

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS: VIVÊNCIA, EXPERIÊNCIA
DE *BURNOUT* E SOBRECARGA NO DESEMPENHO DA
PROFISSÃO**

Ana Clara Pereira Margarido

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS: VIVÊNCIA, EXPERIÊNCIA
DE *BURNOUT* E SOBRECARGA NO DESEMPENHO DA
PROFISSÃO**

Ana Clara Pereira Margarido

Orientada, por Prof. Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2016

É mais mental. É mais às vezes de cabeça. Físico é um bocadinho todos os dias, não é? Quando uma pessoa chega a casa depois de um dia ou outro... Mas esse cansaço que eu falo é às vezes mais cansado, mais desmotivado, não me apetece ir às compras, não me apetece... não é porque me doam as pernas ou porque me doam as costas é mesmo porque eventualmente a pessoa fica cansada de se levantar todos os dias cedo ou mesmo pelo desgaste. Acho que é o que me queixo mais é mesmo de cabeça.

[...]

É nesse depois não apetecer, às vezes estou em casa e sonho com isto cá, vou para casa preocupada com as coisas que fiz, que não fiz... se as coisas estão, se não estão... O que é que se devia fazer, aquela pessoa está assim, o que é que podemos fazer para mudar essa situação... Ou seja, a gente vai para casa e leva o trabalho também.

(CASO-CF11, 2016)

Agradecimentos

Ao professor Doutor Fernando Fradique pela ajuda, disponibilidade e orientação;

Aos restantes professores que me deram bases para que aprofundasse o meu conhecimento no
mundo da Psicologia;

À família. A minha grande família;

Aos amigos de sempre, aos amigos recentes;

Ao João, pelos «força miúda!»;

À Monique por ter assegurado a minha alimentação diária, por me lembrar da necessidade de
repouso, por ter ido passear o *Bec* por mim. Mas principalmente, por todos os «Se não
conseguires não faz mal».

Resumo

O presente trabalho encontra-se dividido em dois estudos que se distinguem pelos objetivos e tipo de metodologia e que se identificam na temática, procurando compreender, de forma mais articulada, a vivência do cuidador e a experiência de *burnout* e sobrecarga no desempenho desta profissão. No Estudo 1 foram utilizados os instrumentos Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e Inventário de Burnout de Copenhague (IBC), aplicados em amostras de 117 e 139 cuidadores formais de idosos respetivamente. O objetivo foi a compreensão do funcionamento destes instrumentos e a caracterização das amostras relativamente aos resultados obtidos nos mesmos. Os resultados indicaram uma boa consistência interna de ambos os instrumentos na sua globalidade. Os dois instrumentos mostraram-se também, positivamente correlacionados um com o outro. Relativamente ao comportamento da amostra na resposta ao IBC: 33.09% dos participantes obtiveram índices de elevado nível de *burnout relacionado com o trabalho*; 29.50% obtiveram índices de elevado nível de *burnout pessoal*; e, em menor escala, 20.86% obtiveram índices de elevado nível de *burnout relacionado com o utente*. Por fim, relativamente aos resultados da amostra na ESC: 37.6% da amostra reportou resultados de sobrecarga intensa e 30.8% de sobrecarga ligeira. No Estudo 2 foi realizada uma entrevista semiestruturada a 20 cuidadores formais de idosos. A entrevista procurou compreender como é a vivência do cuidador formal de idosos e o que interfere positiva e negativamente nesta, tomando em especial consideração a perceção da sobrecarga e do *burnout* por parte do cuidador. Os resultados indicaram que os cuidadores formais de idosos, apesar de retirarem prazer do desempenho da profissão, encontram diversos obstáculos na manutenção do bem-estar físico e psicológico. Foram reportados aspetos como: falta de formação, dificuldades relacionadas com o público alvo bem como com as características individuais dos utentes, dificuldades na manutenção de um bom ambiente laboral e outros fatores relacionados à insatisfação no trabalho como a falta de

tempo e de recursos humanos e um grande cansaço psicológico proveniente da prestação de cuidados a idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador Formal de Idosos; Vivência do Cuidador; *Burnout*; Sobrecarga; Prestação de Cuidados

Abstract

The present dissertation is divided in two studies both pursuing the purpose of trying to understand, in a more articulated way, the caregiver's daily experience and the burnout and burden experience in their career performance. In Study 1 the The Zarit Burden Interview (ZBI) and Copenhagen Burnout Inventory (CBI) were respectively applied in samples of 117 and 139 formal caregivers of the elderly. The goal was to understand how these scales work and characterize the samples through their results. These results show a good internal consistency of both scales although some dimensions were less consistent. A positive correlation was also showed between scales. These results in the CBI showed that 33.09% of participants showed a high rate of burnout related to work; 29.05% showed a high rate of personal burnout; and in a minor range, 20.86% showed a high rate of burnout related to the client. These results in ZBI showed that 37.6% of the sample reported the results of a intense burden and 30.8% a moderate burden. In Study 2 it was carried out a semi-structured interview on 20 formal caregivers. The interview aim to understand how is the caregiver's daily experience and what tampers positively and negatively with it, taking in special regard the perception of burden and burnout by the caregivers. These results indicated that the caregivers, despite enjoying their professional functions, find several obstacles to the preservation of their physical and psychological well-being. Some of the aspects reported were the lack of training courses, difficulties related to their target public as well as the patients individual traits, difficulties in the maintainability of a pleasant work place and others related to work discontent like lack of time and human resources and a considerable psychological exhaustion derived from the care providing.

KEYWORDS: Formal Caregiver of the elderly; Caregiver Experience; *Burnout*; Burden; Care Delivery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento e necessidade de cuidados	3
1.1. O cuidador formal e o ato de cuidar	4
2. <i>O Burnout</i>	7
3. A Sobrecarga	10
4. Inventário de Burnout de Copenhague (IBC) – introdução à base teórica	12
5. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) - introdução à base teórica	14
6. Objetivos da investigação	15
Estudo 1	15
Estudo 2	15
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	17
1. Desenho da investigação	17
Estudo 1	17
Estudo 2	17
2. A amostra	18
Estudo 1	18

Estudo 2	20
3. Instrumentos de recolha de dados	22
3.1. Questionário sociodemográfico	22
3.2. Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)	22
3.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)	24
3.4. Guião da Entrevista	25
4. Procedimento	27
4.1. Análise de conteúdo das entrevistas:	28
CAPÍTULO III - ANÁLISE DE RESULTADOS	31
1. Estudo 1	31
1.1. Análise de fiabilidade das escalas e validade convergente-discriminante dos itens	31
4.2. Análise Correlacional da ESC e do IBC	38
4.3. Análise dos resultados obtido pelos sujeitos no IBC e na ESC	38
2. Estudo 2	40
<i>A Formação</i>	41
<i>As Tarefas Desempenhadas</i>	41
<i>Ambiente Laboral</i>	43
<i>Relação com o Utente</i>	45
<i>Relação com os Familiares dos Utentes</i>	46
<i>Satisfação no trabalho</i>	47
Sentimentos em relação ao próprio	48

Impacto da prestação de cuidados	49
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	51
Estudo 1	51
Estudo 2	54
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1. <i>Amostra do Estudo 1</i>	18
Tabela 2. <i>Amostra do Estudo 2</i>	20
Tabela 3. <i>Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna do IBC</i>	32
Tabela 4. <i>Validade convergente-discriminante dos itens do IBC</i>	33
Tabela 5. <i>Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna da ESC</i>	35
Tabela 6. <i>Validade convergente-discriminante dos itens da ESC</i>	36
Tabela 7. <i>Análise Correlacional Não Paramétrica entre IBC e ESC</i>	38
Tabela 8. <i>Análise descritiva dos resultados da amostra no IBC</i>	39
Tabela 9. <i>Análise descritiva dos resultados da amostra na ESC</i>	39
Tabela 10. <i>Análise descritiva dos resultados da amostra na ESC de acordo com os níveis de sobrecarga</i>	39
Tabela 11. <i>Categorias e Categorias de 1ª ordem</i>	40

ANEXOS

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Anexo II – Inventário de Burnout de Copenhagen

Anexo III– Escala de Sobrecarga do Cuidador

Anexo IV– Guião da Entrevista

Anexo V - Protocolo de Consentimento Informado 1

Anexo VI - Protocolo de Consentimento Informado 2

Anexo VII - Categorias e subcategorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem

Anexo VIII - Critérios de classificação das categorias

INTRODUÇÃO

A relevância do estudo da vivência do cuidador formal surge pela crescente necessidade dos serviços prestados por este. Atualmente, o cuidador formal assume, na nossa sociedade, um papel de importância acrescida. São vários os fatores que tornam esta profissão cada vez mais necessária, sendo o fator do envelhecimento populacional que enaltece de forma mais significativa o papel deste profissional. Com o aumento de população de idade avançada, torna-se também crescente a procura de serviços de cuidados prestados por profissionais.

O cuidador formal e o alvo de cuidados interagem e influenciam-se mutuamente. O estudo da vivência do cuidador formal no desempenho da sua profissão torna-se assim um tema da maior importância tanto no sentido de promover a saúde e qualidade de vida deste como, também, do alvo de cuidados.

A síndrome de *burnout* ganhou relevo nos anos '70. Esta síndrome descreve estados de exaustão exacerbada derivados de stressores interpessoais e crónicos no trabalho. A experiência de *burnout* tem vindo a ser, não só relacionada, mas também observada no estudo da vivência dos cuidadores formais, sendo esta profissão caracterizada pelo constante contacto com o utente e pelas várias exigências ao nível físico e psicológico.

O conceito de sobrecarga, tradicionalmente mais aplicado ao cuidador informal, reflete, à semelhança do *burnout*, os efeitos negativos no cuidador decorrentes da prestação de cuidados. Este conceito tem sido, mais recentemente, também estudado com os cuidadores formais, tendo em consideração não só os aspetos diretamente observáveis que afetam negativamente o cuidador, mas também os aspetos internos do mesmo incluindo a sua componente avaliativa da situação e como são percebidos, por este, as dificuldades ou até os malefícios decorrentes do ato de cuidar.

É, desta forma, importante explorar de forma mais compreensiva a globalidade da vivência do prestador de cuidados. Quais são as suas dificuldades? E as facilidades? Como são as tarefas? E as relações? Como vive um cuidador formal? O que pode ser melhorado na sua vida?

Por fim, torna-se também importante observar como se manifestam as variáveis *burnout* e sobrecarga nesta população e refletir acerca dos instrumentos que procuram medi-las.

O presente estudo está dividido em cinco partes: O capítulo referente ao Enquadramento Teórico dedica-se à contextualização dos conceitos principais do presente estudo fazendo, desta forma, referência ao envelhecimento, à necessidade de cuidados e ao cuidador e às implicações do ato de cuidar, ainda neste capítulo abordam-se os conceito de *Burnout* e de Sobrecarga, culminando numa introdução aos instrumentos Inventário de *Burnout* de Copenhagen e Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit; por último são enumerados os objetivos do presente estudo.

O segundo capítulo dedica-se à descrição da metodologia e procedimentos, contendo uma descrição do desenho da investigação, da amostra e instrumentos utilizados.

No terceiro capítulo apresenta-se a análise descrição dos resultados.

Por fim, os últimos dois capítulos, são referentes à discussão dos resultados e à conclusão e considerações finais.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo destina-se a aprofundar as temáticas do envelhecimento e institucionalização do idoso, elevando o conceito de cuidador formal e, mais especificamente, o cuidador formal de idosos. Posteriormente, são abordados os conceitos de *burnout* e sobrecarga, a descrição da base teórica dos instrumentos Inventário de *Burnout* de Copenhague e Escala de Sobrecarga do Cuidador culminando na descrição dos objetivos do presente estudo.

1. Envelhecimento e necessidade de cuidados

O cuidado é definido por conceitos como atenção, preocupação, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é prestar um serviço que vai para além dos cuidados com o corpo físico, envolvendo, também a consideração pela história de vida, pelos sentimentos e emoções do alvo de cuidados (Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Quando o tema é o cuidador, é quase indispensável a reflexão acerca do alvo de cuidados (o idoso, neste caso), visto que estes interagem e influenciam-se mutuamente (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). A temática do envelhecimento populacional é já comum em Portugal onde existe uma marcada queda da fecundidade e um aumento da esperança média de vida que se revertem numa inversão da pirâmide populacional (Carrilho & Patrício, 2015). Sendo o processo de envelhecimento carregado de alterações fisiológicas no organismo que o tornam mais frágil (Kawasaki & Diogo, 2001), esta inversão da pirâmide populacional fez-se acompanhar de um aumento de doenças características da idade avançada (Lima-Costa & Veras, 2003). Estas doenças e a perda de funcionalidades várias resultam num marcado isolamento, perda de capacidade participativa e de expressão perante problemas do quotidiano (Miguel, Pinto & Marcon, 2007), contribuindo para uma crescente dependência de cuidados prestados por terceiros. A necessidade de cuidados, característica do processo que

envolve a saúde, a doença e a condição humana é, geralmente, motivo de enaltecimento da importância do papel do cuidador (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012). Numa definição mais global do papel do cuidador, este é aquele que, pertencente ou não à família, recebendo ou não remuneração, se propõe a cuidar ou auxiliar na prática das atividades diárias como a alimentação, a higiene pessoal, a toma da medicação, as deslocações, não sendo necessariamente este apoio dotado de assiduidade e/ou direcionado a limitações acentuadas por parte da pessoa alvo de cuidados (Ministério da Saúde do Brasil, 1999). Por cuidador entende-se, assim, aquele que assume a responsabilidade de cuidar daquele que possui uma pobre saúde mental e/ou que está incapacitado fisicamente ou cuja saúde está debilitada por doença ou idade avançada (Settineri, Rizzo, Liotta & Mento, 2014). Este cuidado pode ser prestado por alguém próximo física e afetivamente, como um parente, amigo, vizinho – cuidador informal - ou prestado por alguém remunerado por isso, um profissional – cuidador formal (Born, 2006).

1.1. O cuidador formal e o ato de cuidar

Como referido anteriormente, o cuidador formal é aquele que se dedica profissionalmente à prestação de cuidados. As funções desempenhadas pelo cuidador relativamente à pessoa alvo de cuidados passam pelo cuidar; promover o seu bem-estar; cuidar da sua alimentação; cuidar da sua saúde; cuidar do ambiente institucional e/ou domiciliar; incentivar a cultura e a educação; acompanhar em passeios, viagens e/ou férias (Born, 2006).

Embora denominados de cuidadores formais, em Portugal, muitos dos cuidadores que desempenham funções em lares de idosos são pessoas com baixa escolaridade e pouca formação especializada (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011).

A profissão de cuidador formal é já referida na literatura como sendo caracteristicamente exigente (Barbosa et al. 2011; Born, 2006; Cocco, 2010; Miguel et al. 2007) e com elevado risco de *burnout*¹ (Cocco, 2010; Monteiro, Queirós & Marques, 2014; Song & Oh, 2015). As funções do cuidador, das mais simples às mais complexas, podem tornar-se numa fonte de stress para o cuidador, dependendo, das características do cuidador, de fatores socioculturais e das necessidades do alvo de cuidados (Cardoso et al. 2012).

Entre as tarefas diárias, os cuidadores sentem-se como responsáveis pelo providenciar de um apoio emocional, através de uma relação social estabelecida, no âmbito de auxiliar o utente a ultrapassar as dificuldades impostas pela situação por que passa (Brum, Tocantins & Silva, 2005; Vedel, Ghadi, Routelous, Aegerter & Guirimand, 2014) sendo notória uma abordagem global relativamente às suas responsabilidades como cuidadores, visando a importância da sua atuação ao nível do alívio físico e psicológico dos utentes. Existem também, referências à identificação do cuidador com o utente, neste sentido, o cuidador revê-se no utente num futuro, vendo nele próprio, a possibilidade de institucionalização na velhice (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009).

Duas das dificuldades reportadas pelos cuidadores são a falta de tempo, associada à escassez de recursos humanos, e à necessidade de cumprimento de horários. Estas são consideradas pelos cuidadores como sendo dificultadoras do desempenho das funções que lhes competem (Miguel et al. 2007; Ribeiro et al. 2009; Barbosa et al. 2011; Colomé et al. 2011). Muitas vezes, a falta de tempo é referida perante as dificuldades impostas por esta no estabelecimento relacional com o utente que, como referido anteriormente, é uma componente considerada como muito importante pelos cuidadores (Vedel et al. 2014). Os cuidadores afirmam não conseguir dar a devida atenção que determinado utente necessitaria

¹ Definição de *burnout* no tópico que se segue

devido ao excesso de trabalho, sendo esta dificuldade relatada como prejudicial tanto para o cuidador como para o idoso (Colomé et al. 2011). São também reportadas dificuldades ao nível do estabelecimento da relação com os utentes devidas a problemas comunicacionais por parte do idoso (Ribeiro et al. 2009; Barbosa et al. 2011). Existem relatos a entraves ao bem-estar do cuidador devido à elevada exigência de esforço físico que muitas vezes resulta em lesões e problemas de saúde física, sendo também referida a falha na distribuição de tarefas bem definidas (Barbosa et al. 2011; Colomé et al. 2011). Devido às dificuldades mencionadas anteriormente (entre outras) uma acrescida limitação física e/ou psicológica por parte do alvo de cuidados, culminando num maior comprometimento funcional e/ou a incidência de não cooperação por parte do idoso (Miguel et al. 2007), são frequentemente, fomentadores de elevados níveis de stress e insatisfação no trabalho (Pinto, Barbosa, Ferreti, Souza, Farm & Belasco, 2009).

Outra das dificuldades no desempenho da profissão reportada pelos cuidadores é a falta de formação, principalmente no que toca a patologias específicas ou casos que necessitem de maior atenção culminando em sentimentos de incerteza relativamente à qualidade dos cuidados prestados pelos próprios cuidadores (Barbosa et al., 2011; Colomé et al., 2011).

Por fim, os cuidadores formais reportam, também, um aumento de stress relativamente a medidas tomadas pela instituição ao nível do seu funcionamento e política de recursos humanos (Cocco, 2010) bem como dificuldades no relacionamento com os familiares dos utentes, quando estes não se mostram colaborantes ou com disponibilidade para o estabelecimento de uma relação (Barbosa et al., 2011).

2. O *Burnout*

O uso do termo *Burnout* começou a ser mais frequente por volta dos anos 70 nos Estados Unidos, muito direcionado aos trabalhadores dos serviços humanos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Foi em 1974 que Herbert Freudenberger, a quem geralmente se associa a criação da síndrome de *burnout*, começou a observar que os voluntários, seus colegas numa clínica para toxicodependentes, experienciavam uma gradual perda de energia, motivação e compromisso no e para com o trabalho levando à manifestação de sintomas tanto físicos como psicológicos. A este estado de exaustão, Herbert Freudenberger denominou de *burnout* (Freudenberger, 1974). Foi em 1976 que Christina Maslach, em paralelo, enquanto desenvolvia a sua pesquisa acerca das estratégias utilizadas pelos trabalhadores dos serviços humanos, optou pelo uso do termo *burnout* no sentido de descrever o processo de exaustão gradual, desapego emocional e perda de compromisso no e para com o trabalho (Maslach, 1976). Como pode ser observado, o estudo do *burnout*, surge pela marcada emergência deste problema existente já na sociedade antes de ter sido alvo de estudo (Maslach, 2003).

Embora existam inúmeras definições e conceptualizações do conceito, a mais largamente aceite é a de *Burnout* como sendo uma síndrome psicológica em resposta a stressores interpessoais e crónicos no trabalho. Esta definição engloba três dimensões principais que o constituem: a dimensão referente à exaustão exacerbada; a dimensão referente aos sentimentos de afastamento e desapego relativamente ao trabalho (despersonalização); e, por fim, a dimensão referente ao sentimento de falta de realização pessoal e ineficiência (Maslach et al. 2001).

A componente referente à exaustão constitui a dimensão do stress no *Burnout*. Esta dimensão faz alusão às elevadas exigências emocionais, frequentes no contexto dos serviços humanos, que podem comprometer a capacidade de envolvimento do sujeito no trabalho e de

dar resposta às necessidades dos utentes (Maslach et al. 2001). A componente referente à despersonalização representa o contexto interpessoal do *burnout*, fazendo alusão a uma resposta insensível e de desapego extremo em relação ao trabalho e às pessoas com quem a pessoa trabalha (Maslach et al. 2001). Esta componente parece intimamente relacionada com a anterior pois este distanciamento ou desapego pode dever-se à excessiva exaustão emocional (Maslach, 1981). Por fim, a falta de realização pessoal representa a dimensão do *Burnout* alusiva a sentimentos de incompetência e falta de concretização relativamente ao trabalho desempenhado (Maslach et al., 2001). Assim, as três dimensões que o constituem estão relacionadas com variáveis do trabalho de diferentes maneiras. A exaustão e a despersonalização estão mais intimamente relacionadas com o excesso de trabalho e com o conflito social enquanto a falta de realização pessoal está mais relacionada com a falta de recursos para a concretização do trabalho propriamente dito (Maslach, 2003).

Embora com diferentes focos, todas as conceptualizações deste conceito, têm ideias comuns: a predominância da exaustão emocional e dos sintomas de disforia; um foco marcado nos sintomas psicológicos e comportamentais, havendo também, embora em menor escala, referência a sintomas físicos; a relação da síndrome com o trabalho; a presença dos sintomas em indivíduos sem outras perturbações; e, por fim, atitudes e comportamentos negativos que resultam na redução da eficiência e num fraco desempenho no trabalho (Schaufeli & Buunk, 2003).

Relativamente à área da prestação de cuidados, o conceito de *burnout* é bastante recorrente principalmente o *burnout* mais direcionado para as exigências emocionais resultantes das relações interpessoais. Aos profissionais de saúde é, geralmente, requerido que dispensem uma grande parte do seu tempo com outras pessoas. A maior parte das vezes, a interação do profissional com o utente centra-se nos problemas deste, sejam estes de ordem psicológica, social ou física levando a que esta interação, muitas vezes, se mostre carregada

de sentimentos como a raiva, a vergonha, o medo ou até o desespero (Maslach & Jackson, 1981). A ocorrência frequente do *burnout* em pessoas que trabalham ao serviço de outras (Maslach, 1981) indica que os cuidadores formais, no constante contacto com pessoas doentes e eventualmente com a morte destas (Cocco, 2010), se encontram predispostos ao sofrimento desta esta síndrome (Evers, Tomic & Brouwers,2001).

Existem algumas variáveis que têm vindo a ser relacionadas positivamente com esta síndrome tais como as de elevada quantidade de horas de trabalho por semana; a frequente interação com o utente; a elevada quantidade de utentes; o lidar com utentes que sofrem de problemas mais graves; a falta de suporte social principalmente no que diz respeito à relação com os supervisores (Evers et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003); e até atitudes agressivas por parte dos idosos (Schaufeli & Enzmann, 1998).

O *burnout* manifesta-se de diversas formas: ao nível da cognição, o *burnout*, pode manifestar-se na perda de capacidades como a memória e a atenção, e num pensamento mais rígido, esquemático e desarticulado (Armstrong, 1979; Schaufeli & Buunk, 2003). Quanto às manifestações físicas, existem dados que indicam que pessoas que sofrem de *burnout* têm o batimento cardíaco (em repouso) superior; têm níveis altos de cortisol após o acordar (Vente, Olf, Van Amsterdam, Kamphuis & Emmelkamp, 2003) e ao longo do dia de trabalho (Melamed, 1999); são também descritos sintomas como a hiperventilação (normalmente associada à ansiedade); cansaço crónico (Armstrong, 1979; Schaufeli & Enzmann,1998); e insónias (Armstrong, 1979; Maslach & Jackson, 1981). Por fim, são relatadas também manifestações como dores de cabeça; enjoos; e dores musculares (Armstrong, 1979). No âmbito emocional, o *burnout* manifesta-se essencialmente pelo humor deprimido, mas também por uma marcada irritabilidade; ansiedade; sentimentos de culpa; melancolia e desespero (Armstrong, 1979; Kahill, 1988; Schaufeli & Enzmann,1998; Schaufeli & Buunk, 2003). Ao nível comportamental, são observados comportamentos carregados de hostilidade;

isolamento; falta de assiduidade e outros que se relacionam com um mau desempenho no trabalho; demissão do trabalho; e consumo de substâncias psicoativas (Kahill, 1988; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003).

