



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Serviço Social

**O *Burnout* nos Ajudantes de Ação Direta que
trabalham em Lares Residenciais para Idosos no
distrito de Viseu**

Catarina Isabel Ferreira Marques

Orientadora: Professora Doutora Célia Ribeiro

Viseu, abril de 2013

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Serviço Social

**O *Burnout* nos Ajudantes de Ação Direta que
trabalham em Lares Residenciais para Idosos no
distrito de Viseu**

Catarina Isabel Ferreira Marques

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Serviço Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Célia Ribeiro.

Viseu, abril de 2013

Agradecimentos

Ao terminar este trabalho tenho que agradecer a um conjunto de pessoas cujo apoio e disponibilidade tornaram possível esta realização.

À minha orientadora, Professora Doutora Célia Ribeiro, pelo apoio, paciência e compreensão que fizeram parte da conduta nas orientações deste trabalho.

Ao meu marido, pela compreensão e incentivo incondicional.

Aos meus pais e irmão, pelo eterno apoio e presença amiga.

Aos Ajudantes de Ação Direta participantes, pela disponibilidade, colaboração e empenho, pois sem eles, esta investigação não seria possível.

Às minhas colegas de mestrado, Alexandra, Helena e Olga, pelo apoio e encorajamento ao longo de todo este percurso.

A todos os que me apoiaram nesta etapa da minha vida.

Resumo

A síndrome de *burnout*, considerada um grande impacto na saúde do trabalhador do século XXI, constitui-se num fenómeno complexo e multidimensional, resultante da interação entre aspetos individuais e o ambiente do trabalho, interpretada como resposta ao stress laboral crónico. Definida pela exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, designa um estado de fadiga física e emocional crónico dos profissionais, que pode comprometer as organizações.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a síndrome de *burnout* numa amostra de setenta e um Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, através do MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey), instrumento de perceção de sinais e sintomas de stress e caracterização sociodemográfica dos participantes. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

De acordo com os resultados, estima-se que 15% da amostra em estudo apresenta síndrome de *burnout* uma vez que evidenciam altos níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização pessoal.

Melhorar o ambiente de trabalho, o humor de alguns funcionários, o trabalho em equipa, melhorar o relacionamento com os idosos, o aumento do número de trabalhadores, e o aumento do salário são algumas das estratégias propostas pelos Ajudantes de Ação Direta, participantes do estudo, para que possam sentir-se ainda melhor no seu meio de trabalho.

Palavras-chave: síndrome de *burnout*, exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal.

Abstract

The burnout syndrome is considered a great impact in the 21st century worker's personal health. It is a complex and multidimensional phenomenon, resulting from the interaction between the work environment and individuals aspects, interpreted as an answer to chronic work stress. Defined by emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, the Burnout Syndrome often refers to a chronic physical and emotional exhaustion of professionals that may compromise the organizations.

This study aimed to measure the Burnout Syndrome with a sample of seventy one Patient Care Assistant working in residential care homes for the elderly in the district of Viseu, using the MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey) application, instrument of perception of signs and symptoms of stress and of professional and the sociodemographic characteristics of the participants. It is a descriptive study with a quantitative approach.

According to the results, it is estimated that 15% of the test sample presents burnout syndrome, showing high levels of emotional exhaustion and depersonalization and low levels of personal accomplishment.

Improve the working environment, de mood of some collaborators, the teamwork, the relationship with the elderly, increase the number of employees and rising wages are some of the strategies proposed by the Patient Care Assistant, participants of the current study, so they can fell even better in their work environment.

Keywords: burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal exhaustion.

Índice geral

Introdução	15
------------------	----

PARTE I

Enquadramento Teórico

Capítulo 1- Compreensão dos conceitos de Burnout e Stress.....	21
1.1. <i>Burnout</i>	21
1.2. Stress	27
1.3. Stress versus <i>Burnout</i>	30
1.4. Stress e Depressão	33
1.5. Estratégias de adaptação ao stress e ao Burnout.....	37
Capítulo 2 - Serviço Social e as IPSS's	39
2.1. O Serviço Social como profissão de ajuda	39
2.2. As IPSS's e as respostas sociais para idosos	42
2.3. Recursos Humanos das IPSS's	48
2.3.1. Ajudantes de Ação Direta	49

PARTE II

Investigação Empírica

Capítulo 3 – Metodologia.....	55
3.1. Problemática e questão de partida	55
3.2. Objetivos da investigação	56
3.3. Hipóteses.....	56
3.4. Variáveis	58
3.5. Tipo de pesquisa	58
3.6. População e amostra	58
3.7. Instrumentos utilizados na recolha de dados	61
3.8. Procedimentos.....	64
Capítulo 4 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	67
4.1. Apresentação dos dados.....	67
4.2. Análise inferencial	73
4.3. Discussão dos resultados	79
Conclusão	85
Bibliografia.....	89
Anexos.....	95

Índice de tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva das características da amostra.....	60
Tabela 2 - Média de idades dos sujeitos da amostra.....	60
Tabela 3 - Caracterização da amostra em função do horário de trabalho (turnos).....	61
Tabela 4 - Tempo de serviço na Instituição.....	61
Tabela 5 - Itens correspondentes a cada subescala do <i>burnout</i>	63
Tabela 6 - Análise psicométrica do MBI-HSS	64
Tabela 7 - Atividades que os ajudantes de ação direta realizam com mais frequência	67
Tabela 8 - Ambiente, relacionamento e apoio dos superiores no trabalho.....	68
Tabela 9 - Análise descritiva dos itens da subescala exaustão emocional	69
Tabela 10 - Análise descritiva dos itens da subescala despersonalização.....	70
Tabela 11 - Análise descritiva dos itens da subescala realização pessoal	71
Tabela 12 - Frequência e percentagem de exaustão emocional por níveis.....	72
Tabela 13 - Frequência e percentagem de despersonalização por níveis	72
Tabela 14 - Frequência e percentagem de realização pessoal por níveis	72
Tabela 15 - Diferenças entre géneros por subescalas	73
Tabela 16 - Diferenças entre estado civil por subescalas	74
Tabela 17 - Diferenças entre habilitações literárias por subescala.....	75
Tabela 18 - Diferenças entre turnos por subescala.....	76
Tabela 19 - Diferenças entre ambiente de trabalho por subescalas.....	77
Tabela 20 - Diferenças entre relacionamento entre colegas por subescalas.....	77
Tabela 21 - Diferenças entre apoio dos superiores por subescalas.....	78
Tabela 22 - Reconhecimento do trabalho por subescalas.....	79
Tabela 23 - Mudanças no trabalho, para se sentir bem, ou ainda melhor	79

Índice de quadros e figuras

Quadro 1 - Sintomatologia de <i>burnout</i>	25
Quadro 2 - Medidores, facilitadores e desencadeadores do burnout.....	26
Quadro 3 - Sintomas da depressão	34
Figura 1 - Fatores determinantes de <i>stress</i> no trabalho	29
Figura 2 - Modelo Organizacional.....	49

Introdução

A investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. A investigação é um método de aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 1999).

A investigação serve para definir os parâmetros de uma profissão. Nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação (Fortin, 1999).

O Assistente Social na sua atuação profissional precisa da pesquisa como prática diária de trabalho. O processo de pesquisa exige do investigador questionar pelo desconhecido, pelo que não sabe, ou seja, pesquisar faz parte da natureza humana.

O Serviço Social como profissão sócio histórica tem na sua natureza a pesquisa como meio de construção de um conhecimento comprometido com as demandas específicas da profissão (Bourguignon, 2007, p.46-54).

A prática profissional está fundamentada na relação dinâmica teoria/prática, fazendo parte da natureza da profissão procurar compreender criticamente os fenómenos sociais para fundamentar a sua intervenção.

O grande desafio para o pesquisador Assistente Social que se preocupa com a centralidade do sujeito, é permitir através da pesquisa uma melhor clareza ao sujeito, à sua experiência e ao seu conhecimento, cuja natureza, se revelada, poderá possibilitar aos profissionais desenvolver práticas cada vez mais comprometidas ética e politicamente com a realidade dos mesmos, buscando no coletivo e na troca de saberes alternativas de superação das condições de privação e exclusão social.

Há uma intensificação em compreender a realidade social, desta forma, o Serviço Social procurou envolver-se com a elaboração teórica, passando a pesquisa a integrar a dimensão prática da profissão, ou seja, passando a ser um elemento essencial na profissão.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogamo-nos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto institucional.

Para muitos autores, entre eles Paúl e Fonseca (2005), em Portugal só no momento atual é que a problemática da velhice começa a ganhar relevante impacto social, na medida em que nos estamos a deparar com fortes baixas de natalidade e de mortalidade, verificando-se um aumento significativo do número de idosos no conjunto da população total do país. Este facto tem vindo a constituir-se num dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, tornando-se fundamental pensar e agir sobre as condições de vida deste grupo-alvo da população.

Por outro lado, o cuidado às pessoas idosas com alguma dependência, historicamente atribuído aos familiares descendentes e desenvolvido no espaço privado do domicílio, foi sendo transferido para a responsabilidade das instituições (Figueiredo, 2007).

A falta de ocupação e de afetividade, com pessoas em quem possam confiar, bem como a falta de contactos sociais, são também sentidas pelos idosos como condicionantes negativas do seu bem-estar.

A necessidade desta investigação recai na importância do papel dos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para idosos e de que modo estes são ou não afetados pela síndrome de *burnout*.

Após revisão da literatura observa-se que existem várias definições do termo *burnout* sendo a mais utilizada a de Maslach e Jackson (1986), em que o *burnout* é referido como uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, desumanização e reduzida realização pessoal no trabalho (Maslach & Jackson, 1986). O *burnout* é a maneira encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a manifestação do stress ocupacional. Acontece quando falham outras estratégias para lidar com o stress.

Avaliar os níveis de *burnout* dos Ajudantes de Ação Direta é essencial para podermos perceber quais as causas/fatores que levam os mesmos à exaustão tentando posteriormente encontrar estratégias que possam evitar o aparecimento da síndrome.

Ao pessoal que trabalha em Lares Residenciais para idosos é atribuída uma enorme importância no sentido de promover uma vida cheia, e tanto quanto possível, significativa aos seus residentes.

Os Lares são uma comunidade e esperamos que todos eles tenham como objetivo proporcionar um ambiente onde todos se sintam em harmonia e compreensão mútuas – os que vivem, os que trabalham e os que dão a sua ajuda voluntária

(Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2006).

O papel dos que prestam cuidados pessoais é vital para o bem-estar dos residentes, pelo que se deve ter o máximo de cuidado na seleção do pessoal deste setor. Este tem de estar preparado para prestar a assistência necessária com maturidade, dignidade e respeito pela privacidade e individualidade das pessoas que vivem no Lar.

Os Ajudantes de Ação Direta que prestam o apoio direto desempenham um papel fundamental no dia-a-dia dos idosos e desta forma é necessário ter consciência de que o seu trabalho pode ir muito além da simples prestação dos cuidados mais básicos, podendo assumir um papel de conselheiro, ajudando os residentes a superar momentos mais difíceis.

A relação entre os Ajudantes de Ação Direta e os idosos é muito significativa. A natureza sensível deste tipo de trabalho, a vulnerabilidade de alguns residentes, a oportunidade de um contacto muito próximo e a partilha de experiências pode fazer com que, para além da família, o pessoal se torne um amigo de alguns residentes. Para aqueles que ocasionalmente têm a visita de familiares ou amigos, os Ajudantes de Ação Direta podem ser as únicas pessoas com quem desabafam.

Muitas vezes o acumular de funções pode desencadear um processo de stress ocupacional, destruindo o equilíbrio psicofisiológico do Ajudante de Ação Direta, obrigando-o mesmo a utilizar recursos extra de energia.

Para a prevenção da síndrome de *burnout* é necessário, numa primeira fase, identificar os elementos que provocaram o stress e quais as estratégias de suporte que estão a ser adotadas, as que estão a ser eficazes e as que são inúteis.

Adotar hábitos de vida saudável, utilizar o tempo livre para praticar atividades satisfatórias, sem incluírem ainda mais trabalho, comunicar com os colegas de trabalho, dispor de uma rede de amigos para que possam partilhar as suas inquietações, são algumas das estratégias que poderão ser utilizadas para prevenção da síndrome de *burnout*.

Face ao exposto este trabalho tem como objetivo geral: Avaliar o *burnout* dos Ajudantes de Ação Direta em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu. Para tal, o presente trabalho está estruturado em duas partes: na primeira, composta por dois capítulos, é delineado o enquadramento teórico da investigação. A segunda, composta por dois capítulos, abordam-se as questões inerentes à investigação empírica.

No primeiro capítulo, do enquadramento teórico, abordam-se aspetos relativamente ao *burnout*, stress e depressão. No segundo capítulo temos a temática do Serviço Social como profissão de ajuda, as IPSS's e as respostas sociais para idosos, os recursos humanos das IPSS's, dando especial atenção aos Ajudantes de Ação Direta.

Relativamente à segunda parte do trabalho, o estudo empírico, faz-se referência à metodologia utilizada no estudo, ou seja, este capítulo refere: a problemática e questão de partida, os objetivos, a formulação das hipóteses, enuncia as variáveis, classifica o tipo de pesquisa e método de recolha de dados e apresenta a metodologia utilizada no tratamento estatístico dos dados.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados, as respetivas tabelas e interpretação das mesmas, a análise inferencial e por fim a discussão dos resultados.

Por fim, apresenta-se uma conclusão, que sintetiza todo o trabalho efetuado, identifica as limitações do estudo e aponta sugestões para futuras investigações nesta área.

PARTE I
Enquadramento Teórico

Capítulo 1- Compreensão dos conceitos de *Burnout* e Stress

O burnout é considerado como um estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento, por longo tempo, em situações emocionalmente desgastantes (Serra, 2011). É um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso.

O trabalho tanto pode ser uma atividade extremamente enriquecedora para o indivíduo como constituir uma fonte de stress que gradualmente o desgasta.

O stress da vida moderna é o primeiro responsável por um estado de tensão que pode levar a um grande cansaço.

1.1. *Burnout*

O termo *burnout* foi utilizado inicialmente por Brandley, em 1969, mas foi com Freudenberger, em 1974, que ficou mais conhecido. O conceito de *burnout* surgiu na década de 70 nos Estados Unidos, essencialmente entre os indivíduos que trabalhavam no âmbito dos serviços humanos e dos cuidados de saúde (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

O médico Freudenberger (1974) usou o termo para determinar uma manifestação radical do stress emocional e interpessoal no trabalho de voluntários, com os quais trabalhava, que ostentavam uma perda de energia gradual até chegar a um estado de esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão. Ou seja, tornavam-se menos sensíveis, menos compreensivos, mais agressivos com os pacientes e tratavam-nos de uma forma afastada. Para o autor, o *burnout* seria o resultado do esgotamento, desilusão e perda de interesse pela atividade de trabalho que fosse virado para o contato direto com as pessoas (Freudenberger, 1974).

Christina Maslach, psicóloga social, investigadora na Universidade da Califórnia, e Aya Pine e Gary Cherniss foram os investigadores que propagaram o conceito de *burnout*. O interesse pelo conceito aconteceu devido a três fatores (Maslach,2001):

- As modificações introduzidas no conceito de saúde com evidência dada à melhoria da qualidade de vida pela Organização Mundial de Saúde;

- O aumento das exigências da população relativamente aos serviços sociais, educativos e de saúde;

- Tomada de consciência por parte dos investigadores, dos órgãos públicos e dos serviços clínicos, da necessidade de aprofundar os estudos e prevenir a sua sintomatologia.

Maslach (1981) definiu o *burnout* como uma síndrome de cansaço físico e emocional que levava a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso.

Para Moreno-Jiménez e Puente (1999), citados em Oliveira (2008, p.30), “o *burnout* seria a última fase de um estado de stress crónico”. Já Maslach e Leiter (1997, p.1) citado por Oliveira (2008, p.16), defendem que

(...) o local de trabalho, hoje, é um ambiente frio, hostil que exige muito, económica e psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o resto corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. A alegria do sucesso e a emoção da conquista estão cada vez mais difíceis de alcançar. A dedicação ao trabalho e o compromisso para com ele estão a diminuir. As pessoas vão ficando descrentes, mantendo-se distantes e tentando não se envolver demais.

Benevides-Pereira (2010) refere o termo *burnout* como uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e ou mental.

Apesar da diversidade de significados atribuídos ao *burnout*, ocorre uma unanimidade entre os pesquisadores, na medida em que todos assinalam a influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação da síndrome (Benevides-Pereira, 2010). *Burnout* é “uma experiência individual específica do contexto de trabalho” (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, p. 104).

Todos os autores reconhecem a importância do papel desempenhado pelo trabalho, assim como da dimensão social, relacional da síndrome. Também concordam que os profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, assistindo-as, ou como responsáveis do seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais suscetíveis ao desenvolvimento do *burnout* (Benevides-Pereira, 2010).

A maioria dos estudos sobre *burnout* assenta na concetualização de Maslach e Jackson (1982) e baseiam-se em três dimensões:

- **Exaustão Emocional:** caracteriza-se pela sensação de esgotamento emocional e físico, na qual o sujeito reconhece que não possui energias suficientes para continuar a trabalhar.

