

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



Burnout e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos:
Complementaridade das abordagens Quantitativa e
Qualitativa

Susana Isabel Calvinho Martins

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



Burnout e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos:
Complementaridade das abordagens Quantitativa e
Qualitativa

Susana Isabel Calvinho Martins

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença

2016

“Todos nós independentemente da idade desempenhamos um papel importante nesta peça que é a vida. Quer olhemos para trás ou para o porvir impressionemo-nos sempre com as nossas capacidades de dedicação ao bem-estar da Humanidade. Assim sejamos nós capazes de construir, na oficina da nossa alma, a milagrosa palavra amor, com as ferramentas do otimismo, da compaixão e fraternidade.”

Custódio Martins

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o amor e carinho, pelo esforço e dedicação. Esta conquista é minha e é vossa. Por serem o meu abrigo, a minha casa, as minhas pessoas. Por me transmitirem a confiança e ensinamentos para que pudesse voar tão alto e acreditar que posso tornar-me em tudo o que quiser ser. Por me darem a segurança de que por mais longe que possa ir, por mais difícil que o caminho se apresente, eu posso sempre voltar para casa. A eles dedico todo este trabalho.

A toda a minha família, irmãos, avós, tios e primos. Um obrigado simples e sincero. Por mais palavras que escreva nenhuma chegaria para vos dizer o quanto sou grata por serem a minha família.

À minha sobrinha Francisca, pelas lágrimas, sorrisos e canções de embalar que acompanharam os meus dias de trabalho. Que esta etapa, que agora termino, possa um dia retribuir e compensar todo o amor, carinho e felicidade, que constantemente, me oferece.

Ao Diogo, meu companheiro e amigo, pilar das minhas confidências e maiores inseguranças. Por ter mostrado sempre uma confiança inabalável nas minhas capacidades. Por todas as palavras reconfortantes, apoio, compreensão e cumplicidade. Obrigado pelo amor, carinho e confiança.

Aos meus amigos, pela amizade, pelas gargalhadas fora de horas, pelos momentos partilhados e todas as horas de ausência. Obrigado por me mostrarem que a amizade não se esgota em esforços heroicos, basta ser genuína e leal.

Aos meus sogros, pelo carinho, amizade e preocupação ao longo deste percurso.

À equipa de colaboradores do Centro Social e Paroquial da Penha de França e do Centro de Apoio Social de Oeiras. Em especial ao Dr. António Ilhicas pelo interesse, auxílio e boa disposição com que recebeu este projeto ao longo do ano.

Por último e não menos importante, ao Professor Fernando Fradique, pelo rigor, exigência e orientação no decorrer deste trabalho.

RESUMO

Dada a complexidade e exigências decorrentes da prestação de cuidados formais a idosos, o bem-estar físico e mental dos cuidadores, a exploração da sua vivência e dificuldades tornaram-se foco desta investigação. Este estudo teve como grande objetivo explorar a percepção de *Burnout* e *Sobrecarga* em cuidadores formais de idosos. Optou-se por uma metodologia mista, que permitiu a integração e complementaridade entre uma abordagem qualitativa apoiada numa entrevista semiestruturada, e uma abordagem quantitativa apoiada num conjunto de dois instrumentos (Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de Zarit – ESC – e Inventário de *Burnout* de Copenhague – IBC).

A amostra é constituída por 58 cuidadores formais, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos. Os resultados indicam que os cuidadores formais percecionam níveis baixos de *Burnout* e *Sobrecarga* na sua forma ligeira. Foram também observadas associações significativas entre a maioria das escalas de *Burnout* e as dimensões de *Sobrecarga*. Não se encontram relações entre a maioria das variáveis sociodemográficas com os níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* percecionados, apenas os cuidadores menos de 44 anos, bem como os cuidadores com formação superior, apresentam valores mais elevados de *Sobrecarga* na dimensão “*Relação interpessoal*”. A articulação e complementaridade de dados quantitativos e qualitativos para 19 cuidadores da amostra permitiu identificar mais congruências do que incongruências entre as significações subjetivas obtidas a partir da entrevista e os resultados quantitativos obtidos através dos instrumentos, colocando em evidência fatores de risco e fatores amenizadores que contribuem para a percepção de *Burnout* e *Sobrecarga*.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores formais; *Burnout*; *Sobrecarga*; metodologia mista; abordagem qualitativa e quantitativa.

ABSTRACT

Due to the complexity and demands arising from formal care of the elderly, the caregiver's physical and mental health and their difficulties and life experience became the focus of this investigation. The main purpose of this study was to explore the perception of *Burnout* and *Burden* in elderly caregivers. A mixed methodology was chosen, that allowed the complementarity and integration between a qualitative approach, based on a semi-structured interview, and a quantitative approach, based on a set of two instruments (the *Zarit Burden Interview* and the *Copenhagen Burnout Inventory*). The sample consisted of 58 caregivers, mostly female and aged between 23 and 65 years old.

The results indicate that caregivers present low levels of burnout and *Burden* in its mild form. Significant associations were also found between most of the scales of burnout and *Burden* dimensions. No link has been found between the majority of the sociodemographic variables and the perceived level of *Burnout* and *Burden*. Only caregivers with less than 44 years old, as well as those with an academic qualification, presented higher levels of *Burden* concerning the "Interpersonal Relationship" dimension. The coordination and complementarity of quantitative and qualitative data for 19 caregivers from the sample made it possible to identify more consistencies than incongruities between the subjective meanings taken from the interview, and the quantitative results obtained from the instruments, highlighting risk and softening factors that contribute to the *Burnout* and *Burden* perception.

KEY-WORDS: Formal Caregivers; Burden; Burnout; Mixed methodology; Qualitative approach; Quantitative approach.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. O cuidador formal.....	5
1.2. A vivência do ato de cuidar	9
1.2.1. Sobrecarga.....	11
1.2.2. Burnout.....	13
1.2.3. Burnout e Sobrecarga	18
1.3. Objetivos da investigação	20
Capítulo II - METODOLOGIA	23
2.1. Enquadramento metodológico	23
2.2. Participantes.....	24
2.2.1. Seleção e caracterização da amostra	24
2.3. Instrumentos de Recolha de dados.....	29
2.3.1. Questionário Sociodemográfico – Cuidadores Formais (QSD).....	29
2.3.2. Escala de <i>Sobrecarga</i> do Cuidador de Zarit (ESC).....	29
2.3.3. Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (IBC)	32
2.3.4. Entrevista Semiestruturada.....	34
2.4. Procedimentos na Recolha de dados.....	35
2.5. Procedimentos da Análise de dados.....	37
Capítulo III – ANÁLISE DE RESULTADOS	39
3.1. Análise quantitativa	39
3.2- Avaliar os níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Sobrecarga</i> percecionados pelos Cuidadores Formais	39
3.2.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de <i>Burnout</i>	39

3.2.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de <i>Sobrecarga</i> ...	41
3.2.3. Verificar se existe relação entre a <i>Sobrecarga</i> (ESC) e o <i>Burnout</i> (IBC).....	43
3.3. Relacionar as características sociodemográficas com os valores obtidos na avaliação dos níveis de <i>Sobrecarga</i> e <i>Burnout</i>	44
3.3.1. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e <i>Sobrecarga</i> (ESC).....	44
3.3.2. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e <i>Burnout</i> (IBC).....	45
3.3.3. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e <i>Sobrecarga</i> (ESC)	45
3.3.4. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e <i>Burnout</i> (IBC).....	45
3.4. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis <i>Burnout</i> e <i>Sobrecarga</i> : Verificar se existem diferenças nos resultados dos questionários entre os seguintes grupos	45
3.4.1. Ter menos de 44 anos de idade vs. Ter 44 anos ou mais de idade (mediana da idade dos cuidadores).....	45
3.4.2. Ter 5 anos ou mais de serviço vs Ter menos de 5 anos de serviço (mediana)	46
3.4.3. Ter Formação superior vs Não ter Formação superior.....	47
3.5. Análise qualitativa	48
3.5.1. Análise de conteúdo das entrevistas.....	48
3.5.2. Análise Temática das Entrevistas semiestruturadas.....	49
Capítulo IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
4.1. Avaliar os níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Sobrecarga</i> percecionados pelos Cuidadores Formais	67
4.1.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de <i>Burnout</i>	67
4.1.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de <i>Sobrecarga</i> ...	69
4.1.3. Verificar se existe relação entre a <i>Sobrecarga</i> (ESC) e o <i>Burnout</i> (IBC).....	70

4.2. Relacionar as características sociodemográficas com os valores obtidos na avaliação dos níveis de <i>Sobrecarga</i> e <i>Burnout</i>	72
4.2.1. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e <i>Sobrecarga</i> (ESC) e <i>Burnout</i> (IBC).....	72
4.2.2. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e <i>Sobrecarga</i> (ESC) e <i>Burnout</i> (IBC)	73
4.3. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis <i>Burnout</i> e <i>Sobrecarga</i> : Verificar se existem diferenças nos resultados dos questionários entre os seguintes grupos	75
4.3.1. Ter menos de 44 anos de idade vs. Ter 44 anos ou mais de idade (mediana da idade dos cuidadores).....	75
4.3.2. Ter 5 anos ou mais de serviço vs Ter menos de 5 anos de serviço (mediana)	76
4.3.3. Ter Formação superior vs Não ter Formação superior.....	76
4.4. Análise exploratória dos temas centrais associados às dificuldades vivenciadas pelos cuidadores formais, através da aplicação das entrevistas semiestruturadas (4.4.1. Analisar a relação entre o nível de <i>Sobrecarga</i> percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada; 4.4.2. Analisar a relação entre o nível de <i>Burnout</i> percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada).....	78
Capítulo V – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
Capítulo VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	137
Anexo I - Protocolo do Consentimento Informado do Cuidador Formal (1ª fase)...	138
Anexo II - Protocolo do Consentimento Informado do Cuidador Formal (2º fase) .	140
Anexo IV - Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (IBC).....	142
Anexo V - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC).....	145

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da Amostra de Cuidadores Formais de acordo com as variáveis sociodemográficas.	25
Tabela 2. Análise descritiva das Escalas do Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)	40
Tabela 3. Análise Descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).....	42
Tabela 4. Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC .	44
Tabela 5. Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter menos de 44 anos de idade” e ”Ter 44 anos ou mais de idade”	46
Tabela 6. Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter Formação superior” e “Não ter Formação superior”	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Categorias e Subcategorias do Tema Formação.....	51
Quadro 2. Categorias e Subcategorias do Tema Natureza das tarefas desempenhadas pelo cuidador	52
Quadro 3. Categorias e Subcategorias do Tema Vivência diária dos cuidados prestados	54
Quadro 4. Categorias e Subcategorias do Tema Relações interpessoais.....	57
Quadro 5. Categorias e Subcategorias do Tema Vivência do ato de cuidar.....	60
Quadro 6. Categorias e Subcategorias do Tema Perspetiva do cuidador da sua condição laboral	62
Quadro 7. Categorias e Subcategorias do Tema Impacto físico e psicológico da prestação de cuidados	65

Lista de Abreviaturas

ESC Escala de Sobrecarga do cuidador de Zarit

IBC Inventário de *Burnout* de Copenhagen

PUMA (sigla dinamarquesa para o Projecto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho)

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos de amplitude mundial que merece destaque no século XXI, uma vez que conduz a profundas modificações das estruturas sociais, económicas e culturais dos países bem como alterações na organização da dinâmica pessoal, familiar e profissional dos idosos e seus cuidadores (Cardona, Segura, Berbesí & Agudelo, 2015; Fragoso, 2008). Perante a evidência de um país envelhecido (INE, 2014), bem como o aumento progressivo de doenças crónicas e degenerativas que afetam a população idosa tornou-se imperativo o olhar sobre a prestação de cuidados e os cuidadores formais. O conjunto de modificações biológicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo de envelhecimento personificam-se num risco potencial no que se refere à perda de capacidades funcionais e mentais (Miguel, Pinto & Marcon, 2007) no quotidiano dos idosos, o que os coloca não só numa situação de vulnerabilidade percecionada e vivida, mas também de dependência dos cuidados de outrem para a realização de atos elementares da sua vida (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). Perante a impossibilidade de muitas famílias atenderem às necessidades de cuidados dos idosos (Fragoso, 2008; Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin & Güldal, 2012), a procura de cuidados formais em várias valências (Centros de Dia, Lar de Idosos, Centros de Convívio, Serviços de Apoio ao Domicílio) torna-se uma realidade marcante no contexto do envelhecimento em Portugal. Assim, tendo em conta a realidade crescente de procura de cuidados formais o foco reside no papel e qualidade exercida por parte das instituições e profissionais, na prestação de cuidados a idosos (Özçakar *et. al.*, 2012).

A prestação de cuidados formais pode revelar-se desgastante sobretudo devido às exigências físicas e emocionais que decorrem do contacto direto e prolongado no tempo com a pessoa idosa, surgindo assim queixas psicológicas como o cansaço, fadiga, sobrecarga, *stresse*, ansiedade e depressão (Colomé, Marqui, Jahn, Resta, Carli, Winck & Nora, 2011; Zamora &

Sánchez, 2008). Os cuidadores formais que atendem idosos em instituições especializadas na prestação de cuidados geriátricos têm um papel primordial na satisfação das suas necessidades básicas de vida, na garantia de proteção e segurança, servindo de suporte social e emocional. O fraco reconhecimento profissional, a ausência de formação adequada ao fortalecimento de competências na prestação de cuidados, o contacto extenso e prolongado no tempo com a pessoa alvo de cuidados, a exposição a situações exigentes física e emocionalmente (e.g. morte, solidão, sofrimento) que afetam tanto a vida laboral como pessoal, são alguns fatores ilustrativos intervenientes no processo e ato de cuidar. São eles que incrementam valor, interesse e necessidade em explorar a vivência e dificuldades percecionadas, bem como riscos psicossociais no trabalho com impacto na saúde física e mental dos cuidadores formais. Salienta-se ainda, que o estado de debilitação psicológica e física do cuidador pode dar origem a problemas complexos com interferência a nível individual e profissional, sobretudo na qualidade dos cuidados prestados e na forma como se relacionam e interagem com os utentes a quem prestam cuidados (Frias, Tuokko & Rosenberg, 2005). Assim, esta investigação é concordante com a necessidade de que os cuidadores se sintam aptos, física e mentalmente, para fazerem face às exigências laborais, organizacionais e pessoais, com que diariamente se deparam, conseguindo assim, proporcionar àqueles que deles dependem, o melhor cuidado possível.

A presente investigação pretende caracterizar uma amostra de cuidadores formais relativamente aos níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* percecionados, contribuindo para averiguar a existência ou não de uma relação entre estas duas variáveis. O estudo do *Burnout*, enquanto resposta negativa ao *stress* crónico no contexto laboral e da *Sobrecarga*, são uma prioridade nesta investigação uma vez que possibilitam a avaliação do impacto da prestação de cuidados na saúde física e psicológica do cuidador formal. Trata-se de uma investigação que abrange

uma metodologia mista, com objetivos quantitativos de explorar duas variáveis, os níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* experienciados. Mais ainda, tendo em conta o parco desenvolvimento de investigações em Portugal dirigidas aos cuidadores formais, torna-se relevante a prossecução de objetivos qualitativos e exploratórios que permitam não só providenciar uma compreensão ampla e generalizada do que é ser cuidador formal como contextualizar, validar e aprofundar os resultados e respostas procedentes dos instrumentos utilizados, através da realização de entrevistas semiestruturadas. Em última instância esta investigação pretende contribuir para aprofundar e clarificar o conhecimento sobre a problemática em estudo, assim como orientar ações políticas, técnicas e institucionais direcionadas aos cuidadores formais de idosos, que permitam melhorar o bem-estar e qualidade de vida no exercício das suas funções, com consequente repercussão na qualidade dos serviços prestados.

A presente investigação encontra-se dividida nas seguintes secções: o primeiro capítulo, que providencia um enquadramento teórico relativo às variáveis em análise ao apresentar e definir conceitos como *Burnout*, *Sobrecarga* e Cuidadores Formais, assim como os objetivos propostos; o segundo capítulo, onde se procede ao enquadramento metodológico: objetivos da investigação, caracterização e contextualização da amostra em estudo, apresentação dos instrumentos utilizados, procedimentos de recolha de dados e procedimentos estatísticos de análise; o terceiro capítulo, onde se apresentam os resultados obtidos através da análise estatística realizada e análise de conteúdo; o quarto capítulo, onde é efetivada a discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos e quadro teórico apresentado e quinto capítulo onde constam as conclusões finais retiradas desta investigação, bem como as suas limitações, o seu contributo e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se caracterizar o papel do cuidador formal na prestação de cuidados tendo em conta um contexto institucional vocacionado para a prática de cuidados a pessoas idosas numa situação de dependência ou não. Por fim, analisam-se um conjunto de variáveis associadas ao cuidador formal, concretamente o *Burnout* e a *Sobrecarga* percebidos.

1.1. O cuidador formal

Numa perspetiva antropológica o ato de cuidar é algo intrinsecamente humano (Oliveira *et. al.*, 2007). Prestar cuidados a outrem, assim como recebê-los, é um ato que acompanha o ciclo de desenvolvimento do ser humano desde o nascimento até à velhice e assume valoração positiva ou negativa dependendo de um conjunto de variáveis como o contexto de cuidado, as significações atribuídas ao ato de cuidar, as características do cuidador e da pessoa alvo de cuidados (Oliveira *et. al.* 2007).

O envelhecimento populacional e o aumento do número de idosos a viver em situação de dependência possibilita o reconhecimento da necessidade de dar resposta à procura de cuidados formais e refletir sobre a tarefa de cuidar de idosos. Tendo em conta que o cuidado da pessoa idosa pode ser implementado tanto pela família como por profissionais, é necessário também repensar sobre a necessidade da existência de profissionais aptos física e mentalmente, capacitados e qualificados nas instituições que prestam cuidados formais. Segundo Beringuilho (2013), as instituições de apoio a pessoas idosas enfrentam o desafio de determinar o número apropriado e o tipo de colaboradores requeridos para atender às necessidades complexas e multidimensionais dos que usufruem dos serviços destas instituições, tanto idosos como as suas famílias.

Grande parte da investigação científica tem-se focado sobre os cuidadores informais, sobretudo em contextos específicos de doença, não sendo raro encontrar literatura dirigida a cuidadores informais de pessoas com demências ou de doentes terminais. Quanto aos cuidadores formais, o conceito encontra-se ainda preso à designação de profissionais de saúde, não sendo reconhecido o seu papel enquanto cuidadores com obrigações técnicas mas também com necessidades variadas (Oliveira *et. al.*, 2007). Neste contexto torna-se cada vez mais importante focar o conhecimento sobre os cuidadores formais que são chamados a colaborar na prestação de cuidados dignos e qualificados a idosos.