Tradicionalmente, mais aplicado ao cuidador informal, para descrever efeitos negativos provocados pela prestação de cuidados, encontra-se o termo sobrecarga. Assim, no inglês *burnout* (sem tradução para o português) caracteriza, por norma, o sofrimento característico do cuidador formal, explicado acima, e *burden* (sobrecarga, no português) é, tradicionalmente, aplicado para o cuidador informal.

3. A Sobrecarga

O cuidado que é prestado do mais simples ao mais complexo pode resultar na sobrecarga do cuidador. A sobrecarga é um fenômeno multivariado que envolve diversos fatores provenientes tanto do cuidador como do alvo de cuidados (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). As limitações funcionais do idoso, são vistas como não afetando exclusivamente a qualidade de vida deste, mas também, a do cuidador que, frequentemente, passa por situações de elevada sobrecarga física, psicológica e emocional (Zarit et al. 1983). Assim, as características do cuidador; a necessidade do utente; as condições existentes; os fatores socioculturais; os cuidados a prestar (Cardoso et al. 2012); entre outras variáveis podem ser determinantes da sobrecarga a que o cuidador está sujeito.

Frequentemente estão contempladas, na literatura, duas componentes da sobrecarga: a componente objetiva e a componente subjetiva.

A componente objetiva da sobrecarga é resultado direto da necessidade de cuidados e da sua natureza (Sequeira, 2010). Esta componente caracteriza aspetos da sobrecarga, como a manutenção rotineira da casa (que se torna muito mais exigente para o cuidador); pela interferência na disponibilidade para manter relações familiares e sociais; pela dificuldade em

disfrutar de tempos livres e capacidade de investimento na carreira; pela deterioração financeira; mas também pelo comportamento alterado do utente, muitas vezes perturbador (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990). Assim, os aspetos considerados como relacionados a uma sobrecarga objetiva, são aqueles que são condições ou ações visíveis ou diretamente perceptíveis, sem ser necessária a avaliação destas pelo cuidador. Estes passam, desta forma, tanto pelos comportamentos do alvo de cuidados e por todas as alterações na comunicação deste, as dificuldades do controlo da própria vida diária e atitudes por vezes perigosas ou inadequadas, como também, pela resposta do cuidador a estas incapacidades aquando da prestação de cuidados (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995).

A componente subjetiva da sobrecarga está relacionada com a perceção pessoal do cuidador acerca das consequências do ato de cuidar (Sequeira, 2010). Representa as consequências psicológicas nos cuidadores (Schene, 1990). Assim, esta componente caracteriza aspetos como a saúde do cuidador, física e psicológica, desde sintomas psicossomáticos, a irritabilidade, tensão, depressão; stress subjetivo incluindo sentimentos e emoções negativas como a culpa, a dúvida, ambivalência, ódio, zanga, entre outros e, acima de tudo, a que nível o próprio cuidador sente que sofre de sobrecarga (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990). Em alternativa às respostas comportamentais exigidas pelo cargo de cuidador, esta componente da sobrecarga, faz alusão às respostas internas, cognitivas, às atitudes e emoções impostas por este cargo (Aneshensel et al. 1995).

A sobrecarga pode influenciar de forma negativa tanto o cuidador como o utente e a família deste (Cardoso et al. 2012). A sobrecarga, envolve o confronto com mudanças no estado de saúde da pessoa alvo de cuidados e a limitação de recursos para travar essas mudanças por parte do cuidador, manifestando-se em stress, medo e ansiedade (Martins, Ribeiro, & Garret, 2003; Maronesi, Silva, Cantu, & Santos, 2014). Assim, existe uma afeção ao nível físico, emocional e social, (Martins et al. 2003) causada por exigências, relacionadas

com a prática profissional, de uma grande intensidade resultando num desgaste superior ao comum (Maronesi et al. 2014).

Existe, desta forma, uma associação entre a vivência da sobrecarga e a deterioração da qualidade de vida do cuidador pelo que se torna importante uma atenção prestada às consequências negativas da prestação de cuidados de forma a permitir o desenvolvimento e aplicação de estratégias preventivas (Sequeira, 2010).

4. Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC) – introdução à base teórica

Tendo já sido apresentado o conceito de *burnout* e visada a sua variabilidade e construção permanente, é da maior relevância uma breve alusão à conceptualização feita pelo projeto PUMA (*Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*). Em 1997 nasceu o projeto PUMA pela união que representava os trabalhadores dos serviços humanos. O objetivo da investigação, foi o estudo da prevalência e a distribuição do *burnout*, as causas e consequências deste, e possíveis intervenções para reduzi-lo, se necessário (Borritz et al. 2006). Nesta investigação, aquando a procura de um instrumento de avaliação do burnout, os investigadores depararam-se com o Maslach Burnout Inventory (MBI) (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005; Borritz et al. 2006). Este projeto apontou, no entanto, diversas limitações ao instrumento, o que os levou à criação do Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC) (Kristensen et al., 2005). Essas limitações passaram pelo número de questões, a exclusividade de utilização em profissionais que trabalhassem com clientes e por considerarem que a componente despersonalização, da conceptualização do *burnout* de Maslach, se tratava de uma estratégia de *coping* e que a componente falta de realização pessoal se tratava de uma consequência. Por fim, o facto de o instrumento considerar o

burnout como sendo respeitante apenas a pessoas que trabalhassem para pessoas (Borritz et al. 2006).

O Inventário de Burnout de Copenhagen foca-se na exaustão e distingue três tipos desta: *Burnout Pessoal*; *Burnout Relacionado com o Trabalho* e *Burnout Relacionado com o Utente* (Borritz et al. 2006). A dimensão do *Burnout Pessoal* é composta por perguntas às quais qualquer pessoa possa responder. Com esta dimensão, pretende-se que resultados de pessoas com diferentes cargos, postos, idades ou outras variáveis, possam ser comparados. Pretendendo, esta dimensão, responder única e exclusivamente à pergunta: *quão cansado se sente/está?* e, desta forma, observar o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão experienciada pela pessoa (Kristensen, 2005; Fonte, 2011). Faz, desta forma, referência aos sintomas de exaustão física ou mental que não estão, necessariamente, relacionados com qualquer situação laboral específica (Fonte, 2011). A dimensão do *Burnout Relacionado com o Trabalho* é composta por perguntas que assumem que a pessoa realizou algum trabalho. Esta dimensão procura, assim, observar o grau de fadiga física e psicológica, e exaustão, que são percebidas pela pessoa como estando relacionadas com o seu trabalho. É importante ter em consideração que a única atribuição causal que pode ser tirada a partir deste instrumento é a que o próprio respondente faz da sua fadiga e do seu trabalho (Kristensen et al., 2005; Fonte, 2011). Por fim, a dimensão direcionada ao *Burnout Relacionado com o Utente*. Esta dimensão destina-se a observar o grau de fadiga física e psicológica e exaustão que é percebida como relacionada ao trabalho com utentes. A palavra utentes aqui pode variar consoante o contexto da aplicação, podendo neste caso ser usado pacientes, clientes, entre outros (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005; Fonte, 2011).

5. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) - introdução à base teórica

Aquando a sua criação, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Zarit et al. 1980) continha 29 itens. Estes itens foram selecionados com base na experiência clínica do autor com cuidadores e em estudos anteriores. No seu conjunto procuraram cobrir as áreas problemáticas mais mencionadas pelos cuidadores. Abrangendo, desta forma, a saúde dos cuidadores; o bem-estar psicológico; questões financeiras; vida social; e relação entre o cuidador e o alvo de cuidados (Zarit, Karen, Reever & Bach-Peterson, 1980; Sequeira, 2010) permitindo a avaliação tanto da sobrecarga objetiva como da subjetiva. (Sequeira, 2010).

Atualmente, esta escala de autorrelato, é dotada de apenas 22 itens e avalia a sobrecarga associada a deficiências funcionais e alterações de comportamento e à situação de prestação de cuidado informal (Vitaliano, Young & Russo, 1991).

Sequeira (2010) apresentou uma divisão fatorial da escala em quatro fatores: O *Impacto da Prestação de Cuidados* é um dos quatro fatores e é constituído pelos itens referentes à prestação de cuidados diretos. *Relação Interpessoal* é outro dos fatores e faz referência à sobrecarga proveniente das relações interpessoais estabelecida, procurando avaliar o impacto interpessoal resultante da prestação de cuidados. As *Expectativas com o Cuidar* constituem outro fator desta escala centrando-se principalmente nos medos e receios. Por fim, a *Perceção de Autoeficácia* contém itens que visam conhecer a perceção do cuidador acerca do seu próprio desempenho (Sequeira, 2010).

Ao nível da sua utilização prática, a ESC pode demonstrar-se útil quer ao nível da prática clínica seja como instrumento de diagnóstico seja na avaliação de programas de intervenção, como para fins de investigação permitindo avaliar os efeitos negativos da prestação de cuidados em determinada população e até fazer comparações internacionais

(sendo um instrumento utilizado em diversos países no âmbito de programas de intervenção junto de cuidadores) (Sequeira, 2010).

6. Objetivos da investigação

A presente investigação está dividida em dois estudos são, assim, apresentados os objetivos correspondentes a cada um destes:

Estudo 1

O Estudo 1 tem como objetivo geral a compreensão do funcionamento das escalas – IBC e ESC – bem como a avaliação do *burnout* e da sobrecarga percebidos pela amostra analisada. Relativamente aos objetivos específicos, o Estudo 1 procura:

- Observar as propriedades psicométricas do IBC e da ESC (procedendo a uma análise da fiabilidade destes instrumentos e de uma análise da validade dos itens constituintes dos mesmos);
- Analisar como as dimensões do IBC e os fatores da ESC se correlacionam;
- Analisar descritivamente os resultados da população nas escalas.

Estudo 2

O Estudo 2 tem como objetivo geral uma melhor compreensão da vivência do cuidador formal de idosos. Relativamente aos objetivos específicos o estudo 2 procura:

- Conhecer a formação do cuidador formal, mas principalmente, como este a percebe e considera;
- Conhecer as tarefas que o cuidador formal de idosos desempenha e como este lida com estas, as preferências, as dificuldades e as facilidades;

- Conhecer a percepção da qualidade do ambiente laboral e a importância deste para o cuidador;
- Conhecer a percepção da qualidade da relação do cuidador com o utente e com a família deste;
- Observar a experiência de burnout e sobrecarga

CAPITULO 2 – METODOLOGIA

Neste capítulo, é descrita toda a metodologia utilizada na presente investigação. Assim é descrito o desenho da investigação; a amostra utilizada nos presentes estudos; os instrumentos utilizados na recolha de dados e, por fim, os procedimentos.

1. Desenho da investigação

A presente investigação é de cariz exploratório e descritivo. Esta, baseia-se num combinado de dois estudos sendo um baseado numa abordagem metodológica quantitativa (Estudo 1) e outro numa abordagem metodológica qualitativa (Estudo 2).

Estudo 1

A componente quantitativa da presente investigação apoiou-se num questionário sócio demográfico e no conjunto de dois instrumentos de autorrelato como métodos de recolha de dados: a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e o Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC).

Estudo 2

Na recolha de dados qualitativos procedeu-se à construção e aplicação de uma entrevista semiestruturada com busca a informação mais aprofundada acerca da vivência da profissão com especial interesse nas questões relacionadas com a sobrecarga e o *burnout* sentidos pelos cuidadores formais.

Os dois estudos, com abordagens distintas, podem, assim, mostrar-se como paralelos no que toca à temática e complementares no que toca à riqueza da informação.

1. A amostra

A amostragem é não probabilística, sendo intencional por conveniência. A recolha foi feita usando como critérios de inclusão a profissão, sendo o desempenho de funções de cuidador formal de idosos condição necessária.

Estudo 1

A amostra dos dados quantitativos foi recolhida no presente e em três outros estudos. Estão, na Tabela 1, descritas duas amostras referentes ao Estudo 1. A amostra deste estudo divide-se pelos participantes que responderam ao IBC e à ESC (colunas IBC na Tabela 1) e pelos participantes que responderam à ESC, mas não ao IBC (colunas ESC na Tabela 1).

Tabela 1. *Amostra do Estudo 1*

		IBC ^a	ESC ^b	IBC ^a	ESC ^b	IBC ^a	ESC ^b	Amplitude			
		N (%)		Média		Desvio-Padrão		Min	Max	Min	Max
N		139	117								
		(100)	(100)								
Idade	-	-	-	41.88	41.50	11.108	11.313	22	66	22	66
Sexo	Feminino	92	73	-	-	-	-	-	-	-	-
		(66.2)	(62.4)								
Sexo	Masculino	47	44	-	-	-	-	-	-	-	-
		(33.8)	(37.6)								
Estado Civil	Solteiro	51	46	-	-	-	-	-	-	-	-
		(36.7)	(39.3)								
	Casado	51	41	-	-	-	-	-	-	-	-
		(36.7)	(35.0)								
	Divorciado	17	11	-	-	-	-	-	-	-	-
		(12.2)	(9.4)								
Estado Civil	Viúvo	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
		(1.4)	(1.7)								
	União de Facto	18	17	-	-	-	-	-	-	-	-
	(12.9)	(14.5)									
Área de Residência	Urbano	129	108	-	-	-	-	-	-	-	-
		(92.8)	(92.3)								
Área de Residência	Rural	8	7	-	-	-	-	-	-	-	-
		(5.8)	(6)								
Filiação	Não	44	42	-	-	-	-	-	-	-	-
		(31.7)	(35.9)								
	Sim, 1	38	31	-	-	-	-	-	-	-	-
		(27.3)	(26.5)								
	Sim, 2	40	30	-	-	-	-	-	-	-	-
	(28.8)	(25.6)									
Filiação	Sim, 3 ou mais	17	14	-	-	-	-	-	-	-	-
		(12.2)	(12.0)								

		IBC ^a	ESC ^b	IBC ^a	ESC ^b	IBC ^a	ESC ^b	IBC ^a	ESC ^b		
		N (%)		Média		Desvio-Padrão		Amplitude			
								Min	Max	Min	Max
N		139	117								
		(100)	(100)								
Outros Dependentes	Não	130	108	-	-	-	-	-	-	-	-
		(93.5)	(92.3)								
	Sim, 1	6	6 (5.1)	-	-	-	-	-	-	-	-
		(4.3)									
	Sim, 2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
		(1.4)	(1.7)								
Escolaridade	1º - 4º ano	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-
		(5.0)	(3.4)								
	5º - 6º ano	16	11	-	-	-	-	-	-	-	-
		(11.5)	(9.4)								
	7º - 9º ano	28	22	-	-	-	-	-	-	-	-
		(20.1)	(18.8)								
	10º - 12º ano	27	23	-	-	-	-	-	-	-	-
		(19.4)	(19.7)								
	Ensino Superior	61	57	-	-	-	-	-	-	-	-
		(43.9)	(48.7)								
Categoria Profissional	Técnico	60	56	-	-	-	-	-	-	-	-
		(43.2)	(47.9)								
	Auxiliar de Ação Direta	71	53	-	-	-	-	-	-	-	-
		(51.1)	(45.3)								
	Outro	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-
		(5.0)	(6.0)								
Anos de Serviço na Instituição	-	-	-	8	8.49	8.43	8.67	0	34	0	34
Horas semanais	-	-	-	38.7	39.34	7.973	8.258	4	64	4	64
Trabalho por turnos	Sim	64	58	-	-	-	-	-	-	-	-
		(46)	(51.3)								
	Não	71	55	-	-	-	-	-	-	-	-
		(51.1)	(47.0)								
Faltas ao serviço no último ano	Nunca/raramente	104	85	-	-	-	-	-	-	-	-
		(74.8)	(61.2)								
	Algumas vezes	25	23	-	-	-	-	-	-	-	-
		(18)	(16.5)								
	Bastantes vezes	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-
		(2.9)	(2.2)								
Se pudesse mudaria de profissão	Sim	31	24	-	-	-	-	-	-	-	-
		(22.3)	(20.5)								
	Não	102	88	-	-	-	-	-	-	-	-
		(73.4)	(75.2)								

Nota: A população referente ao estudo feito da Escala de Sobrecarga do Cuidador é constituída por um subgrupo da população referente ao estudo feito do Inventário de *Burnout* de Copenhagen.

^a Coluna referente à descrição da amostra que respondeu ao Inventário de *Burnout* de Copenhagen. ^b Coluna referente à descrição da amostra que respondeu à Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Estudo 2

Os dados qualitativos (Tabela 2) foram recolhidos na presente e numa segunda investigação em curso também no âmbito da realização da dissertação de mestrado (sendo, também esta, parte integrante das amostras descritas anteriormente).

Tabela 2. Amostra do estudo 2

		N (%)	Média	Desvio-Padrão	Amplitude	
					Min	Max
N	-	20 (100)	-	-	-	-
Idade	-	-	43.15	12.563	23	65
Sexo	Feminino	18 (90)	-	-	-	-
	Masculino	2 (10)	-	-	-	-
-Estado Civil	Solteiro	11 (55)	-	-	-	-
	Casado	5 (25)	-	-	-	-
	Divorciado	1 (5)	-	-	-	-
	Viúvo	-	-	-	-	-
	União de Facto	3 (15)	-	-	-	-
Área de Residência	Urbano	19 (95)	-	-	-	-
	Rural	1 (5)	-	-	-	-
Filiação	Não	9 (45)	-	-	-	-
	Sim, 1	4 (20)	-	-	-	-
	Sim, 2	4 (20)	-	-	-	-
	Sim, 3 ou mais	3 (15)	-	-	-	-
Outros Dependentes	Não	17 (85)	-	-	-	-
	Sim, 1	2 (10)	-	-	-	-
	Sim, 2	1 (5)	-	-	-	-
Escolaridade	1º - 4º ano	1 (5)	-	-	-	-
	5º - 6º ano	2 (10)	-	-	-	-
	7º - 9º ano	7 (35)	-	-	-	-
	10º - 12º ano	2 (10)	-	-	-	-
	Ensino Superior	8 (40)	-	-	-	-
Categoria Profissional	Técnico	8 (40)	-	-	-	-
	Auxiliar de Ação Direta	9 (45)	-	-	-	-
	Outro	3 (15)	-	-	-	-
Anos de Serviço na Instituição	-	-	8.67	9.127	0	29
Horas semanais	-	-	35.47	8.016	4	40
Trabalho por turnos	Sim	3 (15)	-	-	-	-
	Não	17 (85)	-	-	-	-
Faltas ao serviço no último ano	Nunca/raramente	17 (85)	-	-	-	-
	Algumas vezes	2 (15)	-	-	-	-

		N (%)	Média	Desvio-Padrão	Amplitude	
					Min	Max
N	-	20 (100)	-	-	-	-
	Bastantes vezes	1 (5)	-	-	-	-
Se pudesse mudar de profissão	Sim	3 (15)	-	-	-	-
	Não	17 (85)	-	-	-	-

Como pode ser observado nas Tabelas 1 e 2 o gênero feminino é o mais predominante em todas as amostras constituindo 66.2% da população que concretizou o IBC; 62.4% da população que concretizou a ESC; e 90% da população que concretizou a entrevista. A média das idades varia, nestas três populações, entre os 41.50 anos 43.15 anos, tendo, o sujeito mais novo tem 22 anos e o mais velho 66 anos. Relativamente ao Estado Civil, na população respondente ao IBC é observada uma percentagem igual para a classe de solteiros e casados (36.7%) seguindo-se, numa ordem decrescente, dos sujeitos que vivem em união de facto, dos divorciados e apenas 1.4% são viúvos. Na população de sujeitos respondentes ao ESC, 39.3% dos sujeitos são solteiros, não diferindo muito, mais uma vez, dos que são casados 35% seguindo-se, também, pelos sujeitos que vivem em União de facto e pelos que são divorciados culminando com a minoria de 1.7% de viúvos. Na população que realizou a entrevista, a maioria dos sujeitos é solteiro seguindo-se dos casados e dos os que vivem em união de facto. Relativamente à área de residência uma grande maioria das três amostras vive no meio urbano. Ao nível da filiação, o mais frequente, nas três amostras são os sujeitos que não têm filhos, representando 31.7% na população respondente ao IBC, 35.9% na população referente ao estudo com o ESC e, 45% para a amostra dos sujeitos que realizaram a entrevista. Quanto aos que têm filhos, os números não divergem muito dos que têm um ou dois filhos, sendo os sujeitos que têm três ou mais, os menos frequentes nas três populações. Nas três amostras os sujeitos que têm outros dependentes são uma minoria. Já no que se refere à escolaridade, os sujeitos que frequentaram o ensino superior constituem uma maioria, seguindo-se dos que frequentaram entre o 10º e o 12ºano/7º e o 9ºano culminando nas

minorias de quem apenas frequentou entre o 1º e o 4º ano letivo ou 5º e 6º. Quanto aos anos de serviço na instituição a média das três escalas varia entre 8 anos a 8.67anos sendo o mínimo de 0 anos e o máximo de 34 anos. Relativamente às horas semanais de trabalho, a média, nas três populações, varia entre 35.47 a 39.34. Relativamente à assiduidade os sujeitos mostraram, na sua maioria, serem assíduos. Por fim, apenas uma minoria de sujeitos assumiu mudar de profissão se pudesse.

2. Instrumentos de recolha de dados

Foram utilizados quatro instrumentos ao longo deste estudo. Os primeiros três: Questionário Sociodemográfico; Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC) – foram utilizados com vista a obter os dados quantitativos do presente estudo. O quarto, um Guião de Entrevista Semiestruturada – que permitiu a obtenção dos dados qualitativos utilizados no presente estudo.

2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado (Anexo I) teve como objetivo a recolha de informação que caracterizasse a amostra. As informações recolhidas foram o género; a idade; a escolaridade; o estado civil; a filiação e a existência de dependentes; contexto residencial; a prática ou não de turnos no trabalho; o tempo de serviço na instituição; a quantidade de horas de trabalho por semana; qual a profissão específica na área da prestação de cuidados; a prática ou não de uma outra profissão; a assiduidade no trabalho e, por fim, se mudaria de profissão perante a possibilidade de tal.

2.2. Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)

O IBC (Kristensen & Borritz, 2004; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) (Anexo II) é constituído por 19 perguntas sob a forma de escala de Likert de cinco

pontos. As respostas distribuem-se de Imenso/Sempre a Nunca/Quase ou Nunca/Muito pouco.

Como referido acima, este instrumento baseia-se numa conceptualização do *burnout* definido através de três categorias distintas: *Burnout Pessoal*; *Burnout Relacionado com o Trabalho*; e *Burnout Relacionado com o Utente*. Esta escala é assim originalmente dividida nestas três dimensões. A avaliação do *Burnout Pessoal*, é realizada por intermédio de seis itens da escala aos quais a resposta pode variar entre cinco possibilidades que se distribuem entre o zero (nunca/quase nunca) e o 100 (sempre). As outras duas dimensões, o *Burnout Relacionado com o Trabalho* (sete itens da escala) e o *Burnout Relacionado com o Utente* (seis itens da escala) contêm respostas que variam entre o zero (muito pouco) e o 100 (muito) e respostas que variam entre o zero (nunca /quase nunca) e o 100 (sempre) com a exceção do último item da dimensão *Burnout Relacionado com o Trabalho* que é invertido, assim, 100 (nunca/quase nunca) e o zero (sempre).

Os resultados finais são obtidos através da média das respostas dadas aos itens. Na resposta ao IBC é considerado que um sujeito esteja sujeito a um elevado nível de *burnout* numa determinada dimensão quando obtém um resultado igual ou superior a 50 na escala correspondente (Borritz & Kristensen, 2004).

Num primeiro estudo, os autores do IBC (Borritz & Kristensen, 2004) encontraram resultados encorajadores relativamente às propriedades psicométricas do instrumento, obtendo uma alta fiabilidade interna: *alfa de Cronbach* 0.87 para as dimensões de *Burnout Pessoal* e de *Burnout Relacionado com o Trabalho* e de 0.85 para a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente* (Borritz & Kristensen, 2004; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).

Na adaptação e validação do instrumento para o português (Fonte, 2011), numa amostra de 228 participantes, foram obtidos resultados que confirmaram uma boa consistência interna: *alfa de Cronbach* 0.845 para a dimensão de *Burnout Pessoal*; de 0.829 para o *Burnout Relacionado com o Trabalho* e de 0.796 para a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente*.