- **Despersonalização:** manifesta-se através de atitudes de distanciamento emocional, ou seja, o profissional passa a tratar os clientes, os colegas, e a organização de forma distante e impessoal. Demonstra atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários dos serviços.

- **Realização pessoal:** compreensão da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, perdendo a satisfação e a eficiência no trabalho, ou seja, o trabalhador passa a autoavaliar-se de forma negativa relativamente ao trabalho.

Segundo Delbrouck (2006), a Exaustão emocional é tão física quanto psíquica e traduz-se sob as formas de fadiga no trabalho, sensação de vazio, dificuldade em lidar com as emoções dos outros. Por Exaustão Emocional entende-se uma sobre solitação ou esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa (Maroco e Tecedero, 2009).

A Despersonalização traduz um distanciamento afetivo ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser da atividade profissional (Maroco & Tecedero, 2009).

“A Realização Pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma atividade profissional” (Maroco & Tecedero, p.227, 2009). Relativamente à realização pessoal, o profissional questiona-se sobre a sua escolha, a sua vocação para aquela profissão. Os sentimentos de incapacidade de já não se fazer um bom trabalho, de frustração relativamente ao sentido que anteriormente atribuía à profissão associados à auto-desvalorização, à culpabilidade e à desmotivação, levam normalmente a consequências como o absentismo no trabalho e projetos para mudar de profissão (Delbrouck, 2006).

Assim, o *burnout* tem sido associado a várias respostas negativas ao trabalho, incluindo insatisfação no trabalho, baixo compromisso com a organização, absentismo, intenção para deixar o trabalho (Maslach & Leiter, 2008).

Esta síndrome resulta da confluência de fatores situacionais que englobam as características da profissão, as características de âmbito organizacional e fatores individuais, tais como, as características demográficas e de personalidade. Os fatores situacionais associados à profissão correspondem às características do trabalho, ao conflito de papel, à sobrecarga de trabalho, bem como à escassa participação na tomada

de decisões e ao apoio social recebido por parte dos colegas e supervisores. Relativamente aos fatores situacionais associados ao âmbito organizacional, estes são: o ambiente físico, as mudanças organizacionais, a burocracia, a comunicação e a autonomia (Carlotto, 2002).

Quanto aos fatores individuais associados às características demográficas, o estudo de Maslach e Jackson (1981) declara que existem diferenças entre os homens e as mulheres relativamente à síndrome de *burnout*. Os resultados do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) mostraram que as mulheres apresentam um maior esgotamento emocional e que os homens têm maiores pontuações nas outras duas dimensões, ou seja, apresentaram resultados mais elevados na despersonalização e na falta de realização no trabalho. Os indivíduos mais jovens têm resultados mais elevados nas dimensões relativas ao esgotamento emocional e despersonalização, ao passo que os onze indivíduos com mais idade oferecem maiores valores na dimensão falta de realização no trabalho. Os resultados indicaram ainda que os indivíduos solteiros e divorciados revelam um nível mais elevado de esgotamento emocional do que os casados (Maslach & Jackson, 1981). Relativamente ao nível de educação, os indivíduos com elevado nível de educação têm maiores níveis de *burnout* do que os que têm uma educação inferior (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Diversos são os sintomas atribuídos à síndrome. Estes podem ser divididos, em quatro categorias, físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, como podemos analisar no quadro 1.

Fatores Físicos	Fatores Comportamentais
Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares ou osteo-musculares Cefaleias, enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais nas mulheres	Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto risco Suicídio
Fatores Psíquicos	Fatores Defensivos
Falta de atenção, de concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Sentimento de solidão Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa autoestima Labilidade emocional Dificuldade de auto aceitação Astenia, desânimo, depressão Desconfiança, paranoia	Tendências ao isolamento Sentimento de onnipotência Perda do interesse pelo trabalho ou lazer Absentéismo Ironia, cinismo

Quadro 1- Sintomatologia de *Burnout*

Fonte: Benevides-Pereira (2002)

É necessário considerar que não é obrigatório apresentar todos os sintomas para caracterizar o *burnout*, ou seja, nem todos os sujeitos que estão com a síndrome apresentam todos estes sintomas que se podem expressar de maneira diferente em momentos diferentes na mesma pessoa.

As causas do *burnout* são também multifatoriais. Trata-se da confluência de características pessoais, do tipo de atividade realizada e da constelação de variáveis oriundas da instituição onde o trabalho é realizado. Estes fatores podem mediar ou facilitar o processo de stress ocupacional que irá dar lugar ao *burnout*. As variáveis de personalidade, assim como as sociodemográficas, não são em si causadoras da síndrome, mas diante de uma instituição comprometida, podem facilitar o desencadeamento da mesma (Benevides-Pereira, 2002).

O quadro seguinte resume as principais características referenciadas por diversos autores (Benevides-Pereira, 2002; Codo e Menezes, 1999; Firth, 1985; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001) entre outros autores que apresentaram estudos sobre a síndrome.

Características Pessoais	Características do Trabalho
Idade	Tipo de Ocupação
Sexo	Tempo de Profissão
Nível Educacional	Tempo na Instituição
Filhos	Trabalho por Turnos ou Noturno
Personalidade:	Sobrecarga
- Nível de Resiliência	Relacionamento entre os colegas do trabalho
- Locus de Controle	Assédio Moral
- Padrão de Personalidade Tipo A	Relação Profissional-Cliente
- Variáveis de 'self'	Tipo de Cliente
- Estratégias de Enfrentamento	Conflito de Papel
- Neuroticismo	Suporte Organizacional
- Perfeccionismo	Satisfação
Sentido de Coerência	Nível de Controle, Autonomia
Motivação	Responsabilidade
Idealismo	Pressão
Características Organizacionais	Possibilidade de Progresso
Ambiente Físico	Percepção de Iniquidade
Mudanças Organizacionais	Conflito com os Valores Pessoais
Normas Institucionais	Falta de feed-back
Clima	Características Sociais
Burocracia	Suporte Social
Comunicação	Suporte Familiar
Autonomia	Cultura
Recompensas	Prestígio
Segurança	

Quadro 2 – Medidores, facilitadores e/ou desencadeadores do *Burnout*

Benevides-Pereira (2002)

É de realçar que a síndrome de *burnout* não traz consequências prejudiciais apenas para o sujeito que a sofre. A perda de qualidade no trabalho realizado, as inúmeras faltas, os procedimentos negativos para com os que o rodeiam, acabam também por afetar os que dependem dos serviços deste profissional, os colegas de trabalho e a instituição.

1.2. Stress

O stress é feito de muitas coisas. É uma família de experiências, caminhos, respostas relacionadas e resultados causados por uma série de diferentes “stressores” – as circunstâncias ou eventos que causam o stress (Manktelow, 2008).

O termo stress provém do verbo latino *stringo, stringere, strinxi, strictum* que tem como significado *apertar, comprimir, restringir*. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada, durante bastante tempo, para exprimir uma pressão ou uma *constricção de natureza física*. Apenas no século XIX o conceito se alargou para passar a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana (Serra, p. 12, 2011).

Segundo o mesmo autor, stress é um vocábulo que se cita com frequência, tanto nas conversas comuns como nos meios de comunicação social. No mundo científico tem dado origem a uma vastíssima investigação interdisciplinar que tem vindo a crescer numa progressão geométrica. Tem constituído matéria de ensino em várias universidades. Há numerosas sociedades científicas que têm sido criadas centradas neste tema, tanto para incentivar o estudo dos seus aspetos gerais como de facetas mais específicas.

“O stress não diferencia sexos, religiões, raças ou nacionalidades. No mundo atual e em particular nos momentos que uma grande crise económica mundial, olhemos para onde olhemos tudo à vista respira stress” (Espada, p. 15, 2009).

A década de 80 foi muitas vezes designada pela comunicação social como a década do stress e foi nesta altura também, que se assistiu a um crescente aumento da investigação sobre *stress* ocupacional.

A definição de stress mais comum apresenta o *stress* como uma condição ou sensação experimentada quando uma pessoa percebe que “as exigências excedem os recursos pessoais e sociais que o individuo é capaz de mobilizar” (Lazarus, citado em Manktelow, p. 14, 2008).

O stress não é só causado por questões profissionais. Tudo está interrelacionado e como tal, todas as questões familiares e emocionais são causadoras de grandes fatores de stress e vice-versa. É um movimento pendular no sentido: vida pessoal → profissão → vida pessoal. O stress é gerado por fatores internos de cada individuo, fatores que cada um impõe a si próprio – perfeccionismo, sentido do dever e responsabilidade etc. E

fatores externos ao indivíduo – pressões impostas pelo exterior – pressão de trabalho, financeiras, familiares, etc. (Espada, 2009).

Quando um indivíduo entra em stress ocorre um processo de ativação que envolve todo o organismo. O stress induz emoções, altera o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos. Estas mudanças são tanto ou mais acentuadas quanto mais intenso e prolongado for o stress (Serra, 2011).

Os indivíduos têm diferentes níveis de tolerância ao stress, os quais são influenciados principalmente pela personalidade, pelas estratégias de luta contra o *stress*, e também pela idade, sexo, experiência com situações semelhantes, atitudes, treino e apoio social recebido da família, amigos e colegas de trabalho (Barata, 2006).

A atividade profissional pode ter aspetos positivos e negativos. Os aspetos positivos advêm daquilo que se consegue obter através do trabalho. O trabalho, além de constituir uma fonte de rendimento económico, liga-se também a aspetos psicológicos importantes que ajudam a enriquecer a autoestima do indivíduo. É no meio de trabalho que a pessoa estabelece a grande maioria dos seus conhecimentos e contatos sociais. No entanto, o trabalho pode revestir-se igualmente de aspetos negativos. Algumas vezes porque a pessoa não gosta do que faz ou não é capaz de acompanhar as novas tecnologias. Outras vezes porque se sente ameaçada pela precariedade do emprego que arranhou. Noutras ocasiões porque tem colegas, superiores hierárquicos ou subordinados que são uma fonte constante de atrito. Noutros casos porque têm que trabalhar em excesso, pela necessidade que sente de ganhar dinheiro ou pelas características do trabalho que desenvolveu (Serra, 2011). Assim o trabalho tanto pode ser uma atividade extremamente enriquecedora para o indivíduo como constituir uma fonte de stress que gradualmente o desgasta.

O modelo de stress ocupacional desenvolvido por Sutherland e Cooper (1990) menciona os principais fatores que podem determinar *stress* no trabalho. O modelo identifica seis fontes de stress ocupacional (Figura 1).

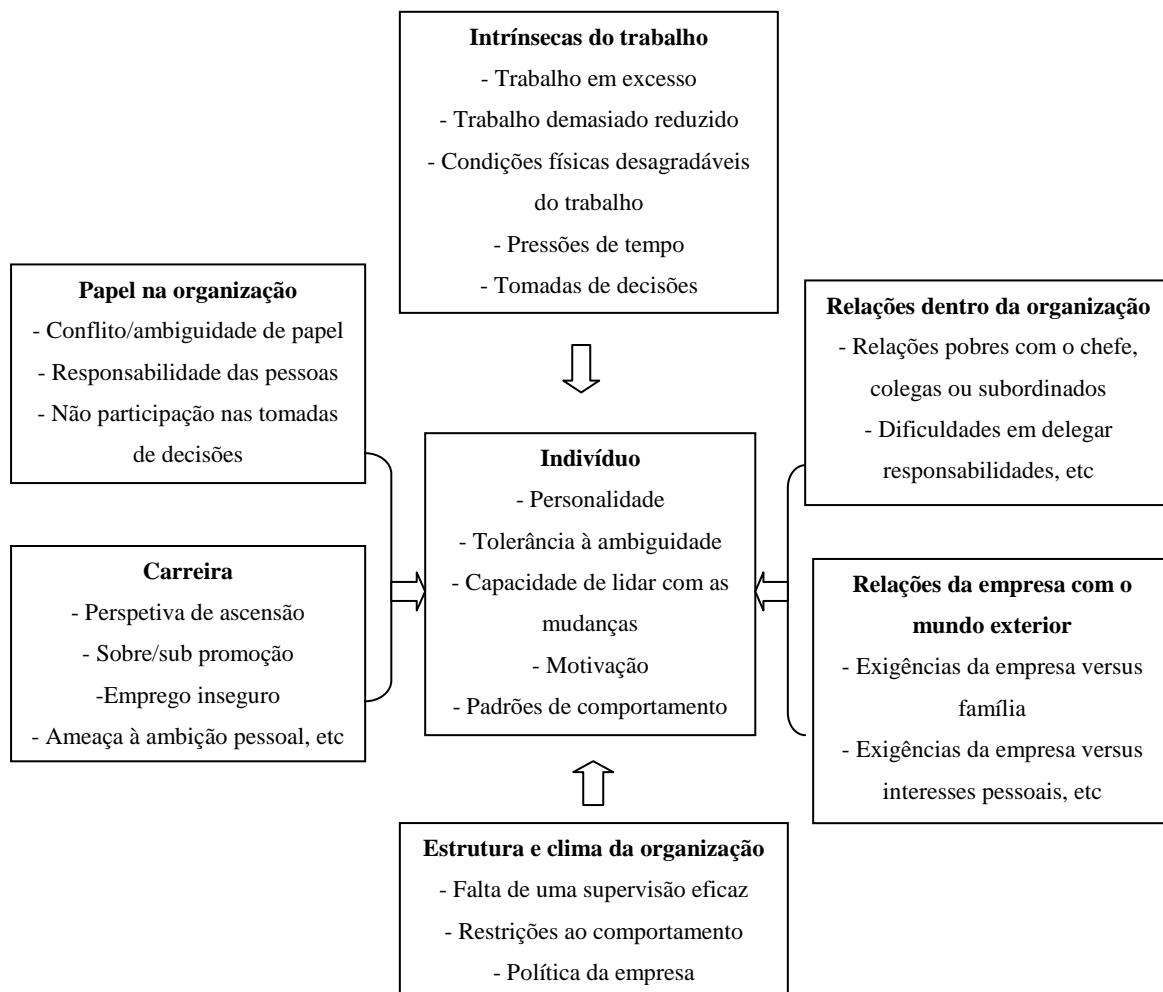


Figura 1- Fatores determinantes de stress no trabalho (Sutherland & Cooper, 1990)

Ao centro da figura está o indivíduo, com o tipo de personalidade que lhe é próprio, com as aptidões que possui para lidar com os acontecimentos, com a sua tolerância (maior ou menor) à ambiguidade, com a motivação que traz e com os padrões habituais de comportamento que manifesta. As suas reações vão ser determinadas por aquilo que é em relação a aspetos ligados às tarefas que tem de desempenhar, ao seu papel na organização, às expectativas formadas em relação à carreira, o relacionamento com os outros e, em relação à empresa, à forma como é administrada e gerida e à maneira como interfere com os seus interesses pessoais e/ou familiares (Serra, 2011).

Hackman e Olman (1980, citados em Serra, 2011) salientam que para uma pessoa se sentir satisfeita e motivada com o trabalho deve reunir três estados psicológicos, nomeadamente:

- Sentido de responsabilidade perante o trabalho que realiza e que se constitui a partir do grau de autonomia que adquire em relação ao compasso e aos procedimentos a seguir na sua elaboração.

- Sentir o próprio trabalho como significativo, acontecimento este que deriva das oportunidades que são criadas ao indivíduo para o exercício das suas aptidões, possibilidade de se identificar com as tarefas que realiza e acreditar que o seu trabalho afeta positivamente as outras pessoas.

- Ter conhecimento do próprio desempenho através do *feedback* recebido de colegas, de supervisores ou da empresa.

Reynert, Libert, Janne e Zdanowicz (2004, citados em Delbrouck, 2006) identificam como fatores de *stress* nas profissões de ajuda:

- Fatores específicos de atividade profissional

- a sobrecarga de trabalho, a falta de trabalho;
- os perigos físicos e a satisfação no trabalho.

- Papel na organização

- a ambiguidade dos papéis, o conflito de papéis;
- a responsabilidade dos indivíduos.

- Desenvolvimento da carreira

● uma promoção sobrestimada ou subestimada comparativamente às competências;

- a falta de segurança de emprego.

Quando temos dificuldades no trabalho, a melhor tática é adotar uma atitude calma, racional, controlada e sensível (Manktelow, 2008).

1.3. Stress versus *Burnout*

Para Maslach e Schaufeli (1993), o *burnout* deve ser considerado como um prolongamento do stress ocupacional, sendo um resultado de um processo de longa duração, em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão esgotados.

Seja qual for a definição e concetualização defendida relativamente ao *burnout*, deve ficar sempre bem claro que ele se refere à fase final de um longo processo que é

resultado de uma exposição do indivíduo a tensões e pressões de natureza profissional ou ocupacional (Gomes, 2004).

O *burnout* está relacionado com o mundo do trabalho, com o tipo de atitudes laborais do indivíduo. Além disso, comporta uma dimensão, social, inter-relacional, através da despersonalização, o que não necessariamente ocorre no stress ocupacional (Gil-Monte & Peiró, 1997; Moreno, Garrosa & Gonsález, 2001, citados em Benevides-Pereira, 2010).