Em seguida apresenta-se uma revisão de literatura relativamente ao cuidador formal, optando-se conjuntamente por construir uma pequena distinção entre os dois tipos de cuidadores, formais e informais.

É importante realçar antes de mais que não existe uma definição teórica suficientemente clara e fundamentada de cuidador formal, pois o conceito vem sendo definido numa perspetiva prática e contextualizada de acordo com as características ou problemáticas das pessoas cuidadas.

De acordo com Oliveira e colaboradores (2007), entende-se como cuidador formal o profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional. Porém diferentes autores, como Born (2006) e Patrocínio (2015) centram-se em definições que enquadram a perspetiva de cuidador, como aquele que cuida, que dá apoio e assiste um indivíduo em situações de dependência e vulnerabilidade. Assim, o cuidador formal é uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso quando este apresenta limitações para realizar as atividades da vida quotidiana e que se assume como elo entre o mesmo, a família e os serviços de saúde ou da comunidade (Born, 2006; Patrocínio, 2015). Por manterem vínculos profissionais no exercício

da atividade de cuidar (Born, 2006), os cuidadores formais de idosos são profissionais remunerados e capacitados técnica ou clinicamente para desempenhar um conjunto de cuidados diversificados, especializados e restritos, como auxílio na realização de atividades e tarefas quotidianas que englobam saúde, rotinas de higiene, alimentares e medicação e que contribuem de forma significativa para o bem-estar e saúde das pessoas a quem se dirigem (Areosa, Henz, Lawisch & Areosa 2014; Rocha, Vieira e Sena, 2008; Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012).

Deste modo, o conceito cuidador formal compreende uma diversidade de profissionais que efetuam serviços de índole profissional numa instituição direcionada para a prestação de cuidados. Dependendo da sua função na instituição, o cuidador pode ser definido relativamente a duas categorias, cuidador de ação direta, se o cuidado prestado visa o apoio direto ao utente, ou cuidador de ação indireta, se as suas funções não passam pelo contacto direto com o utente, assumindo, por exemplo, funções burocráticas (Pereira, 2014).

As instituições acolhem atualmente uma grande multiplicidade de idosos, podendo o cuidador formal ser confrontado com a prestação de cuidados a utentes com várias patologias, desde as físicas às mentais (Gregório, 2015). Porém, é necessário compreender que uma grande proporção de cuidadores formais que trabalham nas instituições não possuem qualificações profissionais ou académicas na área específica em que trabalham nem direcionadas à população destinatária dos cuidados (Barbosa Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011; Colomé *et. al.*, 2011; Carneiro, Pires, Filho & Guimarães, 2009) e assim podem ser definidos como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos, que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (World Health Organization, 2004).

A questão da formação ocupa um lugar de destaque nas profissões de vertente social onde se incluem os cuidadores formais, uma vez que a diversidade das suas funções e a complexidade das necessidades do público-alvo, neste caso idosos, requerem habilidade,

competência e conhecimentos que se adquirem através de uma formação inicial e contínua. A ausência de formação pode traduzir-se em inúmeras fragilidades, não só ao nível da qualidade dos serviços prestados como também ao nível das condições de trabalho, por exemplo, baixa remuneração, baixas perspetivas de progressão na carreira, insatisfação e falta de motivação no trabalho e ainda fraco reconhecimento social (Llobet, Canut, Mateu & Ávila, 2010; Castle, Degenholtz & Rosen, 2006).

A estes cuidadores que desempenham profissionalmente as funções de cuidado de pessoas idosas, são também exigidas determinadas competências que vão muito além da formação profissional, atendendo a que o ato de cuidar não é uma mera técnica, mas sim um compromisso na promoção de bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Assim é necessário que o cuidador possua uma preparação emocional (i.e., domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso), física (saúde física de modo a ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões) assim como qualidades éticas e morais (Born, 2006), fundamentais no acolhimento e disponibilidade para lidar com a pessoa alvo de cuidados e no estabelecimento de relações de confiança, dignidade e respeito com o cuidador e a sua família.

A compreensão destes aspetos é fundamental no reconhecimento do processo de cuidar como não linear e simples e sim como um processo rigoroso que envolve muitas vezes condições extremas de desgaste físico e emocional.

É também oportuno fazer aqui uma distinção entre “cuidador formal” e “cuidador informal” de idosos, pois apesar da crescente procura por cuidados formais, os cuidadores informais são ainda quantitativamente mais representativos. Os cuidadores informais são na sua maioria familiares, mas também podem ser amigos ou vizinhos, que asseguram a prestação da maioria dos cuidados ao idoso (i.e. alimentação e higiene pessoal, tarefas administrativas e

financeiras, apoio à mobilidade e alguns cuidados de enfermagem) num ambiente familiar e informal, sendo que o cuidado é independente de qualquer acordo ou serviço formal (Goodhead & McDonald, 2007)

1.2. A vivência do ato de cuidar

Cuidar de idosos é um ato de responsabilidade que acarreta um conjunto de complexidades e desafios, quer pela interação que se estabelece com a pessoa idosa e respetiva família, pelo envolvimento emocional, tempo despendido, confronto com situações de incapacidade, dependência e vulnerabilidade, quer pelo impacto emocional e físico decorrente das inúmeras tarefas a ser confrontadas. Segundo Goodhead e McDonald (2007), quando as exigências laborais não estão ajustadas às competências do trabalhador, este desempenha-as, mas exibe uma grande “*Sobrecarga*” física e mental, com implicações para a sua saúde e para a organização, onde exerce as suas funções.

A maioria da literatura tem dado relevo à globalidade dos riscos e constrangimentos que as situações e condições de trabalho direcionado à prestação de cuidados implicam, destacando o aparecimento de riscos psicossociais com efeitos negativos ao nível da saúde física e mental e igualmente da qualidade de vida dos cuidadores. Considera-se nomeadamente o desenvolvimento de *stresse* ocupacional, *Burnout*, aparecimento de perturbações de ansiedade e depressão (Leka & Jain, 2010; Frias, Tuokko & Rosenberg, 2005). Em termos de consequências, o *stresse* ocupacional em extremo, isto é, uma exposição prolongada a condições de *stresse* laboral pode provocar o *Burnout* (Hespanhol, 2005), sendo este um efeito incapacitante que conduz ao adoecer físico, psíquico, comprometimento da qualidade de vida do trabalhador e dos resultados do seu trabalho repercutindo-se igualmente nas instituições devido ao elevado absentismo, baixas médicas prolongadas, redução da produtividade e da

qualidade dos serviços prestados, aumento de conflitos interpessoais (Vicente & Oliveira, 2011; Zamora, Castejón & Fernández, 2004; Gil-Monte, 2003; Borritz, Regulies, Bjorner, Villadsen, Mikkelsen & Kristensen, 2006). Os conceitos *stresse* e *Burnout* distinguem-se, essencialmente, pelo tempo de duração, sendo que o *stresse* deriva de uma tensão passageira e a síndrome de *Burnout* do resultado de tensões contínuas. O *stresse* pode ser visto como um termo genérico referente a um processo de adaptação passageiro enquanto o *Burnout* pode ser encarado como o estado final de uma rutura na adaptação do indivíduo, resultante de um desequilíbrio prolongado no tempo entre exigências profissionais e recursos pessoais (Schaufelli & Buunk, 2003).

Existem diversos estudos que sugerem que as pessoas diretamente envolvidas no cuidado ao idoso sofrem de elevados índices de depressão e ansiedade, *stresse* e *Burnout* (Goodhead & McDonald, 2007; Özçakar *et. al.*, 2012) menor satisfação com a vida e sensação de estar sobrecarregado, sobretudo quando o tempo gasto na prestação de cuidados aumenta (Goodhead & McDonald, 2007).

A *Sobrecarga* relacionada com o trabalho é uma dificuldade referida em praticamente todos os estudos elaborados na área do cuidado formal ou informal a idosos. Segundo o estudo desenvolvido por Colomé e colaboradores (2011) onde foram exploradas as dificuldades enfrentadas no quotidiano por parte dos cuidadores formais numa instituição de acolhimento de idosos. Os resultados apontam para um conjunto de dificuldades relacionadas com a *Sobrecarga* de trabalho e exigência física (e.g. muitos trabalhadores acumulam funções dentro da instituição o que contribui para o desgaste físico e psicológico), onde se incluem a título de exemplo, a falta de tempo para desempenhar as atividades inerentes à sua profissão, que se repercutem inevitavelmente no comprometimento da prática de um cuidado adequado aos idosos e da sua própria qualidade de vida. Noutro estudo realizado por Barbosa e colaboradores

(2011) direcionado para cuidadores de pessoas com demência, estes autores identificaram várias dificuldades como a interação e comunicação com o utente, o desconhecimento da doença, a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização e planeamento de atividades e a interação com a família dos utentes. Das entrevistas de “*focus group*” realizadas por Barbosa e colaboradores (2011), vários cuidadores formais referiram também que a prestação de cuidados a pessoas com quadro demencial constitui um motivo de *Sobrecarga* física e emocional. Num estudo realizado por Zamora e Sánchez (2008) com o objetivo de estudar a relação entre os níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* percebidos numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos, os resultados apontam para que o nível de *Burnout* está intimamente relacionado com a perceção de *Sobrecarga* do cuidador.

Neste sentido pretende-se destacar que as circunstâncias exigentes e desafiantes que estão envolvidas no ato de cuidar podem contribuir para a perceção de maiores níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* nos cuidadores formais. Estas variáveis que indicam um comprometimento ao nível da saúde psicológica do cuidador podem causar prejuízos a nível pessoal (e.g. gestão familiar, menor perceção de bem-estar e qualidade de vida) e profissional, com destaque para a qualidade do cuidado prestado, desempenho de funções, qualidade da interação com pacientes e colegas, ausência de empatia (Ruitenburg, Frings-Dresen & Sluiter, 2012).

Importa assim explicitar os conceitos de *Sobrecarga* e *Burnout*.

1.2.1. Sobrecarga. O conceito “*Sobrecarga*” trata-se de uma tradução do termo inglês “*Burden*” com conotação negativa sob a forma de “peso” ou “fardo” (Sequeira, 2010) que recai sobre os cuidadores e que tem sido largamente associado ao cuidador informal. Trata-se de um conceito complexo e multidimensional referente ao conjunto de desafios ou

problemas, como as exigências de tempo, tensões físicas, desafios emocionais, conflito de papéis (Jones, Hadjistavropoulos, Janzen & Hadjistavropoulos, 2011), problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros (George & Gwyther, 1986 citado em Chappell & Reid, 2002; Schene, 1990), assim como outras consequências adversas que ocorrem na sequência do processo de prestação de cuidados, neste caso de um idoso dependente e que afetam de forma significativa os cuidadores.

Segundo Zamora e Sánchez (2008) a *Sobrecarga* percebida pelo cuidador define-se como a avaliação ou interpretação que o cuidador faz dos diversos *stressores* (condições, experiências e atividades problemáticas) provenientes do cuidado bem como a interferência dos mesmos nos vários domínios da sua vida.

A aplicação deste conceito aos estudos gerontológicos permitiu evidenciar que percepção de *Sobrecarga* do cuidador comporta duas componentes: a) objetiva; e b) subjetiva (Sequeira, 2010). A componente objetiva da *Sobrecarga* ocorre em consequência da natureza e da necessidade de cuidados, em função dos sintomas e sinais orgânicos, psíquicos e comportamentais da pessoa alvo de cuidados. Assim refere-se ao conjunto de atividades e acontecimentos diretamente associados ao desempenho do papel do cuidador, i.e., no apoio às tarefas diárias, que se concretizam em alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no envolvimento em atividades de lazer, na saúde física e mental do cuidador (Schene, 1990). A componente subjetiva consiste na percepção pessoal do cuidador (Sequeira, 2010), logo estando relacionada com uma ampla gama de reações emocionais negativas, sentimentos e emoções (i.e., culpa, incerteza, ódio, raiva, sentimentos de perda), relacionadas com as atividades e acontecimentos decorrentes do ato de cuidar (Schene, 1990). Por se referir à experiência subjetiva da execução das tarefas de cuidado a *Sobrecarga* subjetiva pode mudar ao longo do tempo como resultado de mudanças na situação de cuidado, perspetivas

futuras sobre pessoa alvo de cuidado, ou de utilização de estratégias de *coping* (Brouwer, Exel, Berg, Dinant, Koopmanschap & Bos, 2004). Quando a *Sobrecarga* é intensa e as estratégias de confronto não se apresentam como eficazes, as consequências em termos emocionais são evidentes. Tal como afirmam diferentes autores (Sales, 2003; Sequeira, 2010; ST-Onge & Lavoie, 1997) a *Sobrecarga* intensa leva a distúrbios emocionais e problemas físicos.

De um modo geral, enquanto a *Sobrecarga* objetiva está mais associada às tarefas de cuidar, a *Sobrecarga* subjetiva está mais relacionada com as características do cuidador.

Tendencialmente a *Sobrecarga* tem sido associada aos estudos com cuidadores informais enquanto o *Burnout* esgota a sua aplicação aos estudos com cuidadores formais.

1.2.2. Burnout. Dadas as diferentes abordagens metodológicas e bases teóricas é difícil encontrar uma definição consensual para o *Burnout* (Zamora & Sánchez, 2008). No entanto, vários têm sido os esforços para unificar aspetos comuns nas diferentes abordagens e fazer emergir os pontos centrais deste conceito.

Em seguida serão apresentadas várias conceções teóricas explicativas do *Burnout*.

Segundo a perspetiva psicossocial, o *Burnout* denomina uma síndrome psicológica causada pelo envolvimento e resposta prolongada a *stressores* (estímulos desencadeadores de *stress*) emocionais e interpessoais crónicos oriundos do contexto laboral (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) e exercício profissional, isto é, uma reação perante a constante acumulação de *stressores* ocupacionais que tem origem quando as exigências do meio laboral excedem os recursos individuais de confronto (Leiter, 1993; Maslach, 2009). Esta perspetiva situa o *Burnout* no contexto da relação recíproca entre características do indivíduo e especificidades do ambiente de trabalho e aborda-o como uma síndrome tridimensional que comporta três dimensões chave: a) a exaustão emocional, b) sentimentos de despersonalização e desapego em relação ao trabalho, c) a sensação de ineficácia e falta de realização pessoal, que se refletem

num estado de exaustão emocional, mental e física (Schaufeli & Buunk, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 2009) e são elas que compõem uma das definições mais consensuais do *Burnout*: a) uma síndrome de exaustão emocional; b) despersonalização; e c) sentimento de redução da realização pessoal (Maslach, 1982 citado em Lee & Ashforth, 1990; Maslach, 2009; Schaufeli e Greenglass, 2001).

A dimensão “exaustão emocional” compreende a componente básica de *stresse* individual e por isso refere-se a sentimentos de *Sobrecarga*, fadiga e ausência de recursos físicos e emocionais que não permitem manter energia suficiente para enfrentar as vicissitudes do cotidiano laboral, sendo a principal dimensão do *Burnout*. Quando as pessoas referem o conceito *Burnout* referem-se frequentemente à experiência de exaustão (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

A dimensão “*despersonalização*” compreende a componente do contexto interpessoal do *Burnout* e refere-se à resposta negativa, insensível ou excessivamente apática nos múltiplos aspetos e contextos do trabalho, inclusive na relação com o outro (Maslach, 2009; Ashforth & Lee, 1990), pois funciona como um amortecedor emocional em resposta à excessiva exaustão sentida pelo indivíduo.

A dimensão de “*redução da realização pessoal*” ou ineficácia, por sua vez, representa a componente de autoavaliação do *Burnout*. Esta dimensão retrata a tendência para avaliar o próprio trabalho de forma negativa, com sentimentos de incompetência, carência de produtividade e de atos de valor que a pessoa tenha em relação ao trabalho.

Ao refletir a relação entre a pessoa e o seu trabalho (Maslach & Leiter, 2005), o *Burnout* resulta de uma rutura ou divergência entre estes dois sistemas, quando a pessoa se confronta com o desfasamento entre as expectativas, as motivações pessoais e profissionais e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer.

Os autores Schaufeli e Greenglass (2001) definiram *Burnout* como “*um estado ou processo de esgotamento físico, emocional e mental que resulta do envolvimento a longo prazo nas situações de trabalho que são emocionalmente exigentes*”. Trata-se de um estado mental negativo e persistente que ocorre em indivíduos normais, ou seja, sem nenhuma psicopatologia conhecida, que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, *distresse*, reduzida motivação, comportamentos disfuncionais no trabalho (Schaufeli & Enzmann citado em. Schaufeli & Buunk 2003). Enquanto síndrome psicológica, o *Burnout* reflete uma divergência entre as perspectivas profissionais do indivíduo e a realidade do seu contexto laboral, sendo por vezes a sua perpetuidade associada a estratégias de *coping* inadequadas (Schaufeli & Buunk 2003).

No seguimento desta última definição, aborda-se a conceção de Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen (2005) e Borritz e colaboradores (2006) elaborados com base num estudo prospetivo de *Burnout* com trabalhadores no sector de serviços humanos, o “Project on *Burnout, Motivation, and Job Satisfaction*” (PUMA). A conceção destes autores destaca a fadiga e a exaustão como as características centrais do conceito (Kristensen *et. al.*, 2005; Borritz *et. al.*, 2006), que não se esgota aqui, uma vez que adicionam uma nova característica que é a remissão da fadiga e exaustão para domínios ou esferas específicas da vida da pessoa. Estes domínios representam três grandes dimensões que caracterizam o *Burnout*. Mais especificamente, *Burnout pessoal* que se define como “o grau de fadiga e exaustão física e psicológica experienciada pela pessoa”; *Burnout relacionado com o trabalho*, “o grau de fadiga e exaustão física e psicológica que é percebido pela pessoa como relacionado com o seu trabalho” e o *Burnout relacionado com o utente* que diz respeito ao “grau de cansaço físico e psicológico que é percebido pela pessoa como estando relacionado com o seu trabalho com utente”, isto é, o grau em que as pessoas associam a sua fadiga às pessoas com quem trabalham, desde doentes, presos, crianças, estudantes, entre outros (Fonte, 2011; Kristensen *et. al.*, 2005).

Ainda no âmbito das suas considerações teóricas relativamente ao *Burnout*, Kristensen e colaboradores (2005) acrescentaram uma dimensão crucial à sua teoria, Esquemas e Atribuições Causais. Esta nova dimensão pretende explicar como as pessoas percebem, compreendem e interpretam os seus próprios sintomas psicológicos e somáticos, isto é, de modo a explicar e compreender os sintomas percecionados e de forma a poder controlá-los, os indivíduos utilizam esquemas de sintomas preexistentes e atribuições causais que são importantes porque eles não só formam o modo como as pessoas pensam, mas também as suas emoções, atitudes e ações (Kristensen *et. al.*, 2005).