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

A ESC (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) (Anexo III) é composta por 22 itens com respostas dispostas numa escala de Likert que se distribuem entre 1 (nunca) a 5 (quase sempre), variando o resultado bruto final entre o mínimo de 22 e o máximo de 110. Quanto mais elevado o resultado obtido maior a perceção de sobrecarga (tendo sido definidos como pontos de corte: inferior a 46, sem sobrecarga; entre 46 e 56, com sobrecarga ligeira e Superior a 56, com sobrecarga intensa) (Sequeira, 2010). Trata-se de um instrumento bem reconhecido de avaliação do impacto emocional, físico e social que recai sobre os cuidadores sendo utilizado por todo o mundo em diversos contextos desde clínicos a investigacionais (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014) contendo informações não só acerca da saúde, da vida social, do impacto da prestação de cuidados, da relação interpessoal, da situação financeira e situação emocional do cuidador como também da sua relação com o alvo de cuidados (Scazufca, 2002).

A ESC, tem vindo a demonstrar ser uma escala de elevada validade e consistência interna e relacionada com os seus diferentes fatores (Ferreira et al. 2010). Na validação do instrumento para a população Portuguesa, Sequeira (2010) observou uma boa consistência interna (com um *alfa de Cronbach* de .93) consistente com os estudos feitos anteriormente noutros países (e.g. Montorio (1998) em Espanha; Scazufca, (2002) no Brasil). Nesta validação, Sequeira (2010), à semelhança de outros estudos (e.g. Montorio, 1998), realizou uma análise fatorial que resultou na emergência de quatro fatores: O fator *Impacto da*

Prestação de Cuidados (11 itens) que reflete a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos como o impacto na saúde, a quantidade de cuidados, as mudanças nas relações interpessoais, a falta de tempo e o desgaste físico e mental; o fator *Relação Interpessoal* (cinco itens) que reflete o impacto da relação do cuidador com o alvo de cuidados, focando-se nas dificuldades impostas na manutenção desta; o fator *Expectativas com o Cuidar* (quatro itens) que reflete as expectativas do cuidador relativamente ao desempenho das suas funções tendo um especial foco nos medos, receios e disponibilidades. Por fim, o fator *Perceção de Autoeficácia* (dois itens) focado na perceção do cuidador relativamente ao seu próprio desempenho. Relativamente a estes fatores Sequeira (2010) obteve boas consistências internas, com *alfas de Cronbach* de .93 para *Impacto da Prestação de Cuidados*; de .83 para *Relação Interpessoal*; de .67 para *Expectativas com o Cuidar*; e, de .80. para *Perceção de Autoeficácia* (Sequeira, 2010).

No presente estudo foi utilizada uma versão adaptada à realidade do cuidador formal por (Gregório, 2015; Rodrigues, 2015).

2.4. Guião da Entrevista

O guião da entrevista (Anexo IV) utilizado no presente estudo foi desenhado pela presente investigadora e uma colega que faz investigação na mesma área de estudos. As duas investigadoras foram responsáveis, também, pela a realização da entrevista.

A entrevista foi desenhada para que fosse semiestruturada.

Os objetivos gerais da entrevista passam por conhecer a formação do cuidador formal, as tarefas que desempenha e o seu ambiente laboral, tal como observar a experiência de *burnout* e de sobrecarga.

Para o objetivo de conhecer a formação do cuidador formal, procurou-se, mais especificamente, conhecer a formação do cuidador na área de prestação de cuidados

geriátricos e compreender como é vista esta formação pelo próprio. Considerou-se que seria um tópico importante a abordar pelo aprofundamento do conhecimento da consideração do profissional pela própria formação, a sua utilidade, a necessidade de mais ou não, e de todos os aspetos que visem a perspetiva do profissional relativamente à sua preparação teórico-prática para a prática das tarefas profissionais.

Relativamente ao objetivo de conhecer as tarefas desempenhadas pelo cuidador, procurou-se conhecer a natureza das tarefas desempenhadas bem como a forma como o cuidador as vê. Esta componente da entrevista propunha a compreensão da perceção do desempenho das funções pelo cuidador não só numa perspetiva descritiva, mas também na busca compreender quais as facilidades. Assim, procurou-se perceber quais das tarefas desempenhadas eram mais ou menos apreciadas pelo cuidador e quais eram mais ou menos exigentes, e o porquê e quais as principais dificuldades do desempenho das tarefas e da profissão em geral. Considerou-se este tópico importante para que existisse, de forma detalhada, uma exploração da vida diária na instituição.

Relativamente ao objetivo de conhecer o ambiente laboral procurou-se compreender a natureza das relações entre colaboradores da instituição, bem como compreender como essas relações influenciam o envolvimento no trabalho. Mais precisamente, procurou-se que o cuidador expressasse qual a importância das relações laborais ao nível do envolvimento, satisfação e até na execução de tarefas. Considerou-se que esta era uma componente importante a explorar no âmbito de compreender, como poderia, por sua vez, relacionar-se a aspetos positivos ou negativos no bem-estar no trabalho.

Com o objetivo de conhecer a experiência de *burnout*, procurou-se, mais especificamente relatos de fadiga e exaustão física e psicológica experienciada no geral, em relação ao trabalho e em relação ao utente, passando assim pelas três dimensões do *burnout*

explicadas anteriormente. Aqui procurou-se descrições do cansaço, relações feitas deste em relação a determinados acontecimentos ou atividades.

Por fim, na componente da observação da sobrecarga percebida, procurou-se identificar fatores que levem à exaustão (sobrecarga objetiva e subjetiva), identificar o impacto da prestação de cuidados, observar o impacto da relação interpessoal, as expectativas com o cuidar e a percepção de autoeficácia.

3. Procedimento

Os cuidadores que aceitaram participar numa primeira fase do estudo, assinaram um documento de consentimento informado (Anexo V) onde estava também contemplada uma questão acerca da disponibilidade e interesse do sujeito em participar numa segunda fase do mesmo estudo. Após assinado o consentimento informado, foram entregues ao sujeito o Questionário Sociodemográfico; o IBC; e a ESC. Estes foram preenchidos pelos sujeitos no momento da entrega dos mesmos e, quando necessário (e.g. dificuldades de leitura por parte do sujeito), foi feito com o apoio da investigadora.

Os dados recolhidos nesta fase foram analisados estatisticamente com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão disponível à data.

Aos participantes, que anteriormente se mostraram disponíveis para entrevista, foi pedido que facultassem a sua disponibilidade para que esta fosse realizada. As entrevistas, foram realizadas após a obtenção de autorização pelo participante (através da assinatura de um segundo consentimento informado (Anexo VI)) e sujeitas a gravação áudio. As entrevistas foram transcritas e analisadas com o auxílio do software Nvivo, na versão disponível à data.

3.1. Análise de conteúdo das entrevistas:

No presente estudo, o processo de categorização foi iniciado com o estabelecimento de categorias gerais e determinação de critérios de inclusão destas. Estas categorias foram pré-definidas com base no guião da entrevista e literatura revista. Ao longo do processo de categorização foram criadas novas categorias gerais e, também, subcategorias mais elementares. Ambas foram criadas no âmbito de possibilitar a categorização de elementos que não se enquadrassem nas criadas *à priori*. As categorias gerais são categorias dotadas de um conteúdo mais abrangente. A estas categorias gerais subjazem subcategorias dotadas de critérios de classificação mais específicos. É relevante salientar que todas as categorias e subcategorias são dotadas de homogeneidade sendo a classificação feita com base em critérios de classificação que obedecem apenas a um princípio organizador; todas são pertinentes não existindo qualquer categoria que não procure informação pertinente no que diz respeito aos objetivos do presente estudo; todas são tão objetivas quanto possível sendo dotadas de critérios de inclusão precisos. Quanto à produtividade, numa análise posterior foi possível observar que nem todas as categorias representaram sumarizações úteis para a análise dos dados, no entanto, estas tratam-se de exceções. Por fim, é de salientar que as categorias não são dotadas de exclusividade sendo, algum material, classificado em simultâneo em categorias diferentes. No entanto, são de fácil reconhecimento os fatores que colocam determinado conteúdo numa ou noutra categoria. Ex.: «(...) *E depois eu estou a sofrer um bocado com a morte desta senhora.*» Esta verbalização encontra-se codificada em duas subcategorias da subcategoria de 1º grau 6.2. *Fatores que influenciam negativamente a satisfação no trabalho*. Tanto na categoria de 2º grau 6.2.1. *Sofrimento do Cuidador* «[...] *E depois eu estou a sofrer um bocado [...]*» como na categoria *Relacionado com a morte dos utentes* «[...] *com a morte desta senhora*». Neste exemplo, a mesma verbalização encontra-se

em ambas as categorias para que, na análise dos dados, não seja perdida a relação de causa-efeito latente no material (Morte da utente – Sofrimento do cuidador).

CAPÍTULO III - ANÁLISE DE RESULTADOS

1. Estudo 1

Nesta secção são apresentados os resultados referentes aos objetivos relativos às propriedades psicométricas das escalas IBC (Kristensen & Borritz, 2004; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) e ESC (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). É contemplada, inicialmente, uma análise de fiabilidade das escalas através da observação da sua consistência interna com base nos resultados decorrentes da recolha de dados do presente estudo. No âmbito de verificar a validade dos itens como pertencentes às escalas nas quais estão enquadrados na base teórica do instrumento (no caso do IBC) ou nos fatores (no caso da ESC) é apresentada uma análise de validade convergente-discriminante dos itens. No sentido de compreender em que medida as escalas se relacionam, é apresentada uma análise correlacional das duas escalas. Por fim são apresentados dados descritivos dos resultados da amostra na resposta às escalas.

1.1. Análise de fiabilidade das escalas e validade convergente-discriminante dos itens

A análise dos dados do IBC (ver Tabela 3) permitiu observar, que se trata de um instrumento com uma elevada consistência interna. Assim, a escala total mostrou uma elevada consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de .992. Quanto à dimensão de *Burnout Pessoal*, o *alfa de Cronbach* foi de .890; de .808 para a dimensão de *Burnout Relacionado com o Utente*; e, o mais baixo de .770 para a dimensão de *Burnout Relacionado com o Trabalho*.

No que diz respeito à relação dos itens com as escalas, mais especificamente, no que é referente às dimensões de *Burnout Pessoal* e de *Burnout Relacionado com o Utente*, todos os itens se correlacionam fortemente com estas. É de notar que o item «Tem energia suficiente

para a família e os amigos durante o tempo de lazer?» tem uma correlação negativa com a escala total. Como pode ser observado na Tabela 3, se este item fosse retirado o *alfa de Cronbach* da dimensão *Burnout Relacionado com o Trabalho* aumentaria para .841. e o da escala total para .934.

Tabela 3. Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna do IBC

ITENS	Média (<i>desvio-padrão</i>)	Correlação Item-Total	<i>Alfa de Cronbach</i> se item excluído
BURNOUT PESSOAL			
<i>Alfa de Cronbach</i> da escala			.890
2. Com que frequência se sente cansado(a)?	53.06 (22.006)	.667	.876
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	49.28 (20.839)	.761	.863
7. Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	45.86 (21.619)	.730	.867
9. Com que frequência pensa «Eu não aguento mais isto»?	27.16 (26.148)	.662	.880
10. Com que frequência se sente fatigado(a)?	48.02 (22.735)	.758	.862
11. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	29.86 (23.675)	.687	.874
BURNOUT RELACIONADO COM O UTENTE			
<i>Alfa de Cronbach</i> da escala			.811
15. Acha difícil trabalhar com idosos/doentes crónicos?	46.76 (27.226)	.552	.781
16. Acha frustrante trabalhar com idosos/doentes crónicos?	22.66 (24.430)	.555	.781
18. Trabalhar com idosos/doentes crónicos deixa o(a) sem energia?	32.91 (27.425)	.569	.777
1. Está cansado(a) de trabalhar com idosos/doentes crónicos	18.17 (24.228)	.626	.767
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com idosos/doentes crónicos?	37.95 (29.389)	.542	.784
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá trabalhar com idosos/doentes crónicos?	28.24 (29.616)	.572	.777
BURNOUT RELACIONADO COM O TRABALHO			
<i>Alfa de Cronbach</i> da escala			.770
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	65.11 (25.292)	.473	.745
17. Sente-se esgotado(a) por causa do seu trabalho?	46.94 (26.828)	.707	.694
14. O seu trabalho deixa-o frustrado(a)?	24.10 (25.254)	.510	.738
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	50.54 (28.467)	.609	.715
5. Sente-se exausto(a), de manhã, ao pensar em mais um dia de trabalho?	28.24 (26.036)	.576	.724
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	29.32 (25.877)	.693	.699
12. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	46.22 (29.011)	-.006	.841
ESCALA TOTAL			
<i>Alfa de Cronbach</i> da escala			.922

Na Tabela 4 podemos observar as correlações dos itens com as diferentes escalas. A análise desta tabela permite a observação da medida em que os itens se correlacionam com as escalas a que pertencem e com as outras a que, teoricamente, estão menos correlacionadas.

Tabela 4. *Validade convergente-discriminante dos itens do IBC*

	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> Relacionado com o Trabalho	<i>Burnout</i> Relacionado com o Utente
2. Com que frequência se sente cansado?	,735**	,508**	,365**
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	,769**	,582**	,408**
7. Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	,786**	,602**	,482**
9. Com que frequência pensa «Eu não aguento mais isto»?	,729**	,613**	,599**
10. Com que frequência se sente fatigado(a)?	,787**	,610**	,448**
11. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	,768**	,516**	,533**
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	,530**	,628**	,474**
17. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	,736**	,782**	,525**
14. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	,346**	,611**	,518**
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	,611**	,698**	,483**
5. Sente-se exausto(a), de manhã, ao pensar em mais um dia de trabalho?	,524**	,671**	,537**
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	,558**	,738**	,615**
11. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	-,079	,259**	-,018
15. Acha difícil trabalhar com idosos/doentes crónicos?	,476**	,509**	,703**
16. Acha frustrante trabalhar com idosos/doentes crónicos?	,292**	,387**	,671**
18. Trabalhar com idosos/doentes crónicos deixa-o(a) sem energia?	,492**	,566**	,716**
1. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com idosos/doentes crónicos?	,409**	,357**	,727**
19. Está cansado(a) de trabalhar com idosos/doentes crónicos?	,330**	,523**	,665**
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com idosos/doentes crónicos?	,458**	,505**	,716**

Nota. ** $p < 0.01$

Relativamente ao IBC, pode ser observado que todos os itens, à exceção de um, se correlacionam de forma estatisticamente significativa a um nível de confiança de 99% com todas as escalas. Pode ser observado que o item «Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?» referido acima como prejudicial à consistência interna tanto da escala global como na dimensão a que pertence, não apresenta uma relação estatisticamente significativa com as escalas *Burnout Pessoal* e *Burnout Relacionado com o Utente*, apresentando apenas uma relação estatisticamente significativa com a dimensão a que pertence teoricamente. Esta relação é, no entanto, fraca, apesar de muito significativa.

Para os restantes itens pode ser observado que todos eles se correlacionam em maior escala com a dimensão a que pertencem teoricamente do que com as restantes dimensões. Ao nível das correlações existentes, a dimensão de *Burnout Pessoal* é a que se mostrou, na presente amostra, como mais consistente apresentando correlações positivas fortes com

valores que variam entre o .729 e o .787. Já no que diz respeito à dimensão *Burnout Relacionado com o Trabalho*, é possível observar que as correlações são mais dispares que na anterior sendo que apresenta correlações positivas, moderadas a fortes (.611 a .782) com exceção da correlação com o item «Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?» que, embora estatisticamente significativa, é de magnitude negligenciável. Por fim a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente*, apresenta também correlações positivas que variam de moderadas a fortes (.665 e o .727). Pode ser concluído que, globalmente, o IBC apresentou uma boa consistência interna, sendo que, com a remoção de um item, teria uma já considerada muito boa consistência interna.

A análise dos resultados da ESC (ver tabela 5) permitiu a constatação de uma boa consistência interna da escala na sua globalidade tendo sido obtido um *Alfa de Cronbach* de .889. No que é referente aos fatores tanto ao fator de *Percepção de Autoeficácia* como o de *Impacto da Prestação de Cuidados* demonstraram, também estas, uma boa consistência interna com *alfas de Cronbach* de .884 e de .847 respetivamente. Já no que toca ao fator *Relação Interpessoal* é observada uma consistência interna fraca, com um *alfa de Cronbach* de .677. Por fim, o fator *Expectativas com o Cuidar* não se mostrou internamente consistente com um *alfa de Cronbach* de .597.

É, no entanto, de notar que existem dois itens que se mostram como prejudiciais à consistência interna da escala, bem como dos fatores. Exemplo disto é o item «Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?» que se mostra como prejudicial tanto para a escala na sua globalidade (se retirado o item, o *alfa de Cronbach* da escala total elevar-se-ia de .889 para .890) bem como para o fator *Expectativas com o Cuidar* (se retirado o *alfa de Cronbach* do fator elevar-se-ia para .640). Por fim o item «Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?» mostrou-se como prejudicial à consistência interna do fator *Impacto da Prestação de Cuidados* (se retirado, o

alfa de Cronbach elevar-se-ia para .851). No entanto, este último item mostrou contribuir positivamente para a consistência interna da escala total.

Tabela 5. Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna da ESC

ITENS	Média (desvio- padrão)	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se item excluído
PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA			
<i>Alfa de Cronbach da escala</i>			.884
21. Considera que poderia cuidar melhor das pessoas?	2.55 (1.063)	.793	
20. Sente que poderia fazer mais pelas pessoas de quem cuida?	2.85 (1.108)	.793	
IMPACTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			
<i>Alfa de Cronbach da escala</i>			.847
1. Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?	3.14 (1.025)	.323	.851
2. Considera que devido ao tempo que dedica às pessoas de quem cuida já não dispõe de tempo suficiente para realizar outras tarefas da sua função na instituição?	2.83 (1.069)	.587	.830
3. Sente-se tenso quando tem de cuidar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2.85 (1.028)	.570	.831
6. Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipa?	1.49 (.773)	.369	.846
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto às pessoas de quem cuida?	1.99 (.914)	.565	.832
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa?	2.23 (1.117)	.642	.825
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido às pessoas que tem de cuidar?	1.80 (1.051)	.550	.833
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?	1.62 (.917)	.581	.831
13. Sente-se pouco à vontade em estabelecer relações sociais devido às pessoas que tem de cuidar?	1.29 (.657)	.430	.842
17. Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho?	2.37 (1.222)	.553	.834
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador?	2.65 (1.061)	.670	.822
RELAÇÃO INTERPESSOAL			
<i>Alfa de Cronbach da escala</i>			.677
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento das pessoas de que cuida?	1.38 (.668)	.244	.620
5. Sente-se irritado(a) junto às pessoas de quem cuida?	1.72 (.753)	.172	.645
16. Sente-se incapaz de cuidar de quem cuida por muito mais tempo?	1.86 (1.041)	.253	.636
18. Desejaria poder entregar as pessoas de quem cuida aos cuidados de outra pessoa?	1.74 (.966)	.284	.594
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida?	1.85 (.877)	.251	.634
EXPECTATIVAS COM O CUIDAR			
<i>Alfa de Cronbach da escala</i>			.597
7. Tem receio pelo futuro destinado às pessoas de quem cuida?	2.76 (1.185)	.371	.532
8. Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?	3.19 (1.245)	.402	.508
14. Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fossem a única pessoa com quem elas pudessem contar?	2.99 (1.305)	.468	.452
15. Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?	3.72 (1.356)	.281	.604
ESCALA TOTAL			
<i>Alfa de Cronbach da escala</i>			.889

Na análise feita às correlações dos itens da ESC com os fatores explorados anteriormente (ver Tabela.6), pode ser observada, também, uma correlação, dos itens com os fatores a que correspondem, segundo a análise fatorial realizada por Sequeira (2010). Relativamente ao fator *Impacto da Prestação de Cuidados*, podem ser observadas correlações positivas dos itens com a escala. Apresenta-se, no entanto, com alguma heterogeneidade nas magnitudes destas relações variando de correlações fracas a fortes, variando entre .376 e o .744. Já no que diz respeito ao fator *Relação Interpessoal*, as correlações dos itens com a escala mostram-se mais homogêneas variando entre correlações positivas moderadas a fortes (.504 e .711 respetivamente). No fator *Expectativas com o Cuidar* as correlações verificam-se moderadas, à exceção de um item «Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar?» que se correlaciona fortemente com o fator. Por fim, o fator *Perceção de Autoeficácia*, tem correlações positivas com uma magnitude muito forte: .940 e .952. Relativamente à escala total, a magnitude das correlações varia entre fraca a forte (.311 e .715).

Tabela 6. *Validade convergente-discriminante dos itens da ESC*

	Impacto da prestação de Cuidados	Relação de interpessoal	Expectativas com o Cuidar	Perceção de autoeficácia	Escala total
1. Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?	,396**	,322**	,326**	,284**	,422**
2. Considera que devido ao tempo que dedica às pessoas de quem cuida já não dispõe de tempo suficiente para realizar outras tarefas da sua função na instituição?	,668**	,285**	,409**	,298**	,594**
3. Sente -se tenso(a) quando tem de cuidar e ainda tem outras tarefas por fazer?	,639**	,308**	,297**	,307**	,563**
6. Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipa?	,376**	,272**	,165	,134	,344**
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto às pessoas de quem cuida?	,568**	,466**	,236*	,255**	,543**

	Impacto da prestação de Cuidados	Relação interpessoal	Expectativas com o Cuidar	Percepção de autoeficácia	Escala total
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa?	,744**	,381**	,485**	,243**	,696**
11. Considera que não te uma vida privada como desejaria devido às pessoas que tem de cuidar?	,620**	,354**	,227*	,248**	,534**
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?	,572**	,440**	,160	,167	,487**
13. Sente-se pouco à vontade em estabelecer relações sociais devido às pessoas que tem de cuidar?	,413**	,376**	,151	,037	,379**
14. Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho?	,680**	,299**	,364**	,219*	,606**
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador?	,740**	,364**	,476**	,366**	,715**
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento das pessoas de que cuida?	,225*	,539**	,152	,138	,311**
5. Sente-se irritado(a) quando está junto às pessoas de quem cuida?	,309**	,504**	,167	,191*	,352**
16. Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo?	,315**	,711**	,140	,309**	,406**
18. Desejaria poder entregar as pessoas de quem cuida aos cuidados de outra pessoa?	,560**	,705**	,214*	,225*	,589**
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida?	,246**	,618**	,106	,182*	,313**
7. Tem receio pelo futuro destinado às pessoas de quem cuida?	,394**	,312**	,630**	,334**	,510**
8. Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?	,372**	,112	,661**	,169	,430**
14. Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar?	,451**	,163	,717**	,260**	,539**
15. Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?	,234*	,203*	,572**	,275**	,382**
20. Sente que poderia fazer mais pelas pessoas de quem cuida?	,343**	,329**	,322**	,940**	,534**
21. Considera que poderia cuidar melhor das pessoas?	,381**	,391**	,342**	,952**	,585**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

1.2. Análise Correlacional da ESC e do IBC

Na Tabela 7 podem ser observados os resultados da correlação não paramétrica entre os domínios do IBC e os fatores da ESC. Podemos concluir que existe uma correlação positiva significativa entre todos os domínios do ESC e do IBC. No entanto, podemos observar que apenas quatro relações são de magnitude forte estando estas concentradas na subescala *Impacto da Prestação de Cuidados* relacionada com as três dimensões do IBC e na relação do fator *Relação Interpessoal* com a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente*. Sendo as restantes relações de magnitude moderada à exceção da relação da dimensão *Burnout Relacionado com o Trabalho* e *Perceção de Autoeficácia*, com uma correlação negligenciável. Estes resultados sugerem que o fator *Impacto da Prestação de Cuidados* da ESC se encontra mais intimamente relacionado com o IBC na sua globalidade, assim como, a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente* e o fator *Relação Interpessoal*.