Alguns autores preferem a manutenção do termo stress, e para diferenciá-lo de *burnout*, denominam de stress ocupacional. Dessa forma, distinguem-no do stress comum e apontam o caráter de trabalho envolvido nesta síndrome (Benevides-Pereira, 2010).

Segundo a mesma autora, o stress pode desafiar qualquer pessoa e, quando o agente desencadeador se refere à atividade desempenhada, o mais correto seria a designação de stress ocupacional. A utilização do termo stress profissional nem sempre é a mais adequada, na medida em que se tem verificado que a atividade é mais decisiva do que propriamente a profissão. O que acaba por diferenciar o stress ocupacional do *burnout* é a perspetiva relacional presente no *burnout*.

O modelo de stress ocupacional formulado por Cooper (1978), (citado em Serra, 2011), procura identificar as principais fontes de stress ocupacional e quais os efeitos e consequências resultantes tanto para o indivíduo, como para a organização. O modelo apresenta seis fontes de stress ocupacional:

- Fatores intrínsecos ao trabalho (más condições físicas de trabalho, meios e recursos de trabalho, excesso de horas, tarefas com alto grau de dificuldade, demasiado trabalho a executar);
- Papel na organização (a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e o grau de responsabilidade);
- Relações no trabalho (relações com superiores e colegas como fonte de apoio e ajuda ou como fonte potencial de pressão e stress);
- Desenvolvimento da carreira (enfoque na inconsistência entre as expetativas das pessoas e a posição social ocupada e no problema da insegurança no trabalho e na carreira);
- Clima e estrutura organizacional (aspetos da organização que promovem ambientes ambíguos e inconsistências, por exemplo, políticas administrativas, fraca ou

inexistente participação no processo de tomada de decisões, restrições no comportamento);

- Fontes extra-organizacionais (fatores individuais que podem alterar ou modificar o modo como o trabalhador percebe ou reage ao seu ambiente de trabalho. Por exemplo: problemas de família, satisfação na vida, dificuldades financeiras, ausência de apoio social).

A maioria dos autores concordam que, apesar de qualquer pessoa poder vir a sofrer de stress ocupacional em função das atividades desenvolvidas, o *burnout* incide principalmente nos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, enfim, cuidadores em geral (Cooper, 1978, citado em Serra, 2011).

Pines (1993) menciona que qualquer pessoa se pode sentir em stress. Porém o *burnout* é experimentado por aqueles indivíduos que entram para as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal e que depois se sentem defraudados nos seus objetivos. Refere que aqueles que iniciam uma carreira para ter apenas dinheiro ao fim do mês podem constituir-se vítimas de stress mas não são atingidos por *burnout*. O mesmo autor salienta que uma pessoa pode sobreviver num emprego exigente e com stress desde que sinta que o seu trabalho é significativo e apreciado (citado em Serra, 2011).

Segundo Maslach e Schaufelli (1993), o *burnout* é diagnosticado pela presença de cinco elementos:

- Predominância de sintomas disfóricos, como seja, a exaustão emocional, a fadiga e a depressão;
- Predominância dos sintomas mentais e comportamentais relativamente aos sintomas físicos;
- Os sintomas de *burnout* são específicos de situações de trabalho;
- Os sintomas podem manifestar-se em pessoas que nunca sofreram de desordens psicopatológicas;
- Diminuição da eficácia e rendimento no trabalho, devido a atitudes e comportamentos negativos.

As pessoas predispostas a virem a sofrer de *burnout* são aquelas que entram para uma atividade profissional cheias de idealismo e de boas intenções, esperançosas e dedicadas; gradualmente, com o passar do tempo, comprovam que não são apreciadas,

perdendo significado aquilo que executam. Esta vivência faz-lhes desenvolver um sentimento de fracasso em relação a um objetivo que prezavam (Serra, 2011).

Importa ainda referir que o *burnout* não surge de forma imprevista, mas sim, após um longo período de exposição do indivíduo a tensões e pressões de natureza profissional.

1.4. Stress e Depressão

A nível psicológico, o problema de saúde mais comum e, talvez, mais difícil de diagnosticar é a depressão.

Segundo Wilkinson e colaboradores (2003, p.131) a depressão é

(...) o resultado de uma estrutura social que priva o indivíduo, com certos papéis na vida, do controlo do seu destino. Esta conceção atende a processos como a urbanização, a influência da classe social, o grupo racial, o ambiente étnico e forças políticas e económicas na causalidade da depressão e que fornece uma explicação para o aumento das taxas de perturbações mentais em certas populações como o das mulheres da classe trabalhadora.

O termo depressão indica uma variedade de sintomas e de sinais de alerta que afetam tanto o corpo como a mente. Pode definir-se como um distúrbio do humor, prolongado no tempo. A pessoa sente tristeza, melancolia e angústia, o que lhe reduz, acentuadamente, a vontade e a energia para fazer as tarefas do dia-a-dia, bem como o prazer no desempenho de atividades normalmente apreciadas (Deco Proteste, 2012).

Helman (2003, p.237) diz que o aparecimento desta sintomatologia é

(...) particularmente uma característica da apresentação clínica da depressão, do sofrimento e da infelicidade pessoal. Nesses casos, as pessoas deprimidas geralmente queixam-se de uma série de sintomas físicos difusos e frequentemente mutáveis, tais como “cansaço o tempo todo”, dor de cabeça, palpitação, perda de peso, tontura, “dores por todo o corpo” e assim por diante.

As consequências da depressão refletem-se a vários níveis, especialmente na funcionalidade da pessoa, na vida familiar, no contexto social, laboral e económico.

A pessoa com depressão sente sempre, um mal-estar interno durante a maior parte do dia, quase todos os dias. Isto ocorre devido a uma desvalorização (Helman, 2003):

- de si próprio. O individuo perde a confiança nas suas capacidades, a autoestima e a noção do seu valor pessoal;
- da realidade. Esta apresenta-se-lhe difícil, complicada e inacessível;
- do futuro. Perante este, sente-se bloqueado e desesperado. Não vê saída alguma para os seus problemas e é incapaz de visualizar um “amanhã” positivo, sentindo-se vítima de um destino injusto.

O quadro 3 apresenta alguns dos sintomas da depressão.

Humor	Pensamento	Impulso	Físicos	Julgamento
- Tristeza	- Perda de interesse	- Desejo de fuga	- Sensação de	- Ideias delirantes:
- Infelicidade	- Perda de autoestima	- Evitamento	esgotamento	tipicamente de
- Melancolia	- Sensibilidade	- Sensação de rotina	- Cansaço	culpa,
- Desespero	excessiva	- As atividades	- Dores contínuas	desvalorização ou
- Ansiedade e	- Sentimento de	parecem fastidiosas	- Dores agudas	niilismo e de
tensão	inadequação	ou sem sentido	- Perda de apetite	hipocondria.
- Falta de prazer	- Sensação de apatia	- Desejo de refugiar	- Perda de peso	- Alucinações:
- Falta de satisfação	- Sensação de	-Rituais	- Perturbações do	tipicamente
- Falta de afeto	futilidade	compulsivos	sono	auditivas, de
- Choro	- Incapacidade de	- Obstipação	- Perda do desejo	alguém que fala
- Humor débil	adaptação		sexual	ao doente, de
- Mau feitio	- Dificuldade em		- Fadiga	conteúdo
- Irritabilidade	tomar decisões		- Incapacidade para se	negativo.
- Desvalorização	- Vergonha		relaxar	
-Défice de memória	- Desespero		-Sintomas	
	- Autocensura		autonómicos	
	- Lentificação motora		- Agitação	
	e incapacidade para se			
	concentrar			

Quadro n.º 3 – Sintomas da depressão

Fonte: Adaptado de Wilkinson, 1999

As depressões surgem do entrecruzamento de predisponentes e precipitantes que afetam a pessoa no seu todo: organismo, estado de humor, pensamentos, perspetivas pessoais, vida social, familiar e profissional. Os predisponentes correspondem a mecanismos de natureza genética ou a vulnerabilidades psicológicas que facilitam o desencadear do quadro clínico. Os precipitantes referem-se às circunstâncias do meio ambiente que são capazes de ativar as vulnerabilidades do individuo, quer sob o ponto de vista genético, quer psicológico (Serra, 2011).

Vallejo-Nágera (2002) argumenta que antes, a maioria dos indivíduos com depressão não chegava a ser diagnosticada e não era incluída nos números oficiais. Por outro lado, eram poucas as pessoas que recorriam a um psiquiatra por terem vergonha, por desconhecerem esta especialidade e por existirem poucos profissionais a exercerem funções nesta área, denotando-se ainda poucos conhecimentos sobre as entidades nosológicas das doenças.

Segundo Ainsworth (2000), existem alguns grupos que podem estar sujeitos a esta patologia mais do que outros, tais como:

a) Crianças que apresentando normalmente, sintomas de tristeza, apatia, baixa energia, diminuição de apetite, isolamento social, sono excessivo, queixas físicas, problemas na concentração e no desempenho escolar, são subdiagnosticadas e subtratadas por não serem consideradas um grupo de risco, sendo esta condição a maior para contrair a depressão. Nesta fase da vida afeta rapazes e raparigas em igual percentagem.

b) Adolescentes e jovens. Em cada ano cerca de 4% dos adolescentes sofrem de depressão. Os sintomas refletem-se na mudança de humor, irritabilidade, tendência para autocrítica, alterações no padrão de sono e de apetite, perda de interesse em atividades usuais, ou seja, sintomas iguais aos dos adultos. O risco de suicídio neste grupo etário aumentou para o triplo após a década de 60. Os fatores que mais favorecem este fenómeno são a perda do parceiro amoroso, uma paixão mal sucedida, problemas académicos, problemas familiares.

c) No que se refere ao género, apesar de não existir consenso relativamente a uma entidade biopsicossocial que desencadeia uma depressão, não existem dúvidas no meio médico-científico que é o género feminino o que mais sofre com esta doença. De facto, 25% das mulheres, à escala mundial, podem experienciar uma depressão severa em qualquer altura da sua vida. Contudo, existem claras diferenças na apresentação e reconhecimento desta doença entre os países ocidentais e orientais. Os pacientes dos países ocidentais exibem um maior número de sintomas somáticos, que conduz mais facilmente ao reconhecimento da doença. Contrariamente, os pacientes dos países orientais têm uma maior dificuldade na expressão e na aceitação da doença por motivos inerentes à sua base sociocultural. De um modo geral, apenas 1/5 recebe o tratamento que necessita, os outros não veem a sua depressão ser identificada pelos médicos de clínica geral ou então não recebem tratamento eficaz.

Maia (2001, p.201) afirma que “para além da autoestima e das cognições ou pensamentos disfuncionais, as orientações de personalidade em termos de depressão ou sociotropia e de autocriticismo ou de autonomia, têm sido relacionadas com a vulnerabilidade para a depressão”.

Chegou-se a cogitar uma sobreposição entre *burnout* e depressão, no entanto, tratam-se de conceitos bem distintos. O que ambos têm em comum é a disforia, o desânimo. Todavia, avaliando-se as manifestações clínicas, encontramos nos depressivos uma maior submissão à letargia e a prevalência aos sentimentos de culpa e derrota, enquanto nas pessoas com *burnout* os sentimentos são de desapontamento e tristeza (Benevides-Pereira, 2010).

A ansiedade e a depressão, embora se apresentem como conceitos distintos, possuem características comuns. Os dois conceitos têm sido interpretados como diferentes, no entanto com a mesma natureza, sendo muitas vezes associados por partilharem alguns subtipos de sintomas (Serra, 2011). Apesar de serem fenómenos distintos do ponto de vista conceptual e empírico, sabe-se que ao longo do tempo um pode desenvolver o outro (Veigas & Gonçalves, 2009). Uma vez que o stress tem claras afinidades com a ansiedade e, os indivíduos depressivos são mais propensos a experiências ameaçadoras e a perceber eventos de *stress*, é fundamental avaliar os três estados emocionais (Pais-Ribeiro et al., 2004; Veigas & Gonçalves, 2009).

Hammen (1995) refere que embora se reconheça que a maioria dos quadros depressivos é antecipada pela ocorrência de acontecimentos de vida negativos, igualmente se reconhece que apenas alguns indivíduos se deprimem logo após a exposição a acontecimentos graves indutores de stress (Serra, 2011).

Kessler e Magee (1994, citados em Serra, 2011) salientam que um acontecimento indutor de stress tem maior probabilidade de provocar uma recorrência de um estado depressivo numa pessoa com história de depressão do que fazer desencadear um primeiro episódio em alguém que nunca tenha estado deprimido.

Pode-se concluir que embora os acontecimentos indutores de stress não tenham sempre importância no começo de um estado depressivo podem, em certos casos, contribuir para o início, agravamento e revivência de uma depressão.

1.5. Estratégias de adaptação ao stress e ao *Burnout*

Cooper e Payne (1992) apontam três tipos de prevenção para reduzir a problemática do stress e do *burnout*: intervenção primária, secundária e terciária. No domínio da intervenção primária o foco é a organização, devendo as estratégias passar por: modificação da estrutura organizacional, no treino e formação, na rotação de postos de trabalho, na seleção e recrutamento profissional, nas características físicas e ambientais do próprio trabalho. A prevenção secundária centra-se nas relações existentes no trabalho e ambiente de trabalho. Finalmente, as intervenções terciárias evidenciam unicamente o individuo (estratégias de *coping*, técnicas de relaxamento, exercício físico, meditação, programas de assistência aos trabalhadores e programas de gestão do tempo) (citado em Gomes, 2004).

Gomes (2004), defende que as intervenções para prevenir e combater o stress e o *burnout* devem:

- Possibilitar aos trabalhadores uma maior autonomia e participação na tomada de decisões;
- Melhorar a forma como os indivíduos são tratados nas organizações;
- Aumentar nas chefias a consciência dos sintomas de stress;
- Proporcionar apoio e aconselhamento aos trabalhadores.

Delbrouck (2006) aponta como estratégias para a prevenção da exaustão ao nível das profissões de ajuda:

- Ter um sentimento de autonomia;
- Ter uma boa autoestima;
- Ter uma interioridade sólida;
- Partilhar com utentes e colegas;
- Utilizar estratégias de adaptação ativas (saber escutar as emoções, combater os conflitos interpessoais que perturbam a prática profissional, planificar as ações, saber parar para fazer reavaliações construtivas, ter algum contentamento com os êxitos ao invés de sobrevalorizar alguns insucessos, procurar apoio social e tentar melhorar o ambiente profissional).

Capítulo 2 - Serviço Social e as IPSS's

O Serviço Social, mais propriamente os assistentes sociais procuram promover uma melhor adaptação dos indivíduos, famílias e outros grupos ao meio social em que vivem, auxiliando-os na solução dos seus problemas.

2.1. O Serviço Social como profissão de ajuda

No decurso da história do Serviço Social, o conceito de ajuda foi evoluindo. Na sua origem a ajuda era exercida com um carácter privativo aos desadaptados, aos deserdados, ou a quem se considerava como necessitado de caridade. A partir da Revolução Francesa, a “Assistência Pública” desenvolve-se e foi no século XX que o Serviço Social surge organizado institucionalmente e como profissão. Progressivamente vai-se tomando consciência da característica da Relação de Ajuda, entre o Técnico de Serviço Social e aquele que pede ajuda. Mucchielli (1994, p.14) apresenta a evolução histórica da Relação de Ajuda no Serviço Social, em quatro momentos:

1 - A Relação de Ajuda exige simpatia, solidariedade e cooperação, sendo a entrevista de ajuda, na perspetiva deste autor, “uma forma de intercomunicação onde se cria uma ponte entre quem ajuda e o ajudado” (p. 14). O Técnico de Serviço Social deverá estabelecer um tipo de relação desprovida de preconceitos e de ansiedade, procurando construir uma ação conjunta para resolver o problema.

2 - A relação entre o técnico e o utente é dinâmica e deverá resultar, num apoio que o utente recebe, e que o ajudará a encontrar o seu melhor desenvolvimento. Segundo o autor esta relação tal como é criada pelo técnico, “representa a construção de um novo meio ambiente para o utente, graças ao qual ele procura mais eficazmente a solução do seu problema” (p. 14).

3 - O aspeto psicopedagógico da relação passa a ser primordial, e o método torna-se mais preciso.

4 - Por último a partir de 1960, segundo o referido autor, atinge-se uma definição plena da Relação de Ajuda: “A Relação de Ajuda é uma relação profissional na qual uma pessoa deve ser apoiada no sentido de conseguir o seu ajustamento pessoal a determinada situação, à qual ela não se adaptava” (p.15).

Nos últimos anos temos assistido ao reconhecimento da importância das profissões de ajuda como estruturas de apoio social. Delbrouck (2006) aponta a

exclusão profissional como uma doença específica da relação de ajuda, em que o profissional coloca em questão as suas escolhas profissionais e também o sentido da vida.

Segundo Vieira (1969), o Serviço Social é:

- Uma atividade de relacionamento entre o Assistente Social e o utente, ou o grupo ou a comunidade, com uma finalidade educativa, dentro de um ambiente democrático;

- Requer conhecimentos sólidos de ciências sociais para poder avaliar os problemas e potencialidades dos indivíduos, dos grupos e das comunidades;

- Exige o domínio de técnicas de entrevista, de motivação e de orientação de indivíduos e grupos diversos;

- Deve ser inspirado por um grande interesse pelos seres humanos e pelo bem-estar;

- Exige do Assistente Social qualidades morais, de autocrítica, de domínio sobre si, de paciência, de bom senso e visão mais larga.