Existem diversas causas ou determinantes de *Burnout* que resultam da influência do ambiente psicossocial do trabalho, de agentes do contexto social, das condições laborais, elevadas exigências emocionais na relação com o utente, baixo apoio social dos colegas e supervisores e das características pessoais, como personalidade, características sociodemográficas, relações sociais fora do trabalho e estilo de vida (Borritz *et. al.*, 2006).

No contexto da prestação de cuidados, as causas de *Burnout* relacionadas com o cuidado formal de idosos remetem para a carga horária, falta de descanso, sobretudo entre os profissionais de enfermagem, *Sobrecarga* de trabalho, dificuldades de relacionamento com outros membros da equipa, tratamento em condições críticas de enfermidade, falta de autonomia, escassez de recursos ou baixos salários (Zamora e Sánchez, 2008) e ainda excesso de burocracia e acumular de responsabilidades, complexidade de funções e fraca participação na tomada de decisão sobretudo entre profissionais com funções de gestão e coordenação, como é o caso de assistentes sociais (Vicente e Oliveira, 2015). De acordo com o estudo elaborado por Vicente e Oliveira (2015), o confronto com situações de perda de capacidades, dor, sofrimento e morte é um indutor de exaustão emocional e de *Burnout*, o que enfatiza a ideia de que lidar com doenças crónicas e situações incapacitantes dos idosos é um aspeto menos

desejável do trabalho dos cuidadores em todas as categorias profissionais. Dada a proximidade e relação estreita e exigente do ponto de vista emocional que se estabelece não só com o idoso mas também com a família, os conflitos com os familiares dos idosos são igualmente um indutor de exaustão emocional e *Burnout* entre os cuidadores, tendo estes muitas vezes que lidar com situações de pressão, agressividade e acusações (Vicente e Oliveira, 2015). Dentro da dinâmica organizacional, os conflitos interpessoais e o fraco apoio social dos colegas são também assinalados pelos cuidadores formais como fatores de risco de *Burnout*. Já as vivências/significados atribuídos ao trabalho, também parecem exercer influência não só no aparecimento da exaustão emocional, como do *Burnout* (Vicente e Oliveira, 2015), visto que o cuidador formal desenvolve o seu trabalho num contexto de cuidado e responsabilidade pelo outro, pelo seu bem-estar e qualidade de vida.

As consequências da presença de síndrome de *Burnout* podem observar-se em vários níveis, sendo de destacar a nível individual o prejuízo em termos psicológicos ao precipitar efeitos negativos em termos de saúde mental (Maslach, 2009) como autoconceito negativo, baixa autoestima, ansiedade, depressão, hostilidade e da saúde em geral, como dores de cabeça, taquicardia. Em termos interpessoais podem originar problemas na vida familiar e deterioração das relações sociais e por fim, em termos comportamentais que se refletem inevitavelmente na qualidade de assistência e serviço prestado, absentismo, atrasos, atitudes negativas em relação ao trabalho e ao idoso (Vicente & Oliveira, 2011; Zamora, Castejón e Fernández, 2004; Gil-Monte, 2003; Borritz et. al., 2006).

Para Gil-Monte (2003) as manifestações ou consequências do *Burnout* para o indivíduo resumem-se a quatro categorias: Sintomas emocionais (e.g. uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade); Sintomas atitudinais (e.g. desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade); Sintomas

comportamentais (e.g. agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade) e Sintomas psicossomáticos onde se incluem alterações cardiovasculares, problemas respiratórios, problemas imunológicos, sexuais, digestivos, musculares e alterações no sistema nervoso (e.g. dores de cabeça e insónias). Para a organização onde o indivíduo trabalha, e em particular no contexto institucional de prestação de cuidados a idosos, as consequências manifestam-se através da deterioração da qualidade da assistência, absentismo elevado, baixa satisfação laboral, diminuição do interesse e esforço na realização das atividades laborais e aumento dos conflitos interpessoais com a equipa de trabalho (Vicente & Oliveira, 2011; Zamora, Castejón e Fernández, 2004; Gil-Monte, 2003; Borritz et. al., 2006).

O estudo do *Burnout* em cuidadores formais de idosos tem incidido particularmente em categorias profissionais específicas e mais representativas como a enfermagem. No entanto, o conceito encontra-se intimamente relacionado aos trabalhadores cujas profissões assentam, essencialmente, na prestação de serviços humanos que exigem interações prolongadas entre indivíduos e elevadas exigências interpessoais mostrando-se, assim, relevante o estudo deste conceito abrangendo a vasta diversidade de profissionais que trabalham no contexto formal de prestação de cuidados a idosos.

1.2.3. *Burnout* e *Sobrecarga*. Como foi referido anteriormente, os dois conceitos *Sobrecarga* e *Burnout* encontram-se tradicionalmente associados a diferentes categorias de cuidadores: o *Burnout* tem sido associado a cuidadores formais enquanto a *Sobrecarga* surge associada a cuidadores informais, sendo que a maioria da literatura revista faz esta distinção. Porém, estes dois conceitos estão interligados, precisamente porque um dos principais fatores desencadeantes do *Burnout* é a *Sobrecarga* de trabalho (Zamora e Sánchez, 2008; Vicente e Oliveira, 2015; Maslach, 2009; Fujiwara et. al., 2003 e Ng et al., 2011 cit. in. Vicente e Oliveira, 2015; Zamora et. al. 2004). A *Sobrecarga* é geralmente a componente que mais se relaciona

com a dimensão exaustão emocional do *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981) e é responsável pela rutura entre o indivíduo e o trabalho e ocorre quando as exigências deste excedem os recursos do indivíduo ou quando perante a falta de realização pessoal o indivíduo sente que não decidiu pelo trabalho que se adequa a si.

Vários estudos tem surgido neste sentido de interligação dos conceitos de *Burnout* e *Sobrecarga*. A título de exemplo referem-se os estudos de Zamora e Sánchez (2008), onde se pretendia avaliar a perceção de *Sobrecarga* e o nível de *Burnout* em cuidadores formais de idosos institucionalizados. Os resultados deste estudo indicam que a perceção de *Sobrecarga* está estreitamente ligada à presença de *Burnout* num mesmo trabalhador; no estudo de Rodrigues (2015), em que o objetivo era avaliar e verificar relações entre variáveis Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, nível de *Sobrecarga* e de *Burnout* sentidos e Estratégias de Confronto utilizadas em situações de stresse dos cuidadores formais, quanto á relação entre perceção de *Sobrecarga* e níveis de *Burnout*, encontradas correlações significativas e positivas entre foram todos os domínios das escalas demonstrando que uma perceção elevada de *Sobrecarga* está associada a maiores níveis de *Burnout*. Já Gregório (2015) elaborou um estudo com objetivos de caracterização de uma amostra de cuidadores formais através da análise das relações entre várias variáveis, nomeadamente a Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, utilização de Estratégias de *coping* em situações de *stresse*, nível de *Burnout*, nível de *Sobrecarga*, e Sintomas Psicopatológicos percecionados, encontrando associações positivas entre as dimensões da *Sobrecarga* e as escalas do *Burnout*, levando a sugerir que a Escala de *Sobrecarga* do Cuidador pode ser utilizada em cuidadores formais, possibilitando assim a comparação entre os dois grupos (Gregório, 2015).

Face a este quadro, decorre a necessidade de interligar nesta investigação estes dois conceitos aplicados ao estudo dos cuidadores formais, permitindo ampliar a compreensão em relação aos mesmos.

1.3. Objetivos da investigação

Tendo em conta o contínuo aumento da proporção de idosos em Portugal, assiste-se atualmente a uma expansão de estudos que abrangem os temas relacionados com os idosos e os seus cuidadores. Não obstante o papel da família, os cuidadores formais desempenham hoje em dia um papel crucial no cuidado e assistência a pessoas idosas, quer estes se encontrem ou não numa situação de dependência, garantindo a satisfação das suas necessidades, proporcionando bem-estar e qualidade de vida a esta população. As exigências e desafios inerentes à prestação de cuidados tornam imperativo o estudo dirigido aos cuidadores formais em Portugal, no sentido de conhecer a realidade, dificuldades e indicadores de saúde mental.

Esta investigação pretende assim caracterizar uma amostra de cuidadores formais de idosos a partir da aplicação de dois instrumentos quantitativos, Inventário de *Burnout* de Copenhaga (IBC) e Escala de *Sobrecarga* do Cuidador (ESC), bem como no que toca aos níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* experienciados. Atualmente as relações entre estas variáveis são redutoras e refutáveis, servindo o presente estudo para elucidar sobre a relação entre as mesmas, mais precisamente averiguar a possível aplicação do conceito *Sobrecarga* aos cuidadores formais. Este estudo apresenta também como objetivos explorar, validar e aprofundar os resultados obtidos nas dimensões e fatores que compõem os instrumentos de avaliação do *Burnout* e *Sobrecarga*, respetivamente, Inventário de *Burnout* de Copenhaga (IBC) e Escala de *Sobrecarga* do Cuidador (ESC), através de dados provenientes da realização de entrevistas semiestruturadas que permitem caracterizar a vivência subjetiva do ato de cuidar

por parte do cuidador formal. As entrevistas, pelo seu caráter descritivo e exploratório, permitirão uma análise qualitativa das dificuldades dos cuidadores formais, de modo a tornar os dados quantitativos obtidos adequados a possíveis intervenções que possam ser dirigidas a esta população, a nível individualizado ou em grupo.

Quanto aos objetivos específicos, são definidos os seguintes:

1. Avaliar os níveis de *Burnout* e de *Sobrecarga* percecionados pelos Cuidadores Formais

1.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Burnout*: pretende-se avaliar o nível de *Burnout* percecionado pelos Cuidadores Formais através do Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC);

1.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Sobrecarga*: pretende-se avaliar o nível de *Sobrecarga* percecionado pelos Cuidadores Formais através da Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de Zarit (ESC);

1.3. Verificar se existe relação entre as variáveis *Sobrecarga* (ESC) e *Burnout* (IBC);

2. Relacionar as características sociodemográficas com os valores obtidos na avaliação dos níveis de *Sobrecarga* (ESC) e *Burnout* (IBC);

2.1. Verificar se existem relações entre as variáveis *Burnout* e *Sobrecarga* e variáveis sociodemográficas (“Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”);

2.2. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis *Burnout* e *Sobrecarga*, nomeadamente “Ter Formação Superior” vs. “Não Ter Formação Superior”, “Ter menos de 44 anos de idade” vs. “Ter 44 anos ou mais de idade” e “Ter 5 Anos ou Mais de Serviço na Instituição” vs. “Ter Menos de 5 Anos de Serviço na Instituição”;

3. Análise exploratória dos temas centrais associados às dificuldades vivenciadas pelos cuidadores formais, através da aplicação das entrevistas semiestruturadas;

3.1. Analisar a relação entre o nível de *Sobrecarga* percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada;

3.2. Analisar a relação entre o nível de *Burnout* percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada;

Considerando os objetivos propostos foi desenvolvido um plano metodológico que será de seguida apresentado no Capítulo II desta dissertação.

Capítulo II - METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se abordar o plano e o processo de investigação, que engloba a descrição do objeto e objetivos do estudo, tipo de estudo, definição e caracterização sociodemográfica da amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos da análise de dados.

2.1. Enquadramento metodológico

Para a presente investigação optou-se por proceder à combinação de duas abordagens metodológicas, a qualitativa e a quantitativa, elegendo assim uma metodologia mista em todas as fases de investigação. Esta metodologia mista permite a integração e complementaridade entre um tipo de *metodologia qualitativa* apoiada numa entrevista semiestruturada e uma *metodologia quantitativa* apoiada num conjunto de dois instrumentos de autorrelato como métodos de recolha de dados, a Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de ZARIT (Sequeira, 2010) e Inventário de *Burnout* de Copenhagen (Fonte, 2011; Kristensen, et al., 2005). De acordo com a literatura visitada, os métodos qualitativo e quantitativo podem coexistir em cada processo de investigação, no estabelecimento do objeto e objetivos de pesquisa, recolha e análise dos dados (Johnson & Christensen 2004, p. 415), de forma paralela e sequencial (Coutinho, 2013 p. 360; Johnson & Christensen 2004, p. 48), permitindo dentro dos limites das suas especificidades, contribuir para um melhor conhecimento sobre os fenómenos em análise (Fonseca, 2008). Assim, a presente investigação quanto à natureza dos dados (Coutinho, 2013 p. 41) segue um desenho metodológico misto, de cariz exploratório/ descritivo (procura explorar e descrever as representações idiossincráticas dos cuidadores formais sobre a experiência de cuidar, nomeadamente dificuldades percecionadas, *Sobrecarga*, exaustão, perceção do ambiente laboral e relação com o indivíduo alvo de cuidados, entre outros.), correlacional (pretende

identificar associações/relações entre as variáveis em estudo) observacional e transversal (observação das características dos indivíduos da amostra num determinado momento e nas dimensões temporais definidas para esse momento). Tem como propósitos caracterizar uma amostra de cuidadores formais de idosos no que toca aos níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* experienciados, a partir da aplicação de dois instrumentos quantitativos, Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC) e Escala de *Sobrecarga* do Cuidador (ESC) bem como explorar, validar e aprofundar os resultados obtidos nas dimensões e fatores que compõem os instrumentos de avaliação do *Burnout* e *Sobrecarga*, através de dados provenientes da realização de entrevistas semiestruturadas que permitem caracterizar a vivência subjetiva do ato de cuidar por parte do cuidador formal. A realização das entrevistas semiestruturadas conjugadas com a aplicação dos dois instrumentos quantitativos permitem uma compreensão ampla sobre o fenómeno em análise através dada a possibilidade de a) complementaridade: procura elaboração, reforço, ilustração clarificação dos resultados de um método com os resultados de outro método com o objetivo de compreender a sobreposição e diferentes facetas do fenómeno; b) expansão: expandir a amplitude e o alcance da investigação utilizando diferentes métodos para diferentes componentes de investigação e c) triangulação dos dados: procura convergência e corroboração de resultados provenientes de diferentes métodos que estudam o mesmo fenómeno (Johnson & Christensen 2004 p. 424)

2.2. Participantes

2.2.1. Seleção e caracterização da amostra. A amostra deste estudo caracteriza-se por ser uma amostra não probabilística por conveniência. Relativamente aos critérios de inclusão para a primeira parte do estudo, foram considerados os seguintes: a) assinar o protocolo de consentimento informado (ANEXO I – CD-R e versão papel), b) trabalhar na instituição de acolhimento como cuidador formal. Para a segunda parte do estudo foram considerados os

seguintes: a) assinar o protocolo de consentimento informado (ANEXO II – CD-R e versão papel), b) trabalhar na instituição de acolhimento como cuidador formal e c) ter respondido aos questionários: Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de ZARIT e Inventário de *Burnout* de Copenhague.

De seguida apresenta-se a caracterização da amostra de cuidadores formais que participaram neste estudo (Tabela 1) tendo em conta os resultados obtidos através do questionário sociodemográfico que teve lugar antes da realização dos questionários e entrevistas.

Neste estudo a população da amostra é constituída por um total de 58 participantes, dos quais 33 pertencem ao conjunto cuidadores formais pertencentes ao Centro de Apoio Social de Oeiras – Instituto de Ação Social das Forças Armadas (CASO) e 25 pertencem ao Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora da Penha de França (C.S.P.P.F.).

Tabela 1.

Caracterização da Amostra de Cuidadores Formais de acordo com as variáveis sociodemográficas.

		N (%)	Média	Desvio-padrão	Amplitude	
					Mínimo	Máximo
Idade		58 (100%)	42,16	11,97	23	65
Sexo	Masculino	3 (5,2%)	-	-	-	-
	Feminino	55 (94,8%)	-	-	-	-
Estado Civil	Solteiro	26 (44,8%)	-	-	-	-
	Casado	19 (32,8%)	-	-	-	-
	Divorciado	8 (13,8%)	-	-	-	-
	Viúvo	1 (1,7%)	-	-	-	-
	União de Facto	4 (6,9%)	-	-	-	-

Escolaridade	1º ao 4º ano	3 (5,2%)	-	-	-	-
	5º ao 6º ano	7 (12,1%)	-	-	-	-
	7º ao 9º ano	17 (29,3%)	-	-	-	-
	10º ao 12º ano	12 (20,7%)	-	-	-	-
	Ensino Superior	19 (32,8%)	-	-	-	-
Número de filhos	0	19 (32,8%)	-	-	-	-
	1	14 (24,1%)	-	-	-	-
	2	17 (29,3%)	-	-	-	-
	3 ou mais	8 (13,8%)	-	-	-	-
Área de Residência	Rural	6 (10,3%)	-	-	-	-
	Urbano	52 (89,7%)	-	-	-	-
Número de dependentes	0	54 (93,1%)	-	-	-	-
	1	2 (3,4%)	-	-	-	-
	2	2 (3,4%)	-	-	-	-
Categoria Profissional	Técnicos superiores	19 (32,8%)				
	Auxiliares de Ação Direta	37 (63,8%)				
	Outras	2 (3,4%)				
Anos de serviço na instituição		55 (94,8%)	8,95	9,083	0	30
Trabalha por turnos	Sim	19 (32,8%)	-	-	-	-
	Não	38 (65,5%)	-	-	-	-
Carga horária semanal		57 (1,7%)	38,18	6,367	4	60
Frequências faltas ao serviço	Nunca/raramente	42 (72,4%)	-	-	-	-
	Algumas vezes	13 (22,4%)	-	-	-	-
	Bastantes vezes	2 (3,4%)	-	-	-	-
Exerceu outra profissão que	Sim	32 (55,2%)	-	-	-	-

não a de cuidador formal	Não	25 (43,1%)	-	-	-	-
Mudaria Profissão	de Sim	10 (17,2%)	-	-	-	-
	Não	47 (81%)	-	-	-	-