Tabela 7. Análise Correlacional Não Paramétrica entre IBC e ESC

IBC	ESC	Perceção de Autoeficácia	Relação Interpessoal	Impacto da Prestação de Cuidados	Expectativas com o Cuidadores
<i>Burnout Relacionado com o Utente</i>		.421**	.509**	.665**	.357**
<i>Burnout Pessoal</i>		.345**	.356**	.698**	.480**
<i>Burnout Relacionado com o Trabalho</i>		.292**	.409**	.669**	.385**

Nota: ** $p < 0.01$

1.3. Análise dos resultados obtido pelos sujeitos no IBC e na ESC

Na Tabela 8 podem ser observados os resultados da amostra na resposta ao IBC. Observando os resultados médios podemos ver a de *Burnout Pessoal* como sendo a mais elevada (42.21) e a do *Burnout Relacionado com o Utente* é a mais baixa (31.115). No entanto, é na dimensão do *Burnout Relacionado com o Trabalho* que são mais predominantes resultados superiores a 50 (sendo estes 33.09% da amostra), seguindo-se da dimensão de

Burnout Pessoal (com 29.50% da amostra) seguida da prevalência de *Burnout Relacionado com o Utente* (20.86% da amostra).

Tabela 8. *Análise descritiva dos resultados da amostra no IBC*

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude		Superior a 50 N(%)
				Min	Max	
<i>Burnout Pessoal</i>	42.2062	41.6667	18,38127	0	100	41 (29.50)
<i>Burnout Relacionado com o Trabalho</i>	41.4954	42.8571	17,31259	3.57	92.86	46 (33.09)
<i>Burnout Relacionado com o Utente</i>	31.1151	29.1667	19,37727	0	100	29 (20.86)
<i>Burnout Escala Total</i>	38.4419	36.8421	16,59281	3.95	94.74	27 (19.42)

Na análise descritiva dos resultados da ESC (Tabela 9 e 10) podemos observar uma média da Escala Global de 50.87 esta, indica que, em média, na amostra observada, os cuidadores apresentam resultados de sobrecarga ligeira. Os sujeitos que obtiveram resultados de percepção sobrecarga ligeira constituem 37.6% da amostra e os que obtiveram resultados de percepção de sobrecarga intensa constituem 30.8% da amostra. Relativamente aos resultados nas subescalas, pode ser observado, que a subescala *Impacto da prestação de Cuidados*, é a subescala com a média de resultados mais elevada seguindo-se da *Expectativas com o Cuidar*; *Relação interpessoal* sendo, a mais baixa a da subescala *Percepção de Autoeficácia*.

Tabela 9. *Análise descritiva dos resultados da amostra na ESC*

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude	
				Min	Max
<i>Impacto da Prestação de Cuidados</i>	24.2581	24	6.89662	11	55
<i>Relação interpessoal</i>	8.5470	8	2.87883	5	25
<i>Expectativas com o cuidar</i>	12.6695	13	3.42950	4	20
<i>Percepção de autoeficácia</i>	5.4017	6	2.05552	2	10
<i>Escala total</i>	50.8763	51	12.46058	22	110

Tabela 10 *Análise descritiva dos resultados da amostra na ESC de acordo com os níveis de sobrecarga*

	N (%)
Sem sobrecarga (< 46)	37(31.6)
Sobrecarga ligeira (47 - 55)	44 (37.6)
Sobrecarga Intensa (>56)	36 (30.8)

2. Estudo 2

Esta secção dedica-se à exposição e análise dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas. Procurando, desta forma, apresentar de uma forma compreensiva, a vivência do cuidador incidindo nas temáticas contempladas nos objetivos do Estudo 2. Assim, esta secção descreve as considerações dos sujeitos relativas à sua formação, às tarefas desempenhadas por estes (incluindo as suas preferências, dificuldades e facilidades), descreve também o modo como os cuidadores percecionam o ambiente laboral, a relação com o utente e com a sua família e, por fim, aspetos indicadores ou relacionados com a experiência de *burnout* e sobrecarga.

Ao todo emergiram 93 categorias. Na Tabela 8 podem ser observadas as categorias gerais e as subcategorias de 1ª ordem (que lhes seguem diretamente):

Tabela 11. *Categorias e Subcategorias de 1ª ordem*

Categorias	Subcategorias de 1ª ordem
1. Formação	1.1. Sem Formação 1.2. Com Formação 1.3. Utilidade da Formação 1.4. Vontade de Prosseguir
2. Tarefas Desempenhadas	2.1. Preferências 2.2. Dificuldades no Desempenho de Tarefas 2.3. Facilidades no desempenho de Tarefas
3. Ambiente Laboral	3.1. Perceção da Qualidade do Ambiente Laboral 3.2. Importância do Ambiente Laboral
4. Relação com o Utente	4.1. Perceção da Qualidade da Relação 4.2. Consequências Percebidas da Relação com o Utente
5. Relação com os Familiares dos Utentes	5.1. Perceção da Qualidade da Relação com os Familiares dos Utentes
6. Satisfação Profissional	6.1. Fatores que influenciam positivamente a Satisfação no trabalho 6.2. Fatores que influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho
7. Sentimentos em Relação ao Próprio no Desempenho da Profissão	7.1. Definição de Cuidador Formal 7.2. Expectativas com o Cuidar 7.3. Perceção de Autoeficácia
8. Impacto da Prestação de Cuidados	8.1. Bem-estar psicológico 8.2. Saúde 8.3. Vida Pessoal 8.4. Fadiga

Às subcategorias (de 1ª ordem) supracitadas subjazem outras (de 2ª e 3ª ordem), a descrição destas encontra-se em anexo (Anexo VII) juntamente com os critérios de classificação de todas as categorias (Anexo VIII).

A Formação

Relativamente à formação, 35% dos participantes alegou não ter formação. Dos restantes 13 participantes apenas 2 não têm formação na área da prestação de cuidados. Dos 11 participantes que têm formação na área da prestação de cuidados apenas 4 não têm formação específica em geriatria. Uma maioria (²16 participantes) dos participantes considerou que a formação era útil para o desempenho das suas funções (*[...] dão essas coisas todas e ajuda agente a melhorar no trabalho. (CASO-CF41)*) sendo que 3 participantes julgaram a formação como inútil (*Eles às vezes vêm dar pequenas formações, mas não dizem nada que já não fazamos. (CSPPF-CF04)*). Nenhum dos 3 participantes que consideraram a formação inútil assumiram pretender prosseguir os estudos. Já dos participantes que consideraram a formação como algo útil, apenas um, assumiu não pretender prosseguir a sua formação (*Neste momento para mim já não era útil porque já aprendi tudo ao longo destes anos. (CSPPF-CF25)*).

As Tarefas Desempenhadas

a) Preferências

Aquando do questionamento acerca das preferências de tarefas desempenhadas na instituição, 37.5%³ dos participantes assumiram gostar de fazer tudo: (*Tudo! No que toca aos idosos gosto de tudo. (CSPPF-CF04)*). De resto, esta temática mostrou-se muito pessoal, existindo poucas preferências comuns, havendo alguma incidência nas tarefas relacionadas com a alimentação e higiene bem como o ato de conversar com o adulto. Quanto às tarefas que os participantes nomearam como sendo menos agradáveis, estas variam igualmente

² Em 19 sujeitos questionados acerca da utilidade

³ Em 16 sujeitos questionados acerca das preferências

muito, no entanto pode ser constatado que é rara uma associação de prazer a facilidade ou desprazer a dificuldade.

b) Dificuldades e facilidades

As dificuldades reportadas no desempenho da profissão foram divididas em quatro tipos: as dificuldades relacionadas com os utentes; as dificuldades relacionadas com limitações dos próprios; as dificuldades relacionadas com a instituição; e, por fim, as dificuldades relacionadas com a natureza específica de determinada tarefa.

No que toca às dificuldades relacionadas com os utentes, 75% participantes mencionaram como dificuldade as características pessoais dos utentes: (*É quando há aqueles maus... Há de tudo, não é? E há idosos que são tão mauzinhos tão mauzinhos que isso é... é muito complicado lidar com esses idosos. (CASO-CF46)*). Houve também um número considerável de participantes que referiu que as características da população alvo constituíam uma dificuldade (*[...] Semi-infância porque estão já numa infância também porque ou querem isto ou querem aquilo e depois começam com aquela birras de criança [...] E idosos por causa da idade [...] (CASO-CF46)*). Por fim, uma minoria dos participantes mencionou como problema a falta de colaboração ou adesão por parte dos utentes (*[...] às vezes não é pesadas, é pessoas que não colaboram em nada e acabam por fazer forças contrárias. (CASO-CF11)*). No que toca a dificuldades relacionadas com o colaborador, houve duas temáticas que emergiram. As dificuldades relacionadas com condicionantes físicas destes: (*[...] Neste caso, ao nível das posições... [...] que eu tenho problemas de lombar... Eu... custa-me fazer certos trabalhos derivado aos meus problemas de saúde. (CASO-CF04)*) e dificuldades relacionadas com a falta de experiência ou conhecimentos (*[...] acho que ainda cometo alguns erros que obviamente também pela falta de experiência e assim, ainda cometo alguns erros [...] (CSPPF-CF19)*).

Uma grande parte das queixas referentes às dificuldades relacionadas com a instituição, esteve relacionada com a falta de tempo (*Aqui a gente não tem tempo [...] (CASO-CF41)*) e/ou com os constrangimentos impostos pelos horários estabelecidos (*Isto aqui já tem uns horários pré-estabelecidos, determinadas atividades, o mais difícil ainda é reorganizar tudo para encaixar aquilo que nós queremos fazer [...] (CASO-CF03)*). Houve também 10 participantes que referenciaram a falta de recursos humanos «*Falta aqui pessoal, tanto na enfermagem como por exemplo às vezes de auxiliares. Então por vezes tens de fazer sozinho [...] (CASO-CF13)*». Houve apenas uma referência à falta de recursos materiais (*[...] só por não haver tantas facilidades arquitetónicas. Por exemplo nos duches, eu sinto que às vezes fazia falta determinadas coisas [...] (CSPPF-CF19)*). Por fim houve uma minoria de participantes que apontou dificuldades diretamente relacionadas à tarefa propriamente dita (*Depende, às vezes higiene é complicado. (CASO-CF13)*).

Quanto às facilidades no desempenho da profissão, as respostas foram muito variadas passando pelas características do próprio colaborador como a experiência, mas também a boa forma física e um grande envolvimento no trabalho; Facilidades relacionadas com a tarefa (*Mais fáceis deve ser pô-los na cama. Pô-los na cama e tirá-los da cama. E mudar fraldas, mudar fraldas não custa nada (CASO-CF46)*); por fim, são mencionadas também características pessoais dos utentes (*o que é às vezes mais fácil é... quando ele colabora e está orientado e consciente (CASO-CF11)*) e com o horário de trabalho (*Mas o meu horário ajuda. [...] quando eu venho, parece que já venho novamente pronta para ser levada, no outro dia estou em casa. Por isso é que eu acho que este horário é muito importante. (CSPPF-CF25)*).

Ambiente Laboral

No que diz respeito ao ambiente laboral, houve um total de 8 participantes que apenas mencionou situações relacionadas com um bom ambiente laboral (*Aqui o ambiente é bastante*

bom. (CASO-CF3)), (*Sim, aqui por acaso nunca tive razão de queixa, nem dos auxiliares nem a nível do pessoal de enfermagem. (CASO-CF13)*); tendo havido 3 participantes que apenas mencionaram situações relacionadas com um mau ambiente laboral (*Mas é assim: eu vejo que as pessoas podiam fazer mais e não fazem, podiam ajudar mais e não ajudam. (CASO-CF04)*), (*Sim e depois há outras coisas que me chateiam por exemplo, discussões entre auxiliares, conflitos entre utentes... Também é uma coisa que me stressa um bocadinho, quando eles entram em conflito uns com os outros [...]* (CASO-CF11)). Sete participantes foram ambivalentes quanto à qualidade do ambiente laboral reportando tanto aspetos positivos como negativos.

Relativamente à referência de situações relacionadas com um bom ambiente laboral o fator de influência atribuído mais prevalente foi o de colaboração entre colegas (*Trabalha tudo em equipa, até nos despachamos antes das horas. (CSPPF-CF13)*), (*[...] dou-me bem com toda a gente e acho que por acaso é um ambiente muito de espirito de equipa [...]* (CSPPF-CF19)). Houve ainda quem referisse o convívio como elemento chave da boa relação (*[...] ainda agora fomos comprar gelados e andamos ali a comer gelados. (CSPPF-CF20)*). Por fim, houve um participante que apontou como elemento chave a confiança entre os colegas e um outro que apontou as características dos colegas como ponto crucial na boa relação existente. Já no que é referente a situações relacionadas com um mau ambiente laboral o fator mais prevalente na amostra foi relacionado com o conflito como motivo de má qualidade de ambiente de trabalho (*As chatices. Quando é mais chatices entre colegas, quando há aquelas picardias [...]* (CSPPF-CF20)). A maioria dos participantes considerou o ambiente laboral como algo muito importante relativamente à execução das tarefas no trabalho. A importância a que os colaboradores se referiram foi atribuída à necessidade de colaboração para a boa execução de tarefas (*Temos que trabalhar em conjunto e temos que ter boas relações. [...] É muito mais fácil se pudermos pedir coisas umas às outras. Aqui tem*

que se trabalhar em conjunto se não, não dá. (CSPPF-CF04)), (Sim, muito importantes. O ambiente faz tudo. Se a pessoa trabalhar em equipa tudo flui. Não há tempo para... (CSPPF-CF25)); houve também referências ao cansaço que é despoletado por más relações laborais: (É. Eu costumo dizer assim: eu quando saio daqui não vou cansada dos utentes, eu vou cansada dos colegas. Eu tenho paciência para os utentes. (CASO-CF04)), e à tristeza (E eu já cheguei a sair daqui [...] e dar por mim no caminho as lágrimas a correrem-me pela cara abaixo e a falar sozinha [...] Porquê que as pessoas são assim? [...] há dias em que não, mas há outros dias em que me podiam dar uma ajuda. (CASO-CF04)).

Relação com o Utente

Houve um total de 11 participantes que apontaram apenas aspetos positivos na sua relação com os utentes, não tendo existido qualquer caso de participantes que mencionassem apenas aspetos negativos nesta relação.

Aquando o questionamento relativamente à relação do cuidador com o utente, houve um número considerável de participantes que referiu o próprio estabelecimento de relação ou o significado que essa relação tem tanto para o cuidador como ilustradores da sua boa relação (*O idoso normalmente, às vezes, é... a família que tem somos nós, mais os cuidadores [...]* (CASO-CF11)). Outro dos aspetos muito referidos pelos participantes foi o reconhecimento ou o agradecimento por parte do utente relativamente ao seu trabalho: (*É apreciado pelo próprio [...] A gente recebe em troca. (CASO-CF41)*). Existem também referências à própria prestação de cuidados como elemento fomentador da boa relação com os utentes: (*Ao fim de contas tu começas a conhecer mais, entre outras, a pessoa com quem tu estás mais horas a despende do que as outras. (CASO-CF13)*). Por fim houve referências à boa relação com os utentes relacionada com a ausência de dificuldades e um participante referiu o elogio como fator positivo na manutenção dessa relação.

No que diz respeito às consequências positivas percebidas como provenientes da relação com os utentes, foram variadas as respostas passando pela menção à influência positiva no humor do participante, ao aumento de motivação para um melhor desempenho do trabalho, pela experiência e histórias de vida transmitidas; diminuição do cansaço; pela criação de laços afetivos; sentimentos de recompensa e gratificação. Já relativamente às consequências negativas estas passaram pelo cansaço acrescido; a influência negativa no humor do participante; o sofrimento com a morte do utente; e alterações no tratamento do utente, no caso de existir uma predominante, atitude negativa por parte do deste.

Relação com os Familiares dos Utentes

Nesta secção foi perceptível o pouco contacto existente com os familiares dos utentes por parte dos cuidadores formais de idosos. Mesmo alguns participantes que fizeram apreciações acerca da natureza da relação, afirmaram ter pouco contacto com estes. O fator influente mais referido, pelos que mencionaram ter uma boa relação com os familiares dos utentes, é o do reconhecimento do trabalho dos cuidadores por parte dos familiares. Já no que diz respeito às respostas que reportavam situações negativas com os familiares dos utentes, passavam pela falta de concordância no tratamento dado pelos familiares aos utentes: (*A relação dos familiares com os utentes também... É uma coisa que às vezes me incomoda. As pessoas que vêm cá e os utentes ainda ficam piores com a visita do que estavam sem a visita.* (CASO-CF11)); de resto são alusões à falta de reconhecimento do trabalho dos participantes pelos familiares: (*A maior parte não. São poucas as famílias que veem o trabalho que a gente faz. Porque é assim, a maior parte deles tem família, mas é como se não tivessem* (CSPPF-CF13)) e, também, algumas características do público alvo que são referidas: (*As pessoas aqui são mais exigentes, é diferente do que aquilo com que já trabalhei, que eram de um extrato social mais baixo [...]* (CASO-CF11))

Satisfação no trabalho

Relativamente à satisfação no trabalho, emergiram três áreas que foram referenciadas como influências positivas na satisfação no trabalho. Uma delas foi a concretização ou realização no trabalho sendo estas muito relacionadas ao sentimento de satisfação relacionado ao providenciar ajuda, ao altruísmo. Houve, assim, uma frequente referência à concretização como algo que é positivo para o participante no trabalho e fora dele: (*«Achei e digo-lhe assim. [...] já fiz muitas coisas e não... é assim é um trabalho cansativo, mas saio daqui com o sentimento que cumpri a missão, que ajudei alguém, que fiz o bem a alguém. Não, por exemplo, não acordo de manhã «ah mais um dia de trabalho». Não, acordo e venho, venho bem. (CSPPF-CF13)*). Outro dos aspetos que foi referido pelos participantes como sendo positivamente influente na satisfação profissional foi o reconhecimento do trabalho (*É apreciado pelo próprio, até alguns familiares falam, que eu já tenho ouvido... Ehhh... e eu digo que o que nós fazemos voltamos a receber. Não, nem é por nós sermos pagos, mas eu não sei se a devoção, mas eu acho que volta para agente. A gente recebe em troca. (CASO-CF41)*). Por fim, foram também referidos outros fatores de satisfação que se revertem na vida do cuidador: (*[...]Têm sempre uma história de vida, têm coisas para aprender com eles... é... eu gosto. É muito gratificante trabalhar com idosos, não me vejo fazer outras coisas. [...]* (CASO-CF11).

Ao nível dos fatores que influenciam negativamente a satisfação profissional dos participantes, houve um largo espectro de situações reportadas que se reveem num sofrimento psicológico do cuidador. Estas queixas passaram por sentimentos relacionados com as más atitudes dos utentes para com os cuidadores: (*O que me afeta mesmo negativamente, não é? É a não adesão, sim. Algumas vezes eles são um bocadinho mais desagradáveis, pronto.... Às vezes eles são mais desagradáveis realmente. (CASO-CF03)*); com atitudes negativas dos colegas de trabalho; com a morte de utentes: (*De vez em quando há problemas, há o stress*

daqui, há emergências uma coisa que agente tem de fazer ou que aconteceu ou uma pessoa que agente não conseguiu salvar e pronto isso depois psicologicamente também afeta um bocadinho a parte de lá fora (CASO-CF11).; com a sobrecarga de trabalho (As pessoas estão sobrecarregadas, não há a mesma motivação, a mesma capacidade para fazer as coisas, a mesma disponibilidade (CSPPF-CF15)); mas também com o estilo de vida dos utentes: (Porque a maioria dos utentes não tem um modo de vida rico, ou seja, faltam atividades por vezes a família não tem o tempo todo para vir visitar mais vezes o idoso (CASO-CF16)).

Sentimentos em relação ao próprio

Quanto à definição de cuidador formal, foram emergentes algumas características mais comuns. A mais frequente foi a de cuidador formal como sendo alguém paciente (*Ui, é preciso ter muita paciência, em primeiro lugar. É preciso ter muita paciência (CSPPF-CF13)*); outra das características mais mencionadas foi a do cuidador como alguém atento e responsável: (*Como é que é ser um cuidador de idoso [...] olhe é ser cuidador atento. É ser atento às alterações (CSPPF-CF24)*). Foi também referido o cuidador como alguém que deve ser afetuoso (*É ser uma pessoa que dá carinho, atenção, amor e muito afeto» (CSPPF-CF14)*) e escute e fale com o utente (*Eu sei ouvi-los e eles sentem que uma pessoa tem preocupação com eles (CASO-CF46)*). Houve, também, referências ao cuidador como alguém altruísta e, também, a máxima da profissão de providenciar uma melhor qualidade de vida ao utente. Há que referir que houve três participantes que chamaram a atenção para o idoso como não sendo um objeto: (*Porque a gente trabalha com pessoas e não com objetos (CASO-CF4)*); (*Os idosos não são bonecas de trapos (CASO-CF46)*). Por fim, alguns cuidadores mencionaram, o ser cuidador como algo intrínseco. Houve apenas um participante que mencionou como importante o trabalho do cuidador no sentido de aumentar a autonomia do idoso.

Relativamente aos medos sentidos pelos participantes, os mais reportados foram os de deixar o utente cair (*Medos? Deixá-los cair. [...] (CSPPF-CF14)*); não salvar o utente quando este se encontra em morte eminente: (*Ehhh tenho, tenho medos de não conseguir salvar algum utente se acontecer alguma coisa, mais nesse aspeto [...] (CASO-CF11)*) e, por fim, o medo de errar a medicação: (*O meu maior medo é cometer um erro com a medicação (CASO-CF11)*).

Relativamente à perceção de autoeficácia, esta remete-nos muito para as temáticas semelhantes à das dificuldades relacionadas com o próprio cuidador, que geram sentimentos de menor autoeficácia e, também para a população idosa onde (*Em termos profissionais eu não sinto que eles vão melhorar, não é? (CASO-CF03)*).

Impacto da prestação de cuidados

Um total de 75% da amostra referiu que o trabalho afeta a sua saúde física: (*Sim, muito, muito mesmo. Desde lesões, tive muitas lesões, tive de ser operada ao braço, por muita sobrecarga de trabalho (CASO-CF10)*)

Ao nível da fadiga relacionada com o utente, a mais predominante é fadiga psicológica: (*Porque é um bocado desgastante, porque temos o caso aí de uma senhora que é a dona Maria Lopes que está constantemente, também tem dias não é, está constantemente a dizer a mesma coisa [...] É assim um bocado desgastante (CSPPF-CF10)*). E, em muito menor escala, a física (*[...] que são mais inibidos, ou estão menos participativos, isso aí também é difícil porque eu fico exausta, exausta mesmo... Tenho de estar ali a puxar os braços e as pernas... (CSO-CF03)*). Relativamente à fadiga fora do local de trabalho, são também reportadas situações de cansaço psicológico (*É no final da semana, já não me apetece... só de pensar que há roupa para lavar [...] Mas já não me apetece, às vezes não apetece mesmo já só apetece ficar em casa e assim «olha não me chateiem»[e uma pessoa]*

*quando dá por ela olha adormece [...] É nesse depois não apetecer, às vezes estou em casa e sonho com isto cá (CASO-CF11)); (Pois eu acho que seria mesmo em termos emocionais... Estou muito cansada, apetece-me descansar, dormir... especialmente dormir... (CASO-CF16)). Houve muito poucas referências à fadiga física fora do local de trabalho sendo que, quando houve, foram sempre aquando do questionamento acerca desta. Por fim, a fadiga relacionada com o trabalho foi a mais geral englobando diversas das queixas ou fatores negativos descritos anteriormente como causadores de cansaço psicológico. Exemplo disso é o mau ambiente laboral como fator de cansaço psicológico (É. Eu costumo dizer assim: Eu quando saio daqui não vou cansada dos utentes, eu vou cansada dos colegas. (CASO-CF04)); a falta de recursos humanos (*Depende, quando há assim falta de pessoal. Ou por exemplo chegar aqui e só estarmos três quando tínhamos que estar seis, entro logo assim um bocado em stress, fico nervosa de querer fazer e depois é assim [...]. Pronto e isso aí já mexe e eu fico mais nervosa. Psicologicamente fico mais cansada porquê, porque estou naquele stress de querer fazer, fazer para tudo correr bem e às vezes não conseguimos porque uma não são três. É nesse sentido, só (CSPPF-CF25)); o público alvo (É muito desgastante [...]) precisamente por causa disso. Nós estamos a lidar constantemente com a repetição do idoso, as mesmas queixas, o decair, as grandes alterações para o negativo. Ah, pronto... porque requer muita atenção. Muita, muita atenção. (CSPPF-CF24)); características pessoais dos utentes (*Mais cansada, lá está eu estive 9 meses numa escala em que a senhora era muito simpática e é daquelas pessoas que se a gente não vai com cuidado insulta-nos e lá está, quando é assim uma pessoa fica mais cansada psicologicamente. (CSPPF-CF20))* bem como outros fatores como a observação de uma má qualidade de vida do utente; uma responsabilidade acrescida; situações de stress; dores físicas.**

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

Estudo 1

Relativamente ao Estudo 1, os objetivos foram os de analisar psicometricamente os instrumentos numa amostra de 139 sujeitos para o IBC e de 117 sujeitos para a ESC. Foi, desta forma, feita uma análise da fiabilidade dos instrumentos e uma análise da validade dos itens que os constituem. Por fim, foi realizada uma caracterização da população relativamente aos resultados obtidos nestas duas escalas.