No entender de Chris Beckett (2006) e Sarah Banks (2001), para além de complexa, o Serviço Social é também uma profissão de difícil definição; por um lado, devido aos inúmeros significados muitas vezes atribuídos à sua designação e, por outro, porque sendo considerada uma “entidade política”, a sua definição e conceptualização é discutível (Joaquim, 2008, p. 80). Para além disso é uma profissão caracterizada pela diversidade em vários domínios. De uma maneira geral, os seus profissionais não só trabalham com uma grande diversidade de público-alvo, como executam uma grande diversidade de papéis para alcançar diversas finalidades (Banks, 2001, citado em Joaquim, 2008).

Para Payne (2002, p. 33), o Serviço Social “é construído socialmente através de interações com clientes, através da sua formação como ocupação dentro de uma rede de ocupações afins, e através das forças sociais que o definem pelo seu contexto organizacional, institucional e social”.

De acordo com Marília Andrade (2001), (citado em Joaquim, 2008, p.82)

(...) o Serviço Social é uma área de conhecimento no domínio do social, que fornece contributos para a compreensão das realidades e necessidades societárias e para a conceção e compreensão de políticas sociais, e que constrói propostas efetivas de intervenção no âmbito do social, considerando-se e considerando-as inscritas em projetos societários mais amplos, nem sempre coincidentes.

Constituindo-se como profissão exigente, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático, na medida em que pressupõe, da parte dos seus profissionais, reflexividade, capacidade crítica e uma atualização informativa e formativa permanente, que lhes permita práticas politicamente adequadas, e devidamente fundamentadas do ponto de vista teórico (Nunes, 2004).

Segundo Mucchielli (1994), a relação de ajuda é uma relação profissional na qual uma pessoa deve ser assistida para operar o seu ajustamento pessoal a uma situação à qual ele não se adaptava normalmente e que o ajudador seja capaz de duas ações específicas: compreender o problema nos termos em que se coloca para tal indivíduo singular em sua existência singular e ajudar o “cliente” a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação social.

A definição do Assistente Social não pode cingir-se a uma resposta assistencialista, no sentido de que lhe compete avaliar e prestar ajuda às situações de pessoas carenciadas a nível socioeconómico e familiar (através, por exemplo, da atribuição de benefícios sociais), mas passa igualmente por uma resposta desenvolvida por profissionais com competências para identificar e analisar a realidade psicossocial, familiar, pessoal, e profissional da pessoa, criando as condições para que desenvolva um processo de mudança no sentido do seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Mucchielli, 1994).

A prática dos/as Assistentes Sociais, mais do que um obstáculo, pode ser encarada como um ciclo infinito de pensar e agir onde a reflexão permanente, quer sobre o que se faz, quer sobre o que se fez, lhes permite tornarem-se agentes mais reflexivos e mais empenhados numa ação crítica; esta está comprometida, por um lado, com o objetivo de alcançar espaços de justiça social e, por outro, com a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento de novas perspetivas de Serviço Social, bem como de métodos inovadores para a sua realização (Dominelli, 2004).

Segundo Sarah Banks (2001), é possível determinar quatro princípios básicos ou de primeira ordem, importantes na orientação das práticas em Serviço Social: o respeito e a promoção dos direitos dos indivíduos; a promoção de bem-estar; a igualdade; e a justiça distributiva (citado em Joaquim, 2008).

O Serviço Social procura assistir os grupos socialmente mais desfavorecidos, garantindo as condições para a sua subsistência e exercendo, dessa forma, uma função de regulação social. Por outro lado, procura criar condições para o exercício pleno da

cidadania, garantindo condições universais de participação, no exercício daquilo que é uma função de orientação social (Núncio, 2010).

2.2. As IPSS's e as respostas sociais para idosos

O artigo 1º do estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), (Decreto-Lei nº. 119/83, de 25 de fevereiro, artigo 1º) define-as como:

(...) Instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça, entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços:

- Apoio a crianças e jovens;
- Apoio à família;
- Apoio à integração social e comunitária;
- Proteção dos cidadãos na velhice e na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- Promoção e proteção de saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- Educação e formação profissional dos cidadãos;
- Resolução dos problemas habitacionais das populações.

O artigo 2º do Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de fevereiro refere que as IPSS podem revestir as seguintes formas:

- Associações de Solidariedade Social;
- Associações de Voluntários de Ação Social;
- Associações de Socorros Mútuos;
- Fundações de Solidariedade Social;
- Irmandades de Misericórdia.

No início do século XXI, constituindo os idosos um grupo significativo da população, torna-se necessário encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida. Neste sentido, têm sido empreendidos esforços no âmbito da ação social, a qual tem procurado, ao longo dos tempos, atuar de forma a dar resposta às necessidades da população idosa (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

As pessoas idosas devem:

- Poder desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade, em conformidade com o sistema de valores culturais e da sociedade;

- Ter acesso a serviços de cuidados de saúde que as ajudem a manter ou a recuperar um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional, assim como atrasar o aparecimento de doenças;

- Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhes proporcionem níveis mais elevados de autonomia, proteção e cuidados;

- Ter acesso a meios apropriados de cuidados institucionais que lhes forneçam proteção, reabilitação e estímulo social e mental num ambiente humano e seguro;

- Poder desfrutar dos direitos humanos e das liberdades fundamentais quando residem nas suas próprias casas ou em instituições onde se lhes proporcionam cuidados ou tratamentos, com pleno respeito pela dignidade, crenças, necessidades e intimidades, assim como pelo direito de adotar decisões em relação à prestação de cuidados e à qualidade de vida (Princípio das Nações Unidas a favor das pessoas idosas, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas – Resolução 46/91, de 16 de dezembro de 1991, citado em Paulos, 2010).

O conceito de envelhecimento ativo e saudável, traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a apoios, tanto quanto possível (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

Segundo a mesma fonte, a realidade mostra que há um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada nesse meio. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida - o familiar, a pessoa idosa necessita de especial empenho e competência das respostas sociais para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

A velhice é uma etapa de vida marcada pela longevidade, que embora tenha o processo de envelhecimento como pano de fundo, com este não se confunde. Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte, inerente a todos os seres vivos. Ser mais velho implica, a passagem do tempo e a quantidade de anos que se vive (Cardão, 2009).

Anunciamos uma breve definição das respostas tipificadas das Organizações Sociais não Lucrativas: Lar, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com os

quais as Ajudantes de Ação Direta se vêm confrontadas a lidar na maioria dos seus dias de trabalho.

Segundo a Carta Social (2007), (disponível em: www.cartasocial.pt) apresentamos de seguida a definição e objetivos de cada uma das respostas sociais.

O Lar de idosos é a resposta social desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. Os lares de idosos visam:

- Promover o respeito pelos direitos dos seus utentes e demais interessados;
- Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento da estrutura prestadora de serviços;
- Promover a participação ativa dos seus utentes ou representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e suas famílias;
- Proporcionar aos idosos a satisfação das necessidades básicas de cada um (alojamento, alimentação, higiene, saúde, ocupação/lazer);
- Assegurar o acompanhamento psicossocial e o tratamento, caso seja necessário;
- Promover a continuidade ou o restabelecimento das relações familiares e de vizinhança, evitando o isolamento;
- Garantir o respeito à independência, à individualidade, privacidade e à livre expressão de opinião;
- Favorecer a interação, autoestima de forma a contribuir para a estabilização emocional e adiamento do processo de envelhecimento.

Sendo uma Instituição de apoio à terceira idade e destinada a acolher pessoas idosas autónomas ou dependentes, que apresentem sinais de isolamento geográfico, familiar ou social, necessidade de cuidados básicos de vida diária, sinais de degradação habitacional e necessidade de apoio nos cuidados de saúde, o Lar de Idosos assegura a prestação dos seguintes serviços:

- Alojamento;
- Alimentação;
- Cuidados de Saúde, Higiene e Conforto;
- Acesso e acompanhamento dos utentes aos serviços médicos;
- Higiene e Limpeza da zona habitacional respetiva (quarto);
- Lavagem e Tratamento de Roupa (consiste na recolha da roupa suja e distribuição de roupa lavada dos utentes. As peças são identificadas antes do início deste serviço);
- Apoio social e psicológico;
- Vigilância 24h por dia, durante a sua permanência no Lar.

No ato de acolhimento de novos utentes a Instituição deve:

- Dar a conhecer ao utente na Instituição (e seus familiares) o seu quarto, as suas condições de conforto e bem-estar, o seu espaço dentro do quarto e o que pode trazer para o tornar mais familiar e a seu gosto.
- Dar a conhecer as instalações: zona de convívio, zona dos quartos, zona de descanso, secretaria, cozinha, wc, jardins e capela... Assim como todos os funcionários da Instituição.
- Dar a conhecer ao utente (e familiares) as regras de funcionamento da Instituição: horários de refeições, de visitas, da missa, organização das suas roupas, procedimentos a ter em conta quanto a géneros alimentares, medicamentos, etc.
- Informar o utente (e familiares) acerca das idas a consultas ao Hospital
- Informar o utente / familiar que sempre que se ausentar da Instituição deverá avisar um dos responsáveis da Instituição e assinar o respetivo documento de controlo de saídas dos utentes (Carta Social 2007) .

A circunstância de entrada num lar pressupõe um vasto conjunto de alterações ocorridas na vida do individuo, as quais, por motivos diversos, o conduzem a abandonar a sua residência, bem como os hábitos de vida tão enraizados ao longo de décadas de existência (Guedes, 2012).

O idoso institucionalizado vê com nostalgia a perda de uma vida ativa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das suas ações. Recorda ainda com tristeza, um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários, agora longínquos (Cardão, 2009).

Segundo o mesmo autor, a institucionalização marca encontro com um ambiente coletivo de regras que não têm em conta a sua individualidade, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos.

O processo de internamento da pessoa idosa, em instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração, é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta às suas necessidades existenciais. Ou porque a família não tem tempo ou capacidade para se ocupar do idoso que se tornou dependente e / ou cronicamente doente; ou porque a viuvez, ou a perda de companheiros de uma vida, a acrescer à falta de uma atividade válida, o coloca numa situação solitária e fragilizante (Cardão, 2009).

A institucionalização surge, tanto para a família como para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis (Pimentel, 2001).

Sendo certo que existe a consciência de que a institucionalização previne e apoia as situações de doença e dependência, havendo apoio permanente em todos os momentos

do dia-a-dia, não é menos verdade que este processo representa um corte, ainda que simbólico, com a vida passada, os hábitos quotidianos e a realidade física e relacional envolvente (Guedes, 2012). A partir de agora o indivíduo vai estar “submetido a um regulamento ou uns costumes que lhe impõem de maneira mais ou menos humanitária uma companhia que não pôde escolher, solicitar permissão para sair de casa ou ter que dar explicações quando não lhe apetece comer ou ver-se forçado a levantar-se a determinada hora, etc., são circunstâncias que adquirem um peso oneroso quando a sua execução em detalhe escapa à vontade do indivíduo” (Barenys, 1990, citado em Guedes, 2012).

Muitas são as dores de um idoso que vive num Lar. Quantas vezes são sensações de um tempo sem fim que ele sente que ainda podia ser tempo de construção e de comunhão. Normalmente é a solidão: como ninguém, sente-se só no meio de muitos tão próximos e simultaneamente tão distantes. Muitas vezes, é a ingratidão de uma família que ele construiu e que o ignora. Quase sempre, é a monotonia numa vida que se repete entre cada pôr-do-sol. Mas muitas também podem ser as suas alegrias, quando ali encontra melhores condições, convívio, afetos, oportunidades de exercício de atividades ou de partilha de experiências e de conhecimentos. De sonhos, também. E diligentes cuidados que noutra lugar muito dificilmente encontraria (Puigdengolas, 2003).

Sendo o **Serviço de Apoio Domiciliário** uma resposta social que visa a prestação de cuidados individualizados no domicílio, a idosos, adultos ou famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades de vida diária, os seus objetivos gerais são:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e suas famílias, apoiando-os na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária (alimentação, higiene, etc.);
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover a continuidade ou o restabelecimento das relações familiares e de vizinhança, evitando o isolamento;
- Favorecer a interação, a autoestima de forma a contribuir para a estabilização emocional e adiamento do processo de envelhecimento (Carta Social, 2007).

Os serviços que os clientes do Serviço de Apoio Domiciliário solicitam têm vindo a sofrer alterações na medida em que as situações de dependência pela sua complexidade

afetam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa, exigindo em muitas situações o estabelecimento de parcerias que capacitem esta resposta social para a concretização da missão (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

Segundo o mesmo autor, 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 vontade de atrasar a institucionalização levam à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário, para que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de selecionar esta Resposta Social, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades com a qualidade devida.

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 afetos e pertences, com possibilidades de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores que se deslocam ao domicílio, podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior, pelo que a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

Sendo o **Centro de Dia** uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar, apresenta como objetivos gerais:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e suas famílias, apoiando-os na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária (alimentação, higiene, ocupação /lazer);
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover a continuidade ou o restabelecimento das relações familiares e de vizinhança, evitando o isolamento;
- Favorecer a interação, a autoestima de forma a contribuir para a estabilização emocional e atraso do processo de envelhecimento.

Para a prossecução destes objetivos, o Centro de Dia dispõe do seguinte conjunto de serviços:

- a) Alimentação (na Instituição);
- b) Higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Apoio psicossocial;

e) Transporte (Carta Social, 2007).

Ao instituir-se o Centro de Dia, no âmbito das Respostas Sociais, procurou-se 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 (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

Segundo a mesma fonte, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contatos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade, donde a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social.

O Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia tem sido bastante requisitado como estratégia de preservação do idoso no domicílio.

2.3. Recursos Humanos das IPSS's

Os recursos humanos de uma instituição de cuidados a idosos constituem o seu melhor capital. A importância do potencial humano como fator de qualidade total que envolve o todo da organização surge assim como algo inegável que contribui de forma decisiva para atingir o objetivo da organização (Paulos, 2010).

Tendo por base as diferentes tipologias das organizações que prestam o serviço de Estrutura Residencial, independentemente do número de clientes e da sua natureza, consideram-se como essenciais os seguintes Serviços ao nível da estruturação do modelo organizacional:

- Administrativos;
- Cuidados pessoais e de saúde;
- Atividades de desenvolvimento pessoal;
- Nutrição e alimentação;
- Higiene, segurança e limpeza.

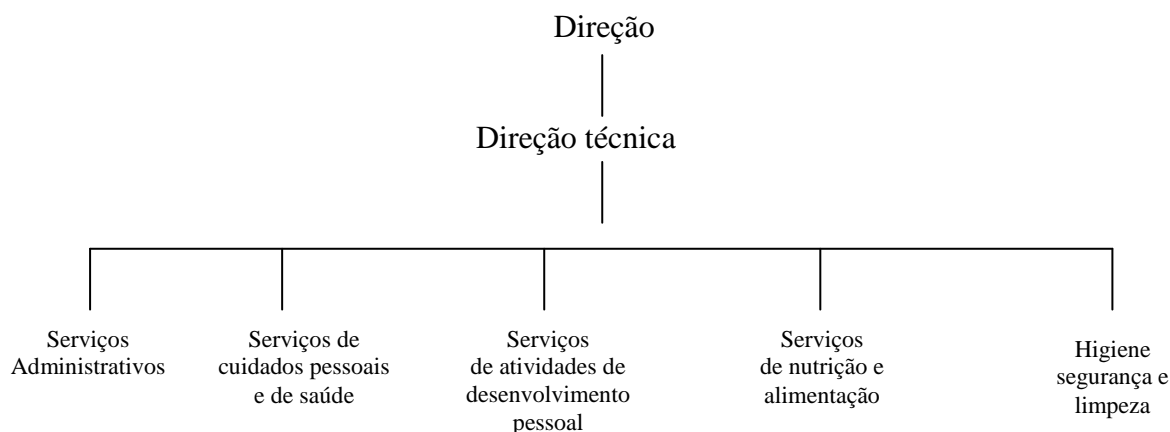


Figura 2- Modelo Organizacional (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010)

O quadro de pessoal deve integrar colaboradores que possuam as competências requeridas para a realização ajustada das funções que desempenham no conjunto dos serviços prestados, enquanto condição fundamental para assegurar a qualidade dos mesmos (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

O número de colaboradores a integrar a equipa de trabalho depende do número e características dos clientes, dos serviços a prestar, no quadro dos requisitos normativos e específicos inerentes às tipologias de Estrutura Residencial que integram esta resposta social (Instituto da Segurança Social, I.P., 2010).

Quintela (2001) refere que um lar de idosos, para além de proporcionar acolhimento e conforto, deve ter pessoal competente de forma a prestar um serviço de qualidade. Enfatiza também que é das pessoas que trabalham nestes equipamentos, que depende a existência de um ambiente que proporcione segurança, permita a manutenção da dignidade individual e promova a participação e o respeito das pessoas.