Os resultados do questionário sociodemográfico indicam que dos 58 participantes do estudo, 3 (5,2%) eram do sexo masculino, sendo os restantes 55 (94,8%) do sexo feminino. Relativamente à variável “idade” estão compreendidas entre os 23 e os 65 anos, sendo a média de 42,16 anos (DP=11,97). Em relação à variável escolaridade, 3 (5,2%) participantes referiram ter completado apenas o primeiro ciclo (1º ao 4º ano), 7 (12,1%) completaram o segundo ciclo (5º ao 6º ano), 17 (19,3%) completaram o terceiro ciclo (7º ao 9º ano), 12 (20,7%) o ensino secundário (10º ao 12º ano) e 19 (32,8%) completaram o ensino superior. Dos 58 participantes, 26 (44,8%) referiram ser solteiros, 19 (32,8%) casados, 8 (13,8%) referiram serem divorciados, 4 (6,9%) referiram estarem numa relação em união de facto e 1 (1,7%) referiu ser viúvo. Quanto ao número de filhos, do total de participantes 19 (32,8%) referiram não ter nenhum filho, 14 (24,1%) manifestaram terem um filho, 17 (29,3%) referiram terem 2 filhos e 8 (13,8%) manifestaram terem 3 ou mais filhos. A maioria dos participantes 54 (93,1%) relataram não terem pessoas dependentes de si no contexto da sua vida pessoal, 2 (3,4%) relataram terem uma pessoa dependente e 2 (3,4%) relataram ter duas pessoas dependentes. Do total de participantes, 52 (89,7%) participantes referem viver numa zona urbana, enquanto 6 (10,3%) referem viver numa zona rural. No que se refere à categoria profissional a maior parte não são qualificados, 19 (32,8%) dos participantes relataram serem Técnicos Superiores, como por exemplo enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores sociais e fisioterapeutas, 37 (63,8%) mencionaram serem Auxiliares de Ação Direta de 1ª e 2ª categoria, apenas 2 (3,4%) relataram outras categorias profissionais como encarregada de apoio domiciliário e motorista. Quanto às

funções desempenhadas, 46 fornecem cuidados diretos aos utentes (79,3%), como por exemplo, tarefas de apoio domiciliário ou fornecimento de cuidados relacionados com a higiene, alimentação e medicação, enquanto 4 fornecem cuidados indiretos aos utentes (6,9%), como por exemplo na qualidade de encarregada geral ou motorista. É importante frisar que 8 cuidadores formais (13,8%) não responderam a esta questão. Relativamente aos anos de serviço na instituição, 55 (94,8%) participantes responderam, variando entre os 0 e os 30 anos o seu vínculo enquanto trabalhador da instituição, sendo a média de 8,95 anos (DP = 9,083), houve ainda 3 (5,2%) participantes que não responderam à questão. Em relação ao trabalho por turnos, 19 (32,8%) relataram trabalhar por turnos, enquanto 38 (65,5%) referiram não o fazer, apenas 1 (1,7%) participante que não respondeu a esta questão. A média de horas de trabalho semanal na instituição é de 38,18 horas (DP = 6,367), com um máximo de 60 horas de trabalho por semana relatada e um mínimo de 4 horas por semana, sendo que para a esta questão houve 1 (1,7%) participante que não respondeu. Houve 42 (72,4%) participantes que relataram nunca/raramente faltar ao serviço, 13 (22,4%) relataram faltar ao serviço algumas vezes, 2 (3,4%) referiram faltar bastantes vezes e 1 (1,7%) participante não respondeu a esta questão. Em relação a terem exercido outra profissão, 25 (43,1%) participantes referiram não ter exercido outra profissão além da de cuidador formal, já 32 (55,2%) participantes referiram ter exercido outra profissão numa área profissional distinta como atendimento ao público, 1 (1,7%) participante não respondeu a esta questão. Por último relativamente à mudança de profissão verifica-se que a maioria dos inquiridos 47 (81%) encontram-se satisfeitos com a profissão que desempenham e não manifestam vontade de mudar. Por outro lado, embora a percentagem seja muito menor, 10 (17,2%) dos inquiridos manifestam vontade de mudar de profissão. Nesta questão houve 1 (1,7%) participante que não respondeu.

2.3. Instrumentos de Recolha de dados

Na investigação realizada foram utilizados quatro instrumentos de recolha de dados: um Questionário Sociodemográfico para cuidadores formais, dois instrumentos aferidos e estandardizados para a população portuguesa, a Escala de *Sobrecarga* do Cuidador (ZARIT); e Inventário de *Burnout* de Copenhague (IBC) e uma entrevista semiestruturada construída pela investigadora.

De seguida são apresentados os instrumentos referidos.

2.3.1. Questionário Sociodemográfico – Cuidadores Formais (QSD). O QSD foi utilizado com o objetivo de recolher informação sociodemográfica para caracterizar a amostra de cuidadores formais em diversas dimensões, nomeadamente, idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, número de filhos a cargo e outras pessoas dependentes, no caso de existirem, local de residência, carga horária semanal total de trabalho, tipo de horário, tempo de serviço na instituição, frequência de faltas ao serviço no último ano, exercício de outra profissão e por fim questionar o cuidador sobre a sua pretensão, se pudesse, em exercer outra profissão (ANEXO III – CD-R).

Este questionário sociodemográfico foi preenchido individualmente por cada cuidador formal. Os dados foram recolhidos com o intuito de caracterizar a amostra de Cuidadores Formais e de modo a estudar possíveis diferenças nos resultados obtidos nos instrumentos utilizados, de acordo com estes dados sociodemográficos.

2.3.2. Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de Zarit (ESC). A Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de Zarit (ESC) é um questionário de autorrelato utilizado para avaliar os sentimentos de *Sobrecarga* percebidos pelo cuidador, desenvolvido e publicado por Zarit, Reever e Bach-Peterson em 1980 (Bédard, Molloy, Squie, Dubois, Lever & O'Donnell, 2001).

Esta escala inclui questões que pretendem obter informação sobre vários domínios: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010; Gonçalves-Pereira e Zarit, 2014). Concretamente, o ESC pretende medir o nível de *Sobrecarga* objetiva experienciado pelo cuidador informal, que se encontra relacionada com as consequências diretas da natureza e da necessidade de cuidado, e a *Sobrecarga* subjetiva, que se relaciona com a perceção que o cuidador tem acerca das consequências que decorrem do ato de cuidar.

Após revisão, a versão reduzida da ESC tem sido utilizada (Sequeira, 2010; Ferreira, Pinto, Laranjeira, Pinto, Lopes, Viana, Rosa, Esteves, Pereira, Nunes, Miranda, Miguel, Leal e Fonseca, 2010; Scazufca, 2002). Esta versão inclui um total de 22 itens procedentes da versão original de 29 itens publicados em 1980 (Bédard *et. al.*, 2001), que são respondidos através de uma escala de *Likert* com cinco níveis de resposta, que varia de “Nunca” (0) a “Quase Sempre” (5). Os itens estão divididos em quatro fatores que explicam 62% da variância total: 1) Impacto da Prestação de Cuidados (IPC), que avalia a *Sobrecarga* diretamente 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; 2) Relação Interpessoal (RI), que se refere à *Sobrecarga* relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados, avaliando o impacto interpessoal, bem como as dificuldades da interação; 3) Expectativas com o Cuidar (EC), que avalia as expectativas do cuidador em relação à prestação de cuidados; e 4) Perceção de Autoeficácia (PA), referente à opinião do cuidador acerca do seu desempenho profissional. Os dois primeiros fatores (1 e 2) estão direcionados para a *Sobrecarga* objetiva e os dois últimos (3 e 4) para a *Sobrecarga* subjetiva (Sequeira, 2010).

A soma destes itens permite a obtenção de um resultado total, que determina o nível de *Sobrecarga* (sem *Sobrecarga*, *Sobrecarga* ligeira e *Sobrecarga* intensa) e que pode variar de 22 a 110 pontos, isto é, ao nível da avaliação do total da escala de *Sobrecarga* do cuidador, o resultado é obtido através do somatório de todos os itens, que deve variar entre 22 e 110. Um valor elevado na Escala Global corresponde a uma maior perceção de *Sobrecarga* pelo cuidador. Mais concretamente, valores inferiores a 46 indicam ausência de perceção de *Sobrecarga*, valores entre 46 e 56 indicam perceção de *Sobrecarga* ligeira, e valores superiores a 56 indicam perceção de *Sobrecarga* intensa (Sequeira, 2010).

A escala de *Sobrecarga* do Cuidador foi traduzida, adaptada e validada por Sequeira (2010) para a população portuguesa, recorrendo a uma amostra de 184 cuidadores de idosos com e sem demência. O estudo metrológico demonstrou que este instrumento apresenta uma boa consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,93$), tanto para os 4 fatores como para a escala global, tendo sido encontrado o menor valor para as “Expectativas com o Cuidar” ($\alpha=0,67$) e o maior valor encontrado para o “Impacto da Prestação de Cuidados” ($\alpha=0,93$). As correlações entre os diferentes fatores da ESC e o somatório da escala global são todas estatisticamente significativas ($p<0.01$) com valores a variar entre .20 e .96, sendo os fatores “*Impacto da prestação de cuidados*” e “*Relação interpessoal*” que apresentam correlação significativa com a escala global (0,96 e 0,83) (Sequeira, 2010).

A utilização da escala de *Sobrecarga* em termos de investigação, permite avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar numa determinada população (Sequeira, 2010), assim apresenta-se como o instrumento de eleição para avaliação da *Sobrecarga* em cuidadores informais. Para a sua aplicação nesta investigação com uma amostra de cuidadores formais procedeu-se à sua adaptação. Mantiveram-se as 22 perguntas, adaptando-as ao contexto da investigação e permanecendo cada uma na mesma direção, tendo em conta as escalas em que

cada questão está integrada (ANEXO V – CD-R e versão papel). A título de exemplo, itens que anteriormente fariam referência a apenas um indivíduo familiar dependente fazem agora referência a um número mais geral, uma pergunta que antes seria “*Tem receio do que pode acontecer ao seu familiar no futuro?*” foi modificada, ficando “*Tem receio do futuro destinado às pessoas de quem cuida?*”

Este instrumento não se encontra validado para a população de cuidadores formais, embora o estado da literatura aponte para a sua utilização nesta população (Zamora e Sánchez, 2008; Rodrigues, 2015; Gregório, 2015)

2.3.3. Inventário de *Burnout* de Copenhague (IBC). O Inventário de *Burnout* de Copenhague é um instrumento construído no âmbito do projeto PUMA (Projecto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho) iniciado em 1997 (Kristensen et. al., 2005; Fonte, 2011). O projeto PUMA foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal a trabalhadores de serviços humanos e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objetivos estudar a prevalência e a distribuição do *Burnout*, as suas causas e consequências, bem como possíveis intervenções no local de trabalho que visem melhorar o ambiente psicossocial do trabalho e consequentemente reduzir o cansaço e as suas repercussões (Borritz et al., 2006). Assim, este questionário foi desenvolvido para avaliar o *Burnout* em trabalhadores dos serviços humanos concetualizando teoricamente este constructo com base na definição de Schaufeli e Greenglass (2001), destacando a fadiga e a exaustão como as características centrais do conceito, adicionando contudo uma nova característica que é a atribuição da fadiga e exaustão para domínios ou esferas específicas da vida da pessoa (Kristensen et. al., 2005).

O Copenhague (IBC) avalia a Síndrome de *Burnout* e contém dezanove questões, sendo que essas questões estão divididas em três escalas: *Burnout pessoal*, relacionado com o grau de fadiga e exaustão experienciado pela pessoa, a nível físico e psicológico; *Burnout relacionado*

com o trabalho, que se refere ao grau fadiga e exaustão física e psicológica que é experienciada pela pessoa relativamente ao seu trabalho, havendo um foco nas atribuições de sintomas que a pessoa faz em relação ao seu trabalho; e *Burnout relacionado com o utente*, que se refere ao grau de fadiga e exaustão física e mental que é experienciado pela pessoa relativamente ao trabalho específico com utentes, havendo um foco no grau em que as pessoas veem uma conexão entre a sua fadiga e as pessoas com quem trabalha, estando apenas presente em indivíduos que trabalham nos serviços humanos.

Compreende um conjunto de 19 itens que são respondidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos e que se referem à frequência com que cada sentimento ocorre. Para avaliar a frequência com que cada sentimento ocorre no *Burnout* pessoal as respostas às questões variam entre “Nunca/quase nunca” (0) e “Sempre” (100). Para as questões do *Burnout* relacionado com o trabalho as três primeiras respostas variam entre “Muito Pouco” (0) e “Muito” (100) e nas últimas quatro questões variam entre “Nunca/quase nunca” (0) e “Sempre” (100), sendo que na última esta pontuação é invertida. Para as questões do *Burnout relacionado com o utente*, as três primeiras respostas variam entre “Muito Pouco” (0) e “Muito” (100), e as últimas duas questões varia entre “Nunca/quase nunca” (0) e “Sempre” (100) (Fonte, 2011).

Os resultados obtidos pela aplicação dos questionários irão permitir identificar as pessoas que estão cansadas e a que dimensão atribuem esse cansaço (Kristensen, et al., 2005). No estudo PUMA considerou-se como um elevado nível de *Burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos (Borritz & Kristensen, 2004).

A adaptação e validação do COPENHAGEN para a população portuguesa foi realizada por Fonte (2011), que contou com uma amostra constituída por 228 enfermeiros, 171 dos quais eram do sexo feminino e 57 do sexo masculino (Fonte, 2011).

Relativamente ao estudo metrológico, segundo o estudo de Fontes (2011), os valores do alfa de Cronbach apresentam uma boa consistência interna para as três escalas do COPENHAGEN, sendo que os valores para o *Alpha de Cronbach* variam de .84 a .86. Concretamente, as três escalas apresentam os seguintes valores: o *Burnout* Pessoal apresenta um alfa de Cronbach .845 para o total da escala e .803 é o valor mais baixo para os itens; o *Burnout* Relacionado com o Trabalho apresenta alfa de Cronbach .829 como valor mais baixo para os itens e alfa de Cronbach de .866 para o total da escala; e por último o *Burnout* Relacionado com o Utente o alfa de Cronbach é de .796, sendo o valor mais baixo para os itens e alfa de Cronbach de .843 para o total da escala (Fonte, 2011).

“Os resultados indicam que a escala validada apresenta boas características psicométricas, sendo fiável e válida para a identificação e mensuração do *Burnout*, o que permite a sua aplicação prática em futuras investigações” (Fonte, 2011, p.15-16).

O instrumento pode ser visto em anexo (ANEXO IV – CD-R e versão papel).

2.3.4. Entrevista Semiestruturada. De modo a alcançar os objetivos da investigação e tendo por base princípios como a primazia da experiência subjetiva como fonte de conhecimento, o estudo de fenómenos a partir de perspetivas do outro e o interesse em conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social onde estabelecem uma interação de construção recíproca, sustentou-se uma abordagem qualitativa, de cariz ligeiramente exploratório, utilizando a entrevista na sua modalidade semiestruturada como método de recolha de dados. Esta opção evidencia a adoção de uma postura interpretativa dos comportamentos e fenómenos sociais, permitindo a compreensão dos fenómenos globalmente, tendo a sua análise um enfoque indutivo (Coutinho 2013, p. 28), global e ideográfico. Deste modo esta investigação tem como objetivo qualitativo alcançar uma maior compreensão das emoções, comportamentos, dificuldades, estado de saúde mental dos

cuidadores formais intervenientes neste estudo, tendo em conta os temas centrais associados à vivência e processo de cuidar de idosos.

A entrevista semiestruturada encontra-se organizada em diferentes áreas ou temas centrais: Formação, Tarefas, Ambiente Laboral, Satisfação Profissional, Relação com o idoso, Experiência de *Burnout* e Sentimentos de *Sobrecarga* percebidos pelo cuidador. O guião da entrevista semiestruturada pode ser visto em anexo (ANEXO VI – CD-R e versão papel).

2.4. Procedimentos na Recolha de dados

O estudo foi aprovado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Os dados foram recolhidos entre Fevereiro e Junho de 2016, nas duas instituições¹ que acolheram este estudo, contando com a participação de um conjunto de participantes voluntários na qualidade de cuidadores formais.

Na fase inicial do estudo procedeu-se ao contacto com as instituições acolhedoras da investigação a fim de explicar os objetivos da investigação e procedimentos de recolha de dados. Após a aceitação por parte da instituição para a realização do estudo, iniciou-se a recolha de dados em duas fases.

Na primeira fase da recolha de dados foi realizado o contacto com os cuidadores formais de idosos a fim de perceber a disponibilidade para a participação no estudo. Em seguida, aos quais anuíram foram distribuídos protocolos de consentimento informado (Anexo I – CD-R), onde eram explicados os propósitos e as condições (e.g., participação voluntária e confidencialidade) do estudo. Após terem sido esclarecidos os objetivos do estudo e a importância da sua participação, e o participante ter assinado o protocolo de consentimento

¹ Centro Social e Paroquial da Penha de França, em Lisboa, e o Centro de Apoio Social de Oeiras – Instituto de Ação Social das Forças Armadas (CASO)

informado, procedeu-se à aplicação do *Questionário Sociodemográfico (QSD – Anexo III – CD-R)*, com o objetivo de recolher informação sociodemográfica e em seguida dos questionários Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de ZARIT (Sequeira, 2010) e Inventário de *Burnout* de Copenhagen (Fonte, 2011; Kristensen, et al., 2005), que podem ser vistos no Anexo IV – CD-R. Todos os documentos foram entregues pessoalmente num envelope a cada cuidador conjuntamente com uma cópia do consentimento informado preenchido pela investigadora e entregue aos participantes. Neste contacto pessoal foi fornecida uma explicação detalhada aos participantes acerca do preenchimento dos questionários e consentimentos informados e sempre que possível estes foram preenchidos presencialmente de modo a poder-se esclarecer as suas dúvidas a respeito do preenchimento ou dos próprios instrumentos.

O contacto, quer telefónico quer eletrónico, da investigadora foi fornecido a todos os participantes, caso existissem dúvidas ou comentários a fazer à investigação.

A segunda fase da recolha de dados decorre do preenchimento do primeiro consentimento informado pelo cuidador (Anexo I – CD-R) onde é solicitada a disponibilidade dos cuidadores formais para a realização de uma entrevista. Nos casos em que os cuidadores se mostraram disponíveis foram feitos contactos para agendar um dia e horário compatível com as suas funções para a realização das entrevistas individuais que tiveram lugar nas instituições. No dia da entrevista os participantes preencheram um segundo consentimento informado da entrevista (Anexo II – CD-R). Os dados foram recolhidos, se assim autorizado pelo participante, através de gravação áudio.

2.5. Procedimentos da Análise de dados

Após a recolha de dados de toda a amostra, procedeu-se à criação de uma base de dados, utilizando a IBM *SPSS Statistics 22*, que serviu para a análise dos dados e o tratamento dos resultados quantitativos obtidos que serão apresentados em seguida.