O presente estudo aferiu que, globalmente, o IBC é um instrumento com uma boa consistência interna. As dimensões do instrumento, à semelhança da sua globalidade, mostraram-se, também estas, internamente consistentes. Estes resultados vão de encontro aos dados encontrados por Borritz e Kristensen (2004) e Fonte (2011). É, no entanto, de notar que houve um item da escala «Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?» que apresentou correlações negativas com a escala na sua globalidade afetando a consistência interna desta e da dimensão a que pertence – *Burnout Relacionado com o Trabalho*. Na ausência deste item, a escala apresentaria uma consistência interna muito boa. Este resultado deve ser tido em consideração em investigações futuras, visto poder existir uma maior dificuldade na interpretação do item, encontrando-se este invertido na escala. Coloca-se a questão que esta correlação negativa se deva a uma possível desatenção por parte dos respondentes ao tipo de resposta (colocada inversamente). No estudo de Fonte (2011), onde este item apresenta uma boa consistência interna, os questionários foram respondidos *on-line*. Já no presente estudo, os questionários foram respondidos no ato da entrega e durante o horário laboral, o que pode ter incutido ao sujeito alguma pressão de tempo na resposta ao mesmo. No que é respeitante aos itens, estes mostram-se mais correlacionados com as dimensões dos itens a que estes pertencem, corroborando as análises feitas anteriormente por Borritz e Kristensen (2004) e por Fonte (2011).

O presente estudo aferiu que, globalmente, a ESC é um instrumento com uma boa consistência interna. Houve, no entanto dois dos fatores que a constituem que não se mostraram tão consistentes como o restante instrumento: o fator *Relação Interpessoal* e o fator *Expectativas com o Cuidar*. No fator *Relação Interpessoal* foi observada uma fraca consistência interna, sendo que estes resultados não vão de encontro aos resultados encontrados por Sequeira (2010) que observou, relativamente a este fator, uma consistência interna moderada. O fator *Expectativas com o Cuidar*, por sua vez, apresentou resultados de fiabilidade inaceitáveis, sendo estes mais aproximados aos de Sequeira (2010) onde foi observada uma consistência interna baixa.

Note-se que os resultados apontaram para dois itens como sendo prejudiciais à consistência interna da escala e dos fatores em que estão inseridos. Estes itens foram: «Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?» que se mostra como prejudicial tanto para a escala na sua globalidade bem como para o fator *Expectativas com o Cuidar*. É importante refletir acerca da passagem deste item da ESC, aplicada ao cuidador informal, e o item da escala adaptada a cuidador formal utilizada no presente estudo. Este item altera-se de «Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?» para «Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?». Pode ser observado que o item original questiona acerca do impacto do cuidado prestado ser prejudicial ou dificultar a sustentabilidade financeira do inquirido e a outra questiona acerca da relação do trabalho desempenhado e a adequação do vencimento em relação a este. O outro item que aparece como sendo prejudicial à consistência interna é «Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?» que se mostrou como prejudicial à consistência interna do fator *Impacto da Prestação de Cuidados*. No entanto, é de notar que este último item mostrou contribuir positivamente para a consistência interna da

escala total, o que indica que, possivelmente, a distribuição dos itens, nesta amostra, se apresenta diferente à distribuição obtida na análise fatorial realizada por Sequeira (2010).

No que é respeitante aos itens da escala e na sua comparação com os fatores, estes mostram-se mais correlacionados com os fatores dos itens a que estes pertencem do que com os outros também contemplados.

No presente estudo foram observadas correlações estatisticamente significativas e positivas entre as escalas do IBC e da ESC. No entanto, ao nível da magnitude, estas variaram de fraca a forte, sendo as correlações de magnitude forte relacionadas com a relação do fator *Impacto da Prestação de Cuidados* relacionada com as três dimensões do IBC e na relação do fator *Relação Interpessoal* com a dimensão *Burnout Relacionado com o Utente*. Estes resultados sugerem que o fator *Impacto da Prestação de Cuidados* é o mais representativo ao nível da relação da medida de avaliação da sobrecarga com todo o IBC

Através da observação dos resultados da presente amostra respondente ao IBC de 139 participantes, podemos observar que 33.09% dos participantes obteve resultados que indicam um elevado nível de *burnout* relacionado com o trabalho, 29.50% dos participantes obteve resultados que indicam um elevado nível de *burnout* pessoal e, com menor prevalência (20.86%), os casos de participantes que obtiveram resultados que indicam um elevado nível de *burnout* relacionado com o utente. Na adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa, Fonte (2011) encontrou, na sua amostra, uma também maior prevalência de elevado nível de *burnout* relacionado com o trabalho, constituindo (42.5% da sua amostra). No entanto, no seu estudo, Fonte (2011) obteve uma maior prevalência de *burnout* relacionado com o utente (31.6%) que de *burnout* pessoal (31.1%). É de notar que o *burnout* relacionado com o utente, no presente estudo, se mostrou como menos prevalente, com uma diferença considerável das outras dimensões. Assim, pode ser considerada a

hipótese de estas diferenças se deverem à amostra, sendo a de Fonte (2011) constituída apenas por enfermeiros e a presente amostra ser constituída por uma multiplicidade de categorias profissionais bem como pelo. Almeida (2013), numa amostra de 100 cuidadores formais de idosos observou uma maior prevalência de valores indicativos de presença de *burnout pessoal* (25.5%) seguindo-se de uma prevalência de 22.9% para níveis de *burnout relacionado com o trabalho* e, com uma grande diferença dos anteriores 6.6% da população mostraram resultados de altos níveis de *burnout relacionado com o utente*. Estes dados levam a ponderar acerca de um menor índice de *burnout* em cuidadores formais de idosos em Portugal. Em futuros trabalhos devem, assim, ser observadas as diferenças dos níveis de *burnout* nas três dimensões comparando grupos de categorias profissionais dentro da prestação de cuidados.

Através da observação dos resultados da presente amostra respondente à ESC de 117 participantes pode ser constatado que 37.6% da amostra reportou resultados de sobrecarga intensa e 30.8% de sobrecarga ligeira. Já Sequeira (2010) observou, nos seus resultados numa amostra de 184 participantes que mais de metade dos sujeitos sofriam de sobrecarga intensa. É, no entanto, de notar que esta amostra é constituída por cuidadores informais que podem estar sujeitos a níveis de sobrecarga superiores. Perante estes resultados, sugere-se que seja realizada uma investigação centrada numa análise comparativa da ESC para cuidadores formais e informais.

Estudo 2

O conjunto das descrições feitas pelos participantes do presente estudo, acerca do que é *O Cuidador Formal de Idosos*, refletem que este é visto por eles como sendo alguém cujo objetivo profissional é o de providenciar a melhor qualidade de vida ao utente. Alguém, não só paciente, atento e responsável, mas também afetuoso e bom ouvinte. A conceptualização do cuidador referida acima retrata este profissional de forma concordante com o que foi

referido por estudos anteriores (Brum et al. 2005; Vedel et al 2014). Nestes, o cuidador remete para alguém responsável por providenciar apoio emocional procurando uma contribuição positiva no bem-estar emocional do idoso, para além de desempenhar as suas funções diárias de natureza mais objetiva. Foi perceptível que os cuidadores não só se sentem no dever de providenciar apoio emocional aos utentes, mas também como estes sofrem com o sofrimento do próprio utente. Nesta ordem de ideias, também existem referências à presença de uma identificação com o utente numa perspetiva de futuro: olhando para o utente e revendo-se num futuro - à semelhança dos dados reportados por Ribeiro e colaboradores (2009). Desta forma, foi possível observar, por intermédio dos relatos feitos pelos cuidadores entrevistados, que esta multiplicidade de papéis desempenhados pelos cuidadores formais de idosos se torna, frequentemente, fonte de ambivalências devido a uma muito presente pressão de tempo e falta de recursos humanos. Estas queixas vão ao encontro dos estudos de Miguel e colaboradores (2007); Ribeiro e colaboradores (2009); Barbosa e colaboradores (2011); Colomé e colaboradores (2011). De ter em consideração que a relação com o utente é um elemento considerado, pelo cuidador, como fundamental na prestação de cuidados. A manutenção de boas relações com os utentes é reportada como tendo efeitos positivos no cuidador. Estas vão desde um aumento da motivação, diminuição do cansaço, bem-estar provocado pela criação de laços afetivos e sentimentos de recompensa e gratificação.

No entanto, esta relação com o utente nem sempre foi reportada como sendo fácil. Vários foram os fatores reportados como dificultadores à manutenção de boas relações com os utentes. Entre estes fatores encontram-se alguns que se assemelham aos descritos na literatura: a idade avançada e as condicionantes comunicacionais que daí advêm (Ribeiro et al. 2009; Barbosa et al. 2011); acrescidas dificuldades funcionais (Miguel et al.2007); atitudes negativas por parte dos utentes; condicionantes derivadas à falta de tempo (Vedel et al. 2014); e, por vezes, outras dificuldades relacionadas com a população alvo. Quando estas

dificuldades não são ultrapassadas existem consequências como a emergência de um cansaço acrescido, uma forte influência no humor do cuidador e, por vezes, alterações no tratamento do utente. Outro dos aspetos que afeta o cuidador formal de idosos, ainda relacionado com o utente, é a sua morte.

Outro aspeto considerado como muito importante pelos participantes, foi o ambiente laboral. A importância dada a este fator passa principalmente, pela consideração do trabalho de cuidador formal de idosos como um trabalho que deve ser desempenhado em equipa. Da mesma forma, a colaboração surge como elemento essencial no bom desempenho das tarefas e na gestão do tempo. Assim, uma má relação laboral foi relacionada a um pior desempenho de tarefas, afetado por não existir concordância nos procedimentos a tomar, pela falta de colaboração propriamente dita, pelo conseqüente cansaço acrescido e pela emergência de sentimentos de tristeza.

As dificuldades que os cuidadores sentem, no desempenho da sua profissão, relativas às suas próprias limitações foram, também, alvo de análise. Estas dificuldades passam por limitações físicas e por limitações relacionadas à falta de experiência e/ou conhecimentos. Os cuidadores fizeram referência à falta de formação, já referido nos estudos de Barbosa e colaboradores (2011) e Colomé e colaboradores (2011), como um dos fatores influentes nestas dificuldades mostrando, na sua maioria, vontade de prosseguir a sua formação. As temáticas emergentes no discurso dos participantes relativamente às suas limitações, estão relacionadas com a perceção de autoeficácia e com os medos presentes na prestação de cuidados.

A maioria dos participantes considerou que a sua saúde física é afetada pela sua profissão, relatada como fisicamente exigente, à semelhança dos resultados reportados por Barbosa e colaboradores (2011) e Colomé e colaboradores (2011). Relativamente à fadiga

sentida, a mais prevalente revelou ser a fadiga psicológica, quer em relação ao utente, quer em relação ao trabalho ou à fadiga fora deste.

Em conclusão, foi possível, através da entrevista a 20 cuidadores formais de idosos, encontrar alguns padrões de aspetos que caracterizam a vivência destes profissionais. Podem ser observados alguns aspetos que se relacionam à experiência de *burnout* e sobrecarga nos cuidadores. As dificuldades relacionais com os utentes e com os colegas de trabalho são vistas como causadoras de uma fadiga psicológica acrescida, sendo relacionada, em certos casos, com instâncias de humor mais depressivo e stress acrescido. A sobrecarga de trabalho, observada nas queixas de falta de recursos humanos e de tempo para o desempenho das tarefas, leva também, segundo os participantes, a uma ansiedade e cansaço acrescidos. A percepção de falta de competências é também motivo de insatisfação e perda de motivação no trabalho. É de referir a grande prevalência da consideração do trabalho como prejudicial à saúde do cuidador formal.

É de notar, no entanto, que existe um aspeto muito contemplado no discurso dos cuidadores referente ao seu sofrimento com o sofrimento dos utentes. Este aspeto está pouco contemplado na literatura do *burnout* e sobrecarga, e provavelmente a sua emergência frequente nesta amostra, está também muito relacionada com a profissão de cuidador formal. Seria, desta forma, interessante e relevante uma maior reflexão acerca do impacto do sofrimento dos utentes no sofrimento dos cuidadores.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, relativamente à observação do funcionamento psicométrico do IBC e da ESC, foi observado que, nas presentes amostras de cuidadores formais de idosos (N=139 e N = 117 respetivamente), os instrumentos mostraram-se fiáveis na sua globalidade e a sua medida foi apresentada, também, como válida.

As dimensões *burnout* e sobrecarga aparentaram relacionar-se positivamente aquando da sua avaliação com estes instrumentos (ESC e IBC). Esta relação indica que o aumento de níveis de *burnout* tem tendência a rever-se, também, no aumento de níveis de sobrecarga. É, no entanto, de ter em consideração a importância de investigação futura incidente nesta temática. É principalmente relevante no que é referente à aplicabilidade do constructo de sobrecarga ao cuidador formal e da avaliação desta neste tipo de população.

Relativamente aos resultados dos participantes no IBC foi observada uma maior prevalência de sujeitos com índices elevados de *burnout relacionado com o trabalho* indicando uma mais frequente atribuição de fadiga física e/ou psicológica ao desempenho da profissão. Já a menos prevalente foi a fadiga relacionada com o contacto com o utente.

Relativamente à sobrecarga percebida pelos participantes do presente estudo, foi encontrada grande homogeneidade relativamente à prevalência de sujeitos com resultados referentes à ausência sobrecarga (31.6%); à presença de sobrecarga ligeira (37.6%) e à presença de sobrecarga intensa (30.8%).

Neste estudo foram encontrados fatores considerados como impactantes na vivência do cuidador formal, afetando áreas como a satisfação profissional, a fadiga, o humor, a saúde, o bem-estar físico e psicológico.

Um dos fatores que mostrou ter impacto na experiência do cuidador é referente às relações interpessoais passando tanto pela relação com o utente como pela relação com os colegas de trabalho. Verificou-se que ambas, perante dificuldades emergentes, são relacionadas a um cansaço acrescido. No entanto, foram as dificuldades nas relações com os colegas de trabalho, que se mostraram como mais significativas ao nível do impacto na satisfação no trabalho do cuidador.

Outro dos fatores que mostrou ter um impacto negativo no cansaço físico e psicológico foi a sobrecarga de trabalho caracterizada pela falta de tempo para a execução de todas as tarefas e pela falta de recursos humanos.

A exigência física característica das funções desempenhadas é outro dos fatores referido como negativo na profissão do cuidador formal, relatada como afetando a saúde dos cuidadores. Ainda nesta ordem de ideias, as limitações físicas constituem outro fator de cansaço físico e psicológico estando também relacionado a ideias de menor perceção de autoeficácia. Para além da anterior, a falta de conhecimento e experiência aparenta ser, também, prejudicial à perceção de autoeficácia e à satisfação no trabalho.

Por fim, são alvo de destaque as manifestações dos cuidadores formais de idosos relativamente ao sofrimento psicológico destes como consequência do sofrimento físico e/ou psicológico dos utentes. Os cuidadores formais e idosos aparentaram ter uma preocupação genuína com o bem-estar dos utentes, e um sofrimento empático perante o sofrimento destes.

Após a reflexão dos resultados do presente estudo, e as presentes dificuldades e fatores que influenciam de forma negativa a vivência do cuidador formal, foram consideradas algumas sugestões ou hipóteses de intervenção:

A primeira sugestão passa pelo investimento na formação por parte da instituição. No presente e estudos anteriores (Barbosa et al. 2011; Colomé et al. 2011), foi observado que a

falta de formação se traduz em diversos problemas no exercício da profissão do cuidador formal. No presente estudo, pode ser observado que as dificuldades, que os participantes relacionam como inerentes aos próprios, estão relacionadas com condicionantes físicas e com a falta de experiência ou conhecimentos. Estes traduzem-se na diminuição da perceção de autoeficácia. Foi observado que uma grande maioria dos participantes referiu ter motivação relativamente à prossecução da formação (se bem que grande parte explicava que era necessário ter a possibilidade de fazer). Seria importante adaptar as formações às necessidades específicas dos colaboradores. Assim, possivelmente, a formação proporcionada pela instituição, poderia beneficiar os cuidadores formais de idosos a aumentar a sua perceção de autoeficácia e reduzir os medos e ansiedades relacionados com o trabalho.

A segunda sugestão passa pela implementação de programas de *Team Building*. Outro dos fatores que mostrou ser relacionado a um cansaço acrescido e insatisfação no trabalho, pelos participantes, foi o do mau ambiente laboral. O efeito do *Team Building* em cuidadores formais foi já estudado numa amostra de cuidadores formais, mais especificamente, numa unidade de cirurgia médica. Os resultados foram encorajadores relativamente à sua eficácia (Amos, Hu, & Herrick, 2005). Os resultados deste estudo concluíram que, após a implementação do programa, os colaboradores consideraram ter melhorado as suas capacidades de comunicação; de gestão de conflitos com os colegas (também participantes na intervenção); e também melhorias ao nível do desempenho da profissão em equipa, tendo sido melhorada a comunicação dos progressos, da aceitabilidade de críticas de uma forma não defensiva; partilha de conhecimento, entre outras. Assim, perante a prevalência de efeitos negativos na satisfação profissional do cuidador formal de idosos relativamente a más relações no trabalho, esta estratégia poderia representar um benefício para estes e resultar numa acrescida satisfação laboral.

O presente estudo apresentou algumas limitações. O tamanho da amostra é reduzido, não sendo representativa da população de cuidadores formais de idosos em Portugal. O tamanho da amostra limitou, também a viabilidade, da possível realização de uma análise fatorial dos instrumentos (IBC e ESC), que seria interessante tendo em consideração alguns dos resultados de baixa correlação dos itens com as dimensões teoricamente pertencentes. Em contrapartida poderiam ter sido utilizadas metodologias de análise mais sofisticadas como serve de exemplo uma análise fatorial confirmatória com recurso ao SPSS AMOS. Por fim a análise das entrevistas podia ter beneficiado de uma análise livre de pré-categorizações.

A profissão do cuidador formal de idosos é caracteristicamente exigente. Estes profissionais são garantias personificadas do bem-estar de qualquer pessoa de idade avançada. É, assim, importante que sejam mobilizados esforços no âmbito de assegurar que estes tenham acesso a melhores condições na sua vida laboral. Esta profissão e a vivência destes profissionais deve ser, assim, alvo de estudo de forma a que possam ser tomadas medidas aplicadas desde por instituições particulares a entidades superiores reguladoras que se suportem numa base teórica abrangente e multidisciplinar. É, desta forma, esperado que o presente estudo constitua mais um indício não só da importância do estudo dos métodos que avaliam o *burnout* e, principalmente, a sobrecarga nos cuidadores formais de idosos, bem como da importância do estudo das implicações negativas que esta profissão pode trazer aos profissionais desta área e de métodos para reduzir o impacto negativo da profissão na vivência do cuidador formal de idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amos, Hu, J. & Herrick (2005). The impact of team building on communication and job satisfaction of a nursing staff. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(1), 10-16.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). Caregiving Careers and Stress Processes. In *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Armstrong, K. L. (1979). How to avoid burnout: A study of the relationship between burnout and worker, organizational and management characteristics in eleven child abuse and neglect projects. *Child Abuse & Neglect*, 3(1), 145-149. doi:10.1016/0145-2134(79)90024-3
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Born, T. (2006) A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. Seminário Velhice Fragilizada. Brasil: São Paulo
- Borritz, M., & Kristensen, T. S. (2004). Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout.
- Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J., Villadsen, E., Mikkelsen, O., & Kristensen, T. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 49-58. doi:10.1080/14034940510032275

Brazil. (2008). *Guia prático do cuidador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Brum, A. K., Tocantins, F. R., & Silva, T. D. (2005). O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6).

doi:10.1590/s0104-11692005000600015

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. doi:10.1590/s0102-

311x2003000300009

Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 513-517. doi:10.1590/s0080-62342012000200033

doi:10.1590/s0080-62342012000200033

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, 36(7), 28 – 49.

Cocco, E. (2010). How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 66-71. doi:10.2174/17450179010060100066

doi:10.2174/17450179010060100066

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.

doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i54

De Vente, W., Olf, M., Amsterdam, J. C., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. G. (2003). Physiological differences between burnout patients and healthy controls; blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(>90001), 54i-61. Doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i54

doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i54

doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i54

- Evers, W., Tomic, W., & André Brouwers. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454. doi:10.1080/01612840151136975
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A., ... Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13-19.
- Fonte, C. M. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory* (Unpublished master's thesis). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit Burden Interview in Portugal: Validity and Recommendations in Dementia and Palliative Care. *Acta Med Port*, 27(2), 163-165. doi:10.20344/amp.5107
- Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de vida, estratégias de coping, burnout, sobrecarga e sintomas psicopatológicos numa amostra de cuidadores formais* (Unpublished master's thesis). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The Schizophrenic Patient in the Community and His Effect On the Household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176. doi:[10.1177/002076406601200301](https://doi.org/10.1177/002076406601200301)
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284-297. doi:10.1037/h0079772

- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866. doi:10.1590/s0102-311x2003000300019
- Kawasaki, K & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal, *Revista Escola Enfermagem USP* 35 (3), 257-264
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192-207.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38. doi:10.1093/ageing/afp202
- Maronesi, L. C., Silva, N. R., Cantu, S. D., & Santos, A. R. (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3). doi:10.12957/epp.2014.13889
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garret, C. (2003). Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde e doença*, 4(1), 131-148.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C. (1976, September). Burned-out. *Human Behavior*, 9 (5), 16-22.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi:10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7-8), 837-851. doi:10.1007/bf00287876

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y., & Froom, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(6), 591-598. doi:10.1016/s0022-3999(99)00007-0
- Miguel, G., Pinto, M., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3). doi:10.5216/ree.v9i3.7504
- Ministério da Saúde do Brasil (1999). Portaria n. 1395/GM, de 10 de Dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília. Disponível em:
http://www6.ufrgs.br/3idade/?page_id=117
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.01.002
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(01), 2-12.
- Montorio, I., Trocóniz, M., López, A., Colodrón, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 15(02), 229-248.
- Oliveira, M. A.; Queirós, C.; Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.

- Pinto, Meiry Fernanda, Barbosa, Dulce Aparecida, Ferreti, Ceres Eloah de Lucena, Souza, Lídia Ferreira de, Fram, Dayana Souza, & Belasco, Angélica Gonçalves Silva. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 652-657. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500009>
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870-875. doi:10.1590/s0034-71672009000600011
- Rodrigues, J. J. (2015). *Qualidade de vida, sobrecarga, burnout e estratégias de confronto em cuidadores formais de pessoas com experiência de doença mental que vivem em residências comunitárias* (master's thesis, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20658>
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 24(1). doi:10.1590/s1516-44462002000100006
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297. doi:10.1007/bf00782883
- Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16.

- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: Caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30 - 39.
- Song, J., & Oh, Y. (2015). The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 346-354.
doi:10.1016/j.apnu.2015.06.004
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9), 1128-1138.
doi:10.1177/0269216314532154
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). Burden: A Review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67-75.
doi:10.1093/geront/31.1.67
- Zarit, S. H., Johansson, L., & Jarrott, S. E. (n.d.). Family caregiving: Stresses, social programs, and clinical interventions. *Clinical geropsychology*, 345-360.
doi:10.1037/10295-026
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
doi:10.1093/geront/20.6.649

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Sociodemográfico



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

De seguida seguem-se algumas questões que têm como objetivo conhecer melhor a sua realidade. Peço-lhe que responda, assinalando, a resposta que melhor a representa.