2.3.1. Ajudantes de Ação Direta

Numa primeira fase os investigadores decidiram estudar o *burnout* apenas nos empregados com profissões ligadas aos cuidados de saúde, devido à taxa crónica de exigências emocionais que estes profissionais supostamente experimentaríamos nos seus postos de trabalho. Contudo, foi-se tornando claro que o *burnout* é um fenómeno mais abrangente, não estando circunscrito às profissões de ajuda, podendo ocorrer na relação de qualquer pessoa com o seu trabalho (Bakker & Schaufeli, 2002, Maslach & Leiter, citados em Pinto & Chambel, 2008).

Inicialmente os trabalhos acerca do *burnout* relatavam maioritariamente as profissões do tipo assistencial como é o caso de trabalhadores sociais, enfermeiras e polícias. Hoje em dia, os estudos abrangem uma imensa gama de grupos ocupacionais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

As profissões onde é fundamental o contato com outras pessoas são aquelas em que o risco do aparecimento do *burnout* é mais elevado, podendo destacar aqui a categoria dos Ajudantes de Ação Direta dos Lares Residenciais para Idosos. Esta é uma profissão que obriga a um perfil de grande estabilidade emocional e de capacidade para gerar empatia com os utentes.

Segundo Lezaun (2006), as instituições de cuidados geriátricos devem ter como objetivo proporcionar qualidade de vida em seis áreas-chave:

- Promover a qualidade de vida atual;
- Aumentar a expectativa de vida ajustada à qualidade;
- Potenciar o crescimento e o desenvolvimento pessoal;
- Melhorar a qualidade do processo de morrer;
- Manter ou aumentar a capacidade de participação na tomada de decisão;
- Melhorar a qualidade de vida institucional e dos cuidadores (citado em Paulos, 2010).

Atualmente as funções dos Ajudantes de Ação Direta englobam, cada vez mais, não só a ajuda física aos residentes, mas também a responsabilidade de estar disponível para ouvir os seus problemas individuais e poder atuar em sua defesa, bem como ajudá-los a tornarem-se capazes de adquirir um maior controlo sobre as suas vidas e encorajá-los a realizar as suas aspirações (Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2006).

O trabalho por turnos é parte integrante do trabalho dos Ajudantes de Ação Direta. O trabalho por turnos colide com o relógio interno do indivíduo, que lhe permite dormir durante a noite e estar acordado durante o dia. Os ritmos circadianos são alterados e, se a mudança de turnos for muito rápida, pode trazer dificuldades substanciais de adaptação (Serra, 2011).

Sutherland e Cooper (1990) salientam que apesar de existir uma quantidade substancial de investigação a respeito do trabalho por turnos não é possível fazer ainda recomendações que indiquem qual o melhor sistema de estabelecer turnos. Para alguns indivíduos o trabalho por turnos representa uma fonte importante de stress. Os trabalhadores por turnos tendem a queixar-se de fadiga e de problemas gastrointestinais,

estes últimos provavelmente devido às modificações induzidas nos hábitos alimentares (citado em Serra, 2011).

Devido ao barulho natural que ocorre durante o dia há pessoas que trabalham em turnos noturnos que passam a ter o sono de muito má qualidade, com grande dificuldade em começar a dormir e com interrupções. Quando vão trabalhar sentem-se cansadas, sonolentas, desmotivadas e correm maiores riscos de cometerem erros e de se esporem a acidentes na execução do seu trabalho (Serra, 2011).

Visto que os Ajudantes de Ação Direta são profissionais que contactam diariamente com pessoas envelhecidas e em grande parte dependentes, o risco de aparecimento de *burnout* pode ser mais elevado. Além do desgaste físico provocado pela satisfação das necessidades diárias dos utentes, vêm-se também “obrigadas” a complementar o papel da família que em muitos casos é inexistente, ouvindo os problemas dos utentes e tentando sempre arranjar uma solução que os deixe minimamente satisfeitos. Muitas vezes com o acumular de esforço físico e psicológico estes profissionais chegam a um estado de exaustão, afetando igualmente a componente organizacional – aparecimento da síndrome de *burnout* – predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão (Benevides-Pereira, 2002).

PARTE II
Investigação Empírica

Capítulo 3 – Metodologia

No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados (Fortin, 1999, p.40).

3.1. Problemática e questão de partida

No exercício da profissão como Diretora Técnica de uma IPSS, temos vindo a notar que os idosos necessitam cada vez mais da atenção e apoio do pessoal que trabalha em lares, nomeadamente dos Ajudantes de Ação Direta. São eles que lidam maioritariamente com os idosos, não colaborando apenas nas suas necessidades de vida diária, como também substituem muitas vezes a família, ouvindo os seus desabafos.

Como os Ajudantes de Ação Direta passam os dias e as noites ao serviço dos idosos, torna-se importante estudar até que ponto não se sentem esgotados e desgastados física e psicologicamente. Importa perceber como se sentem com o seu trabalho e quais as medidas a tomar para se sentirem ainda melhor.

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 1999, p.101).

O objetivo deste estudo consiste assim na avaliação dos níveis de *burnout* em Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos e identificar os fatores que o provocam.

Assim sendo, a pergunta de partida é formulada da seguinte forma:

Quais os níveis de burnout e quais os fatores indutores de burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para idosos no distrito de Viseu?

3.2. Objetivos da investigação

O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 1999, p.100).

O objetivo geral desta investigação é:

- Avaliar o *burnout* dos Ajudantes de Ação Direta em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu.

Pretende-se com esta investigação conseguir os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográfica e culturalmente os Ajudantes de Ação Direta;
- Identificar os níveis de *burnout* dos Ajudantes de Ação Direta relativamente à Exaustão, à Despersonalização e à Realização Pessoal;
- Comparar os níveis de *burnout* com as características sociodemográficas e profissionais dos Ajudantes de Ação Direta;
- Definir estratégias institucionais que possam atuar como fatores preventivos do *Burnout*.

3.3. Hipóteses

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (proposição). A hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo (Fortin, 1999, p.102).

Hipótese 1 – A idade dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*), sendo que os mais novos revelam níveis mais elevados de *burnout* que os mais velhos.

Hipótese 2 – O estado civil dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*), sendo que os casados revelam níveis mais elevados de *burnout* que os solteiros.

Hipótese 3 – As habilitações literárias dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*), sendo aqueles que têm um maior grau académico os que revelam níveis mais elevados de *burnout* quando comparados com os que têm um menor grau académico.

Hipótese 4 – O tipo de horário dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*), sendo os que trabalham por turnos aqueles que apresentam maiores níveis de *burnout*.

Hipótese 5 – O ambiente de trabalho dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*).

Hipótese 6 – O tipo de relacionamento com os colegas de trabalho dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*).

Hipótese 7 – O apoio positivo dado diretamente pelos superiores da instituição dos ajudantes de ação direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, diminuiu o *burnout*.

Hipótese 8 – A falta de reconhecimento do trabalho dos ajudantes de ação direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu, influencia de forma significativa as dimensões do MBI (*burnout*).

3.4. Variáveis

Segundo Fortin (2009), um modelo de investigação constrói-se com base em definições rigorosas dos conceitos em estudo que se articulam com a formulação de hipóteses, estabelecendo de forma precisa as suas relações.

As variáveis em estudo são:

Variável dependente: *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal)

Variáveis independentes: idade, estado civil, habilitações literárias, turnos, ambiente de trabalho, tipo de relacionamento com os colegas de trabalho, apoio dos superiores e reconhecimento do trabalho.

3.5. Tipo de pesquisa

Nesta investigação o tipo de estudo escolhido é o descritivo, baseado em conceitos teóricos, mas especialmente na perceção dos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em lares residenciais para idosos, no distrito de Viseu, afetadas ou não pela síndrome de *burnout*.

Segundo Fortin (1999, p.162), um estudo descritivo “visa obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre fenómenos em que existam poucos trabalhos de investigação”.

O tipo de metodologia escolhido é a quantitativa, com uma lógica de análise correlacional, e permite-nos obter de modo claro as características das Ajudantes de Ação Direta e determinar que de modo são afetadas pela síndrome de *burnout*.

3.6. População e amostra

A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de

sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção (Fortin, 1999, p.41).

Nesta investigação a população alvo são os Ajudantes de Ação Direta que trabalham em dois Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu.

A amostra será intencional, ou seja, os indivíduos que constituem a amostra são escolhidos de forma intencional pelo investigador, ou seja, porque possuem características típicas ou representativas da população.

Deste modo a amostra da investigação é constituída por 71 Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para idosos no distrito de Viseu e da qual importa fornecer uma informação detalhada das suas características. Tendo em consideração a variável género, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino ($n=70$), correspondendo a uma percentagem de 98,6%. A amostra tem apenas um sujeito do género masculino, correspondendo a 1,4%.

No que diz respeito à idade, verifica-se que o participante mais novo tem 23 anos e o mais velho 61. Com o objetivo de facilitar o posterior tratamento estatístico e interpretação dos resultados, dividiu-se a variável idade em duas classes de onde emergiram duas faixas etárias, usando o critério dos intervalos normalizados a partir da média. Desta forma, é possível verificar, através da Tabela 1, que 54,9% dos sujeitos tem uma idade compreendida entre 23 e 43 anos ($n=39$) e 45,1% tem uma idade compreendida entre os 44 e os 61 anos ($n=32$).

Ainda de acordo com os resultados da Tabela 1, verifica-se que a maioria dos sujeitos é casado ($n=51$; 71,8%), 8 sujeitos são solteiros (11,3%), 6 são divorciados (8,5%), 3 vivem em união de facto (4,2%), um é separado (1,4%) e outro viúvo (1,4%).

Da caracterização sociodemográfica da amostra verifica-se que ao nível das habilitações literárias, a maioria dos sujeitos têm o 3º ciclo ($n=30$; 42,3%), 21 tem o ensino secundário (29,6%), 7 o 1º ciclo completo (9,9%), 6 o 2º ciclo (8,5%) e apenas 3 tem o ensino superior (4,2%).

Tabela 1: Análise descritiva das características da amostra

<i>Dados Sociodemográficos</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Género		
Feminino	70	98,6
Masculino	1	1,4
<i>Total</i>	71	100
Faixa Etária		
23-43 anos	39	54,9
44-61 anos	32	45,1
<i>Total</i>	71	100
Estado Civil		
Solteiro	8	11,3
União de Facto	3	4,2
Casado(a)	51	71,8
Separado(a)	1	1,4
Divorciado(a)	6	8,5
Viúvo(a)	1	1,4
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	71	100
Habilitação Literárias		
1º Ciclo incompleto	0	0
1º Ciclo completo	7	9,9
2º Ciclo	6	8,5
3º Ciclo (7º-9ºano)	30	42,3
Ensino Secundário (10º-12º)	21	29,6
Ensino Superior	3	4,2
Não responde	4	5,6
<i>Total</i>	71	100

A média de idade centra-se nos 42,77 anos. Numa análise por géneros verifica-se que o género feminino (M=42,87) apresenta uma média de idade superior ao género masculino (M=36) (Tabela 2).

Tabela 2: Média de idades dos sujeitos da amostra

Género	N	Min.-Máx.	Média	DP	Média geral
Feminino	70	23-61	42,87	9,165	42,77
Masculino	1	36	36	0	

Caracterização da amostra em função do trabalho

Tendo em consideração as variáveis relativas ao trabalho, é possível verificar que a maioria dos ajudantes de ação direta trabalha por turnos ($n=45$; 63,4%) e consideram que o trabalho por turnos é vantajoso ($n=37$; 52,1%). Os respondentes do

estudo que trabalham por turnos, consideram que o trabalho se torna mais difícil e exige mais de si no turno da manhã ($n=19$; 26,8%) (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização da amostra em função do horário de trabalho (turnos)

<i>Trabalho</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Trabalha por turnos		
Sim	45	63,4
Não	26	36,6
<i>Total</i>	71	100
O trabalho por turnos é vantajoso		
Sim	37	52,1
Não	8	11,3
Não trabalha por turnos	26	36,6
<i>Total</i>	71	100
Qual o turno em que o trabalho se torna mais difícil (exige mais de si)		
Manhã	19	26,8
Tarde	9	12,7
Noite	17	23,9
Não trabalha por turnos	26	36,6
<i>Total</i>	71	100

No que concerne ao tempo de serviço na Instituição verifica-se, mediante os resultados apresentados na Tabela 4, que os anos de trabalho variam entre 1 a 33, centrando-se a média nos 9,89 anos.

Tabela 4: Tempo de serviço na Instituição

Tempo serviço na Instituição	<i>N</i>	Min.-Máx.	Média	DP
Anos	62	1-33	9,89	7,8

3.7. Instrumentos utilizados na recolha de dados

A escolha de três questionários fechados vai permitir avaliar as características dos Ajudantes de Ação Direta e irá responder de forma mais eficaz aos objetivos apresentados, descrevendo as causas associadas ao problema (anexo 1)

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos (Fortin, 1999, p.249).

Um dos questionários irá permitir avaliar os níveis de *burnout* dos Ajudantes de Ação Direta, através da aplicação da Escala de Maslach – MBI – *Maslach Burnout*

Inventory. Trata-se de um questionário de autopreenchimento, contendo 22 afirmações do tipo *Likert*, indo de “0” como “nunca”, até “6” como “todos os dias”.

Um outro questionário será relativo à caracterização sociodemográfica dos Ajudantes de Ação Direta, onde constam as seguintes perguntas: gênero; idade; estado civil; habilitações literárias, anos de serviço; tipo de trabalho; atividades desempenhadas na instituição e várias perguntas relativas ao trabalho em geral.

Por fim irá ser aplicado um terceiro questionário aos Ajudantes de Ação Direta para identificação de possíveis estratégias que possam evitar o surgimento da síndrome de *burnout*.

Um dos instrumentos mais utilizado para a avaliação da síndrome de *burnout* é o MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). É constituído por 22 itens que abrangem três subescalas de Esgotamento Emocional, Despersonalização e Falta de Realização Pessoal. Trata-se de um questionário cujas afirmações devem ser respondidas consoante uma escala do tipo *Likert*. Atualmente existem três versões distintas em função da área profissional do respondente: uma versão com 22 itens para profissionais da área da saúde (MBI-HSS, de *Human Services Survey*), uma versão com o mesmo número de itens adequada a quem trabalha em contextos educacionais (MBI-ES) e uma versão de 16 itens adaptada à população em geral (MBI-GS). Todas as versões possuem uma estrutura tri-fatorial, em linha com a concetualização do *burnout* proposta por Christina Maslach, existindo correlações fracas a moderadas entre subescalas (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

O *burnout* é conceptualizado como variável contínua, variando entre níveis classificados de baixo, médio e alto. As pontuações baixas indicam valores abaixo dos 34 e a fiabilidade da escala ronda os 0,9. Um baixo nível de *burnout* reflete-se em *scores* baixos nas subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e *scores* elevados na “Realização Pessoal”. O nível médio de *burnout* é representado por valores médios nos *scores* das três subescalas. O nível alto de *burnout* reflete-se em *scores* altos para as subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e *scores* baixos na “Realização Pessoal”.

Tabela 5 – Itens correspondentes a cada subescala do *burnout*

Subescalas	Itens								
Exaustão Emocional	1	2	3	6	8	13	14	16	20
Despersonalização	5	10	11	15	22				
Realização pessoal	4	7	9	12	17	18	19	21	

O coeficiente *Alfa Cronbrach*, possibilita avaliar a estabilidade interna do MBI, demonstrando no total das 25 questões um valor de 0,90, na subescala “Exaustão Emocional” 0,79 para a subescala “Despersonalização” 0,77, e para a “Realização Pessoal” 0,71 (Maslach & Jackson, 1986).

Na análise das propriedades psicométricas dos resultados foram analisados os índices de sensibilidade (frequência, média e desvio padrão) das respostas em cada subescala e a fidelidade dos resultados através do cálculo da consistência interna (*Alpha de Cronbach*).

O resultado da consistência interna da escala de *Burnout* de Maslach, encontrados por Sá (2008), foi estimado a partir do coeficiente de *Alpha de Cronbach*. Os valores encontrados foram: Realização Pessoal=0,78; Exaustão Emocional=0,87 e Despersonalização=0,66. Estes resultados são idênticos aos encontrados noutros estudos, nomeadamente aqueles realizados nos Estados Unidos (Realização Pessoal=0,71; Exaustão Emocional=0,90 e Despersonalização=0,79), pelo NEPASB (Realização Pessoal=0,76; Exaustão Emocional=0,84 e Despersonalização=0,57), por Gil-Monte e Peiró (Realização Pessoal=0,72; Exaustão Emocional=0,86 e Despersonalização=0,58) e na Holanda (Realização Pessoal=0,80; Exaustão Emocional=0,88 e Despersonalização=0,70). Neste sentido, os resultados da consistência interna do presente estudo são semelhantes aos dos estudos citados uma vez que para a subescala *Realização Pessoal* o valor encontrado é de 0,71, para a subescala *Exaustão Emocional* é de 0,81 e por fim para a subescala *Despersonalização* é de 0,49. Assim, o primeiro valor de consistência interna (subescala Realização Pessoal) do presente estudo é considerado razoável, o segundo bom (subescala Exaustão Emocional) e o último, alusivo à subescala despersonalização é fraco (Tabela 6).