Primeiramente procurou-se verificar se as variáveis em causa seguiam uma distribuição normal na amostra, uma vez que a normalidade dos dados é premissa para a realização de testes estatísticos paramétricos ou pelo contrário não paramétricos. A normalidade da distribuição das variáveis foi averiguada com recurso aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O teste Shapiro-Wilk proporciona uma melhor potência que o teste Kolmogorov-Smirnov daí que seja o mesmo seja recomendado como a melhor escolha para testar a normalidade dos dados (Ghasemi & Zahedia, 2012). No entanto, devido ao carácter conservador destes dois testes, verificou-se também os valores estatísticos de curtose e de assimetria, sendo que a distribuição foi considerada normal se os valores obtidos fossem inferiores a duas vezes o desvio-padrão ou iguais ou menos distantes de 0. Com o objetivo de averiguar as relações existentes entre as variáveis em estudo, foram utilizados testes de correlação paramétricos (*Pearson*) e testes de correlação não paramétricos (*Spearman*), consoante se verificava ou não a normalidade da distribuição da variável. Foram consideradas quanto à magnitude/força correlações fortes as que apresentam índice de $\rho \geq .6$, moderadas quando o valor varia entre .3 a .6 e fracas quando o valor varia entre 0 a .3. No que respeita à comparação entre grupos que permitiu relacionar as variáveis sociodemográficas com *Burnout* e *Sobrecarga* foram utilizados os testes paramétricos (T teste para amostras independentes) e não paramétricos (U de Mann-Whitney) para o cálculo das diferenças significativas entre grupos, consoante se verificasse ou não a

distribuição normal da variável dependente.² Para determinadas variáveis sociodemográficas como “Idade” e “Tempo de serviço na instituição” foram criados grupos de corte para as comparações onde se utilizou a mediana como medida de tendência central que divide as observações em duas partes iguais e permite ter dois grupos equivalentes para comparação.

Os resultados obtidos, através do recurso a estas ferramentas estatísticas, encontram-se descritos no capítulo seguinte: “Análise de Resultados”.

A análise dos dados qualitativos provenientes das entrevistas foi efetuada tendo por base a técnica de análise de conteúdo que permitiu a codificação dos dados e a produção de um sistema de categorias mutuamente exclusivas. Segundo Landeiro (2007) as categorias criadas constituem classes onde se reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico que traduz as características que esses elementos têm em comum. A descrição do processo pode ser vista na secção de Análise qualitativa.

² Encontram-se em anexo as tabelas de Comparações de Grupos (Anexo XI – ver CD)

Capítulo III – ANÁLISE DE RESULTADOS

3.1. Análise quantitativa

O presente capítulo tem como objetivo proceder à apresentação dos resultados quantitativos do estudo obtidos através da análise estatística descritiva e correlacional. Os resultados apresentados têm em consideração os objetivos gerais e específicos descritos anteriormente, e considerando as variáveis em estudo: níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* experienciados.

3.2- Avaliar os níveis de *Burnout* e de *Sobrecarga* percebidos pelos Cuidadores Formais

3.2.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Burnout*.

Neste segmento serão apresentados os resultados relativos às medidas de tendência central e de dispersão dos níveis de *Burnout* experienciados pelos cuidadores formais. O nível de *Burnout* percebido nos cuidadores formais foi avaliado com recurso ao Inventário de *Burnout* de *Copenhaga* (IBC), que apela a três dimensões, concretamente, “*Burnout* pessoal”, “*Burnout* relacionado com o trabalho” e “*Burnout* relacionado com o utente”. Os resultados obtidos através da análise descritiva das dimensões do IBC encontram-se na Tabela 2.

De acordo com os resultados obtidos, podemos observar que o nível de “*Burnout* pessoal” experienciado pelos cuidadores formais apresenta uma média de 46,98 (DP=17,02), por sua vez o nível de “*Burnout* relacionado com o trabalho” uma média de 44,45 (DP=18,34), o nível de “*Burnout* relacionado com o utente” apresenta uma média de 37,78 (DP=17,50) e por fim considerou-se o nível geral de *Burnout*, aqui definido como “Escala Geral” que apresenta uma média de 43,14 (DP=16,07). Desta forma conclui-se que os maiores níveis de

Burnout experienciados pelos cuidadores formais desta amostra foram na dimensão “*Burnout pessoal*”.

Tabela 2.

*Análise descritiva das Escalas do Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)*³

		<i>Escala geral</i>	<i>Burnout Pessoal (6 itens)</i>	<i>Burnout relacionado com o trabalho (7 itens)</i>	<i>Burnout relacionado com o utente (6 itens)</i>
N	Válido	58	58	58	58
Média		43,14	46,98	44,45	37,78
Mediana		40,78	45,83	46,42	37,50
Desvio-padrão		16,07	17,02	18,34	17,50
Amplitude	Mín. – Máx.	9,21 - 86,84	12,50 - 95,83	3,57 - 92,86	0 - 79,17
B>50*	N (%)	-	17 (29,3%)	17 (29,3%)	14 (24,1%)

*Número de Cuidadores Formais com níveis de *Burnout* superiores a 50 (ponto de corte)

Uma leitura geral dos resultados permite concluir que as médias obtidas foram inferiores a 50, o que sugere que em média os participantes não manifestaram *Burnout* em nenhuma das dimensões avaliadas. Porém, uma análise mais fina e pormenorizada da tabela 2, permite-nos afirmar que 17 participantes (29,3%) manifestaram percecionar exaustão física e psicológica no seu geral (“*Burnout pessoal*”), igualmente 17 participantes (29,3%) manifestaram percecionar exaustão física e psicológica relacionada com o seu trabalho (“*Burnout relacionado com o trabalho*”) e 14 participantes (24,1%) manifestaram experienciar *Burnout* quando o trabalho exige que lidem com os utentes (“*Burnout relacionado com o utente*”). De acordo com Borritz e Kristensen (2004), pode-se considerar o valor cinquenta como ponto de corte, sendo

³ Anexo VIII – ver CD

que valores iguais ou superiores indicam níveis mais elevados de *Burnout*. O ponto de corte é válido para qualquer uma das dimensões analisadas.

Os resultados obtidos apresentam distribuição normal em todas as escalas, exceto o “*Burnout Pessoal*” que não segue distribuição normal na amostra.

A fiabilidade do IBC ou consistência interna foi averiguada com recurso ao Alfa de *Cronbach*, tendo sido obtidos valores aceitáveis (superiores a 0,600⁴). O Alfa de *Cronbach* obtido para a escala total foi de 0,915, para a dimensão “*Burnout Pessoal*” foi de 0,860. A escala “*Burnout* relacionado com o Utente”, por sua vez, teve um valor de Alfa de 0,702. A escala “*Burnout* relacionado com o Trabalho” obteve o valor mais baixo de Alfa de *Cronbach*, 0,819. Nestas escalas não seria possível obter um Alfa mais elevado caso se eliminasse algum dos itens⁵.

3.2.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Sobrecarga*.

Neste segmento serão apresentados os resultados relativos às medidas de tendência central e de dispersão dos níveis de *Sobrecarga* experienciados pelos cuidadores formais. O nível de *Sobrecarga* nos cuidadores formais foi avaliado através da Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de ZARIT (ESC) que foi devidamente modificada para poder ser aplicada à população destinatária, ao cuidador formal.

Na tabela 3 é apresentada a análise descritiva realizada aos fatores que compõe a escala, concretamente: “Impacto da Prestação de Cuidados”, “Relação Interpessoal”, “Expectativas face ao Cuidar” e “Perceção de Autoeficácia”. De acordo com a análise interpretativa obtém-se ainda um *score global* que se assume como a “Escala Global” ao refletir o valor total da *Sobrecarga* experienciada pelo cuidador.

⁴ Classificação da confiabilidade: $\alpha < 0,30$ (muito baixa); $0,30 < \alpha \leq 0,60$ (baixa); $0,60 < \alpha \leq 0,75$ (moderada); $0,75 < \alpha \leq 0,90$ (alta); $\alpha > 0,90$ (muito alta)

Freitas e Rodrigues (2005)

⁵ Anexo IX – ver CD

O nível de *Sobrecarga* geral experienciado pelos cuidadores informais apresenta uma média de 54,50 (DP=8,92), o que indica um nível de *Sobrecarga* ligeira. De acordo com os resultados obtidos, 8 (13,8%) cuidadores formais reportaram não percecionarem *Sobrecarga*, enquanto 28 (48,3%) reportaram percecionarem *Sobrecarga* na sua forma ligeira e ainda 22 (37,9%) cuidadores formais percecionaram *Sobrecarga* na sua forma mais intensa.

No que respeita aos resultados dos fatores, verifica-se que o fator “Impacto da Prestação de Cuidados” apresenta uma média elevada de 26,10 (DP=5,53), seguido do fator “Expectativas face ao Cuidar” com uma média de 13,97 (DP=2,738), seguido da “Relação Interpessoal” com uma média de 8,74 (DP=2,23). Quanto ao fator “Perceção de Autoeficácia” foi o que obteve o valor de média mais baixo (M=5,59; DP=2,12).

Tabela 3.

Análise Descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)⁶

		<i>Sobrecarga</i> Total	Impacto da Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativa s com o Ato de Cuidar	Perceção Autoeficácia
N	Válido	58	58	58	58	58
Média		54,50	26,10	8,74	13,97	5,69
Mediana		53,50	26,50	9	14	6
Desvio-padrão		8,929	5,53	2,23	2,738	2,12
Amplitude	Mín. – Máx.	27,40 - 77	14,40 - 41	5 -14	4 -20	2 - 9

Os resultados obtidos apresentam distribuição normal nos domínios “Impacto da prestação de cuidados” e “Relações interpessoais”. Já os domínios “Perspetivas de autoeficácia” e “Expectativas com o cuidar” não seguem uma distribuição normal na amostra⁷.

⁶ Anexo VIII – ver CD

⁷ Anexo VIII – ver CD

Em relação às características psicométricas, a consistência interna avaliada com recurso ao Alfa de Cronbach apresenta os seguintes valores para cada domínio: “Impacto da Prestação de Cuidados” apresenta o valor de 0.737 (neste domínio escala seria possível obter um Alfa mais elevado caso se eliminasse dois dos itens); no domínio “Relação Interpessoal” de 0.421, nas “Expectativas face ao Cuidar” de 0.431 (neste domínio seria possível obter um Alfa mais elevado caso se eliminasse um dos itens) e na “Perceção da Auto Eficácia” de 0.885 (Ver Anexo IX – CD-R). Para a Escala Geral o Alfa é de 0,775.

3.2.3. Verificar se existe relação entre a *Sobrecarga* (ESC) e o *Burnout* (IBC).

Na tabela 4 apresentam-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas, de acordo com a normalidade da distribuição, das escalas de *Burnout* (IBC) e os fatores de *Sobrecarga* (ESC).

Observam-se relações estatisticamente significativas positivas de magnitude forte com nível de significância $p < 0,01$, entre a *Sobrecarga* geral e todas as escalas do *Burnout* (IBC), o que sugere que existe uma tendência para que quando a experiência de *Sobrecarga* geral aumenta, aumente também a experiência de *Burnout* no mesmo sentido.

Foram encontradas também algumas das seguintes correlações significativas e positivas (com nível de significância $p < 0,01$) entre as escalas de *Burnout* e fatores de *Sobrecarga* : entre a escala *Burnout Pessoal* e fator *Impacto da Prestação de cuidados* (correlação de magnitude forte); entre a escala *Burnout Pessoal* e fator *Expectativas com o Ato de Cuidar* (correlação de magnitude moderada); entre a escala *Burnout relacionado com o Trabalho* e fator *Impacto da Prestação de cuidados* (correlação de magnitude forte); entre a escala *Burnout relacionado com o Trabalho* e fator *Relação interpessoal* (correlação de magnitude moderada).

Assim, verifica-se que a maioria das escalas de *Burnout* (IBC) relaciona-se positivamente com os fatores de *Sobrecarga* (ESC), porém apenas as escalas referidas do (IBC),

encontram-se significativamente e positivamente associadas com os fatores de *Sobrecarga*, tendo em conta que variam no mesmo sentido (Ver tabela 4).

Os resultados sugerem que existe uma tendência para que quando a experiência de *Burnout* aumenta, aumente também a experiência de *Sobrecarga* em vários domínios.

As Tabelas completas de Correlações significativas e não significativas podem ser vistas em anexo (Anexo X – CD-R).

Tabela 4.

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC

Escalas do IBC	Fatores da ESC				
	<i>Sobrecarga</i> Total	Impacto da Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas com o Ato de Cuidar	Perceção Autoeficácia
<i>Burnout</i> Pessoal	0,647**	0,687**	0,249	0,344**	0,151
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	0,693**	0,778**	0,369**	0,173	0,118
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	0,710**	0,704**	0,452**	0,176	0,344**
Escala Geral	0,734**	0,791**	0,381**	0,256	0,215

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos. Em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas (Pearson)

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

3.3. Relacionar as características sociodemográficas com os valores obtidos na avaliação dos níveis de *Sobrecarga* e *Burnout*

3.3.1. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e *Sobrecarga* (ESC). Através da análise correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável Sociodemográfica “Anos de serviço” e os fatores da Escala de *Sobrecarga* não se

verificou nenhuma correlação significativa entre os anos de serviço na instituição e os fatores de *Sobrecarga* (Ver anexo X – CD-R).

3.3.2. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e *Burnout* (IBC). Através da análise correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável Sociodemográfica “Anos de serviço” e as escalas do questionário do (IBC) não se verificou nenhuma correlação significativa entre os anos de serviço na instituição e as escalas de *Burnout* (Ver anexo X – CD-R).

3.3.3. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e *Sobrecarga* (ESC). Através da análise correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável Sociodemográfica “Carga horária semanal” e os fatores da Escala de Sobrecarga não se verificou nenhuma correlação significativa entre o número de horas semanais que os cuidadores trabalham na instituição e os fatores de *Sobrecarga* (Ver anexo X – CD-R).

3.3.4. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e *Burnout* (IBC). Através da análise correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável Sociodemográfica “Carga horária semanal” e as escalas do (IBC) não se verificou nenhuma correlação significativa entre o número de horas semanais que os cuidadores trabalham na instituição e as escalas de *Sobrecarga* (Ver anexo X – CD-R).

3.4. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis *Burnout* e *Sobrecarga*: Verificar se existem diferenças nos resultados dos questionários entre os seguintes grupos

3.4.1. Ter menos de 44 anos de idade vs. Ter 44 anos ou mais de idade (mediana da idade dos cuidadores). Para a análise de comparação de grupos, nomeadamente “Ter 44

anos ou mais” e “Ter menos de 44 anos”, os resultados foram obtidos com recurso ao Teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em análise. De acordo com os resultados obtidos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise, nomeadamente na dimensão “Relação interpessoal” ($t=2,174$; $p=0,034$), da Escala de *Sobrecarga* do Cuidador (ESC). Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais com menos de 44 anos apresentam valores mais elevados na dimensão “Relação interpessoal” de *Sobrecarga* do que os cuidadores com 44 anos ou mais, como se pode observar na tabela 5.

Não se observou mais nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise e as restantes dimensões da ESC, bem como da variável *Burnout*.

Tabela 5.

Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter menos de 44 anos de idade” e “Ter 44 anos ou mais de idade”

N=58	Média “Ter menos de 44 anos de idade”	Média “Ter 44 anos ou mais de idade”	DF	Sig (2 extremidades)
Relação interpessoal (Dimensão ESC)	9,450	8,204	56	0,034*

Nota: De acordo com o Teste de Levene foi assumida a homogeneidade de variâncias, pois o valor de significância foi superior a 0,05 ($p>0,05$).

Na tabela encontra-se o único resultado significativo obtido, tendo sido utilizado o Teste T para amostras independentes, uma vez que a dimensão “Relação interpessoal” apresentava distribuição normal

3.4.2. Ter 5 anos ou mais de serviço vs Ter menos de 5 anos de serviço (mediana).

A análise de comparação de grupos, nomeadamente “Ter 5 anos ou mais de serviço” e “Ter menos de 5 anos”, foi realizada com recurso ao Teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em análise.

De acordo com os resultados obtidos, não se observaram diferenças estatisticamente significativa entre os grupos em análise ($p < 0,05$). Assim, sugere-se que não existem diferenças entre o grupo que trabalham há menos de 5 anos na instituição e o que trabalham há 5 ou mais anos relativamente às variáveis em estudo. Isto é, o cuidador formal terá os mesmos níveis de *Burnout e Sobrecarga independentemente* de trabalhar há menos de 5 anos ou há 5 ou mais anos na instituição.

3.4.3. Ter Formação superior vs Não ter Formação superior . Para a análise de comparação de grupos, nomeadamente “Ter Formação superior” e “Não ter Formação superior”, os resultados foram obtidos com recurso ao Teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em análise.

De acordo com os resultados obtidos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise, nomeadamente na dimensão “Relação interpessoal” ($t = -2,333$; $p = 0,023$), da Escala de *Sobrecarga do Cuidador (ESC)*. Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais com formação superior apresentam valores mais elevados na dimensão “Relação interpessoal” de *Sobrecarga* do que os cuidadores que não têm formação superior, como se pode observar na tabela 6.

Não se observou mais nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise e as restantes dimensões da ESC, bem como da variável *Burnout*.

Tabela 6.

Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter Formação superior” e “Não ter Formação superior”

N=58	Média “Ter menos de 44 anos de idade”	Média “Ter 44 anos ou mais de idade”	DF	Sig (2 extremidades)
------	--	--	----	-------------------------

Relação interpessoal (Dimensão ESC)	9,450	8,204	56	0,034*
--	-------	-------	----	--------

Nota: De acordo com o Teste de Levene foi assumida a homogeneidade de variâncias, pois o valor de significância foi superior a 0,05 ($p > 0,05$).

Na tabela encontra-se o único resultado significativo obtido, tendo sido utilizado o Teste T para amostras independentes, uma vez que a dimensão “Relação interpessoal” apresentava distribuição normal.

3.5. Análise qualitativa

O presente capítulo tem como objetivo proceder à apresentação dos resultados qualitativos do estudo. Tendo em conta os objetivos desta investigação efetuou-se uma análise de tipo descritivo e qualitativo.

3.5.1. Análise de conteúdo das entrevistas. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à categorização dos dados que seguidamente foram analisados tendo por base a análise de conteúdo. Dado que não existia um modelo teórico subjacente e tendo em conta os objetivos exploratórios do presente estudo a análise de conteúdo utilizou como critério o conjunto de todas as verbalizações dos cuidadores formais que continham avaliações, opiniões ou juízos sobre a vivência dos cuidados prestados aos idosos, dificuldades, indicadores de satisfação, relação com o idoso e família, entre outros.