1. Sexo: Masculino _____ Feminino _____
2. Idade: _____ (anos)
3. Escolaridade:
Sem escolaridade formal _____ 1º - 4º Ano _____
5º - 6º Ano _____ 7º - 9º Ano _____
10º - 12º Ano _____ Ensino Superior _____
4. Estado Civil
Solteiro(a) _____ Casado(a) _____
Divorciado(a) _____ Viúvo(a) _____
União de Facto _____ Separado(a) _____
5. Tem Filhos
Não _____
Sim _____ Quantos? _____
6. Tem outros dependentes?
Não _____
Sim _____ Quantos? _____ Parentesco _____
7. Local de Residência:
Rural _____ Urbano _____
8. Categoria Profissional _____

9. Funções Desempenhadas na Instituição

10. Anos de serviço na Instituição _____

11. Já exerceu outra profissão? _____

Não _____

Sim _____ Qual? _____

12. Quantas horas trabalha por semana? _____

13. Trabalha por turnos?

Não _____

Sim _____

14. No último ano faltou ao serviço?

Nunca/raramente _____

Algumas vezes _____

Bastantes vezes _____

15. Se pudesse mudaria de profissão?

Não _____

Sim _____

ANEXO II – Inventário de Burnout de Copenhagen

CÓDIGO _____

II – INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem o sentimento, assinalando com uma cruz.

Com que frequência se sente cansado(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Acha difícil trabalhar com idosos/doentes crónicos?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Acha frustrante trabalhar com idosos/doentes crónicos?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Trabalhar com idosos/doentes crónicos deixa-o(a) sem energia?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Com que frequência pensa "Eu não aguento mais isto"?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com idosos/doentes crónicos?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Com que frequência se sente fatigado(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca

Sente-se exausto(a), de manhã, ao pensar em mais um dia de trabalho?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Está cansado(a) de trabalhar com idosos/doentes crónicos?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com idosos/doentes crónicos?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco

Obrigado pela colaboração!

ANEXO III – Escala de Sobrecarga do Cuidador

CÓDIGO _____

Escala de Sobrecarga do Cuidador

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador.

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1	Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica às pessoas de quem cuida já não dispõe de tempo suficiente para realizar outras tarefas por fazer?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento das pessoas de quem cuida?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto às pessoas de quem cuida?					
6	Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipa?					
7	Tem receio pelo futuro destinado às pessoas de quem cuida?					
8	Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto às pessoas de quem cuida?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa?					
11	Considera que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?					
13	Sente-se pouco à vontade em estabelecer relações sociais devido às pessoas que tem de cuidar?					
14	Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fosse a única pessoas com quem elas podem contar?					
15	Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?					

16	Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo?					
17	Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este Trabalho					
18	Desejaria poder entregar as pessoas de quem cuida aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida?					
20	Sente que poderia fazer mais pelas pessoas de quem cuida?					
21	Considera que poderia cuidar melhor das pessoas?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador?					

ANEXO IV – Guião da Entrevista

Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Perguntas Tipo
Formação	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a formação na área do cuidado ao idoso; - Compreender como os cuidadores entendem a formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua formação na área do cuidado ao idoso? • Considera essa formação útil? • Se tivesse a oportunidade prosseguiria a sua formação? Como? Em que áreas?
Tarefas	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a natureza das tarefas desempenhadas pelo cuidador; - Compreender como percecionam as diferentes tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que funções desempenha nesta instituição? • Quais são as tarefas que mais/menos gosta de desempenhar? Porquê? • Quais as tarefas em que sente mais/menos dificuldade? Porquê?
Ambiente Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender como são as relações entre colaboradores da instituição. - Compreender como estas relações influenciam o envolvimento no trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve a sua relação com os seus colegas? • Considera as relações no trabalho importantes? Porquê? • Como é que a natureza dos seus relacionamentos no local de trabalho influencia a execução de tarefas/ satisfação/envolvimento no trabalho.
Observar experiência de <i>Burnout</i>	<p><i>Burnout</i> pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e exaustão física e psicológica experienciada <p><i>Burnout</i> relacionado com o trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e exaustão física e psicológica experienciada em relação ao seu trabalho <p><i>Burnout</i> relacionado com o cliente (utente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e exaustão física e psicológica experienciada em relação ao utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando costuma estar mais cansado? • Pode descrever o seu cansaço? O cansaço mais prevalente no dia a dia. • Consegue relacionar o seu cansaço a alguma atividade específica? (cuidar dos utentes? Acordar e pensar que tem de ir trabalhar?)

		<ul style="list-style-type: none"> • Em que situações o seu cansaço é mais físico/psicológico...? • Considera seu trabalho como sendo emocionalmente desgastante? E fisicamente? Porquê? • Como é que a sua relação com os utentes influencia o seu cansaço num dia de trabalho? • Como se sente em relação às pessoas de quem cuida? • Como se sente em relação a si próprio cuidando das pessoas de quem cuida? • O que há de melhor/pior em cuidar de quem cuida? Porquê? • Que sentimentos são despoletados pelo seu trabalho em si? • Que situações do seu trabalho sente que o afetam negativamente? E positivamente? Porquê?
Observar sentimentos de sobrecarga percebidos pelo cuidador	<p>Identificar fatores que levem à exaustão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga objetiva • Sobrecarga subjetiva <p>Identificar impacto da prestação de</p> <ul style="list-style-type: none"> • sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, destacando-se a alteração do estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e mental <p>Observar impacto de relação interpessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> • relação entre o cuidador e o indivíduo dependente, avaliando o impacto interpessoal, bem como as dificuldades da interação. <p>Observar expectativas com o cuidar</p> <ul style="list-style-type: none"> • expectativas do cuidador relativamente à prestação de cuidados (medos, receios, disponibilidades) <p>Observar percepção de autoeficácia</p>	<p>informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que pensa do seu salário relativamente às funções que desempenha? • Como é que o seu trabalho afeta a sua vida pessoal? • Como é que o seu trabalho afeta a sua saúde? • Quais são os seus maiores medos no que toca ao seu trabalho? (na prestação de cuidados) • Sente-se realizado na prestação de cuidados?

- opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho profissional.

- Como é a sua relação com os utentes? Quais as maiores dificuldades/facilidades na manutenção dessa relação?

ANEXO V – Protocolo de Consentimento Informado 1



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Consentimento Informado do Cuidador

Código: _____

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ana Clara Margarido (estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foi-me explicado e compreendo o principal objetivo deste estudo:

Avaliar o *burnout* e a sobrecarga experienciada pelo cuidador formal aquando o ato de cuidar

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica
2. Responder a um questionário sobre a minha perceção acerca da sobrecarga e *burnout* sentidos no âmbito do ato de cuidar.

Outras observações:

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu autorize.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento de investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida e do *burnout* do cuidador formal, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

anaclarapereiramargarido@gmail.com

938138311

Numa 2ª fase deste projeto maior pretende-se realizar algumas entrevistas com alguns dos cuidadores que tiverem colaborado na 1ª fase.

A entrevista durará cerca de 60 minutos, podendo ser dividida em dois períodos menores.

Haverá lugar a um novo protocolo de consentimento específico para essa 2ª fase.

Estaria disponível para colaborar igualmente nessa 2ª fase? SIM _____ NÃO _____

Consentimento Informado do Cuidador

Código: _____

Eu, _____ aceito participar de livre vontade na 2ª fase do estudo da autoria de Ana Clara Margarido (estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foi-me explicado e compreendo o principal objetivo desta 2ª fase do estudo:

Compreender a profissão de cuidador formal de idosos procurando identificar fatores de satisfação/insatisfação provenientes do ato de cuidar.

No âmbito desta 2ª fase do estudo estou a proceder a uma recolha de dados para a qual solicitamos a sua colaboração através de uma entrevista. Todas as informações fornecidas por si serão confidenciais e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para esta investigação. Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista gostaria de obter uma autorização para gravar, em áudio, a entrevista. Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

Responder a algumas questões em contexto de entrevista. A entrevista terá a duração prevista de 60 minutos, podendo ser realizada em dois períodos de menor duração

Outras observações:

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu autorize.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento de investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida e do *burnout* do cuidador formal, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

anaclarapereiramargarido@gmail.com

938138311

ANEXO VII – Categorias e subcategorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem

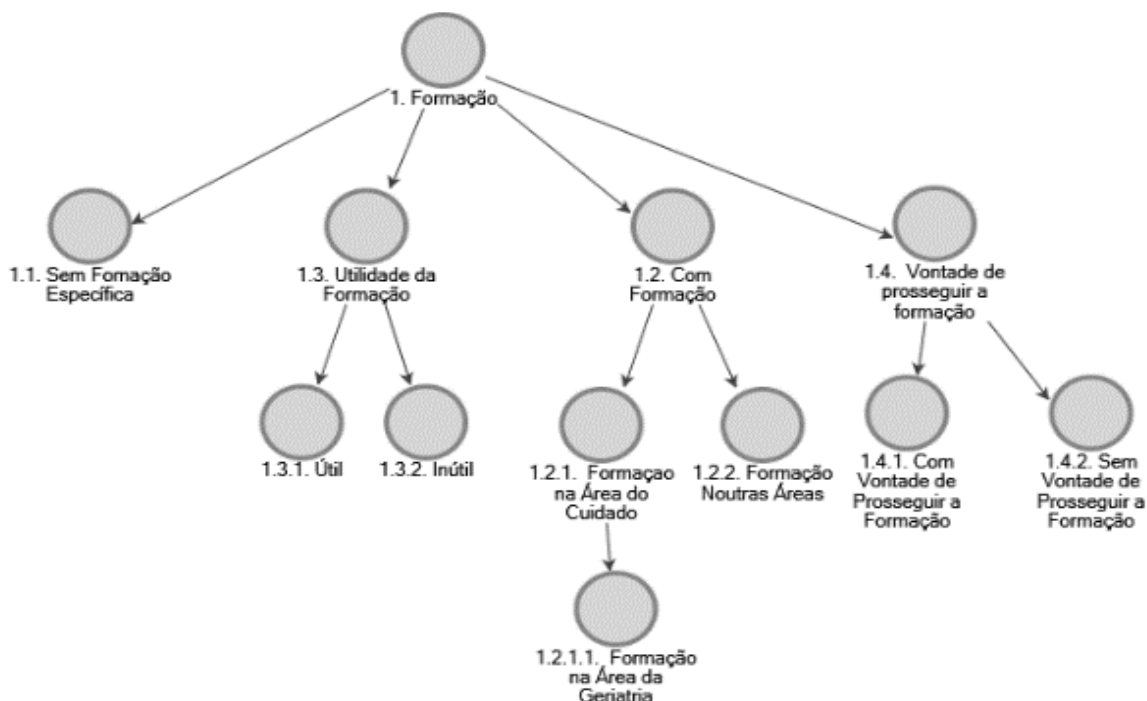
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS DE 1ª ORDEM	SUBCATEGORIAS DE 2ª ORDEM	SUBCATEGORIA DE 3ª ORDEM
1. Formação	1.1. Sem Formação		
	1.2. Com Formação	1.2.1. Formação na Área da Prestação de Cuidados 1.2.2. Formação Noutras Áreas	1.2.1.1. Formação na Área da Geriatria
	1.3. Utilidade da Formação	1.3.1. Útil 1.3.2. Inútil	
	1.4. Vontade de Prosseguir	1.4.1. Com Vontade de Prosseguir 1.4.2. Sem Vontade de Prosseguir	
2. Tarefas Desempenhadas	2.1. Preferências	2.1.1. Gosta Mais de Fazer 2.1.2. Gosta Menos de Fazer	
	2.2. Dificuldades no Desempenho de Tarefas	2.2.1. Dificuldades Relacionadas com os Utentes	2.2.1.1. Adesão ou Colaboração 2.2.1.2. Características Pessoais dos Utentes 2.2.1.3. Características Relacionadas com a População Alvo
			2.2.2.1. Falta de experiência ou conhecimento 2.2.2.2. Condicionantes Físicas
		2.2.3. Dificuldades Relacionadas com o Funcionamento da Instituição	2.2.3.1. Horários ou tempo 2.2.3.2. Falta de Recursos Humanos 2.2.3.3. Falta de Recursos Materiais
2.2.4. Dificuldades Relacionadas com a Tarefa			
2.3. Facilidades no desempenho de Tarefas			
3. Ambiente Laboral	3.1. Perceção da Qualidade do Ambiente Laboral	3.1.1. Perceção de Bom Ambiente Laboral	3.1.1.1. Baseada na Colaboração 3.1.1.2. Baseada nas Características dos Colegas 3.1.1.3. Baseada na Confiança entre colegas 3.1.1.4. Baseada no Convívio
		3.1.2. Perceção de Mau Ambiente Laboral	3.1.2.1. Baseada na Falta de Concordância nos Procedimentos de Trabalho 3.1.2.2. Baseada na Falta de Apoio/Colaboração

			3.1.2.3. Baseada no Julgamento do Trabalho dos Colegas
			3.1.2.4. Baseada no Conflito
	3.2. Importância do Ambiente Laboral		
4. Relação com o Utente	4.1. Perceção da Qualidade da Relação	4.1.1. Perceção de uma Boa Relação com o Utente	4.1.1.1. Baseada no Elogio 4.1.1.2. Baseada no Reconhecimento 4.1.1.3. Baseada no Estabelecimento de Relação 4.1.1.4. Baseada na Prestação de Cuidados 4.1.1.5. Baseada na Ausência de Dificuldades
	4.2. Consequências Percebidas da Relação com o Utente	4.1.2. Perceção de uma Má relação com o Utente 4.2.1. Consequências Positivas percebidas da Relação com o Utente 4.2.2. Consequências Negativas Percebidas da Relação com o Utente	
5. Relação com os Familiares dos Utentes	5.1. Perceção da Qualidade da Relação com os Familiares dos Utentes	5.1.1. Perceção de uma Boa Relação com os Familiares dos Utentes 5.1.2. Perceção de uma Má Relação com os Familiares dos Utentes	5.1.2.1. Baseada no Público Alvo 5.1.2.2. Baseada no Comportamento desses relativamente aos Utentes 5.1.2.3. Baseada na Falta de Reconhecimento
		5.1.3. Sem Relação com os Familiares dos Utentes	
6. Satisfação Profissional	6.1. Fatores que influenciam positivamente a Satisfação no trabalho	6.1.1. Concretização 6.1.2. Fatores de Satisfação na vida do Cuidador Provenientes do Desempenho da Profissão 6.1.3. Reconhecimento	
	6.2. Fatores que influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho	6.2.1. Relacionado com o Sofrimento do Cuidador	6.2.1.1. relacionado com a morte de utentes 6.2.1.2. Relacionados com atitudes dos Utentes 6.2.1.3. Relacionado com o estilo de vida dos utentes 6.2.1.4. Relacionados com a sobrecarga de trabalho

7.Sentimentos em Relação ao Próprio no Desempenho da Profissão	7.1. Definição de Cuidador Formal 7.2. Expectativas com o Cuidar 7.3. Perceção de Autoeficácia		
8. Impacto da Prestação de Cuidados	8.1. Bem-estar psicológico 8.2. Saúde 8.3. Vida Pessoal 8.4. Fadiga	8.4.1. Fadiga fora do local de Trabalho	8.4.1.1. Fadiga Física Fora do Local de Trabalho 8.4.1.2. Fadiga Psicológica fora do local de trabalho
		8.4.2. Fadiga Relacionada com o Utente	8.4.2.1. Fadiga Física Relacionada com o Utente 8.4.2.2. Fadiga Psicológica Relacionada com o Utente
		8.4.3. Fadiga Relacionada com o Trabalho	8.4.3.1. Fadiga Física Relacionada com o Trabalho 8.4.3.2. Fadiga Psicológica Relacionada Com o Trabalho

ANEXO VIII – Critérios de classificação das categorias

Figura 1. Árvore de subcategorias da categoria Formação



1. Formação: esta categoria geral contempla todas as verbalizações que caracterizem a formação do participante. Ex.: «*Eu sou licenciada em reabilitação psicomotora na FMH e termino agora o mestrado.*»

1.1. Sem Formação Específica: esta é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Formação** e contempla todas as verbalizações que denunciem a ausência de formação ou a frequência exclusiva de ensino obrigatório não especializado em qualquer área. Ex.: «*Eu não fiz curso nenhum, aprendi com a experiencia e estive muitos anos a cuidar da minha madrinha...*»

1.2. Com Formação: é uma subcategoria (de primeira ordem) da categoria **Formação** e engloba todas as verbalizações que descrevam a frequência de formação para além do ensino obrigatório e/ou formação especializada em qualquer área. Ex.: «*Tenho o curso de auxiliar de ação médica, tenho uma formação em atendimento ao*

público, fiz várias formações em geriatria aqui, já não sei quantas. Já não sei, mas tenho várias formações sobre isso.»

1.2.1. Formação na área do cuidado: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Com Formação** e contempla todas as verbalizações que descrevam a frequência de formação na área do cuidado pelo participante. Ex.: *«Tenho o curso de auxiliar de ação médica, tenho uma formação em atendimento ao público, fiz várias formações em geriatria aqui, já não sei quantas. Já não sei, mas tenho várias formações sobre isso.»*

1.2.1.1. Formação na Área da Geriatria: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Formação na área do cuidado** e engloba todas as verbalizações que descrevam a frequência de formação na área da geriatria. Ex.: *«Tenho o curso de auxiliar de ação médica, tenho uma formação em atendimento ao público, fiz várias formações em geriatria aqui, já não sei quantas. Já não sei, mas tenho várias formações sobre isso.»*

NOTA: embora seja uma categoria afiliada de Formação na Área do Cuidado pode acontecer que o participante tenha formação na área da geriatria e não na área do cuidado, mas tratar-se-ão de exceções).

1.2.2. Formação Noutras Áreas: é uma subcategoria da categoria **Com Formação** e contempla todas as verbalizações que descrevam a frequência de formação noutras áreas que não a do cuidado. Ex.: *«Tenho o curso de auxiliar de ação médica, tenho uma formação em atendimento ao público, fiz várias formações em geriatria aqui, já não sei quantas. Já não sei, mas tenho várias formações sobre isso.»*

NOTA: podem estar incluídas verbalizações de participantes que para além desta tenham, também, formação na área do cuidado como se pode observar no exemplo acima.

1.3.Utilidade da Formação: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Formação** e nela estão contempladas todas as verbalizações que manifestem as considerações do participante relativamente à utilidade da sua formação. Ex.: «(...) *as formações, eu acho que é uma mais valia para a gente.*»

1.3.1. Útil: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Utilidade** e nela estão contempladas todas as verbalizações que mostrem considerações de utilidade da formação. Ex.: «(...) *as formações, eu acho que é uma mais valia para a gente.*»

1.3.2. Inútil: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Utilidade** e nela estão contempladas todas as verbalizações que mostrem considerações de inutilidade da formação. Ex.: «*Estou aqui há 16 anos e não há mais nada para aprender. Eles às vezes vêm dar pequenas formações, mas não dizem nada que já não façamos.*»

1.4.Vontade de prosseguir a Formação: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Formação** e nela estão contempladas todas as verbalizações referentes à motivação do participante para prosseguir estudos. Ex.: «*Não. Quer dizer, se não for eu a pagar, é outra coisa. Não falo de palestras ou congressos, por exemplo, esses pago de bom grado, mas não sei quantos euros para pós-graduações não. Não me faz sentido nem benefício mais com isso. Mas se for oferecido pela empresa, faço, estudar dá-me pica, eu gosto.*»

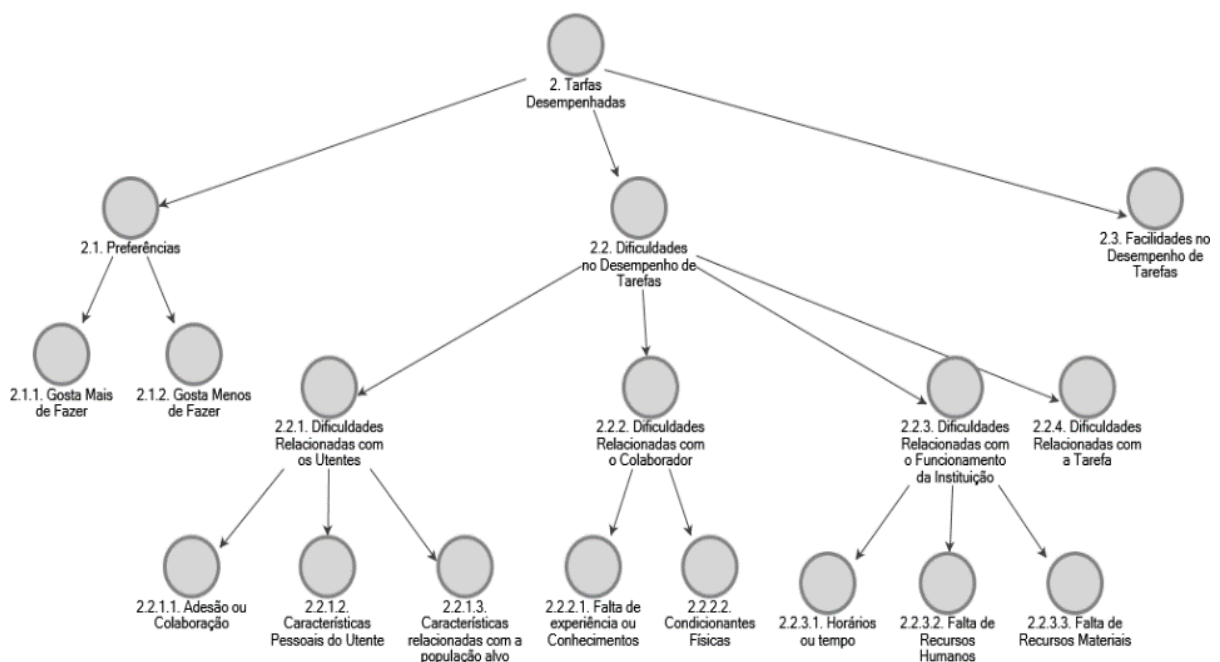
1.4.1. Com Vontade de Prosseguir a Formação: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Vontade de Prosseguir** e onde estão contempladas

todas as verbalizações que mostrem motivação por parte do participante para prosseguir a sua formação. Ex.: «*Estou a pensar em voltar para acabar o curso em psicologia. Mas também continuar a fazer formação em enfermagem, convém, há sempre coisas a mudarem, por exemplo a nível de novas técnicas... E já agora, estou quase a acabar o outro curso por isso, terminá-lo.*

1.4.2. Sem Vontade de Prosseguir a Formação: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Vontade de Prosseguir** onde estão contempladas todas as verbalizações que mostrem falta de motivação por parte do participante para prosseguir a sua formação. Ex.: «*Estou aqui há 16 anos e não há mais nada para aprender. Eles às vezes vêm dar pequenas formações, mas não dizem nada que já não façamos.*»

2. Tarefas Desempenhadas: é uma categoria geral que contempla todas as verbalizações que descrevam as tarefas desempenhadas pelo participante na instituição. Podem estar descritas como o nome da profissão do participante «eu sou...» bem como a descrição

Figura 2 Árvore de subcategorias da categoria Tarefas Desempenhadas



específica das tarefas desempenhadas «eu faço...». Ex.: «*De manhã dou a alimentação, depois estou na copa, depois ajudo as minhas colegas a fazer as camas depois arranjo assim um tempinho para limpar as mesas de cabeceira...*».