Tabela 6: Análise psicométrica do MBI-HSS

Subescalas	N	Média	DP	Leque (min-máx)	Nº Itens	α
Realização Pessoal	71	39,9	6,2	18-48	8	0,71
Exaustão Emocional	71	16,8	10,6	0-48	9	0,81
Despersonalização Pessoal	71	4,6	5,3	0-26	5	0,49

Em diversos estudos onde foi aplicada a escala de *burnout* concluiu-se que esta revela uma adequada validade fatorial e fiabilidade na amostra, provando ser um instrumento válido e fiável na avaliação da síndrome de *burnout*.

3.8. Procedimentos

A população de onde é extraída a amostra do estudo foi constituída por Ajudantes de Ação Direta de quatro Lares Residenciais para idosos no distrito de Viseu, respetivamente a Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva, a Associação de Solidariedade e Cultural Cruz de Malta, a Cáritas da Paróquia de Queiriga e o Lar Viscondessa São Caetano.

Para a recolha de dados, a autora do estudo solicitou autorização e colaboração às entidades acima referenciadas através de carta registada, aguardando que as autorizações fossem concedidas (anexo 2)

Na aplicação dos questionários foi explicada a forma como deveriam ser respondidos corretamente. A entrega dos questionários decorreu durante o mês de janeiro e fevereiro, durante o horário normal de trabalho.

Todos os intervenientes que integraram o estudo o fizeram de livre vontade, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

O tratamento e a análise estatística dos dados foram realizados através do programa informático *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 18.0.

Com o intuito de se caracterizar a amostra recorreu-se à estatística descritiva que descreve sumariamente algumas características de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados. As estatísticas descritivas mais comuns incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão (Hill & Hill, 2002). No presente estudo consideraram-se as seguintes:

Frequências:

- Absolutas (N)

- Percentuais (%)

Medidas de tendência central:

- Média

Medidas de dispersão:

- Desvio padrão

A fidelidade dos resultados foi obtida através do grau de consistência interna (*Alpha de Cronbach*) que permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. De acordo com Fortin (2009), o valor do coeficiente alfa varia de 0,00 a 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor, maior é a consistência interna. Mais recentemente Hill e Hill (2002) apresentam uma escala que dá indicação dos valores de uma medida de fiabilidade: superior a 0,9 – excelente; entre 0,8 e 0,9 – bom; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraco e abaixo de 0,6 – inaceitável.

Para além desta análise da informação, pretendeu-se também investigar as hipóteses formuladas, e para tal procedeu-se à análise estatística dos dados, apresentando-se o teste das mesmas.

Os testes paramétricos exigem sempre a verificação simultânea das seguintes condições: que a variável dependente seja normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso estejamos a comparar duas ou mais populações (Maroco, 2003).

Quando os parâmetros mencionados se verificaram utilizaram-se os testes: *t-test* e *Anova*. Por outro lado, quando os critérios não eram verificados optou-se pelo uso de técnicas não paramétricas, alternativas às técnicas paramétricas citadas, nomeadamente *Mann-Whitney Test* e *Kruskal-Wallis*.

O teste *t-student* foi utilizado quando se pretendeu comparar valores médios de duas populações. Este teste é utilizado quando se possui duas amostras independentes, uma de cada uma das populações. O objetivo é testar se as médias de duas amostras são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2003). A análise de variância, ANOVA, utilizada ao longo do trabalho permitiu a comparação de médias de duas ou mais populações extraídas da amostra. Por outro lado, os testes alternativos não paramétricos, nomeadamente o *Mann-Whitney test* foi utilizado nas amostras independentes, tendo como principal característica revelar as diferenças significativas existentes entre duas amostras independentes. Este teste permite verificar, para além da significância, a média

dos valores ordinais dos casos em cada amostra, com relação à variável analisada. Por último, o *Kruskal-Wallis* também foi utilizado e este tem por objetivo comparar o valor global de várias amostras independentes, quando os dados são ordinais ou quando, sendo métricos, não se encontra nas condições em que é permitido aplicar a análise da variância paramétrica.

O capítulo seguinte apresenta-nos os resultados obtidos, a respetiva análise e discussão.

Capítulo 4 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Uma vez terminada a análise dos dados, a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas. Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de tabelas e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas (Fortin, 1999, p.329).

4.1. Apresentação dos dados

Quanto à questão relativa às atividades que os ajudantes efetuam com mais frequência, os resultados evidenciam que aquelas são: cuidados de higienização e conforto a idosos ($n=61$; 85,9%) e alimentação aos mesmos ($n=44$; 62%). Para além destas atividades, verifica-se que a relacionada com a manutenção das condições de higiene do local de trabalho e dos respetivos materiais é uma prática frequente ($n=30$; 42,3%) (Tabela 7).

Tabela 7: Atividades que os ajudantes de ação direta realizam com mais frequência

		Sim	Não
<i>Atividades que efetua com mais frequência</i>			
Cuidados de higienização e conforto a idosos	n	61	10
	%	85,9	14,1
Auxílio na toma de medicação	n	16	55
	%	22,5	77,5
Alimentação de idosos	n	44	27
	%	62	38
Auxílio no tratamento de feridas	n	11	60
	%	15,5	84,5
Acompanhamento e transporte de idosos dentro e fora da Instituição	n	19	52
	%	26,8	73,2
Assegurar as condições de higiene do local de trabalho e dos respetivos materiais	n	30	41
	%	42,3	57,7

Da leitura e análise dos resultados evidenciados na Tabela 8, verifica-se que a maioria dos sujeitos sente que o seu trabalho é desgastante ($n=55$; 77,5%).

Uma parte significativa da amostra considera que o seu ambiente de trabalho é bom ($n=48$; 67,6%), que o seu relacionamento com os colegas de trabalho também é bom ($n=54$; 76,1%), bem como o seu relacionamento com os utentes da Instituição ($n=66$; 93%).

Quanto ao apoio por parte dos superiores (chefia, direção,...), a maioria dos sujeitos do presente estudo menciona que quando existe algum problema em contexto de trabalho os superiores apoiam e ajudam a resolver esse mesmo problema ($n=68$; 95,8%).

Por último, mais de metade da amostra considera e sente que o seu trabalho é reconhecido ($n=68$; 95,8%).

Tabela 8: Ambiente, relacionamento e apoio dos superiores no trabalho

<i>Trabalho: ambiente, relacionamento e apoio dos superiores</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
Sente que o seu trabalho é desgastante?		
Sim	55	77,5
Não	16	22,5
<i>Total</i>	71	100
Como considera o seu ambiente de trabalho?		
Bom	48	67,6
Razoável	22	31
Mau	1	1,4
<i>Total</i>	71	100
Como considera o seu relacionamento com os/as colegas de trabalho?		
Bom	54	76,1
Razoável	17	23,9
Mau	0	0
<i>Total</i>	71	100
Como considera o seu relacionamento com os utentes da Instituição?		
Bom	66	93
Razoável	5	7
Mau	0	0
<i>Total</i>	71	100
Caso exista algum problema no contexto de trabalho, sente apoio por parte dos seus superiores (chefia, direção, ...)?		
Sim	68	95,8
Não	3	4,2
<i>Total</i>	71	100
Sente que o seu trabalho é reconhecido?		
Sim	68	95,8
Não	3	4,2
<i>Total</i>	71	100

Resultados descritivos da subescala exaustão emocional

Na tabela que se segue é realizada a análise da subescala *exaustão emocional*, item a item, constituída por nove itens.

Tendo em consideração o primeiro item verifica-se que a maioria dos sujeitos menciona que nunca se sentem vazios emocionalmente, por causa do trabalho (46,4%). Por outro lado, os mesmos sujeitos indicam que, algumas vezes por mês, no final de um dia de trabalho, se sentem no limite das suas forças (36,6%). Quanto à questão que pretende averiguar se os sujeitos se sentem cansados quando se levantam de manhã e pensam que têm de enfrentar mais um dia de trabalho, a maioria responde que tal nunca acontece (35,2%).

Os respondentes afirmam que trabalhar com pessoas durante todo o dia, todos os dias, exige muito esforço (49,3%), porém não se sentem a ceder devido ao trabalho (35,2%) nem frustrados (60,6%). Apesar de não se sentirem esgotados emocionalmente, os sujeitos mencionam que o seu trabalho é demasiado pesado (23,9%), não obstante indicam também que trabalhar em contacto direto com o público não os stressa demasiado (56,3%), pelo que sentem que ainda não esgotaram todos os seus recursos (60,6%) (Tabela 9).

Tabela 9: Análise descritiva dos itens da subescala exaustão emocional

	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do trabalho	46,5	25,4	5,6	11,3	0	9,9	1,4
2. Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	11,3	22,5	4,2	36,6	4,2	18,3	2,8
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	35,2	23,9	14,1	16,9	1,4	5,6	2,8
6. Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço	16,9	12,7	5,6	8,5	0	7	49,3
8. Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho	35,2	25,4	9,9	11,3	0	8,5	9,9
13. Sinto-me frustrado pelo meu trabalho	60,6	21,1	1,4	7	1,4	4,2	4,2
14. Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado	18,3	21,1	7	18,3	1,4	23,9	9,9
16. Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	56,3	18,3	4,2	11,3	2,8	5,6	1,4
20. Sinto que esgotei todos os meus recursos.	60,6	22,5	2,8	2,8	2,8	5,6	2,8

* 0: Nunca 1: Algumas vezes por ano ou menos 2: Uma vez por mês ou menos 3: Algumas vezes por mês 4: Uma vez por semana 5: Algumas vezes por semana 6: Todos os dias

Resultados descritivos da subescala despersonalização

A Tabela 10 ostenta a análise descritiva dos resultados alusivos à subescala *despersonalização* (constituída por cinco itens). Assim, verifica-se que a maioria dos sujeitos nunca sente que tratam alguns utentes de forma impessoal, como se fossem objetos (93%), não consideram que se tornaram insensíveis às pessoas desde que têm este trabalho (80,3%), não receiam que este trabalho os torne emocionalmente mais duro (67,6%), preocupam-se verdadeiramente com o que acontece a alguns dos seus utentes (71,8%) e normalmente nunca têm a sensação de que os seus utentes os consideram responsáveis por algum dos seus problemas (59,2%).

Tabela 10: Análise descritiva dos itens da subescala despersonalização

	0	1	2	3	4	5	6
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
5. Sinto que trato alguns utentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	93	4,2	0	0	1,4	1,4	0
10. Tornei-me insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	80,3	0	1,4	2,8	0	7	8,5
11. Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	67,6	9,9	7	5,6	1,4	2,8	5,6
15. Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus utentes.	71,8	4,2	0	2,8	1,4	1,4	18,3
22. Tenho a sensação de que os meus utentes me considerem responsável por algum dos seus problemas.	59,2	16,9	1,4	8,5	1,4	2,8	9,9

* 0: Nunca 1: Algumas vezes por ano ou menos 2: Uma vez por mês ou menos 3: Algumas vezes por mês 4: Uma vez por semana 5: Algumas vezes por semana 6: Todos os dias

Resultados descritivos da subescala realização pessoal

As análises que se seguem revelam os resultados dos oito itens constituintes da subescala *realização pessoal*. Neste sentido, da leitura e análise da Tabela 11 verifica-se que, todos os dias, os ajudantes conseguem facilmente compreender o que os seus utentes sentem (54,9%), empenham-se eficazmente nos problemas dos seus utentes (81,7%), têm a sensação de, através do seu trabalho, terem uma influência positiva nas pessoas (54,9%). Os sujeitos na sua maioria, todos os dias, sentem-se cheios de energia (45,1%), conseguem facilmente criar um ambiente descontraído com os utentes e sentem-se rejuvenescidos quando conseguem estabelecer uma relação próxima com os utentes (66,2%). Por fim, os respondentes sentem, todos os dias, que realizam muitas coisas que valem a pena no trabalho (59,2%) e que resolvem os problemas emocionais com muita calma (56,3%).

Tabela 11: Análise descritiva dos itens da subescala realização pessoal

	0	1	2	3	4	5	6
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
4. Posso facilmente compreender o que os meus utentes sentem.	11,3	1,4	2,8	5,6	1,4	22,5	54,9
7. Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus utentes.	0	0	1,4	7	0	9,9	81,7
9. Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	7	1,4	0	8,5	1,4	26,8	54,9
12. Sinto-me cheio de energia.	0	9,9	2,8	14,1	0	28,2	45,1
17. Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus utentes.	2,8	2,8	2,8	1,4	1,4	23,9	64,8
18. Sinto-me rejuvenescido quando consigo estabelecer uma relação próxima com os utentes no meu trabalho.	1,4	11,3	2,8	2,8	0	15,5	66,2
19. Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	1,4	8,5	0	12,7	1,4	16,9	59,2
21. No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	2,8	5,6	7	11,3	1,4	15,5	56,3

* 0: Nunca 1: Algumas vezes por ano ou menos 2: Uma vez por mês ou menos 3: Algumas vezes por mês 4: Uma vez por semana 5: Algumas vezes por semana 6: Todos os dias

Avaliação do *Burnout* nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para idosos, pelo MBI-HSS

Relativamente a avaliação do *burnout* segundo o MBI-HSS foram contabilizados os totais para cada uma das três dimensões que o MBI contempla, em cada um dos questionários, precedendo-se à análise global desses valores. Refere-se que a contabilização para a escala de realização pessoal é diferente, quando mais alto for o resultado menor é o nível de *burnout* apresentado e maior será a realização pessoal.

Tendo em conta os resultados, na subescala *Exaustão Emocional* (EE) verifica-se que a maioria dos ajudantes de ação direta a trabalharem em Lares Residenciais para idosos apresentaram uma exaustão emocional baixa (n=44; 62%). Os restantes, 16 (22,5%) apresentam uma EE média e 7 (15,5%) uma EE alta (Tabela 12).

Tabela 12: Frequência e percentagem de exaustão emocional por níveis

Níveis: Exaustão Emocional		
	<i>N</i>	%
Baixo	44	62
Médio	16	22,5
Alto	11	15,5

No que se refere a *Despersonalização* (DE), a grande maioria dos inquiridos apresentou um nível baixo de DE ($n=44$; 62%). Dos restantes, 13 (18,3%) apresentaram um grau médio e 14 tiveram um nível alto de DE (19,7% do total) (Tabela 13).

Tabela 13: Frequência e percentagem de despersonalização por níveis

Níveis: Despersonalização		
	<i>N</i>	%
Baixo	44	62
Médio	13	18,3
Alto	14	19,7

A subescala *Realização Pessoal* (RP) apresentou valores de baixo nível de *burnout* em 54,9% ($n=39$) da amostra, ou seja, ostentaram uma RP alta. Por outro lado, 14,1% ($n=10$) da amostra total revelou um alto nível de *burnout* uma vez que revelam uma baixa realização pessoal. Os restantes 31% ($n=22$) exibiram resultados médios de RP (Tabela 14).

Tabela 14: Frequência e percentagem de realização pessoal por níveis

Níveis: Realização Pessoal		
	<i>N</i>	%
Baixo (<i>burnout</i>)	39	54,9
Médio (<i>burnout</i>)	22	31
Alto (<i>burnout</i>)	10	14,1

Em suma, e de acordo com os resultados, estima-se que cerca de 15% da amostra em estudo apresenta síndrome de *burnout* uma vez que evidenciam altos níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização pessoal.

4.2. Análise Inferencial

Hipótese 1 – Faixa Etária e *Burnout*

Para a hipótese de investigação 1 que indica que a idade dos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI, sendo que os mais novos revelam níveis mais elevados de *burnout* que os mais velhos, recorreu-se às técnicas não paramétricas mais apropriadas para duas amostras independentes, nomeadamente o *Mann-Whitney Test* visto as variáveis não apresentarem os critérios para a utilização de técnicas paramétricas.

Face ao exposto, a análise dos resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas, ou seja, a idade não influencia a *Exaustão Emocional* ($p=0,477>0,05$), a *Despersonalização* ($p=0,698>0,05$) e a *Realização Pessoal* ($p=0,502>0,05$) (Tabela 15). Face ao exposto rejeita-se a hipótese em estudo.

Tabela 15: Diferenças entre géneros por subescalas

	Idade	<i>n</i>	Médias de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	23-43 anos	39	34,42	562,500	0,477
	44-61 anos	32	37,92		
Despersonalização	23-43 anos	39	35,15	591,000	0,698
	44-61 anos	32	37,03		
Realização Pessoal	23-43 anos	39	37,49	566,000	0,502
	44-61 anos	32	34,19		

Hipótese 2 – Estado Civil e *Burnout*

A análise inferencial relativa à hipótese de investigação 2 pretende investigar se o estado civil dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI, sendo os casados aqueles que revelam níveis mais elevados de *burnout* quando comparados com os solteiros.

Para se proceder à análise em questão, recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA. Porém antes de se realizar o cálculo estatístico houve a necessidade de se omitir alguns grupos da variável independente, ou seja, a variável correspondente ao estado civil. O grupo 2 (união de facto), o grupo 4 (separado) e o grupo 6 (viúvo) foram

omitidos e não analisados pelo facto de serem muito pequenos (com o máximo de 3 sujeitos).