O sistema de categorias não foi definido a priori, resultando da classificação analógica e progressiva dos dados obtidos através dos discursos dos pacientes na entrevista semiestruturada e baseando-se em parte na estrutura do guião da mesma seguindo categorias como a formação ou relação com o idoso.

Depois de selecionar as partes do discurso mais importantes, as verbalizações dos cuidadores formais foram classificadas. A classificação primeiramente resultou na elaboração de categorias mais elementares ou específicas, mais tarde definidas como subcategorias e em seguida na elaboração de categorias mais gerais e inclusivas através do agrupamento das

primeiras, tendo por base a diferenciação e analogia. Por exemplo, as subcategorias Inutilidade da formação em cuidados geriátricos e Inadequação dos conteúdos teóricos da formação às tarefas realizadas foram supra-ordenadas na categoria Percepção de inutilidade da formação que inclui todos os temas e respetivas verbalizações em que cuidadores formais referem a inutilidade da formação profissional ou académica para o exercício da sua atual profissão.

Assim a designação de cada categoria só foi definida no final da operação de agrupamento.

No processo de categorização foram ainda definidos temas organizadores de categorias e subcategorias. As categorias criadas constituem assim classes que reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico que traduz as características comuns que cada elemento partilha com os restantes enquanto os temas constituem classes organizadoras e inclusivas das categorias e subcategorias. Os temas finais, com um maior grau de generalização, resultam do reagrupamento das categorias iniciais encontradas. A título de exemplo, as subcategorias Conhecimento tácitas no desempenho de tarefas e funções e Identificação de experiências de âmbito familiar no cuidado a idosos foram supra-ordenadas na categoria Experiência do Cuidador que por sua vez insere-se no tema Formação, referente ao ponto de vista dos cuidadores formais quanto a utilidade das formações frequentadas.

Os dados serão apresentados com detalhe no Anexo VII – CD-R.

3.5.2. Análise Temática das Entrevistas semiestruturadas. A análise das 19 entrevistas realizadas aos cuidadores formais permitiu identificar 148 subcategorias, 30 categorias e 7 temas centrais. Para cada uma das categorias são dados exemplos de verbalizações dos cuidadores formais entrevistados e descritos os indicadores ou critérios que realçam a presença da categoria/tema em questão. Caso existam valências opostas para a mesma temática, serão dados exemplos para cada um dos casos.

Tema A – Formação – neste tema encontram-se verbalizações dos cuidadores relativamente à origem do conhecimento prático e teórico para exercer a profissão de cuidador formal de idosos, o facto de possuírem ou não algum curso ou formação anterior ou posterior ao início da sua atividade profissional como cuidador formal, o desejo de investir na formação e a utilidade da mesma. Este tema é composto por **6 categorias**: 1) Sem formação, onde se inclui verbalizações que dão conta da ausência de qualquer tipo de formação académica ou profissional, por exemplo: *“Eu não tenho nenhuma formação, não. Tenho a 4ª classe”* (CSPPF-CF04); 2) Experiência do cuidador, que inclui verbalizações que permitem identificar experiências anteriores no âmbito familiar e experiências pessoais de aprendizagem no cuidado a idosos, por exemplo: *“(…) aquilo que sei vou aprendendo do dia-a-dia, da minha experiência aqui no centro, mas não tenho qualquer formação”* (CSPPF-CF14); 3) Com formação, onde se inclui verbalizações que dão conta da presença de formação académica ou profissional; 4) Vontade de investir na formação, que inclui verbalizações relativas à vontade/disponibilidade ou não do cuidador em investir na sua formação; 5) Utilidade da formação, onde se incluem verbalizações referentes à forma como os cuidadores percebem a formação profissional ou académica em termos de utilidade para o exercício da sua atual profissão. Exemplos: *“É sempre útil uma formação nesta área. É sempre muito útil. Nós já tivemos pequenas formações realizadas aqui pelo centro na área dos cuidados básicos, geriatria, mas foram coisas muito soltas, nada especificamente. (...) Mas é sempre muito útil.”* (CSPPF-CF07); *“Neste momento para mim já não era útil porque já aprendi tudo ao longo destes anos. Acho que nada me iria... quer dizer o saber não ocupa lugar não é? Se viesse uma formação é sempre boa não é. Tive a formação das fraldas, tive o posicionamento com as enfermeiras, mas nada que pudesse dizer “olha”. Tivemos aulas teóricas, mas é tudo prático.”* (CSPPF-CF25); 6) Perceção de inutilidade da formação, que inclui todos os temas e respetivas verbalizações em

que cuidadores formais referem a inutilidade da formação profissional ou acadêmica para o exercício da sua atual profissão.

Destas 6 categorias fazem parte 12 subcategorias, que podem ser vistas no quadro a baixo (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias e Subcategorias do Tema Formação

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A. FORMAÇÃO	1. SEM FORMAÇÃO	1. Ausência de formação na área do cuidado ao idoso
		2. Ausência de formação como fonte de desigualdades e conflitos
	2. EXPERIÊNCIA DO CUIDADOR	3. Conhecimento tácito no desempenho de tarefas e funções
		4. Identificação de experiências de âmbito familiar no cuidado a idosos
	3. COM FORMAÇÃO	5. Formação direcionada para a população idosa
		6. Formação numa área profissional específica
	4. VONTADE DE INVESTIR NA FORMAÇÃO	7. Resistência em frequentar novas formações
		8. Disponibilidade para investir na formação
		9. Investimento na formação ao longo do tempo
	5. UTILIDADE DA FORMAÇÃO	10. Perceção de utilidade da formação em cuidados geriátricos
	6. INUTILIDADE DA FORMAÇÃO	11. Perceção de inutilidade da formação
		12. Inadequação dos conteúdos teóricos da formação às tarefas realizadas

Tema B - Natureza das tarefas desempenhadas pelo cuidador – descreve as tarefas/cuidados ou funções desempenhadas pelos cuidadores na instituição onde laboram. Neste tema estão incluídas **2 categorias**: 1) Cuidados indiretos, onde se incluem as verbalizações dos cuidadores que indicam tarefas ou funções focadas na prestação de cuidados indiretos ao idoso, seja tarefas administrativas ou de apoio e gestão de tarefas dos restantes cuidadores formais; 2) Cuidados diretos, onde se incluem as verbalizações dos cuidadores que indicam tarefas ou funções de focadas na prestação de cuidados e contacto direto com o idoso.

Alguns exemplos: “*Eu também sinto que há coisas que eu não sei fazer, eu vou aprendendo, olhe aqui? Tenho este caderno onde vou apontando tudo o que as enfermeiras dizem, do oxigénio das botijas, da medicação, tudo. Vou escrevendo para quando elas não estiverem cá eu saber como proceder, eu saber o que dizer às minhas funcionárias.*” (CSPPF-CF15); “*Porque isto é todos os dias a mesma coisa: vão dar-lhes os banhos, fazemos as higiènes, fazemos a limpeza, vamos dar os almoços, damos os lanches, tratamos da roupa deles. E é assim todos os dias a mesma coisa. Um dia há uma aventura qualquer, ou um cai ou... mas normalmente é a mesma coisa.*” (CSPPF-CF25). Destas 2 categorias fazem parte 9 subcategorias, que podem ser vistas a baixo (Quadro 2).

Quadro 2. *Categorias e Subcategorias do Tema Natureza das tarefas desempenhadas pelo cuidador*

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
B. NATUREZA DAS TAREFAS DESEMPENHADAS PELO CUIDADOR	7. CUIDADOS INDIRETOS	13. Funções administrativas e de gestão de pessoal
		14. Funções de supervisão dos cuidados prestados
		15. Funções motorista
		16. Apoio instrumental direcionada para a facilitação dos cuidados prestados pelos cuidadores formais
	8. CUIDADOS DIRETOS	17. Funções avaliação e intervenção baseadas nas necessidades ocupacionais dos idosos: autonomia, funcionalidade, lazer
		18. Funções de intervenção direcionadas para a melhoria da comunicação/linguagem
		19. Funções de apoio nos cuidados quotidianos de higiene e alimentação
		20. Cuidados quotidianos de higiene, alimentação e administração de medicação
		21. Acumular de tarefas ou polivalência

Tema C - Vivência diária dos cuidados prestados – este tema compreende verbalizações dos cuidadores relativamente à forma como percebem e vivenciam diariamente os cuidados que prestam aos idosos e as diferentes tarefas que executam, em termos de dificuldades percebidas, estratégias de resolução de problemas utilizada, bem como aspetos positivos percebidas pelos cuidadores formais no desempenho da sua profissão, como fatores de satisfação. Este tema comporta **5 categorias**: 1) Fatores de satisfação, respeitante a aspetos que realçam a satisfação sentida pelos cuidadores provenientes da sua profissão, nela se incluem verbalizações dos cuidadores que permitem identificar a satisfação no desempenho de tarefas específicas ou funções que lhe são atribuídas, satisfação do cuidador relacionado com a promoção de bem-estar do idoso, bem como benefícios pessoais relacionados com aprendizagens provenientes da profissão, por exemplo: *“É assim: eu não tenho nenhuma que não goste de fazer, não posso dizer assim: «não gosto.» eu gosto de... eu não posso dizer que é a cortar as unhas que me sinto melhor, não posso... mas não tenho nada assim que não goste de fazer... eu gosto de fazer tudo. Aqui dentro eu gosto de fazer tudo”* (CASO-CF04); 2) Fatores de insatisfação, que diz respeito a aspetos que realçam a insatisfação sentida pelos cuidadores provenientes da sua profissão, nela estão incluídas verbalizações que dão conta de tarefas desagradáveis para o cuidador; 3) Dificuldades no cuidado prestado, inclui verbalizações que dão conta do conjunto de dificuldades, que ao nível físico, emocional ou pessoal provenientes do cuidado prestado idoso e tarefas desempenhadas; 4) Limitações temporais no cuidado prestado trata-se uma categoria que engloba verbalizações que demonstram a perceção dos cuidadores formais sobre a falta de tempo, quer na execução de tarefas ou na relação com o idoso e colegas de trabalho, por exemplo: *“Aqui agente não tem tempo... Daqui a um bocadinho é almoço. Depois de agente dar almoço é metê-los na sala, depois é almoçarmos nós, depois tem de trocar as fraldas, porque as fraldas agora que agente fez a higiene, depois de almoço agente*

tem de trocar. Depois tem os lanches... Já não tem tempo... Uma vez ou outras agente encontra lá em baixo no café e lá mata saudades...” (CASO-CF4); 5) Estratégias de confronto, engloba os esforços comportamentais, cognitivos ou emocionais desenvolvidos pelo cuidador para confrontar a realidade da vivência da sua profissão enquanto cuidador formal. Destas 5 categorias fazem parte 31 subcategorias, que podem ser vistas a baixo (Quadro 3).

Quadro 3. Categorias e Subcategorias do Tema Vivência diária dos cuidados prestados

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
C: VIVÊNCIA DIÁRIA DOS CUIDADOS PRESTADOS	9. FATORES DE SATISFAÇÃO	22. Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador
		23. Satisfação na execução de tarefas com limitação temporal
		24. Profissão como potenciadora de benefícios pessoais
		25. Facilidade na execução de tarefas relacionadas com a função
		26. Facilidade na execução de tarefas fisicamente exigentes
	10. FATORES DE INSATISFAÇÃO	27. Insatisfação na execução de tarefas de higiene do espaço físico e do utente
		28. Insatisfação em relação às funções direcionadas à população idosa
		29. Relevância da existência de um leque de atividades de estimulação diária aos utentes
		30. Relevância da existência de apoio psicológico aos utentes
	11. DIFICULDADES NO CUIDADO PRESTADO	31. Dificuldade na execução de tarefas técnicas
		32. Dificuldades ao nível do esforço físico
		33. Perceção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante
		34. Dificuldades no confronto com situações de perceção de sofrimento nos idosos
		35. Dificuldades ao nível da adesão/colaboração dos utentes
		36. Dificuldades na gestão de horários e atividades das diferentes áreas de apoio
37. Perceção de tarefas de higiene e alimentação como fisicamente exigentes		
38. Influência de fatores emocionais		

		39. Dificuldades impostas pelo meio	
	12. LIMITAÇÕES TEMPORAIS NO CUIDADO PRESTADO	40. Falta de tempo para proporcionar apoio emocional aos idosos	
		41. Falta de tempo para garantir a satisfação de necessidades dos idosos	
		42. Falta de tempo para proporcionar intervenções a todos os idosos	
		43. Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos	
		44. Falta de tempo para investir no aumento da colaboração do idoso	
		45. Falta de tempo para desenvolver atividades com os idosos	
		46. Impacto psicológico da falta de tempo	
		47. Falta de tempo no investimento de relações positivas entre cuidadores	
		13. ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO	48. Estratégias de autocontrole
			49. Foco na resolução de problemas
	50. Evitamento do esforço físico		
	51. Estratégias comportamentais		
	52. Estratégia de prevenção		

Tema D – Relações interpessoais – este tema compreende temas e respetivas verbalizações que enfatizam as relações entre cuidadores formais de idosos na instituição onde laboram, idosos e respetivos familiares. Neste tema estão incluídas **3 categorias**: 1) Qualidade das relações entre cuidadores formais, cuidador -idoso/cuidador – familiares, trata-se de uma categoria que abrange o tipo/natureza de relação existente entre os cuidadores formais, entre os cuidadores e idosos e entre os cuidadores formais e familiares dos idosos, identificação de dificuldades presentes, assim como determinantes desse mesmo relacionamento, por exemplo: *“Muito boa, dou-me bem com toda a gente aqui.”* (CSPPF-CF14), *“Dou-me bem com toda a gente. Pelo menos por enquanto dou-me bem com toda a gente.”* (CSPPF-CF19), *“Olha é assim: nada é difícil desde que se tenha vontade. O que me custa mesmo mais aqui, é o ambiente*

entre colegas.” (CASO-CF41); 2) Influência das relações entre cuidadores, inclui verbalizações que dizem respeito á forma como as relações entre os cuidadores formais funcionam como fator de influência na execução de tarefas, colaboração e vivência do trabalho; 3) Relações de interajuda, é uma categoria que diz respeito a testemunhos que comprovam a existência e a importância do trabalho em equipa e cooperação entre cuidadores formais no desempenho das diferentes tarefas e assistência sobretudo nas que exigem força física. Exemplos: “*Considero porque é assim há poucos sítios em que as pessoas colaboram em equipa. É aí eu fiz o meu agora tu fazes o teu e quem vier que faça o outro. Depois tirando essas duas ou três ovelhas ranhosas a coisa até corre bem. Trabalha tudo em equipa, até nos despachamos antes das horas. Pronto, eu por exemplo agora estou aqui porque de manhã e ontem a gente fez uma data de coisas que já eram para hoje. Porque se não a esta hora era impossível eu estar aqui. Eu por exemplo de manhã arrumei quatro cestos de roupa, trabalho que era para fazer agora depois de almoço. Que a esta hora era impossível estar aqui. Por isso, pronto vá a maior parte das colegas dá para trabalhar em equipa e depois há outras que não dá.*” (CSPPF-CF13); 4) Fatores de influência na relação cuidador-idoso, onde se inclui verbalizações que ilustram o impacto de fatores como as características singulares de cada idoso, a sua personalidade, percurso de vida na relação com o mesmo. Estas mesmas verbalizações ilustram a relevância do conhecimento dessas mesmas características como aspeto essencial na relação cuidador-idoso e na qualidade do serviço prestado pelos cuidadores formais. Alguns exemplos: “*É fazermos o que é preciso, dar-lhes banho, vesti-las, pô-los no refeitório se são pessoas que comem sozinhas se não dar-lhes de comer e pronto, com essas pessoas é o básico, não há mais nada com essa pessoa. Se tem esse feitio de maldade e tudo é mau... O nosso trabalho é só dar-lhes banho, vesti-las, dar-lhes de comer ou levá-las ao refeitório e pronto, ponto final parágrafo. Depois o resto é cm o turno da tarde.*” (CASO-CF46), “*Não. Eu facilmente comunico com as pessoas e*

depois ... não, não. Vou muito ao encontro daquilo e faço os possíveis para ir ao encontro daquilo que vejo que a pessoa necessita. Se quer mais proximidade aproximo-me mais se quer mais distancia distancio-me mais.” (CSPPF-CF24); 5) Dificuldades na relação cuidador-idoso/cuidador-familiares, onde se incluí verbalizações que ilustram dificuldades de relacionamento entre os cuidadores e o idoso e entre cuidadores e familiares, bem como o fundamento para as mesmas. Esta categoria aborda ainda significações de perda/falecimento dos idosos como uma grande dificuldade. Alguns exemplos: “Tem muito a ver com a pessoa em si. Há pessoas com quem não se consegue conversar, há idosos que são arrogantes e respondem mal e estão insatisfeitos nem sempre é connosco, mas com a vida, com a família com todos, mas somos nós que estamos mais próximos. Com essas pessoas é difícil lidar e ter uma ligação mais afetiva.” (CSPF-CF15), “Claro que há pessoas que têm feitios, que é mesmo da personalidade deles, são feitios mais difíceis e é normal que também para mim seja mais difícil chegar até essas pessoas ou interagir tanto com elas como interajo com umas. Eu acho que é normal, tanto eu como as outras profissionais temos ali alguns utentes que a personalidade deles vai mais com a nossa, então acabamos por falar mais um bocadinho com eles.” (CSPPF-CF19). Destas 5 categorias fazem parte 31 subcategorias, que podem ser vistas a baixo (Quadro 4).