2.1. Preferências: é uma subcategoria da categoria (de 1ª ordem) **Tarefas Desempenhadas** e contempla todas as verbalizações que descrevam preferências ou não preferências de tarefas desempenhadas por parte do participante «eu gosto mais de...»; «eu não gosto de...». Ex.: «*Olha gosto mais destas de grupo, são mais engraçadas.*»

2.1.1. Gosta Mais de Fazer: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Preferências** e engloba todas as verbalizações que indiquem tarefas que os cuidadores mais gostem de fazer. Ex.: «Gosto mais de...»; «Prefiro...». Engloba também justificações que os participantes deem para gostarem mais da tarefa. Ex.: «*Olha gosto mais destas de grupo, são mais engraçadas.*»

2.1.2. Gosta Menos de Fazer: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Preferências** e engloba todas as verbalizações que indiquem tarefas que os cuidadores gostem menos de fazer. Ex.: «Gosto menos de...»; «Não gosto tanto de...». Engloba também justificações que os participantes deem para gostarem menos da tarefa. Ex.: «*Que goste menos de fazer por exemplo é as intervenções agressivas: colocação de soro, entubação... mais essas coisas que seja invasivo para o utente é o que gosto menos de fazer.*»

2.2. Dificuldades no Desempenho de Tarefas: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Tarefas Desempenhadas** e contempla todas as verbalizações que descrevam quaisquer dificuldades sentidas pelo participante aquando o desempenho das suas

funções. Engloba também justificações ou motivos atribuídos como causa dessas dificuldades. Ex.: «*Porque não... não havia ninguém, é o pior. É o mais difícil.*»

2.2.1. Dificuldades Relacionadas com os Utentes: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Dificuldades no Desempenho de Tarefas** e engloba todas as verbalizações de dificuldades sentidas pelos participantes aquando o desempenho das suas funções que sejam percecionadas como relacionadas com os Utentes. «*Ex.: (...) mais difícil é a gestão de horários e esta questão da adesão ou da participação deles (...)*»

2.2.1.1. Adesão ou Colaboração: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Dificuldades Relacionadas com os Utentes** e engloba todas as verbalizações que descrevam dificuldades sentidas no desempenho de tarefas relacionadas com a falta de adesão ou colaboração por parte dos utentes. Ex.: «*(...) esta questão de eles não quererem e nós insistimos e depois não querem, nós insistimos... E depois às vezes... e esta questão do insistir às vezes cansa um bocado e depois a resposta que eles me dão é sempre muito idêntica «não quero, não me apetece, estou doente, estou cansada, estou aqui por causa da doença» (...)*

NOTA: Pode acontecer ser considerada uma verbalização que transmita a ideia da não adesão ou colaboração como dificuldade, mas que esteja invertida «É fácil quando eles aderem» desde que esteja implícito que a não adesão consiste numa dificuldade. Ex.: «*Sim... Não sendo as mais difíceis, o resto é... o que é às vezes mais fácil é... quando ele colabora e está orientado e consciente, que a gente conversa com a pessoa e consegue explicar. Se não está, isso às vezes é um problema. A*

colaboração do utente e ele perceber cognitivamente o que é que, o que é que se está a fazer, não é? Ou o que é que se vai fazer e... Porque às vezes a gente tem de fazer às vezes a pessoa até está contra aquilo que se vai fazer mas... Acaba por ser também dos mais difíceis mas... Acaba por ser...»

2.2.1.2. Características Pessoais dos Utentes: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Dificuldades Relacionadas com os Utentes** e engloba todas as verbalizações que descrevam dificuldades sentidas pelos participantes no desempenho das suas funções que sejam percecionadas como resultado de características pessoais dos Utentes (e.g. traços de personalidade, condicionantes particulares como o excesso de peso ou até dificuldades cognitivas particulares, etc.). Ex.: *«(...) Depende também... Depende de alguns casos, porque aqueles que têm mais dificuldades em termos de... que são mais inibidos, ou estão menos participativos, isso aí também é difícil porque eu fico exausta, exausta mesmo...»*

NOTA: Um bom indicador desta categoria é uma frase do tipo «Depende do idoso»; «Há casos e casos» ou exemplos específicos de um utente «Por exemplo o caso do Sr. X é mais difícil porque...»

2.2.1.3. Características Relacionadas com a População Alvo: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Dificuldades Relacionadas com os Utentes** e engloba todas as verbalizações que descrevam dificuldades sentidas pelos participantes no desempenho das suas funções que sejam percecionadas como resultado de características da população alvo (e.g. idade; estatuto socioeconómico etc.). Ex.: *«E para um... para um idoso, às vezes não é tanto.*

Se eles não quiserem participar, mesmo que eu tenha vinte bolas à frente, de todas as cores, pode não participar. Eu acho mais difícil. É tudo mais natural com crianças, desenrola-se tudo»

2.2.2. Dificuldades Relacionadas com o Colaborador: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Dificuldades no Desempenho de Tarefas** e contempla todas as verbalizações de dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas a limitações por parte do próprio ou por parte da equipa de cuidadores a que pertence (e.g. falta de experiência ou conhecimento, condicionantes físicas ou da idade, ou quaisquer outras limitações). Ex: *«Como eu não tinha muita experiência nesta área e não tenho ainda, acho que tenho sempre dúvidas se o tipo de discurso que estamos a ter é o mais adequado, o tipo de discurso que eu tenho.»*

2.2.2.1. Falta de Experiência ou Conhecimentos: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Dificuldades Relacionadas com o Cuidador** e engloba todas as verbalizações de dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas a limitações por parte do próprio ou por parte da equipa de cuidadores a que pertence e que passem por falta de experiência ou conhecimentos destes. Ex.: *«Como eu não tinha muita experiência nesta área e não tenho ainda, acho que tenho sempre dúvidas se o tipo de discurso que estamos a ter é o mais adequado, o tipo de discurso que eu tenho.»*

2.2.2.2. Condicionantes Físicas: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Dificuldades Relacionadas com o Cuidador** e engloba todas as verbalizações representativas de dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas a limitações por parte do próprio ou por parte da equipa de cuidadores a que pertence e que passem por condicionantes físicas destes (e.g. problemas de

saúde física, idade avançada, etc.). Ex.: *«Mas é assim gosto mais de fazer aquelas camas elevatórias que é para estar direita, que eu tenho problemas de lombar... Eu... custa-me fazer certos trabalhos derivado aos meus problemas de saúde.»*

2.2.3. Dificuldades Relacionadas com o Funcionamento da instituição: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Dificuldades no Desempenho de Tarefas** e engloba todas as verbalizações referentes a dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas a limitações percebidas como impostas pelo funcionamento da instituição (e.g. gestão de recursos humanos, falta de tempo etc.). Ex.: *«Isto aqui já tem uns horários pré-estabelecidos, determinadas atividades, o mais difícil ainda é reorganizar tudo para encaixar aquilo que nós queremos fazer e... depois perceber um bocadinho qual o utente que está naquela atividade e por exemplo pode estar na minha, o mais difícil é a gestão de horários e esta questão da adesão ou da participação deles»*

NOTA: nesta categoria não tem de existir necessariamente uma referência à instituição, mas sim uma referência a dificuldades que passem ou que sejam causadas pela organização ou que poderiam ser ultrapassadas por intervenção desta.

2.2.3.1. Horários ou tempo: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria dificuldades **Relacionadas com o Funcionamento da Instituição** e engloba todas as verbalizações de dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas à falta de tempo ou a limitações temporais que sejam percebidas como entraves ao desempenho de tarefas ou à boa execução das mesmas. Ex.: *«Quando eu não estou cá, tudo bem que são menos pessoas a trabalhar, mas já*

foram mais pessoas a trabalhar... Não estou cá, não há gelatinas, não há iogurtes não há nada... Eu quando cá estou não consigo sentar-me um bocadinho, não consigo... E pronto, é assim ainda há dias a enfermeira perguntou-me assim: Então quando é que vai comer? E eu disse: Não posso ir comer, se eu tenho para fazer aqui na copa, tenho para fazer lá fora...»

2.2.3.2. Falta de Recursos Humanos: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria dificuldades **Relacionadas com o Funcionamento da Instituição** e engloba todas as verbalizações referentes a dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas à falta de recursos humanos como entraves ao desempenho de tarefas ou à boa execução das mesmas. Ex.: *«Não... eu é assim: quando falta pessoal, pessoal auxiliar ou quando somos menos enfermeiros o que acontece nas festas ou no carnaval ou assim que a pessoa fica sozinha... esse cansaço é... a higiene acaba por ser mais cansativo levantar o doente tudo isso acaba por despende mais fisicamente, portanto o desgaste é mais físico e aí sinto-me mais cansada fisicamente mas lá volta tudo...»*

2.2.3.3. Falta de Recursos Materiais: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria dificuldades **Relacionadas com o Funcionamento da Instituição** e engloba todas as verbalizações referentes a dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas à falta de recursos materiais como entraves ao desempenho de tarefas ou à boa execução das mesmas. Ex.: *«Talvez agora no banho, só por não haver tantas facilidades arquitetónicas. Por exemplo nos duches, eu sinto que às vezes fazia falta determinadas coisas e então é mais difícil. É mais trabalhoso fazer um treino de AVD's sem uma cadeira de banho por exemplo, quando alguns precisam de se sentar ou assim. Penso que isso é*

tal vez o que leve mais tempo, a atividade do meu dia-a-dia que leve mais tempo e que seja mais trabalhosa. De todas, acho que essa é a mais extensa.»

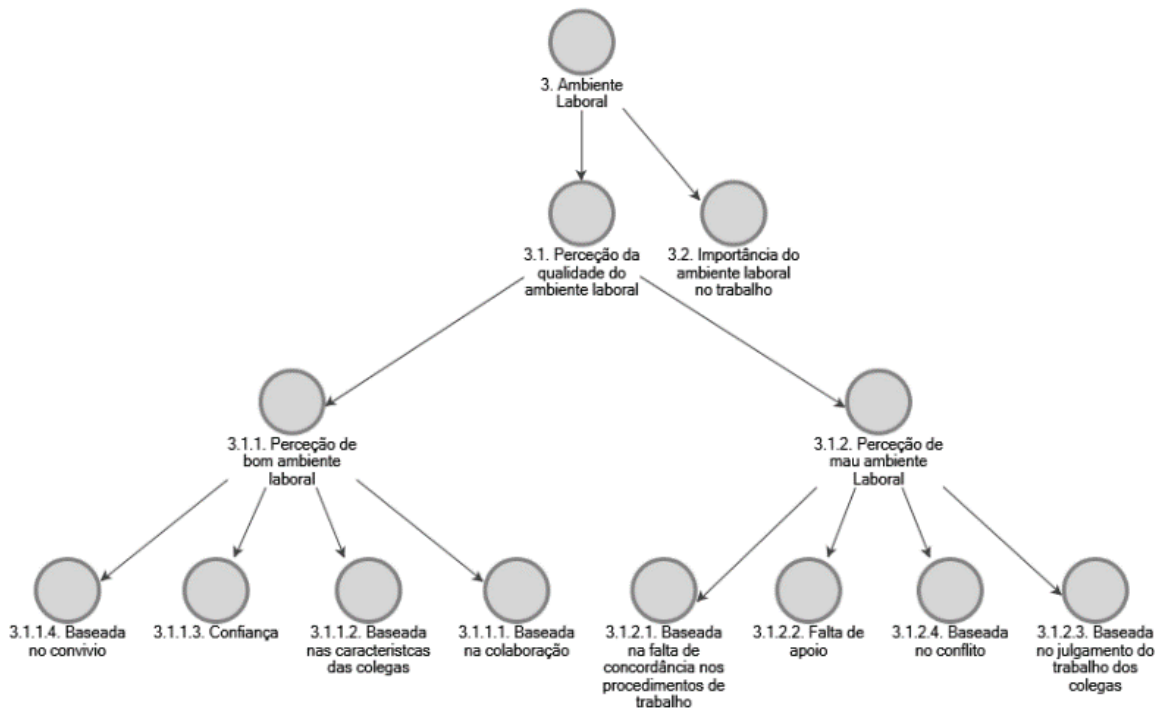
2.2.4. Dificuldades Relacionadas com a Tarefa: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Dificuldades no Desempenho de Tarefas** e engloba todas as verbalizações de dificuldades sentidas pelos participantes que sejam atribuídas diretamente à natureza da tarefa. Ex.: *«Por exemplo dar a alimentação cansa mais porque dar a alimentação exige aqui muito da cervical... Mas não deixo de os alimentar. Alimento-os à mesma só que quando uma pessoa ao fim de dar alimentação a catorze ou quinze pessoas sempre na mesma posição... Eu chego ao fim....»*

NOTA: São comuns as concomitâncias das referências desta categoria noutras categorias (como pode ser observado no exemplo acima que se encontra também categorizado na categoria 2.2.2.2.), o que a distingue é a referência do participante à natureza da tarefa como motivo de dificuldade.»

2.3. Facilidades no Desempenho de Tarefas: é uma subcategoria da categoria **Tarefas Desempenhadas** e engloba todas as verbalizações que descrevam quaisquer facilidades sentidas pelo participante aquando o desempenho das suas funções. Ex.: *«Mais fáceis deve ser pô-los na cama. Pô-los na cama e tirá-los da cama. E mudar fraldas, mudar fraldas não custa nada.»*

3. Ambiente Laboral: é uma categoria que engloba todas as verbalizações que descrevam como é percecionado, como é importante, e todos os aspetos relacionados com o ambiente laboral para participante. Ex.: *«Aqui o ambiente é bastante bom.»*

Figura 3 Árvore de subcategorias da categoria Ambiente Laboral



3.1. Percepção da Qualidade do Ambiente Laboral: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que descrevam como os participantes sentem que é a qualidade do ambiente laboral. Ex.: «*Nunca tive problemas com qualquer colega, nunca tive problemas. Embora eu digo que há haja aí certas colegas que... como é que eu hei de dizer... Não vou dizer assim: «Não gosto»».*

3.1.1. Percepção de Bom Ambiente Laboral: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Percepção da Qualidade do Ambiente Laboral** e engloba todas as verbalizações que descrevam a percepção do participante de um bom ambiente laboral. Ex.: «*Aqui o ambiente é bastante bom.*»

3.1.1.1. Percepção de Bom Ambiente Laboral Baseada na Colaboração: é uma subcategoria da categoria (de 3ª ordem) **Percepção de Bom Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que atribuem a colaboração como

motivo ou como relacionada ao bom ambiente laboral. Ex.: *«Quando por exemplo quando tenho uma pessoa que... Por exemplo ainda na sexta feira passada estava a fazer o trabalho e tive uma colega que quando dei conta foi ajudar-me a lavar a louça e isso é muito bom.»*

3.1.1.2. Perceção de Bom Ambiente Laboral Baseada nas Características dos(as) Colegas: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Bom Ambiente Laboral** e engloba todas as verbalizações que atribuem as características dos(as) colegas como motivo ou como relacionada ao bom ambiente laboral. Ex.: *«Eu propriamente nunca senti grande dificuldade em nenhuma desde que fosse bem assessorada, ou seja, se eu levar uma parceira que seja compatível comigo nunca há dificuldades.»*

3.1.1.3. Perceção de Bom Ambiente Laboral Baseada na Confiança: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Bom Ambiente Laboral** e engloba todas as verbalizações que atribuem a confiança nos e dos colegas como motivo ou como relacionada ao bom ambiente laboral. Ex.: *«Boa. Elas têm muita confiança em mim.»*

3.1.1.4. Perceção de Bom Ambiente Laboral Baseada no Convívio: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Bom Ambiente Laboral** e engloba todas as verbalizações que atribuem o convívio com os colegas como motivo ou como relacionado ao bom ambiente laboral. Ex.: *«Como em todo o lado. É boa, às vezes há aquelas chatices, mas depois a gente acaba por esquecer e damo-nos todos bem. Ainda agora fomos comprar gelados e andamos ali a comer gelados.»*

3.1.2. Percepção de Mau Ambiente Laboral: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Percepção da Qualidade do Ambiente Laboral** e engloba todas as verbalizações que descrevam a percepção do participante de um mau ambiente laboral. Ex.: *«Há aqui um ou outro que me ajuda, mas a maior parte delas não ajuda.»*

NOTA: Foram notórias reticências em falar mal do relacionamento entre colegas, no entanto aqui estão contempladas respostas a perguntas como «Como é a sua relação com os seus colegas» que indicam insatisfação ou desagrado com atitudes ou mesmo com a relação com os colegas.

3.1.2.1. Percepção de Mau Ambiente Laboral Baseada na Falta de concordância nos procedimentos do trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Percepção de Mau Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que atribuem a falta de concordância no que toca a formas de proceder no trabalho como motivo ou como relacionado ao mau ambiente laboral. Ex.: *«Mas isso é normal... E porquê? E às vezes isso, essa coisa de eu não me relacionar bem com... não é muito... só há duas pessoas que eu... eu falo e relaciono-me bem com elas só que é assim: não estou de acordo com muitas coisas que vejo fazer.»*

3.1.2.2. Percepção de Mau Ambiente Laboral Baseada na Falta de Apoio: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Percepção de Mau Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que atribuem a falta de apoio ou entreajuda como motivo ou como relacionado ao mau ambiente laboral. Ex.: *«Há aqui um ou outro que me ajuda, mas a maior parte delas não ajuda. À tarde terminam de fazer o trabalho delas, pronto trocar os utentes e sentam-se*

até às quatro horas e eu às vezes ando aí, já ando a olhar para o relógio porque tenho de ir (...)»

3.1.2.3. Perceção de Mau Ambiente Laboral Baseada no Julgamento do

Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Mau Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que atribuem a crítica ou qualquer outro tipo de julgamento feito por parte dos colegas em relação ao participante bem como do participante em relação aos colegas como relacionado ao mau ambiente laboral. Ex.: *«E depois criticam-me porque eu em vez de ir limpar mais a copa, deixar a copa mais limpinha e ir e deixar tudo orientadinho para elas (...)*»

3.1.2.4. Perceção de Mau Ambiente Laboral Baseada no conflito: é uma

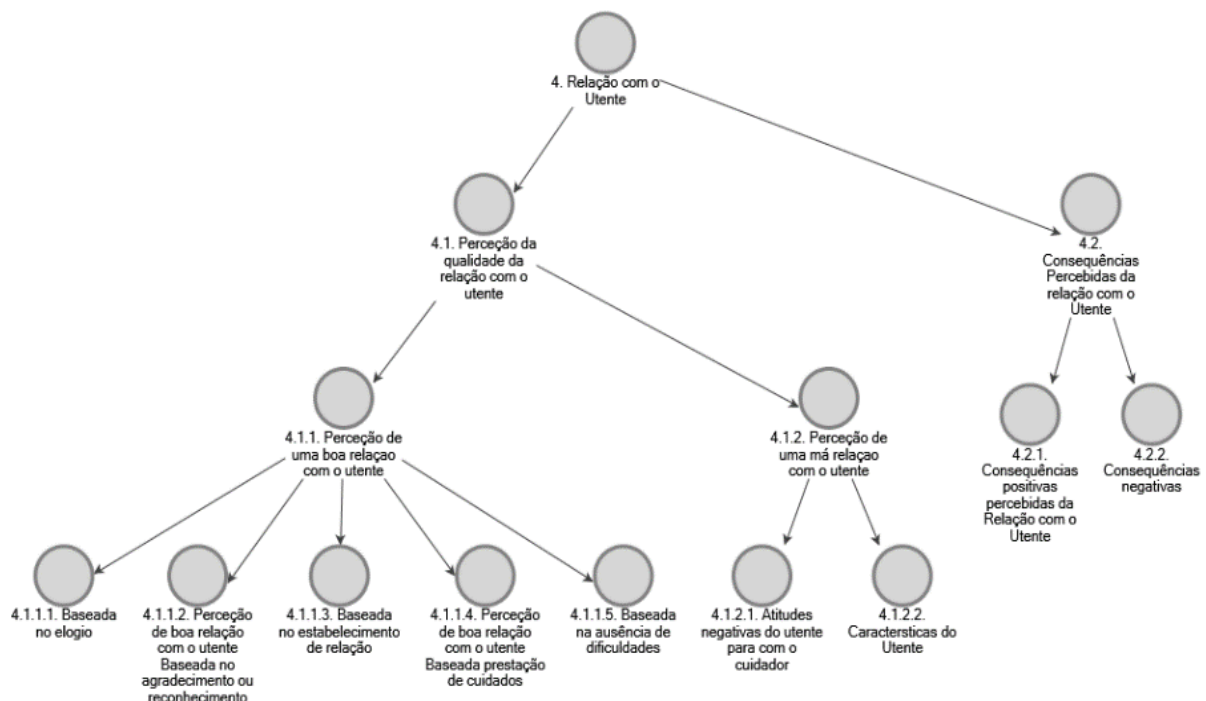
subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Mau Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que atribuem a existência de conflito como relacionado ao mau ambiente laboral. Ex.: *«Sim e depois há outras coisas que me chateiam por exemplo, discussões entre auxiliares, conflitos entre utentes... Também é uma coisa que me stressa um bocadinho, quando eles entram em conflito uns com os outros...»*

3.2. Importância do Ambiente Laboral: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da

categoria **Ambiente Laboral** e contempla todas as verbalizações que descrevam qual a importância do ambiente de trabalho sob a perspetiva dos participantes. Ex.: *«Oh é importante porque às vezes... lá está às vezes pequenas coisas de materiais que precisamos à última da hora e não temos porque não trouxemos Ehhh... pronto, dá imenso jeito termos a possibilidade de pedirmos ali e acolá para podermos utilizar...»*

4. Relação com o utente: é uma categoria que engloba todas as verbalizações que descrevam como é percebida a relação com o utente, podendo incluir exemplos de casos específicos bem como ideias mais globais. Pode incluir considerações do que é pensado como sendo positivo e negativo bem como consequências dessa relação e fatores influentes tal como todos os outros aspetos relacionados com a relação com o utente por parte do cuidador. Ex.: «(...)eles pronto quando conseguem um bocadinho ahhh... moldar o nosso humor»

Figura 4. Árvore de subcategorias da categoria Relação com o Utente



4.1. Perceção da qualidade da relação com o utente: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Relação com o Utente** e contempla todas as verbalizações que descrevam como os participantes sentem que é a qualidade da relação deles com os utentes. Ex.: «É boa sim, também acho que é relativamente boa. Acho só ah! Tive ali uma vez uma senhora (...)»

4.1.1. Perceção de uma Boa Relação com o Utente: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Perceção da Qualidade da Relação com o Utente** e

contempla todas as verbalizações que descrevam a perceção do participante de uma boa relação com os utentes bem como dos motivos dessa perceção e de aspetos facilitadores da mesma. Ex.: *«É fácil porque se nós os ajudarmos a fazer alguma coisa, somos logo o máximo.»*

4.1.1.1. Perceção de boa relação com o utente baseada no elogio: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Boa Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que atribuem o elogio como motivo ou como relacionado à boa relação ou aos efeitos positivos desta. Ex.: *«Mas depois é engraçado porque alguns deles depois dizem que «é muito bonita, é muito simpática» e... e balança, é... é bom é bom.»*

4.1.1.2. Perceção de boa relação com o utente Baseada no Agradecimento ou Reconhecimento: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Boa Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que atribuem o agradecimento ou reconhecimento como motivo ou como relacionado à boa relação ou aos efeitos positivos desta. Ex.: *«Nestas coisinhas, que é o dia a dia deles, se eu ajudar no dia a dia deles a fazerem aquilo que para eles é a rotina eles vão, vão ficar agradecidos.»*

4.1.1.3. Perceção de boa Relação com o Utente Baseada no Estabelecimento de Relação Emocional: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Boa Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que atribuem ao desenvolvimento de uma relação emocional (i.e. dotada de sentimentos que vão para além do estritamente profissional) como motivo ou como relacionado à boa relação ou aos efeitos positivos desta. Ex.: *«O idoso normalmente, às vezes, é... a família que tem somos nós, mais os cuidadores...»*

NOTA: A ideia obrigatória nesta categoria é a presença de sentimentos de afeição (como o carinho, a amizade) percebidos como elementos chave na boa relação existente entre o cuidador e o alvo de cuidados, não sendo relevante se o participante faz referência a sentimentos por parte do próprio ou percebidos como presentes no alvo de cuidados. Assim em paralelo ao exemplo dado acima podemos ver um outro também presente nesta categoria que transmite a presença de sentimentos da mesma natureza, mas por parte do cuidador: «Para mim é quase tudo avós, avôs, ...»