Da leitura e análise da Tabela 16, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo (solteiro, casado e divorciado) em relação às três subescalas, nomeadamente *Exaustão Emocional* ($p=0,195>0,05$), *Despersonalização* ($p=0,061>0,05$) e *Realização Pessoal* ($p=0,365>0,05$). Neste sentido, aceita-se a hipótese nula da presente análise.

Tabela 16: Diferenças entre estado civil por subescalas

	Estado Civil	<i>n</i>	Médias	<i>F</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Solteiro	8	16,0	1,678	0,195
	Casado	51	16,2		
	Divorciado	6	24,8		
Despersonalização	Solteiro	8	5,8	2,923	0,061
	Casado	51	3,7		
	Divorciado	6	9,0		
Realização Pessoal	Solteiro	8	42,3	1,023	0,365
	Casado	51	40,3		
	Divorciado	6	38,0		

Hipótese 3 – Habilitações Literárias e *Burnout*

A hipótese de investigação 3 que indica que as habilitações literárias dos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI. Desta forma, pretende-se averiguar se os sujeitos que têm um maior grau académico são os que revelam níveis mais elevados de *burnout* quando comparados com os que têm um menor grau académico. Para tal, recorreu-se a técnicas paramétricas e não paramétricas apropriadas para mais de duas amostras independentes, nomeadamente o ANOVA, visto as variáveis em estudo apresentarem homogeneidade de variância ($p>0,05$) e o *Kruskal-Wallis* para as subescalas *Despersonalização* e *Realização Pessoal* pois estas não apresentavam os critérios para a utilização de técnicas paramétricas. Sublinha-se ainda que para a realização das análises estatísticas houve a necessidade de se omitir os grupos 1 (1º ciclo incompleto) e 6 (ensino superior) por apresentarem um máximo de 3 sujeitos.

Da análise da Tabela 17 verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na subescala *Exaustão Emocional* ($p=0,042<0,05$). Assim, os resultados evidenciam que as médias dos grupos do 3º ciclo e do ensino secundário

diferem, sendo os que têm o 3º ciclo aqueles que apresentam níveis superiores de exaustão emocional ($M=20,3$).

As restantes análises estatísticas não se revelaram significativas, nomeadamente para a subescala *Despersonalização* ($p=0,997>0,05$) e *Realização Pessoal* ($p=0,615>0,05$). Perante os resultados rejeita-se a hipótese de investigação uma vez que são os sujeitos com habilitações mais baixas os que evidenciam um nível maior de, pelo menos, exaustão emocional (Tabela 17).

Tabela 17: Diferenças entre habilitações literárias por subescala

Habilitações Literárias		<i>n</i>	Média	<i>F</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	1º ciclo completo	7	17,8	2,905	0,042*
	2º ciclo	6	13,5		
	3º ciclo	30	20,3		
	Ensino secundário	21	11,7		
Habilitações Literárias		<i>n</i>	Média de Ordens	<i>K-W</i>	<i>p</i>
Despersonalização	1º ciclo completo	7	31,36	0,049	0,997
	2º ciclo	6	32,67		
	3º ciclo	30	32,35		
	Ensino secundário	21	33,05		
Realização Pessoal	1º ciclo completo	7	31,14	1,800	0,615
	2º ciclo	6	23,17		
	3º ciclo	30	33,67		
	Ensino secundário	21	33,95		

* $p<0,05$

Hipótese 4 – Trabalho por turnos e *Burnout*

Tendo em conta a hipótese de investigação 4, que pretende averiguar se o tipo de horário dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI, recorreu-se às técnicas não paramétricas para a sua testagem. Neste sentido, optou-se pelo *Mann-Whitney Test* uma vez que é o teste mais adequado para duas amostras independentes que não revelem uma distribuição amostral normal.

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de sujeitos que trabalham por turnos e o grupo de sujeitos que não trabalham por turnos quando tomadas em consideração as subescalas *Exaustão Emocional* ($p=0,624>0,05$), *Despersonalização* ($p=0,474>0,05$) e *Realização Pessoal* ($p=0,312>0,05$). Neste sentido, conclui-se que o tipo de horário, nesta amostra específica, não influencia o aparecimento da síndrome de *burnout*. Desta forma, rejeita-

se a hipótese de investigação em estudo, uma vez que os sujeitos que trabalham por turnos não apresentam maiores níveis de *burnout* (Tabela 18).

Tabela 18: Diferenças entre turnos por subescala

	Trabalho por turnos	<i>n</i>	Médias de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Sim	45	36,91	544,000	0,624
	Não	26	34,42		
Despersonalização	Sim	45	37,31	526,000	0,474
	Não	26	33,73		
Realização Pessoal	Sim	45	37,88	500,500	0,312
	Não	26	32,75		

Hipótese 5 – Ambiente de trabalho e *Burnout*

A hipótese de investigação 5 pretende saber se o ambiente de trabalho dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI. Para se realizar esta análise, foi necessário omitir o item 3 (mau) visto ter apenas um sujeito. A par deste processo, a análise da normalidade e homogeneidade das variáveis em estudo indicaram que o teste mais adequado a ser utilizado é o *Mann-Whitney test* (técnica não paramétrica).

Da leitura e análise dos resultados evidenciados na Tabela 19, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa na subescala Exaustão Emocional ($p=0,002<0,001$). Neste sentido, os sujeitos que consideram que o ambiente de trabalho é razoável têm mais sentimentos de estar emocionalmente exaustos e esgotados com o trabalho – Exaustão Emocional (MOrdens=46,89), quando comparados com os sujeitos que indicam que têm um bom ambiente de trabalho (MOrdens=30,28). As restantes análises não são significativas à luz da estatística (Despersonalização: $p=0,440>0,05$ e Realização Pessoal: $p=0,493>0,05$). Face ao exposto, aceita-se parcialmente a hipótese de investigação uma vez que apenas existem diferenças na subescala Exaustão Emocional.

Tabela 19: Diferenças entre ambiente de trabalho por subescalas

	Ambiente trabalho	<i>n</i>	Médias de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Bom	48	30,28	277,500	0,002**
	Razoável	22	46,89		
Despersonalização	Bom	48	34,25	468,000	0,440
	Razoável	22	38,23		
Realização Pessoal	Bom	48	34,38	474,000	0,493
	Razoável	22	37,95		

p*<0,01**Hipótese 6 – Relacionamento com os colegas e *Burnout

A hipótese de investigação 6 indica que o tipo de relacionamento com os colegas de trabalho dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI. Para a análise desta hipótese houve a necessidade de se omitir o grupo 3 (mau) uma vez que nenhum sujeito optou pela escolha deste item. A hipótese foi testada com recurso a técnicas paramétricas (na subescala que apresentava normalidade e homogeneidade de variâncias) e a técnicas não paramétricas (*Mann-Whitney test*).

Os resultados evidenciam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que consideram o relacionamento com os colegas “bom” e “razoável”, nomeadamente ao nível da *Exaustão Emocional* ($p=0,089>0,05$), *Despersonalização* ($p=0,270>0,05$) e *Realização Pessoal* ($p=0,957>0,05$) (Tabela 20). Desta forma, rejeita-se a hipótese de investigação.

Tabela 20: Diferenças entre relacionamento entre colegas por subescalas

	Relacionamento colegas	<i>n</i>	Média	<i>T</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Bom	54	15,6	-1,723	0,089
	Razoável	17	20,6		
	Relacionamento colegas	<i>n</i>	Média de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Despersonalização	Bom	54	34,51	378,500	0,270
	Razoável	17	40,74		
Realização Pessoal	Bom	54	35,93	455,000	0,957
	Razoável	17	36,24		

Hipótese 7 – Apoio superiores e *Burnout*

A hipótese de investigação 7 indica que o apoio positivo dado diretamente pelos superiores da instituição dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em Lares

Residenciais para Idosos, diminui o *burnout*. Para a análise desta hipótese recorreu-se a técnicas não paramétricas, nomeadamente o *Mann-Whitney test*, uma vez que as variáveis em estudo não revelaram normalidade e homogeneidade de variâncias.

Os resultados evidenciados na Tabela 21 não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala (Exaustão Emocional: $p=0,723>0,05$; Despersonalização: $p=0,193>0,05$ e Realização Pessoal: $p=0,684>0,05$). Deste modo, conclui-se que, na presente amostra, a variável apoio por parte dos superiores não influencia de forma direta o aparecimento do síndrome de *burnout*, pelo que se rejeita a hipótese de investigação.

Tabela 21: Diferenças entre apoio dos superiores por subescalas

	Apoio Superiores	<i>n</i>	Médias de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Sim	62	35,67	258,500	0,723
	Não	9	38,28		
Despersonalização	Sim	62	34,81	205,000	0,193
	Não	9	44,22		
Realização Pessoal	Sim	62	36,38	255,500	0,684
	Não	9	33,39		

Hipótese 8 – Trabalho reconhecido e *Burnout*

A última hipótese de investigação - a falta de reconhecimento do trabalho dos ajudantes de ação direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos, influencia de forma significativa as dimensões do MBI – foi analisada com recurso ao teste não paramétrico *Mann-Whitney test*.

Os resultados evidenciam que o *burnout* não é influenciado pela variável reconhecimento, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma subescala, nomeadamente Exaustão Emocional ($p=0,236>0,05$), Despersonalização ($p=0,138>0,05$) e Realização Pessoal ($p=0,931>0,05$). Neste sentido, rejeita-se a hipótese de investigação levantada (Tabela 22)

Tabela 22: Reconhecimento do trabalho por subescalas

	Apoio Superiores	<i>n</i>	Médias de Ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	Sim	62	34,90	210,500	0,236
	Não	9	43,61		
Despersonalização	Sim	62	34,64	194,500	0,138
	Não	9	45,39		
Realização Pessoal	Sim	62	36,08	274,000	0,931
	Não	9	35,44		

Os resultados da Tabela 23 indicam as opiniões dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham em lares residenciais, sobre o que mudariam no trabalho para se sentirem bem ou ainda melhor. Verifica-se que a maior parte dos sujeitos não respondeu à questão ($n=49$; 69%). Dos sujeitos que responderam à questão, a maioria indica que mudaria o humor de algumas funcionárias ($n=4$; 5,6%), o ambiente de trabalho ($n=4$; 5,6%) e a questão de terem mais tempo para a realização das tarefas ($n=4$; 5,6%). As restantes respostas recaíram em aspetos como: trabalho em equipa ($n=3$; 4,2%), contrato de mais funcionárias ($n=3$; 4,2%), forma como alguns colegas tratam os idosos ($n=1$; 1,4%), mais formação ($n=1$; 1,4%) e aumento do salário ($n=1$; 1,4%).

Tabela 23: Mudanças no trabalho, para se sentir bem, ou ainda melhor

	<i>N</i>	%
Se pudesse o que alterava no seu trabalho, para se sentir bem, ou ainda melhor?		
Trabalho em equipa	3	4,2
Humor de algumas funcionárias	4	5,6
Ambiente de trabalho	4	5,6
Forma como algumas colegas tratam os idosos	1	1,4
Contratar mais funcionários	3	4,2
Não alterava nada	1	1,4
Mais tempo disponível para realização tarefas	4	5,6
Formação	1	1,4
Salário	1	1,4
Não responde	49	69
<i>Total</i>	71	100

4.3. Discussão dos resultados

O trabalho é essencial na vida dos indivíduos, considerando-se que a profissão de cada um está intimamente ligada com a sua própria identidade individual. Contudo, nos últimos anos o impacto do trabalho na saúde física e mental tem aumentado

impedindo por vezes o crescimento, reconhecimento e independência profissional dando lugar à insatisfação, desinteresse, exaustão e irritação (Benevides-Pereira, 2010).

Assim, o presente trabalho teve como principal objetivo perceber quais as causas/fatores que levam ao aumento dos níveis de *burnout* nos ajudantes de Ação Direta, trabalhadores em lares de idosos.

Inicialmente procedeu-se à verificação da consistência interna das diferentes dimensões do MBI, Realização Pessoal, Exaustão Emocional e Despersonalização pessoal, e verificou-se que os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados alcançados noutros estudos, tal como já tinha sido referido anteriormente.

Na análise descritiva efetuada e no que concerne à subescala Exaustão Emocional, a maioria afirma que ainda tem capacidades/recursos para lidar com o stress apesar das dificuldades diárias que o seu trabalho acarreta. Na dimensão Despersonalização pessoal, os indivíduos no geral assumem que não têm sentimentos associados à distância interpessoal. Esta é uma subescala controversa porque muitos autores defendem que as cinco questões têm impacto pois entram em desacordo com o que é esperado por um profissional, levando a que os sujeitos respondam mediante aquilo que acham que é aceite socialmente (Pereira, 2010). Na subescala Realização Pessoal, no geral os respondentes sentem-se bem com o seu trabalho, com energia, acreditando que a sua intervenção é positiva para os utentes.

Relativamente à hipótese 1 que afirma que a idade dos Ajudantes de Ação Direta influencia de forma significativa os níveis das dimensões do MBI podemos afirmar que não há relação entre as duas variáveis, logo a idade não influencia os níveis de *burnout* em nenhuma das suas dimensões. Nos estudos já efetuados não se verificou unanimidade na relação idade – *burnout*. No estudo da autora Benevides-Pereira (2003) verificou-se que quanto maior a idade maior o nível de exaustão emocional, fato que pode estar relacionado com a vulnerabilidade da saúde subjacente ao aumento da idade. Por outro lado, noutros estudos verifica-se o contrário, quanto maior a idade menor a Exaustão Emocional e a Despersonalização pessoal e maior o nível de Realização Pessoal (Adam et al, 2009; Carlotto et al, 2006). No estudo de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), os indivíduos mais jovens apresentam maiores níveis de *burnout* sendo que conforme a idade avança diminuem estes níveis. Nas idades mais jovens a pouca experiência do trabalhador leva a elevados níveis de insegurança, tornando os mais novos mais propensos à síndrome (Souza & Silva, 2002; Trindade & Lautert, 2010). No nosso estudo a idade não revelou ser um preditor do *burnout*, no entanto, e como a

média de idades é elevada, seria de esperar que os níveis de *burnout* fossem baixos nas suas dimensões.

Em relação à hipótese 2, o estado civil dos Ajudantes de Ação Direta influencia de forma significativa as dimensões do MBI. Verificou-se que não existem diferenças significativas entre o estado civil e os níveis de *burnout* em nenhuma das suas dimensões. A literatura mostra que os níveis de *burnout* aumentam em indivíduos solteiros, especialmente homens (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). No entanto, segundo Queirós (2005), os profissionais casados têm mais propensão para o esgotamento. No presente estudo, apesar de os indivíduos serem maioritariamente casados, as dimensões do *burnout* não diferenciaram em nenhum dos grupos (casados e solteiros) não sendo esta variável responsável pelo bem-estar psicológico.

Comparativamente, a hipótese 3 pretendia verificar se as habilitações literárias dos Ajudantes de Ação Direta influenciam de forma significativa as dimensões do MBI, é possível afirmar que apenas para a subescala Exaustão Emocional existem diferenças significativas. Em relação ao nível académico, por sua vez este fato não se verifica nas dimensões realização e Despersonalização Pessoal. Estudos revelam que quanto maior o nível académico maior a tendência para os níveis de *burnout* aumentarem (Jodas & Haddad, 2009). Para explicar estes resultados, Vara (2007) afirma que os indivíduos com maiores níveis académicos têm trabalhos com maiores responsabilidades e maior stress e estão mais vulneráveis quando as expectativas em relação ao seu trabalho não são satisfeitas. Os fatores apresentados podem levar mais facilmente à Exaustão Emocional, situação que também se verifica nos indivíduos que participaram do nosso estudo.

A hipótese 4 pretendeu estudar se os turnos de trabalho influenciam os níveis de *burnout*. Apurou-se que não existem diferenças significativas entre as duas variáveis nesta amostra em específico. No entanto, Peiró (1999) afirma que o trabalho por turnos pode afetar cerca de 20% dos trabalhadores pois este sistema de trabalho acarreta mudanças de nível físico e psicológico. Este fator não se revelou preponderante no aumento dos níveis de *burnout* nos indivíduos que participaram no nosso estudo o que pode estar relacionado, por exemplo, com a boa gestão dos turnos por parte das instituições que acolhem estes trabalhadores.

Na hipótese 5 estudou-se de que forma o ambiente de trabalho está relacionado com as dimensões do MBI. Apurou-se que o ambiente de trabalho se relaciona com a subescala Exaustão Emocional e por sua vez não se relaciona com as restantes

subescalas. Sendo o local de trabalho o meio onde o *burnout* se difunde, seria de esperar que os bons ambientes laborais favorecessem baixos níveis de ansiedade, logo menos conflitos (Benevides – Pereira, 2010) e assim menos stress laboral, o que por sua vez levaria a menores níveis de exaustão emocional. Os resultados aqui presentes demonstram que apenas o ambiente de trabalho razoável têm associados níveis de exaustão emocional o que vai ao encontro da opinião da autora supracitada.