Quadro 4. *Categorias e Subcategorias do Tema Relações interpessoais*

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
D. RELAÇÕES INTERPESSOAIS	14. QUALIDADE DAS RELAÇÕES ENTRE CUIDADORES FORMAIS/ ENTRE CUIDADOR -IDOSO/CUIDADOR - FAMILIARES	53. Relações interpessoais positivas
		54. Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos
		55. Diferenças de características individuais como causa de distúrbios relacionais
		56. Relevância do conhecimento de fatores individuais dos cuidadores e utentes
		57. Ascensão na carreira como fator de conflitos

		58. Relação positiva entre idoso e cuidador
		59. Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos
		60. Investimento no estabelecimento de relações positivas com os idosos
		61. Suporte emocional e social prestado pelos cuidadores formais
		62. Ausência de contacto com a família dos utentes
	15. INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES ENTRE CUIDADORES	63. Importância das relações entre colaboradores na qualidade do cuidado prestado aos idosos
		64. Importância das relações entre colaboradores no desempenho das tarefas
		65. Relações entre colaboradores como fator de influência na vivência negativa do trabalho
		66. Relações interpessoais como fator de influência na colaboração entre cuidadores
		67. Relações interpessoais como fator de influência no trabalho
	16. RELAÇÕES DE INTER-AJUDA	68. Colaboração na amenização dificuldades
		69. Colaboração
		70. Colaboração como fator de influência na qualidade dos serviços prestados
	17. FATORES DE INFLUÊNCIA NA RELAÇÃO CUIDADOR-IDOSO	71. Estado de emocionais como fator de influência na relação entre idoso e cuidador
		72. Relevância do conhecimento das características individuais e padrões relacionais dos idosos
		73. Relação entre idoso e cuidador como fator de influência no cuidado prestado
		74. Relevância do conhecimento do percurso de vida na intervenção e relação com os idosos
		75. Relevância do conhecimento das necessidades individuais dos idosos
		76. Relevância do conhecimento das alterações decorrentes do envelhecimento
	18. DIFICULDADES NA RELAÇÃO CUIDADOR-	77. Dificuldades em lidar com distúrbios comportamentais próprios da demência

IDOSO/CUIDADOR FAMILIARES	78. Dificuldades de comunicação e interação com idosos com demência
	79. Referencia à desresponsabilização das famílias pelo cuidado prestado ao idoso
	80. Dificuldades na interação com as famílias
	81. Atribuição de dificuldades na relação às características de personalidade do idoso
	82. Atribuição de dificuldades na relação às circunstâncias de vida do idoso
	83. Significações de confronto com a doença e perda existencial

Tema E - Vivência do ato de cuidar – é um tema que pretende realçar verbalizações dos cuidadores relativamente à forma como o cuidador compreende o ato de cuidar de idosos, nomeadamente valores, crenças, expectativas, atitudes que estão ligadas à forma como percebe e vivencia o seu papel de cuidador. Este tema compreende **4 categorias**: 1) Cuidado baseado em aspetos relacionais, onde se incluem verbalizações que dão conta dos valores morais, valorização relacional e ligação afetiva que medeiam o ato de cuidar, por exemplo: *“Sim, vou para casa concretizada. Já tratei daqueles idosos e sinto que estou a fazer algo bom por aqueles idosos. E quando acabo o meu turno vou de consciência tranquila porque sinto que fiz tudo o que estava ao meu alcance por eles. Mas é um trabalho que eu considero útil e gratificante em comparação àqueles empregos como lavandarias e que eu acho que é inútil a passar trapos para aqueles ricos...”* (CASO-CF46); 2) Conceito de cuidador, uma categoria que diz respeito ao significado de cuidador que é atribuído pelos mesmos, bem como as principais qualidades e competências que aponta como essenciais no trabalho com idosos; 3) Conceito de velhice, trata-se de uma categoria respeitante à percepção dos cuidadores formais acerca da velhice, nomeadamente verbalizações sobre ocorrência de declínios funcionais e de perdas que resultam em dependência do idoso, por exemplo: *“E não só, é assim o idoso à*

partida nós não vemos muitas melhorias. Nós vemos a pessoa decair. Não é? Ah, pronto! E é importante a pessoa ser atenta. É o que digo tem que se atento.” (CSPPF-CF24), “Às vezes fico com raiva porque quero responder e não, não é o não poder, é eu sei que não devo. Porque eu poder posso responder não é, mas pronto, também acabo por compreender que eles não estão bem da cabeça e então pronto.” (CSPPF-CF13); 4) Receios associados ao ato de cuidar, incluí verbalizações que remetem para as expectativas do cuidador relativamente à prestação de cuidados, especificamente medos e receios. Destas 4 categorias fazem parte 17 subcategorias, que podem ser vistas a baixo (Quadro 5).

Quadro 5. Categorias e Subcategorias do Tema Vivência do ato de cuidar

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
E. VIVÊNCIA DO ATO DE CUIDAR	19. CUIDADO BASEADO EM ASPETOS RELACIONAIS	84. Vivência do ato de cuidar centrada em valores morais
		85. Vivência diária positiva dos cuidados prestados
		86. Valorização relacional e sócio emocional
		87. Perceção de responsabilidade pelo idoso dependente
		88. Ligação afetivo emocional
	20. CONCEITO DE CUIDADOR	89. Competências socio-emocionais
		90. Importância dos cuidadores formais na satisfação de necessidades e promoção de bem-estar e qualidade de vida
		91. Referência do próprio futuro do cuidador como idoso
		92. Competências emocionais e qualidades éticas e morais
	21. CONCEITO DE VELHICE	93. Significações de dependência na velhice
		94. Perceção de dependência de cuidados instrumentais diários
		95. Perceção de alterações nas capacidades cognitivas
		96. Significações de solidão na velhice
		97. Significações de perdas decorrentes do processo de envelhecimento

	22. RECEIOS ASSOCIADOS AO ATO DE CUIDAR	98. Receios relacionados com a execução de tarefas técnicas: administração de medicação
		99. Receios associado ao desenvolvimento de problemas de saúde associados ao esforço físico
		100. Receios relacionados com o envolvimento/adesão dos utentes nas atividades propostas

Tema F – Perspetiva do cuidador da sua condição laboral - neste tema encontram-se verbalizações relativas à forma como os cuidadores formais percecionam e interpretam a sua condição laboral nas várias dimensões: ambiente e características organizacionais, funcionamento do serviço, reconhecimento e apoio da organização, desempenho no trabalho realizado. Este tema é composto por **4 categorias**: 1) Reconhecimento profissional, que incorpora verbalizações que dão conta da perceção do cuidador sobre o trabalho desempenhado como aspeto apreciado pelo idoso, família do idoso, direção e restante equipa e da forma como se materializa a apreciação, por exemplo: *“Porque vejo que eles ficam agradecidos por terem uma pessoa que os ajuda às vezes, e às vezes às escondidas faço-lhes uns miminhos.”* (CASO-CF46)”, *“É assim eu não vou falar por eles não é, mas eu penso que sim. Penso que sim! Do outro lado sinto sempre, do lado deles não, quando se dirigem a mim ou quando, sinto sempre que eles que eles apreciam o meu trabalho. Sinto isso.”* (CSPPF-CF13); 2) Desempenho profissional, que diz respeito à conceção do cuidador relativamente ao seu desempenho profissional e perceção de autoeficácia; 3) Características do meio laboral, que inclui verbalizações sobre os vários tipos de características do ambiente de trabalho, centralizando-se em políticas de recrutamento, gestão do trabalho, valores organizacionais e apoio da organização aos cuidadores formais; 4) Sentimentos de realização, onde se inclui verbalizações respeitantes experiência de satisfação e bem-estar pessoal e profissional relacionada com o cumprimento da profissão, por exemplo: *“Sim, acabo por sair daqui comigo mesma e isso nos*

outros trabalhos não acontecia porque eu sempre trabalhei a servir às mesas, em lojas, em bares e aquele “ah é um copo disto” e nós pumba é um copo disto; “ah é um prato daquilo” e nós “ah é um prato daquilo”. Ai passa aquela camisola, a calça, a gente nunca mais contacta com as pessoas. É tipo, parece uma fábrica não é, tudo de seguido. Aqui não.” (CSPPF-CF13).

Destas 4 categorias fazem parte 25 subcategorias, que podem ser vistas a baixo (Quadro 6).

Quadro 6. *Categorias e Subcategorias do Tema Perspetiva do cuidador da sua condição laboral*

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
F. PERSPETIVA DO CUIDADOR DA SUA CONDIÇÃO LABORAL	23. RECONHECIMENTO PROFISSIONAL	101. Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pelo idoso
		102. Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pela família
		103. Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pelos colegas
		104. Desconsideração da família pelos cuidados prestados
		105. Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto desvalorizado pela instituição
		106. Ausência de influência da desvalorização a nível institucional no trabalho desempenhado
		107. Insatisfação em relação ao rendimento obtido
	24. DESEMPENHO PROFISSIONAL	108. Perceção de vocação para a tarefa de cuidado ao idoso
		109. Apreciação crítica como fator de motivação para melhoria nos cuidados prestados
		110. Perceção de autoeficácia
		111. Resiliência
		112. Perceção de empenho e esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso
		113. Forte envolvimento no trabalho
		114. Processo de adaptação à profissão
		115. Ausência de influência da condição física no trabalho

25. CARACTERÍSTICAS DO MEIO LABORAL	116. Política institucional de desinvestimento na formação dos cuidadores
	117. Processo de recrutamento
	118. Características da instituição
	119. Carência de cuidadores formais no serviço
	120. Flexibilidade na gestão organizacional do trabalho
	121. Apreciação do ambiente de trabalho
	122. Avaliação informal do bem-estar psicológico dos cuidadores
	123. Perceção de ausência de apoio psicológico e instrumental aos cuidadores formais
26. SENTIMENTOS DE REALIZAÇÃO	124. Realização pessoal
	125. Realização profissional

Tema G - Impacto físico e psicológico da prestação de cuidados – trata-se de um tema que inclui verbalizações que permitem identificar o impacto da prestação de cuidados ao nível da saúde física e psicológica dos cuidadores, onde se concentram sentimentos de *Sobrecarga* relacionada com a prestação de cuidados diretos ou interação com os idosos, alterações do estado de saúde, desgaste físico e mental. Neste tema estão incluídas **5 categorias**: 1) Sinais de cansaço/desgaste físico e emocional, que traduz verbalizações dos cuidadores relativamente ao cansaço e desgaste físico e emocional percecionados, produzido sobretudo como consequência das contínuas interações entre cuidadores e utentes a quem prestam cuidados, das condições de trabalho e relações com colegas, por exemplo: *“E depois disse-me... algumas partes do discurso dela eram iguaizinhas e ai, ai...ai sim fico super cansada. E então, e isto é geral... estes estados de demência tão avançados, é geral então nós temos de estar sempre ali a contornar. Ou então temos... por exemplo quando estamos a começar uma atividade e eles começam a estou com xixi, quero ir à casa de banho, estou com xixi, quero ir à casa de banho... já me disse isso mas tenha calma tem fralda sabia? Pode fazer na fralda. Aí é muito difícil e isso dá, dá cansaço*

psicológico.” (CASO-CF03), 2) Problemas de saúde, diz respeito a verbalizações que dão conta da existência de alterações no estado de saúde do cuidador decorrentes da prestação de cuidados, nomeadamente como consequência de esforço físico necessário à prática de cuidados instrumentais, por exemplo: *“Porque a gente lavava paredes, a gente esfregava chão, lavava chão de joelhos e eu desgastei muito. Era almoços nas carrinhas, era terceiros e quartos andares a subir ali para cima sem elevadores, eram todos os dias. E desgastei muito os joelhos, estou com graves problemas pelo menos no joelho esquerdo, nos dois mas o esquerdo está pior. Tanto que o ortopedista queria que eu andasse de canadianas, não quer que eu suba, não quer que eu pegue em pesos, não quer... Para parar. Porque o meu joelho tem que leva uma prótese total e não tenho ainda idade para por uma prótese total. Ele disse: “A senhora não tem cuidado vai deixar de andar!” E aí tenho dificuldades porque eu já evito subir muitas escadas e não sei que... mas pronto, tem que ser. Tem que se ir fazendo.*” (CSPPF-CF18); 3) Fatores de amenização, trata-se de uma categoria que abrange o conjunto de fatores identificados pelos cuidadores formais como amenizadores do cansaço percecionado; 4) interação de fatores da vida pessoal e profissional, é uma categoria que aglutina verbalizações dos cuidadores formais respeitantes à interferência recíproca de fatores da vida profissional na vida pessoal e vice-versa, em termos de alterações que provocam e impacto ao nível do bem-estar do cuidador. Destas 5 categorias fazem parte 23 subcategorias, que podem ser vistas em baixo (Quadro 7).

Quadro 7. Categorias e Subcategorias do Tema Impacto físico e psicológico da prestação de cuidados

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
G. IMPACTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	27. SINAIS DE CANSAÇO/DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL	126. Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico relacionado com a carência de cuidadores formais no serviço
		127. Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico
		128. Sinais prevalentes de cansaço físico e psicológico
		129. Interação com os idosos como fator de cansaço físico e psicológico
		130. Distúrbios comportamentais próprios da demência
		131. Não adesão dos utentes como fator de cansaço psicológico
		132. Impacto do cansaço na relação e comunicação com os utentes
		133. Perceção de desgaste emocional relacionado com a carga de trabalho
		134. Perceção de desgaste emocional relacionado com a desresponsabilização das famílias pelo cuidado prestado ao idoso
		135. Perceção de desgaste emocional relacionado com estratégias de <i>coping</i> utilizadas
		136. Perceção de desgaste emocional relacionado com ausência de colaboração/relação com os colegas
		137. Desgaste psicológico associado do ato de cuidar
		138. Perceção de desgaste físico e psicológico associado à idade
	139. Sobrecarga horária e trabalho	
	28. PROBLEMAS DE SAÚDE	140. Problemas de saúde existentes associados do esforço físico
		141. Problemas de saúde existentes associados à sobrecarga de trabalho
		142. Agravamento de problemas de saúde existentes decorrentes do esforço físico
		143. Ausência de influência ao nível da saúde física
		144. Comportamentos preventivos de problemas de saúde

		associados ao esforço físico: prática regular de exercício físico
	29. FATORES DE AMENIZAÇÃO	145. Prossecução de objetivos como fator de amenização do cansaço físico percebido
		146. Horário laboral como fator de amenização do cansaço percebido
	30. INTERAÇÃO DE FATORES DA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL	147. Influência da vida profissional na pessoal
		148. Interação complexa de fatores da vida pessoal e laboral no bem-estar psicológico

Capítulo IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente investigação teve como propósitos quantitativos caracterizar uma amostra de cuidadores formais de idosos relativamente aos níveis de *Burnout* e *Sobrecarga* experienciados. Para além disso, procedeu-se também à análise de possíveis relações entre as variáveis supracitadas, bem como em relação a algumas variáveis sociodemográficas, tendo como base a título de exemplo a relação entre “*Burnout*” e “*Anos de serviço da instituição*”. Em termos qualitativos esta investigação teve em conta a prossecução de objetivos qualitativos e exploratórios que permitam não só providenciar uma compreensão ampla e generalizada do que é ser cuidador formal como contextualizar, validar e aprofundar os resultados e respostas procedentes dos instrumentos utilizados, através da realização de entrevistas semiestruturadas.

A discussão de resultados, aqui apresentada, está organizada de acordo com a ordem dos objetivos referidos no enquadramento teórico e a ordem de apresentação dos resultados descritos no capítulo anterior.

4.1. Avaliar os níveis de *Burnout* e de *Sobrecarga* percecionados pelos Cuidadores Formais

4.1.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Burnout*.

Ao avaliar os níveis de *Burnout* nos cuidadores formais, verifica-se que, em média os cuidadores formais percecionam níveis baixos de experiência de *Burnout*, embora os resultados para duas escalas estejam muito próximos do ponto de corte <50 (Borritz e Kristensen, 2004). Concluiu-se que os cuidadores formais de idosos apresentaram baixos níveis de *Burnout* em todas as dimensões estudadas (*Burnout relacionado com o utente*, *Burnout pessoal* e *Burnout relacionado com o trabalho*), sendo os resultados semelhantes a outros estudos (Gregório, 2015; Rodrigues, 2015; Fonte, 2011; Almeida, 2013; Cardiga, 2014; Silva, 2016). Ainda assim

as escalas mais elevadas foram o “*Burnout pessoal*” e o “*Burnout relacionado com o trabalho*”, o que sugere que os cuidadores formais tendem a experienciar uma maior fadiga e exaustão física e psicológica em relação ao seu trabalho e à sua vida no geral (Gregório, 2015). A escala com valor mais baixo foi a de “*Burnout relacionado com o Utente*”, sugerindo que os cuidadores formais tendem a experienciar menor fadiga e exaustão física e psicológica quando o seu trabalho envolve a interação com o utente e a viver esta interação cuidador-utente como menos exigente que as outras áreas consideradas.

Estes resultados obtidos vão ao encontro dos observados por Fonte (2011) no seu estudo de Adaptação e Validação para português do questionário de Copenhagen *Burnout Inventory* (CBI) onde utilizou uma amostra de cuidadores formais, porém constata-se que em relação ao “*Burnout Pessoal*” o valor médio é superior em relação ao presente estudo. Os mesmos resultados corroboram os resultados obtidos por Gregório (2015) e apresentam-se como mais elevados em comparação com os valores médios obtidos por Silva (2016).

É importante frisar que, apesar dos resultados, em média, indicarem que os cuidadores formais não se encontram em risco de sofrer de *Burnout*, foram identificados 17 cuidadores (29,3%) que apresentam altos níveis de exaustão física e psicológica no seu geral (“*Burnout pessoal*”), igualmente 17 (29,3%) que apresentam altos níveis de exaustão física e psicológica relacionada com o seu trabalho (“*Burnout relacionado com o trabalho*”) e 14 (24,1%) que apresentam altos níveis de exaustão física e psicológica quando o trabalho exige que lidem com os utentes (“*Burnout relacionado com o utente*”). Algumas destas situações vão ser analisadas posteriormente aquando da análise das entrevistas e complementaridade dos dados qualitativos e quantitativos.

4.1.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Sobrecarga*.

Tal como foi referido previamente, a *Sobrecarga* é uma variável tradicionalmente associada aos cuidadores informais, tendo sido a construção frásica da Escala de *Sobrecarga* do Cuidador alterada para, desta forma, corresponder à realidade do cuidador formal. Ao avaliar a *Sobrecarga* os resultados obtidos neste estudo sugerem a tendência para a perceção de *Sobrecarga* ligeira nos cuidadores formais de acordo com os pontos de corte apresentados por Sequeira (2010). Estes resultados encontram-se de acordo com outros estudos que abordam a *Sobrecarga* nos cuidadores formais (Gregório, 2015; Sequeira, 2013; Rodrigues, 2015).

Uma análise mais pormenorizada permitiu identificar 8 (13,8%) cuidadores formais que não percecionam *Sobrecarga*, enquanto 28 (48,3%) percecionam *Sobrecarga* na sua forma ligeira e ainda 22 (37,9%) cuidadores formais que percecionaram *Sobrecarga* na sua forma mais intensa. Deste modo, este estudo apresenta valores mais baixos que os obtidos por Sequeira (2010) na Adaptação e validação da Escala de *Sobrecarga* do Cuidador de Zarit, onde constata que a maioria (54,9%) da sua amostra de cuidadores informais apresenta níveis de *Sobrecarga* intensa. Embora este seja um facto interessante é necessário frisar que estão a ser consideradas duas realidades distintas, a de cuidadores que prestam cuidados formais e informais aos idosos com e sem demência. A presença de demência por si só parece contribuir para maiores níveis de *Sobrecarga* nos cuidadores informais (Sequeira, 2010), como também as condições de prestação de cuidados informais podem contribuir para estes níveis de perceção de *Sobrecarga* mais elevados. Isto é, os cuidadores informais podem percecionar maiores repercussões pessoais, sociais e económicas em virtude do seu papel de cuidador, pois por exemplo na maioria das vezes o cuidador tem dificuldade em encontrar apoio social ou são os únicos responsáveis pelo idoso. Estas repercussões podem, contudo, ser amenizadas na vivência do cuidador formal em virtude de fatores como as relações interpessoais positivas que permitem

o trabalho em equipa e colaboração entre os vários cuidadores numa instituição, tal como é referido ao longo das entrevistas realizadas neste estudo (Subcategorias 66. Relações interpessoais como fator de influência na colaboração entre cuidadores e 69. Colaboração).