4.1.1.4. Perceção de boa relação com o utente baseada na prestação de cuidados: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Boa Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que atribuem a própria prestação de cuidados como motivo ou como relacionado à boa relação ou aos efeitos positivos desta. Ex.: *«Como é que descrevo a relação? Bom, uma relação boa, com a maioria deles, aliás com todos. Tento sempre estar atenta. Pronto, vou muitas vezes lá à sala, porque nem sempre estou na sala não é, de convivo. Vou lá muitas vezes perguntar se precisam ir à casa de banho, se precisam de alguma coisa. Por vezes algumas pessoas estão mais Pronto precisam de conversar um bocadinho. Converso um bocadinho com eles. Pronto é mais ou menos assim.»*

4.1.1.5. Perceção de Boa Relação com o Utente Baseada na Ausência de Dificuldades: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de Boa Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que atribuem a ausência de dificuldades no estabelecimento e/ou manutenção da relação com o

utente a uma boa relação. Ex.: «*Sim, sim. Na maioria sim. Não tenho dificuldade em lidar*»

4.1.2. Percepção de uma Má Relação com o Utente: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Percepção da Qualidade da Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que descrevam a percepção do participante de uma má relação com os utentes. Ex.: «*Porque às vezes eles não têm bem consciência daquilo que estão a dizer. Às vezes não percebem bem os limites e por isso às vezes são mesmo brutos e mal-educados, alguns.*»

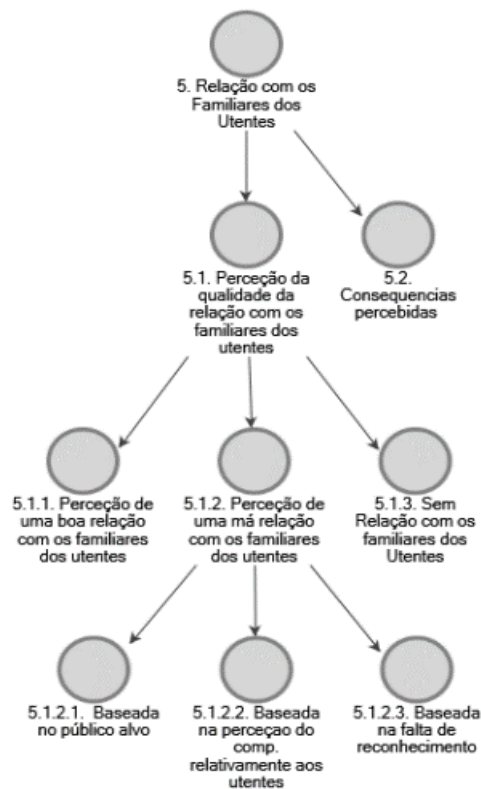
NOTA: nem esta categoria nem a 4.1.1. retratam exemplos de ideias de uma totalmente boa ou totalmente má relação com o utente. Os títulos são apenas rótulos para o que consiste em descrições de situações ou sentimentos que caracterizam momentos ou características bons ou maus da relação.

4.2. Consequências percebidas da relação com o Utente: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que descrevam as consequências percebidas da relação com o Utente. Ex.: «*mas depois eles pronto quando conseguem um bocadinho ahhh... moldar o nosso humor, o nosso... a nossa disposição e as coisas pronto, correm (...)*»

4.2.1. Consequências positivas percebidas da Relação com o Utente: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Consequências Percebidas da Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que descrevam as consequências positivas percebidas como resultantes da relação com o Utente. Ex.: «*Muito, muito, muito, é uma motivação para fazer mais e para continuar.*»

4.2.2. Consequências negativas percebidas da Relação com o Utente: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Consequências Percebidas da Relação com o Utente** e engloba todas as verbalizações que descrevam as consequências negativas percebidas como resultantes da relação com o Utente. Ex.: «(...) ou teimosa ou as duas coisas, fui até casa... no inicio fiquei um bocadinho sentida (...)

Figura 5 Árvore de subcategorias da categoria Relação com os Familiares do Utentes



5. Relação com familiares dos utentes: é uma categoria «mãe» que engloba todas as verbalizações que descrevam como é percebida a relação com os familiares dos utentes, podendo incluir exemplos de casos específicos bem como ideias mais globais. Pode incluir considerações do que é considerado como positivo e negativo bem como consequências dessa relação e fatores influentes tal como todos os outros aspetos relacionados com a relação com os familiares dos utentes por parte do cuidador. Ex.: «Não é... E chegar, eles perguntam como é que está, como é que não está... mas não... não é má».

Figura 6 Árvore de subcategorias da categoria Relação com os Familiares do Utentes

5.1. Perceção da Qualidade da Relação com os Familiares dos Utentes: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Relação com Familiares de Utentes** e contempla todas as verbalizações que descrevam como os participantes sentem que é a qualidade da relação deles com os familiares dos utentes. Ex.: *«Onde é que as pessoas às vezes, e nós, qualquer um de nós pode sentir um bocadinho mais de dificuldade, muitas vezes é no contacto com as famílias.»*

5.1.1. Perceção de uma Boa Relação com os Familiares dos Utentes: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria Perceção da relação com os familiares dos utentes e engloba todas as verbalizações que descrevam a perceção do participante de uma boa relação com os familiares dos utentes. Ex.: *«Sim. Mas a família os que são, são... reconhecem, agradecem imenso Isso é. Da família há esse feedback connosco.»*

5.1.2. Perceção de uma Má Relação com os Familiares dos Utentes: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Perceção da Relação com os Familiares dos utentes** e engloba todas as verbalizações que descrevam a perceção do participante de uma má relação com os familiares dos utentes. Ex.: *«(...) Atenção, falo de doentes, não de famílias. Ainda por cima as famílias que são. Para um civil, torna-se difícil trabalhar com este tipo de público. (...)»*

NOTA: nem esta categoria nem a 5.1.1. retratam exemplos de ideias de uma totalmente boa ou totalmente má relação com os familiares dos utentes. Os títulos são apenas rótulos para o que consiste em descrições de situações ou sentimentos que caracterizam momentos ou características boas ou más da relação.

5.1.2.1. Perceção de má Relação com os Familiares dos Utentes Baseada

no público Alvo: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de uma Má Relação com os Familiares dos Utentes** e contempla todas as verbalizações que a atribuem às características das pessoas familiares dos utentes. Ex.: *«Atenção, falo de doentes, não de famílias. Ainda por cima as famílias que são.»*

5.1.2.2. Perceção de Má Relação com os Familiares dos Utentes Baseada

na perceção do Comportamento desses Relativamente aos Utentes: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de uma má Relação com os Familiares dos Utentes** e contempla todas as verbalizações que a atribuem a má relação à forma como os utentes são tratados pelos seus familiares. Ex.: *«A relação dos familiares com os utentes também... É uma coisa que às vezes me incomoda. As pessoas que vem cá e os utentes ainda ficam piores»*

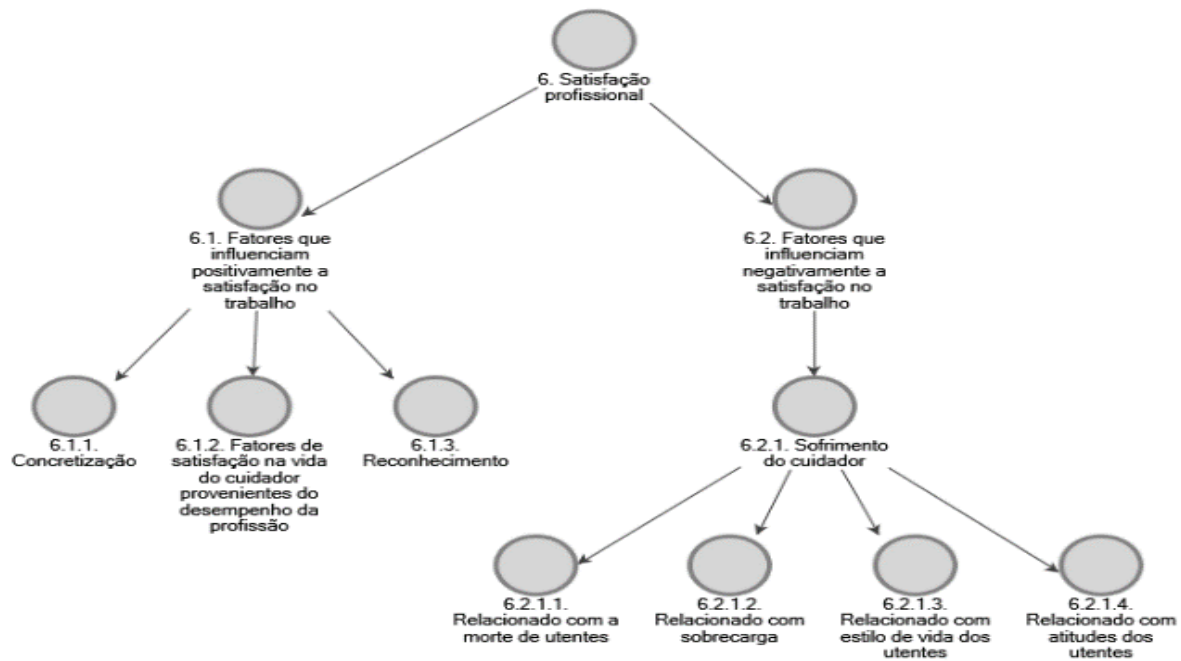
5.1.2.3. Perceção de uma Má Relação com os Familiares dos Utentes

Baseada na Falta de Reconhecimento: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Perceção de uma Má Relação com os Familiares dos Utentes** e engloba todas as verbalizações que a atribuem à falta de reconhecimento por parte dos familiares de utentes. Ex.: *A família pensa mais do género: «Eu pago eles têm que fazer o trabalho deles. Não pensam: Ele é meu pai e eu devia ajuda-lo a fazer isto»*

5.1.3. Sem Relação com os Familiares dos Utentes: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Perceção da Relação com os Familiares dos utentes** e engloba todas as verbalizações que denunciem a ausência de relação com

os familiares dos utentes. Ex.: «Pois, aqui a questão é que eu nunca vejo muito a família, o problema é esse e também acho que é um aspeto muito importante porque a família pode nos dar muitas informações e [...]»

Figura 6. Árvore de subcategorias da categoria Satisfação Profissional



6. Satisfação profissional: é uma categoria que engloba todas as verbalizações que descrevam fatores ou reflexões relacionadas com a satisfação profissional podendo incluir exemplos de casos específicos bem como ideias mais globais. Pode incluir considerações do que é considerado como positivo e negativo no desempenho da profissão bem como fatores que influenciem a satisfação aquando a concretização da mesma.

6.1. Fatores que Influenciam Positivamente a Satisfação no Trabalho: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Satisfação no Trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam fatores que promovam a satisfação no trabalho bem

como sentimentos de satisfação no trabalho. Ex.: Ex.: *«Estas são mais engraçadas porque como eles interagem uns com os outros às vezes eu própria rio-me das coisas que eles dizem. Por isso estas são mais divertidas.»*

6.1.1. Concretização: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fatores que influenciam positivamente a satisfação no trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam a concretização como fator que promova a satisfação no trabalho bem como sentimentos de satisfação relacionados com esta. Ex.: *«(...) quando você gosta do trabalho que faz e dá-se todo, sente-se realizada com aquilo que faz.»*

6.1.2. Fatores de satisfação na vida do cuidador provenientes da sua profissão: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Positivamente a Satisfação no Trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam fatores de satisfação na sua vida que considerem provenientes da sua profissão Ex.: *«Tudo. Não há melhor nem pior, é tudo bom para mim. Cuidar de um idoso é a melhor coisa que podia ter acontecido na minha vida.»*

6.1.3. Reconhecimento: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Positivamente a Satisfação no Trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam o reconhecimento como fator que promova a satisfação no trabalho bem como sentimentos de satisfação relacionados com este. Ex.: *«Essas pessoas que são mais presentes, algumas sim, já tem dito que estão muito contentes com aquilo que tem sido feito cá no centro. E claro isso é ótimo»*

6.2. Fatores que Influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Satisfação no Trabalho** e engloba todas

as verbalizações que descrevam fatores que reduzam a satisfação no trabalho bem como sentimentos de insatisfação no trabalho. Ex.: *«E afasto-me um bocado quando sinto que eles são desagradáveis e estão descompensados. Também, isso também me afeta um bocadinho. É quando eles estão um bocadinho mais descompensados e conseguem mesmo... tipo estão ali mesmo numa de atacar a pessoa e eu afasto-me e sei que assim não vou estar lá a matutar no assunto. É a falta de adesão é isso de quando eles começam a descompensar e são desagradáveis... Sim acho que é isso.»*

6.2.1. Relacionado com o Sofrimento do cuidador: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Negativamente a satisfação no trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam sofrimento psicológico sentido pelos participantes. Ex.: *«Eu moro no Cacém e fui a pé até ao Cacém e dar por mim no caminho as lágrimas a correrem-me pela cara abaixo e a falar sozinha.»*

6.2.1.1. Relacionado com a Morte de Utentes: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam a morte de utentes como fator que influencia negativamente a satisfação no trabalho bem como causa de outros sentimentos negativos. Ex.: *«De vez em quando há problemas, há o stress daqui, há emergências uma coisa que a gente tem de fazer ou que aconteceu ou uma pessoa que a gente não conseguiu salvar e pronto isso depois psicologicamente também afeta um bocadinho a parte de lá fora...»*

6.2.1.2. Relacionado com Atitudes dos Utentes: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Negativamente a**

Satisfação no Trabalho e engloba todas as verbalizações que descrevam atitudes de utentes como fator que influencia negativamente a satisfação no trabalho bem como causa de outros sentimentos negativos. Ex.: *«E afasto-me um bocado quando sinto que eles são desagradáveis e estão descompensados. Também, isso também me afeta um bocadinho»*

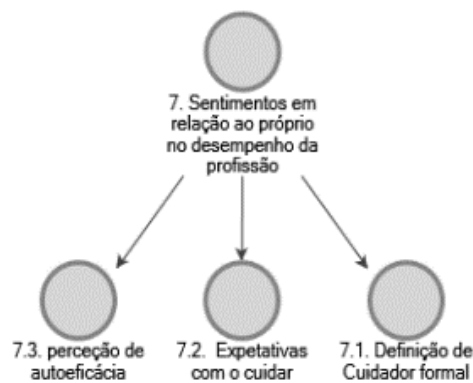
6.2.1.3.Relacionado com o Estilo de Vida dos Utentes: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam o estilo de vida dos utentes como fator que influencia negativamente a satisfação no trabalho bem como causa de outros sentimentos negativos. Ex.: *«(...) Porque a maioria dos utentes não tem um modo de vida rico, ou seja, faltam atividades por vezes a família não tem o tempo todo para vir visitar mais vezes o idoso.»*

6.2.1.4.Relacionado com Sobrecarga de Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fatores que Influenciam Negativamente a Satisfação no Trabalho** e engloba todas as verbalizações que descrevam a sobrecarga como fator que influencia negativamente a satisfação no trabalho bem como causa de outros sentimentos negativos. Ex.: *«Por vezes sim. Há um tempo atrás eu senti que estava num caos, estava a dar comigo a mandar murros contra a parede. Ai comecei a preocupar-me, fui ao médico, comecei a tomar antidepressivos, até agora que deixei de tomar. Isto é muita responsabilidade, são muitos horários para gerir, muitas tarefas para fazer, muitas horas levadas ao extremo. A partir do momento em que deixei eu sozinha de ter*

responsabilidade por tudo aqui, comecei a sentir-me menos cansada. Comecei a sentir novamente a vontade e o gosto de vir trabalhar, coisa que não sentia há muito tempo. »

7. Sentimentos em Relação ao Próprio no Desempenho da Profissão: é uma categoria que engloba todas as verbalizações que descrevam sentimentos do participante em

Figura 7. Árvore de subcategorias da categoria Sentimentos em relação ao próprio no desempenho da profissão



relação a si mesmo no que toca ao desempenho da prestação de cuidados. Aqui estão contempladas as expetativas bem como a percepção de autoeficácia. A definição de cuidador formal encontra-se como subcategoria devido ao facto de perante tal questionamento muitos dos participantes terem respondido baseando-se no que eles admitem fazer. Ex.: «Um bocadinho de receio sim. Mas alguns eu nunca sei se eles estão bem ou não ou se me dão um pontapé...»

7.1. Definição de cuidador formal: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Sentimentos em Relação ao Próprio no Desempenho da Profissão** e engloba todas as verbalizações que descrevam o que os participantes entendem por cuidador

formal. Ex.: *«É dar o melhor estar... Dar qualidade de vida a quem mais precisa de terceiros e dar-lhes a melhor qualidade de vida que se pode dar a idosos.»*

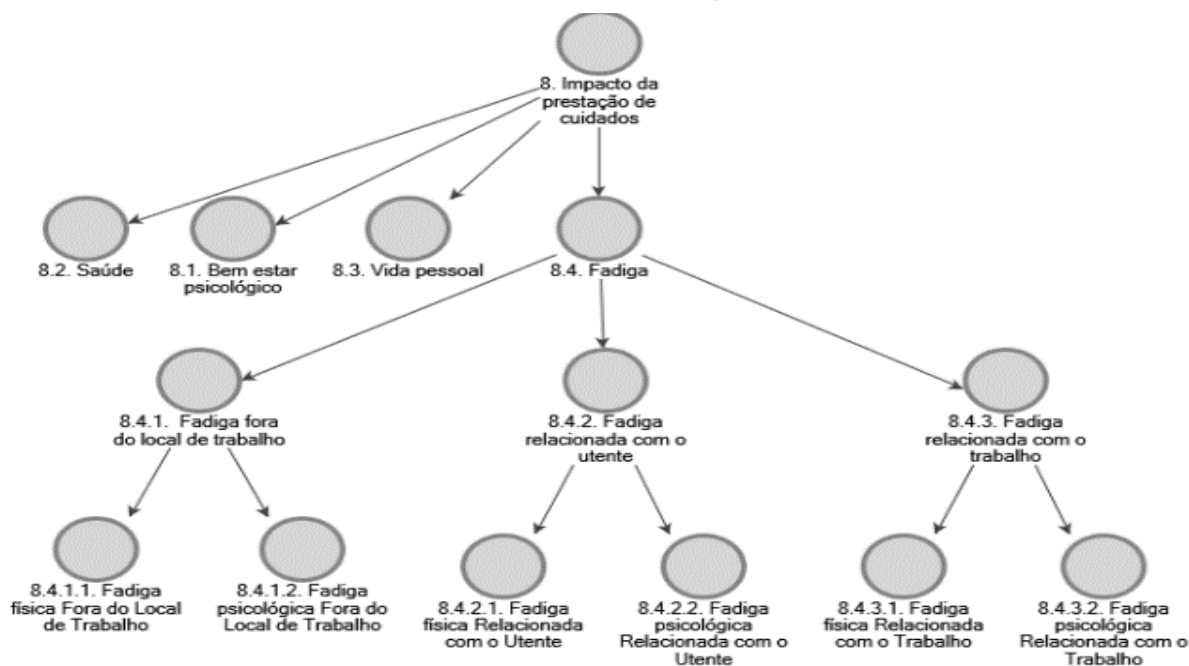
7.2.Expetativas com o cuidar: é uma subcategoria da categoria **Sentimentos em relação ao próprio no desempenho da profissão** e contempla todas as verbalizações que descrevam expetativas que o participante tenha em relação ao seu trabalho (medos, receios...) Ex.: *«Sim, são as conversas... A abordagem às vezes como é que hei de abordar a pessoa. Lá está sempre com a dúvida de como é que ele me vai responder.»*

7.3. Perceção de autoeficácia: é uma subcategoria da categoria **Sentimentos em relação ao próprio no desempenho da profissão** e contempla todas as verbalizações que descrevam a perceção de autoeficácia no desempenho da profissão por parte do participante. Ex.: *«Eu é assim, eu tento fazer tudo, não é perfeito, mas é bem.»*

8. Impacto da prestação de cuidados: é uma categoria que engloba todas as verbalizações que descrevam o impacto que a profissão tem em qualquer área da vida do participante passando pela saúde física e psicológica bem como pela fadiga e sentimentos de sobrecarga. Ex.: *«Este trabalho é difícil mesmo ao nível da minha saúde...»*

8.1. Bem-estar psicológico: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Impacto da Prestação de Cuidados** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão afeta ou afetou o bem-estar psicológico do participante.

Figura 8. Árvore de subcategorias da categoria Impacto da Prestação de Cuidados



Ex.: «*Por vezes sim. Há um tempo atrás eu senti que estava num caos, estava a dar comigo a mandar murros contra a parede. Ai comecei a preocupar-me, fui ao médico, comecei a tomar antidepressivos, até agora que deixei de tomar. Isto é muita responsabilidade, são muitos horários para gerir, (...)»*

8.2. Saúde: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Impacto da Prestação de Cuidados** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão afeta ou afetou a saúde física do participante. Ex.: «*Sim, muito, muito mesmo. Desde lesões, tive muitas lesões, tive de ser operada ao braço, por muita sobrecarga de trabalho.»*

8.3. Vida Pessoal: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria Impacto da Prestação de Cuidados e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão afeta ou afetou a vida pessoal do participante. Ex.:

«Determinados dias sim. Por exemplo naqueles dias em que saís muito cansado do trabalho talvez o que queiras despendar para estar com familiares ou amigos não vais despendar. Mas nem sempre isso acontece, tento equilibrar as coisas.»

8.4. Fadiga: é uma subcategoria (de 1ª ordem) da categoria **Impacto da Prestação de Cuidados** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga. Ex.: *«Isto realmente cansa muito. Esta questão de eles não quererem e nós insistimos e depois não querem, nós insistimos...»*

8.4.1. Fadiga Fora do Local de Trabalho: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fadiga** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, mas que seja contextualizado fora do local de trabalho. Ex.: *«Mas já não me apetece, às vezes não apetece mesmo já só apetece ficar em casa e assim «olha não me chateiem» agora estou aqui a pensar enterrar-me no sofá e depois a pessoa, de vez em quando puba quando dá por ela olha adormece...»*

8.4.1.1. Fadiga Física Fora do Local de Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da **Fadiga Fora do Local de Trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, mas que seja contextualizado fora do local de trabalho e que faça referência especificamente ao cansaço físico.

8.4.1.2. Fadiga Psicológica Fora do Local de Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da **Fadiga Fora do Local de Trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, mas que seja contextualizado fora do local de trabalho e que faça referência especificamente ao cansaço psicológico.

Ex.: *«É no final da semana, já não me apetece... só de pensar que há roupa para lavar e depois está mau tempo e depois há roupa para passar e depois temos de ir às compras... Mas já não me apetece, às vezes não apetece mesmo já só apetece ficar em casa e assim «olha não me chateiem» agora estou aqui a pensar enterrar-me no sofá e depois a pessoa, de vez em quando puba quando dá por ela adormece...»*

8.4.2. Fadiga relacionada com o utente: é uma subcategoria (de 2ª ordem) da categoria **Fadiga** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, estando esta, por sua vez, relacionada com o utente. Ex.: *«Eu acho que é mais psicológico. Isto realmente cansa muito. Esta questão de eles não quererem e nós insistimos e depois não querem, nós insistimos...»*

8.4.2.1. Fadiga Física Relacionada com o utente: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fadiga relacionada com o utente** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, estando esta, por sua vez, relacionada com o utente, e que faça referência especificamente ao cansaço físico. Ex.: *«... que são mais inibidos, ou estão menos participativos, isso aí também é difícil porque eu fico exausta, exausta mesmo... Tenho de estar ali a puxar os braços e as pernas...»*

8.4.2.2. Fadiga Psicológica Relacionada com o utente: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria **Fadiga relacionada com o utente** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, estando esta, por sua vez, relacionada com o utente, e que faça referência especificamente ao

cansaço psicológico. Ex.: *«Eu acho que é mais psicológico. Isto realmente cansa muito. Esta questão de eles não quererem e nós insistimos e depois não querem, nós insistimos...»*

8.4.2.3. Fadiga relacionada com o trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da categoria Fadiga e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, estando especificamente relacionada com o trabalho. Ex.: *O cansaço físico é higiene, é trocar a medicação.»*

NOTA: enquanto os pontos 8.4.1. e 8.4.2. não devem englobar conteúdos semelhantes, deve acontecer que nesta categoria, os conteúdos se encontrem também contemplados visto que o cansaço, seja o fora do trabalho bem como o relacionado com o utente podem estar relacionados com o cansaço relacionado com o trabalho.

8.4.2.4. Fadiga Física Relacionada com o Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da **Fadiga Relacionada com o Trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, que seja contextualizado no local de trabalho e que faça referência especificamente ao cansaço físico. Ex.: *«O cansaço físico é higiene, é trocar a medicação.»*

8.4.2.5. Fadiga Psicológica Relacionada com o Trabalho: é uma subcategoria (de 3ª ordem) da **Fadiga Relacionada com o Trabalho** e contempla todas as verbalizações que descrevam como o desempenho da profissão levou a um estado de fadiga, que seja contextualizado no local de trabalho e que faça referência especificamente ao cansaço físico. Ex.: *«É sem dúvida mais psicológico. Não tenho de fazer trabalho físico.»*

Quer dizer faço alguma estimulação dos órgãos... de forma articulatória... mas quer dizer, não é esse o cansaço, o cansaço é mais psicológico».