Em relação à hipótese 6, o objetivo era perceber se o relacionamento com os colegas determinava os níveis de *burnout*, e verificou-se que as variáveis apresentadas não estão ligadas ao relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho. Por sua vez, a autora Benevides – Pereira (2002) diz que o tipo de relacionamento no local de trabalho favorece ou não os níveis de *burnout*. Assim, os colegas de trabalho muito competitivos, críticos e distantes podem levar ao aumento de incidentes ansiógenos o que agrava as situações de conflito. Folkman (1982) nos seus estudos concluiu que 60% das situações stressantes na relação com os colegas de trabalho estavam diretamente relacionadas com esta variável. O sentimento de injustiça, de falta de igualdade nas relações de trabalho é um fator importante para a vulnerabilidade ao *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). A desigualdade nas relações laborais interfere principalmente no componente central do *burnout*, a exaustão emocional (Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 2001). Na hipótese apresentada seria de esperar que pelo menos a dimensão exaustão emocional estivesse relacionada com a variável relacionamento, no entanto, este fato não se verificou.

A hipótese 7 pretendeu verificar se a forma de apoio superior está relacionada com as dimensões do MBI, verificou-se que também estas duas variáveis não se relacionam. Esta variável relaciona-se com o sentimento de união, a percepção de que os colegas de trabalho bem como os superiores estão disponíveis a ajudar. Assim, muitos autores defendem que, quanto menor o suporte percebido por um individuo no seu local de trabalho maior a probabilidade de desenvolver *burnout* (Gil – Monte & Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). No nosso estudo as duas variáveis em questão não se relacionam não estando de acordo com os estudos já efetuados nesta área.

Por último a hipótese 8 tenta perceber de que forma o reconhecimento está relacionado com as subescalas da MBI, verificando-se que não há relação entre as duas variáveis. A ausência de reconhecimento em relação ao trabalho desenvolvido tanto da própria pessoa, como dos colegas de trabalho e também dos superiores tem sido apontado como um fator que se relaciona diretamente com a síndrome de *Burnout*

(Benevides-Pereira, 2010). No presente estudo as variáveis não se relacionaram quer de forma positiva quer de forma negativa o que não vai ao encontro dos estudos já realizados.

Conclusão

O *burnout* ocorre em trabalhadores altamente motivados, que reagem ao stress laboral trabalhando ainda mais até que entram em colapso. Algumas definições atribuem o *burnout* à discrepância entre o que o trabalhador dá (o que ele investe no trabalho) e aquilo que ele recebe (reconhecimento de superiores e colegas, bons resultados nos desempenhos). Na definição de Farber (1991), "*Burnout* é uma síndrome do trabalho, que se origina da discrepância da perceção individual entre esforço e consequência, perceção esta, influenciada por fatores individuais, organizacionais e sociais" (citado em Benevides-Pereira, 2002).

Quando se fala em Burnout, importa referir a importância de três fatores que podem aparecer associados, mas que são independentes: despersonalização, exaustão emocional e baixa realização pessoal no trabalho.

A primeira parte do nosso trabalho possibilitou-nos obter e alargar os conhecimentos relativamente à temática *burnout*, particularmente nos profissionais que lidam diariamente com pessoas. Fizemos também uma breve introdução ao estudo do stress e da depressão e por último uma reflexão acerca do Serviço Social, como profissão de ajuda, e das IPSS's. A segunda parte refere-se à investigação empírica do trabalho, onde foi feito o tratamento estatístico dos dados, a análise dos resultados e a posterior discussão. Feito todo este procedimento é necessário fazer um resumo final dos resultados obtidos, manifestando algumas sugestões que possam ser importantes para futuras investigações.

Relativamente à caracterização da amostra, verifica-se que esta é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino, correspondendo a uma percentagem de 98,6%, tendo apenas um sujeito do sexo masculino (1,4%). Os questionários foram aplicados a 71 Ajudantes de Ação Direta que trabalham em quatro Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu. No que diz respeito à idade verifica-se que o participante mais novo tem 23 anos e o mais velho 61. A maioria dos sujeitos é casado (71,8%). Da caracterização sociodemográfica da amostra verifica-se que ao nível das habilitações literárias, a maioria dos sujeitos tem o 3º ciclo (42,3%).

Analisando os resultados relativos à caracterização da amostra em função do trabalho, verifica-se que a maioria dos Ajudantes de Ação Direta trabalha por turnos

(63,4%) e consideram que o turno da manhã é o que exige mais de si, contudo os sujeitos que trabalham por turnos não apresentam maiores níveis de *burnout*.

Observando os resultados relativos às atividades que efetuam com mais frequência, os resultados evidenciam que aquelas são: cuidados de higienização e conforto a idosos (85,9%) e alimentação (62%). A manutenção das condições de higiene do local de trabalho e dos respetivos materiais é uma prática frequente (42,3%).

Relativamente ao ambiente, relacionamento e apoio dos superiores no trabalho, os resultados indicaram que a maioria dos sujeitos sente que o seu trabalho é desgastante (77,5%). Uma parte significativa da amostra considera que o seu ambiente de trabalho é bom (67,6%), o relacionamento com os colegas também é bom (76,1%) bem como o seu relacionamento com os utentes da instituição (93%). Quanto ao apoio por parte dos superiores, a maioria dos sujeitos menciona que quando existe algum problema os superiores apoiam e ajudam (95,8%). Mais de metade da amostra considera e sente que o seu trabalho é reconhecido (95,8%).

Tendo em conta os resultados obtidos na subescala Exaustão Emocional, verifica-se que a maioria dos Ajudantes de Ação Direta apresentam uma exaustão emocional baixa (62%). No que se refere à Despersonalização a grande maioria apresentou um nível baixo de despersonalização (62%). A subescala Realização Pessoal apresentou valores de baixo nível de *burnout* em 54,9% da amostra, ou seja, ostentaram uma Realização Pessoal alta. Por outro lado, 14,1% da amostra revelou um alto nível de *burnout* uma vez que revelam uma baixa realização pessoal.

Para prevenção do aparecimento da síndrome de *burnout* os inquiridos apresentam como possíveis soluções: melhorar o humor de alguns funcionários; melhorar o ambiente de trabalho; existir mais tempo para a realização das tarefas; optar pelo trabalho em equipa; contratar mais funcionários; melhorar a forma de tratamento dos idosos; apostar mais na formação e aumento do salário.

Expomos algumas considerações sobre as limitações sentidas durante a execução do estudo. São poucos os estudos que comprovem a relação entre algumas das variáveis (reconhecimento, apoio superior e relacionamento). O fato da amostra ser pequena impede-nos de fazer a generalização dos resultados para a população em geral. Os estudos realizados até então focaram-se principalmente nos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, o que não nos permitiu uma base de comparação. Contudo, é importante salientar que as instituições principalmente as IPSS's devem optar na formação dos seus recursos humanos, principalmente dos

Ajudantes de Ação Direta, sensibilizar os colaboradores para a importância do bom relacionamento interpessoal, principalmente entre os utentes e entre os funcionários.

Em suma, é importante referir que a realização deste trabalho foi uma mais-valia a nível pessoal e profissional, pois revelou-se uma experiência bastante gratificante. É de todo pertinente que este estudo contribua para um melhor conhecimento da temática abordada, bem como para o desenvolvimento de novas medidas e práticas de combate ao aparecimento da síndrome de *burnout*.

Bibliografia

Ainsworth, P. (2000), *Understanding depression*. Jackson, University Press of Mississippi.

Barata, Óscar (2006). *Temas e Problemas de Ciências no Trabalho*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira A., M. & Moreno-Jimenez, B. (2003). O burnout e o profissional de psicologia. *Revista Eletronica Inter Accao Psy* 1, 1, 68 – 75.

Benevides-Pereira, A. M. (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (4ª Edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bourguignon, J. A. (2007). *A Particularidade Histórica do Serviço Social*. Ver. Kátal. Florinópolis V.10, p. 46-54.

Cardão, S. (2009). *O Idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carta Social (2007) (disponível em: www.cartasocial.pt). Consultado a 9 de fevereiro de 2013.

Codo, W. & Menezes, I.V. (1999). *O que é burnout?* Educação e carinho. São Paulo: Vozes, CNTE e UNB

Deco Proteste (2012). *Vencer a depressão*. Lisboa: Deco Proteste, Editores.

Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro, artigo 1º e 2º.

Delbrouck, M., (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Manuais Universitários 47, Lisboa: Climepsi.

Dierendonck, D., Shaufeli, W. B. & Buunk, B. (2001). *Burnout and inequity among human services professionals. A longitudinal study*. Journal of Occupational Health psychology, 6, 43-52.

Espada, C. (2009). *Manual de gestão de stress para empresas*. Lisboa. Bnomics.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa Climepsi.

Firth, J. (1985). Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology*, 58, 139-148.

Folkman, S. (1982). An approach to the measure coping. *Journal of Occupational Behavior*, 13, 95-107.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures. Lusociência.

Freudenberger, Herbert (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*.Vol. 30, 159-165.

Gil-Monte, P. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gomes, A. Rui & Cruz, José F. (2004). *A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género*. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. In Teoria, Investigação e prática, vol. 9, pp.193-212.

Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos – Identidade em risco ou Identidade Riscada*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Helman, Cecil, G., (2003), *Cultura, Saúde e Doença*.(4ª edição). São Paulo: Artmed Editora.

Hill, M. & Hill A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda,.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2010). *Manuais de Processos-chave*.

Joaquim, Henrique (2008). *O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Jodas, D., A. & Haddad, M., C., L. (2009). Síndrome de em trabalhadores de enfermagem de um pronto de socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192 – 197.

Maia, Â. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de psiquiatria Clínica*, 22, pp.197-204.

Manktelow, J. (2008). *Controlar o stress*. Porto: Civilização, Editores.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Maroco, J. & Tecedor, M. (2009). *Inventário de Burnout para Estudantes Portugueses. Psic. Saúde & Doenças V. 10 n. 2*. Lisboa.

Maslach, C. (1981). Burnout: A Social psychological analysis. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome* (pp. 30-53). Park Ridge, IL: London House Press.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement os experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. Washington: Taylor & Francis.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, 397-422.

Maslach, C., Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.

Mucchielli, R. (1994). *A Entrevista Não Directiva*. São Paulo: Martins Fontes.

Núncio, M^a. J. (2010). *Introdução ao Serviço Social – História, Teoria e Métodos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Oliveira, M. (2008). Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto. Acedido em 25 de janeiro de 2013 em:

<http://repositório-aberto.up.pt/bitstream/10216/25366/2/Burnout%20e%20emoções.pdf>

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, pp. 229-239.

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos*. Lisboa: Verlag Dashöfer, Edições Profissionais.

Peiró, J. M. (1999). *Desencadeantes do estrés laboral*. Madrid: Pirâmide

Pimentel, L.M. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pinto, Alexandra & Chambel Maria José (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.

Poghosyanl, L., Aiken, L. & Sloand, D., M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross – sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 894-902.

Puigdengolas, Francisco (2003). *Acompanhar pessoas idosas em lares*. Prior Velho: Editora Paulinas.

Queirós, P., J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Quintela, M. J. (2001). O papel dos lares da 3ª idade. *Geriatrics*, 136.

Sá, Luís (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental não publicada. Instituto de Ciências Bioédicas Abel Salazar: Universidade do Porto.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). *Manual de Boas Práticas para Lares Residenciais de Pessoas com Deficiência*. Lisboa: Etigráfe.

Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª edição). Coimbra.

Souza, W., C. & Silva, A., M., M. (2002). A influência de factores de personalidade e organização do trabalho do burnout em profissionais de saúde. *Revista de Estudos de Psicologia*, 19 (1), 37-48.

Vallejo-Nájera, Juan António (2002). *A depressão – como lidar com a doença do nosso tempo*. São João do Estoril: Principia.

Vara, N. (2007). *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência *do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. *O Portal dos Psicólogos*. Consultado a 7 de fevereiro de 2013 em:

<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0485.pdf>

Vieira, B. O. (1969). *Serviço Social. Processos e Técnicas*. Rio de Janeiro: Agir Editora.

Wilkinson, G.; Moore, B. & Moore, P. (1999). *Tratar a depressão*, Lisboa: Climepsi Editores.

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS-PÓLO VISEU

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

As questões que se encontram em seguida visam recolher informação relativa a si, pertinente para o estudo “O Burnout em Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos”. Os dados que fornecer serão utilizados para a concretização do referido estudo.

Escolha apenas uma opção e coloque um círculo à volta da que melhor se adequa a si. É bastante pertinente que responda a todas as questões do modo mais sincero possível.

O seu nome ou outros dados que permitam identificá-lo, não serão revelados nem utilizados, no estudo em causa. Não coloque o seu nome ou qualquer identificação.

Catarina Marques

QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

(Coloque um X na opção escolhida ou preencha os espaços em branco)

1- Género:

(1) Feminino

(2) Masculino

2- Idade: _____ Anos

3- Estado Civil:

(1) Solteiro(a)

(5) Divorciado(a)

(2) União de facto

(6) Viúvo(a)

(3) Casado(a)

(4) Separado(a)

4- Habilitações literárias:

- (1) Escola Primária / 1º Ciclo incompleto
- (2) Escola Primária / 1º Ciclo Completo
- (3) Ciclo Preparatório / 2º Ciclo
- (4) 3º Ciclo (7º Ano – 9º Ano)
- (5) Ensino Secundário (10º Ano – 12º Ano)
- (6) Ensino Superior

5- Há quanto tempo trabalha na Instituição? _____

6- Trabalha por turnos?

- (1) Sim
- (2) Não

7- O trabalho por turnos é vantajoso?

- (1) Sim
- (2) Não

8- Qual o turno em que o trabalho se torna mais difícil (exige mais de si)?

- (1) Manhã
- (2) Tarde
- (3) Noite

9- De entre as seguintes atividades, assinale as que efetua com mais frequência:

- (1) - Cuidados de higienização e conforto a idosos
- (2) - Auxílio na toma de medicação
- (3) - Alimentação de idosos
- (4) - Auxílio no tratamento de feridas
- (5) - Acompanhamento e Transporte de idosos dentro e fora da instituição
- (6) - Assegurar as condições de higiene do local de trabalho e dos respetivos materiais
- (7) – Outro. Qual? _____

10- Sente que o seu trabalho é desgastante?

(1) Sim

(2) Não

11 – Como considera o seu ambiente de trabalho?

(1) Bom

(2) Razoável

(3) Mau

12 – Como considera o seu relacionamento com os (as) colegas de trabalho?

(1) Bom

(2) Razoável

(3) Mau

13- Como considera o seu relacionamento com os utentes da Instituição?

(1) Bom

(2) Razoável

(3) Mau

14- Caso exista algum problema no contexto de trabalho, sente apoio por parte dos seus superiores (chefia, direção...)?

(1) Sim

(2) Não

15- Sente que o seu trabalho é reconhecido?

(1) Sim

(2) Não

INVENTÁRIO DE *BURNOUT* DE MASLACH

Leia atentamente cada afirmação e formule as suas respostas em função do que tem sentido nos últimos tempos, acerca do seu trabalho.

É um questionário que avalia o prestador de cuidados segundo dois parâmetros: a frequência e a intensidade.

Por favor, assinale com um círculo (0), a opção que melhor corresponde ao seu caso pessoal

Certifique-se que não deixa nenhuma afirmação por responder.

Para cada afirmação, escolha uma das seguintes opções:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Afirmações:

Com que frequência:

1.	Sinto-me vazio(a) emocionalmente, por causa do trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
2.	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
3.	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
4.	Posso facilmente compreender o que os meus utentes sentem.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Sinto que trato alguns utentes de forma impessoal, como se fossem objetos.....	0	1	2	3	4	5	6
6.	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.....	0	1	2	3	4	5	6
7.	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus utentes.....	0	1	2	3	4	5	6

8.	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
9.	Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.....	0	1	2	3	4	5	6
10.	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
11.	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Sinto-me cheio(a) de energia.....	0	1	2	3	4	5	6
13.	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
14.	Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.....	0	1	2	3	4	5	6
15.	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus utentes.....	0	1	2	3	4	5	6
16.	Trabalhar em contato direto com o público stressa-me demasiado.....	0	1	2	3	4	5	6
17.	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus utentes.....	0	1	2	3	4	5	6
18.	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os utentes no meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
19.	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
20.	Sinto que esgotei todos os recursos.....	0	1	2	3	4	5	6
21.	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.....	0	1	2	3	4	5	6
22.	Tenho a sensação de que os meus utentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.....	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 2

Exmo. Sr. Presidente da Associação de Solidariedade
Social do Alto Paiva

Lugar do Mingoleiro

3650-209 Vila Nova de Paiva

Chamo-me Catarina Isabel Ferreira Marques, sou estudante da Universidade Católica de Viseu, encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social, e pretendo solicitar a sua colaboração, na aplicação de três questionários.

A sua finalidade será recolher informação pertinente, acerca da seguinte temática: O burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu.

Um dos questionários refere-se aos dados sociodemográficos do trabalhador e outro contém um inventário com um conjunto de vinte e dois itens, relativos ao modo como os Ajudantes de Ação Direta percebem os seus sentimentos, relacionados com o trabalho que desempenham.

É de todo conveniente, que responda com o máximo de rigor e honestidade, ao que lhe for solicitado, para que os resultados demonstrem determinada veracidade.

Os questionários são de natureza confidencial.

Agradeço desde já, a vossa atenção para a realização da minha dissertação.

Com os melhores cumprimentos

Vila Nova de Paiva, 3 de janeiro de 2013.