnout) en los Trabajadores Sociales. *Portularia*, 499-506.
- 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 Cónjuge 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.
- Montorio, I., Izal, M. & Pérez, G. (2007). Salud, conducta y vejez. In Triadó, C. & Villar, F. *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- 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.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. IV Reunión de Antropología do Mercosur – Foro de Investigación Envejecimiento de la población en el Mercosur. Curitiba. Brasil.
- 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.
- Sacadura-Leite, E. & Uva, A. (2007). Stress relacionado com o Trabalho. *Revista Saúde & Trabalho*, 25-42.

- Seabra, A. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no contexto da Saúde Ocupacional*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- 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.
- Zamora, Z. & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.