Já no estudo de Zamora e Sánchez (2008), a maioria dos cuidadores formais (67, 9 %) não apresentam *Sobrecarga* e não existe nenhum cuidador que apresente *Sobrecarga* intensa.

Relativamente às dimensões específicas obtiveram-se resultados elevados na dimensão “*Impacto da Prestação de Cuidados*” e “*Expectativas face ao cuidar*”, o que sugere que os cuidadores formais tendem a apresentar *Sobrecarga* relacionada com a prestação de cuidados diretos bem como medos e receios em relação à prestação de cuidados. O facto da dimensão “*Impacto da Prestação de Cuidados*” ter o nível de *Sobrecarga* mais elevado vem corroborar conclusões de outros estudos realizados, que indicam que os cuidadores de idosos estão sujeitos a maiores experiências de *Sobrecarga* devido às exigências do seu papel (Sequeira, 2013; Barbosa *et. al.*, 2011; Colomé *et. al.*, 2011) e às consequências associadas à prestação de cuidados de pessoas mais velhas e com diferentes graus de dependência. De acordo com Canon e Novelli (2012) a dependência de cuidados instrumentais diários como banho, alimentação acarreta uma maior *Sobrecarga* subjetiva para os cuidadores formais.

A perceção de autoeficácia foi a dimensão que apresentou níveis de *Sobrecarga* mais baixos, o que pode sugerir que os cuidadores estão adaptados às suas tarefas diárias enquanto cuidadores e adquiriram as competências necessárias para a prestação de cuidados, de forma a sentirem-se eficazes.

4.1.3. Verificar se existe relação entre a *Sobrecarga* (ESC) e o *Burnout* (IBC). As relações entre *Burnout* e *Sobrecarga* nos cuidadores formais demonstram que quanto maior era o nível de *Sobrecarga geral*, maior era o nível de *Burnout* percecionados em todas as suas dimensões (pessoal, trabalho e utente). Para além disso quanto maior o nível de *Burnout* Pessoal

percecionado maior a *Sobrecarga* percecionada no que se refere ao impacto da prestação de cuidados e expetativas com o ato de cuidar, isto é, quanto maior o *Burnout* experienciado pela pessoa a nível físico e psicológico maior a *Sobrecarga* relacionada com a prestação de cuidados diretos e com a expetativas do cuidador relativamente à prestação de cuidados (medos, receios, disponibilidades). Também relativamente ao *Burnout relacionado com o trabalho*, quanto mais elevado este se mostra, mais elevada é também a *Sobrecarga* no que se refere ao impacto da prestação de cuidados e à relação interpessoal entre o cuidador e o individuo dependente. Este último facto alerta para o impacto que a perceção de *Burnout* e *Sobrecarga* podem ter ao nível da qualidade da relação estabelecida entre o utente e o cuidador e que influência de forma negativa a qualidade do cuidado prestado (Ruitenburt et. al., 2012; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora, Castejón e Fernández, 2004; Gil-Monte, 2003; Borritz et. al., 2006). Em relação ao *Burnout relacionado com o utente*, quanto mais elevado este se mostra, mais elevada é a *Sobrecarga* percecionada em três dimensões: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal e perceção de auto eficácia. Os cuidadores formais representam um grupo profissional que mantém maiores vínculos relacionais com a pessoa a quem prestam cuidados, sendo essa a sua principal matéria-prima (Monteiro, 2013). Os vínculos relacionais que se prolongam no tempo entre cuidador e utente, além de constituírem um fator desencadeador do processo de *Burnout*, uma vez que a relação é próxima e intensa do ponto de vista emocional (Vicente e Oliveira, 2015; Carlotto, 2009), pode estabelecer uma possível explicação para a relação do *Burnout relacionado com o utente* com os três domínios da *Sobrecarga*. Assim, a exaustão física e emocional na relação com o utente pode contribuir para a perceção de desapareço do cuidado prestado por parte do cuidador e conseqüente perceção de fracasso ou ineficácia na realização de tarefas.

Como pode observar-se através dos resultados que o nível de *Burnout* está intimamente relacionado a percepção de *Sobrecarga* do cuidador, relação esta que também é sugerida por Gregório (2015), Rodrigues (2015) e Zamora & Sánchez (2008). Esta relação positiva pode advir do facto de estarmos a falar de constructos multidimensionais que abrangem várias áreas da vida dos cuidadores e por isso são passíveis de medir aspetos similares relacionados com a vivência de prestação de cuidados em cuidadores formais. Estes resultados permitem sugerir no futuro a possibilidade serem realizadas comparações entre cuidadores formais e informais.

Estas relações positivas sugerem cautelosamente que a Escala de *Sobrecarga* do Cuidador pode ser aplicada a cuidadores formais de diversas áreas (enfermeiros, terapeutas fala, fisioterapeutas, auxiliares de ação direta) desde que os seus itens sejam devidamente reformulados para garantir que estão a explorar aspetos da vivência deste grupo profissional. Vários estudos tem surgido neste sentido de interligação dos conceitos de *Burnout* e *Sobrecarga* (Gregório, 2015; Rodrigues, 2015; Zamora e Sánchez, 2008; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010). Ao ser aplicada a cuidadores formais vai também possibilitar a comparação de resultados com o grupo de cuidadores informais, tornando a pesquisa da caracterização da vivência de cuidadores no geral mais rica e pertinente.

4.2. Relacionar as características sociodemográficas com os valores obtidos na avaliação dos níveis de *Sobrecarga* e *Burnout*

4.2.1. Verificar se existem relações entre a variável “Anos de Serviço” e *Sobrecarga* (ESC) e *Burnout* (IBC). Neste estudo não foram verificadas relações entre a variável sóciodemográfica “Anos de Serviço” com os níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* percecionados, permitindo sugerir que os anos de serviço do trabalhador na instituição não influenciam a sua percepção de sobrecarga e *Burnout*, isto é, a quantidade de anos que o

cuidador trabalha ao serviço da instituição não constitui um preditor de experiência de *Burnout* e *Sobrecarga*.

Uma possível explicação para estes resultados remete para o facto de que os cuidadores quando iniciam a sua profissão tendem a mostrar-se mais envolvidos no trabalho, encontrando-se numa fase de grandes aprendizagens e conhecimentos tácitos para o desempenho de tarefas (Subcategoria 3. Conhecimento tácito no desempenho de tarefas e funções – Categoria 2. Experiência do cuidador), vigor e dedicação que culmina, tal como os mesmos indicam nos seus testemunhos, na adaptação à profissão para a qual não tinham qualquer preparação inicial (Subcategoria 114. Processo de adaptação à profissão – Categoria 24. Desempenho profissional). Este envolvimento, dedicação pode contribuir para uma vivência positiva do ato de cuidar e conseqüentemente contribuir para a menor perceção de *Burnout* e *Sobrecarga*. Já os cuidadores com mais anos de serviço podem acumular uma grande experiência e conseqüentemente desenvolver estratégias de confronto relativamente às diferentes dificuldades, tensões e exigências no exercício do seu trabalho, contribuindo desta forma para a menor perceção de *Burnout* e *Sobrecarga*.

Os resultados encontrados são suportados pelos resultados encontrados por Rodrigues (2015) ao relacionar as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, *Sobrecarga*, *Burnout* e Estratégias de Confronto com a variável “Tempo de Serviço”. Já nos estudo de Simões (2012) e com uma amostra de enfermeiros, verificou-se a tendência para que os enfermeiros com menos tempo de serviço tenham maior tendência para experimentar altos níveis de *Burnout*, sendo que esta variável foi analisada segundo a conceção de Maslach (Schaufeli & Buunk, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 2009).

4.2.2. Verificar se existe relação entre a variável “Carga horária semanal” e *Sobrecarga* (ESC) e *Burnout* (IBC). Neste estudo não foram verificadas relações entre a

variável sócio-demográfica “Carga horária semanal” com os níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* percebidos, permitindo sugerir que o número de horas de trabalho não influencia a percepção de sobrecarga e *Burnout* nos cuidadores formais. Apesar da carga horária de trabalho os cuidadores não experienciam sintomas de *Sobrecarga* e *Burnout*.

Os mesmos resultados foram encontrados por Barbosa, Leão, Tavares e Santos (2012), num estudo que tinha como objetivo averiguar se existem correlações entre a carga horária de trabalho semanal e as três dimensões do Maslach *Burnout* Inventory (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 2009; Maslach & Leiter, 2005; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Porém diferem dos resultados encontrados por Silva (2016), ao constatar que o “*Burnout Pessoal*” e o “*Burnout relacionado com o trabalho*” são influenciados pela carga horária, ou seja, quanto maior a carga horária dos cuidadores maiores os níveis de *Burnout* nas duas dimensões.

Segundo Maslach e colaboradores (2001), o número de horas de trabalho é um dos fatores de nível organizacional que constitui uma causa de emergência da síndrome de *Burnout*. Ainda que a relação da variável carga horária com as variáveis deste estudo não tenha sido encontrada, demonstrando aparentemente que a explicação para estes resultados pode estar alicerçada em políticas institucionais que permitem aos colaboradores trabalhar com base num horário flexível e com um limite fixo de horas de trabalho, contribuindo desta forma para a prevenção de riscos de desenvolvimento de desgaste e *Sobrecarga* física e psicológica nos colaboradores, outros fatores devem ser explorados. Uma vez que através dos testemunhos obtidos alguns cuidadores relatam fazer horas extras no serviço devido à falta de recursos humanos (Subcategoria 139. Sobrecarga horária e trabalho – Categoria 27. Sinais de cansaço/desgaste físico e emocional).

4.3. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis *Burnout* e *Sobrecarga*: Verificar se existem diferenças nos resultados dos questionários entre os seguintes grupos

4.3.1. Ter menos de 44 anos de idade vs. Ter 44 anos ou mais de idade (mediana da idade dos cuidadores). Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais mais novos, com idade inferior a 44 anos apresentam maiores níveis de *Sobrecarga* na dimensão “*Relação interpessoal*”, tendo sido esta a única diferença significativa encontrada entre estes dois grupos. À luz do estudo de Zamora e Sánchez (2008) concluiu-se que uma das variáveis sócio-demográficas que contribui para a presença de *Sobrecarga* leve nos cuidadores é ter 30 anos ou menos de idade.

A explicação para estes resultados no estudo pode residir no facto de existir um “choque” geracional no que respeita a pensamentos, comportamentos e perspetivas relacionadas com diferentes etapas de vida, eventos históricos vividos e a formação de cada geração, pois estamos perante cuidadores muito jovens que estabelecem contacto relacional diário com uma população de utentes com idades significativamente superiores. Este facto pode gerar algumas tensões e conflitos na relação cuidador-utentes que levem os primeiros a experienciar maiores níveis de *Sobrecarga* na dimensão relação interpessoal.

Os níveis de *Burnout* percecionados não dependem do cuidador ter menos de 44 ou 44 anos ou mais, o que permite concluir que a idade do cuidador não interfere diretamente nos níveis de *Burnout* percecionados. Estes resultados podem sugerir que os níveis de *Burnout* percecionados dependem do significado que cada cuidador atribui às situações potencialmente stressantes ou das estratégias de *coping* utilizadas e não da etapa de vida em se que encontram. Tal como Kristensen e colaboradores (2005) preconizam na sua teoria, são os Esquemas e Atribuições Causais que explicam a forma como as pessoas percebem, compreendem e

interpretam os seus próprios sintomas psicológicos e somáticos. Também o estudo de Gregório (2015), aponta para que o aumento do nível de *Burnout*, está associado a uma maior utilização de Estratégias de *Coping* focadas nos Problemas, ou seja, a maiores esforços para gerir ou alterar a relação entre a pessoa e o ambiente *stresseante*.

4.3.2. Ter 5 anos ou mais de serviço vs Ter menos de 5 anos de serviço (mediana).

Para a presente investigação não se observaram diferenças significativas entre os grupos em análise e o nível de *Sobrecarga* e *Burnout*, sugerindo que ter 5 ou mais anos ou ter menos de 5 anos de serviço na instituição não influencia a sua perceção de *Sobrecarga* e *Burnout*. O resultado apresentado vai ainda ao encontro da associação já sugerida neste estudo aquando da análise da relação entre a variável “Anos de Serviço na Instituição”.

4.3.3. Ter Formação superior vs Não ter Formação superior.

Tendo como objetivo analisar as diferenças entre ter ou não ter formação superior de acordo com as variáveis em estudo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise na dimensão “*Relação interpessoal*” (ESC), o que sugere que os cuidadores formais com formação superior tendem a percecionar maiores níveis de *Sobrecarga* na dimensão “*Relação interpessoal*”. Assim, considera-se que as dificuldades percecionadas pelo cuidador com formação e o seu impacto na perceção de *Sobrecarga* estão intimamente relacionadas com a relação que o mesmo estabelece com o utente. A discussão destes resultados apontam em primeiro lugar para o facto de que neste estudo, os cuidadores formais com formação serem maioritariamente cuidadores no exercício de funções de enfermagem ou fisioterapia, que dizem respeito a cuidados por vezes evasivos ou dolorosos para os utentes o que pode gerar algumas tensões e conflitos na interação com os mesmos ou na adesão aos cuidados e tratamentos, sendo estes determinantes da perceção de *Sobrecarga* na dimensão “*Relação Interpessoal*”. Uma vez

que as funções desenvolvidas requerem não só conhecimentos técnicos provenientes da formação académica ou profissional, mas também competências comunicacionais e relacionais, visto tratar-se de uma profissão com forte cariz relacional, se estas não são adequadas os cuidadores correm o risco de ver maximizadas as suas dificuldades em termos de relacionamento com os idosos. Por último, não se pode colocar de parte o facto das competências e papel do cuidador também estarem relacionados com os seus próprios recursos e habilidades pessoais, como experiências, estratégias de confronto, significados atribuídos ao cuidar, que interferem na sua capacidade para enfrentar dificuldades na relação com o idoso e com consequente perceção de *Sobrecarga*. Estes são aspetos que embora não sejam contemplados diretamente neste estudo revestem-se de alguma relevância para abordagens e estudos posteriores. Por exemplo, recorrendo aos testemunhos dos cuidadores através da entrevista semiestruturada, foi possível explorar os conceitos de cuidador e de velhice (i.e. Significações de dependência na velhice, Competências sócio emocionais) que interfere na vivência do cuidado nos padrões de interação com utente.

Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente às outras variáveis, o que sugere que os níveis de *Burnout* e de *Sobrecarga* percecionados, nas restantes dimensões, não são influenciados pelo facto do cuidador ter formação superior ou não, mas sim por outros fatores, possivelmente de nível pessoal, ambiental ou organizacional.

Nesta investigação a síndrome de *Burnout* não é influenciada pelo facto dos cuidadores terem ou não formação superior, sugerindo à luz do contexto a que esta investigação se reporta que estes resultados podem ser justificados pelo facto dos cuidadores partilharem funções entre si, existindo uma certa polivalência entre os mesmos que faça com que a formação não ocupe um lugar de destaque na comparação entre os cuidadores com e sem formação superior. Por exemplo, estudos como o de Spooner-Lane e Patton (2007) afirmam que a função que o

cuidador ocupa na instituição contribui para níveis mais elevados de exaustão emocional, existindo assim conexão entre os níveis de *Burnout* e tipo de ocupação desempenhada.

4.4. Análise exploratória dos temas centrais associados às dificuldades vivenciadas pelos cuidadores formais, através da aplicação das entrevistas semiestruturadas (4.4.1.

Analisar a relação entre o nível de *Sobrecarga* percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada; 4.4.2. Analisar a relação entre o nível de *Burnout* percebido pelos Cuidadores Formais e os temas centrais emergentes da análise qualitativa da entrevista semiestruturada)

Tendo em conta a utilização de uma metodologia mista nesta investigação e os objetivos de expandir a abrangência e entendimento sobre a vivência do cuidador formal, a discussão dos objetivos acima referidos foram baseados na articulação e complementaridade dos dados quantitativos e qualitativos nos resultados da investigação. Assim pretende-se verificar ou rejeitar os resultados de dados quantitativos usando dados qualitativos (temas, categorias e subcategorias construídas) e vice-versa, e ainda complementar os diferentes dados com objetivo de evidenciar aspetos diferentes da vivência dos cuidadores que não são contemplados nas escalas de autoavaliação. Trata-se da triangulação de dados centrada num caso, em que a partir de um mesmo grupo de indivíduos que preencheu os questionários e respondeu à entrevista, procedeu-se à comparação e relação das suas respostas.

Do total de participantes (N=58), 19 participaram na entrevista semiestruturada. A discussão é apresentada em seguida por casos específicos.

No que respeita ao **CFI** este apresenta um nível intenso de perceção de *Sobrecarga geral*, contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. As restantes dimensões apresentam valores menores. O nível de *Burnout*

na sua forma geral apresenta um valor ligeiramente superior ao ponto de corte 50, o que permite sugerir que CF1 apresenta *Burnout* na sua forma geral. O mesmo acontece quando se analisam as escalas específicas, constatando-se que o CF1 experiencia níveis consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico em relação à pessoa alvo de cuidados e o mesmo se pode observar em relação ao seu trabalho. Já em relação ao “*Burnout pessoal*” a perceção do CF1 é menor, o que permite concluir o cuidador não experiencia sintomas de exaustão física ou psicológica que não corresponde necessariamente a situações vivenciadas no trabalho.

A experiência de *Burnout* focada na interação com os utentes pode ser corroborada por vários aspetos dos testemunhos obtidos na entrevista. Em primeiro lugar, o CF1 vivencia alguma insatisfação em relação à população a quem os seus cuidados se dirigem, nomeadamente pelo facto do local de trabalho e população não serem uma prioridade em termos de objetivos e motivações pessoais (“*É assim, eu preferia as crianças porque estou mais à vontade. As minhas experiencias têm sido mais com crianças. Às vezes há dias em que não me apetece mesmo estar aqui...*” – Subcategoria 28. Insatisfação em relação às funções direcionadas à população idosa – Categoria 10. Fatores de insatisfação). Em segundo lugar existem afirmações que sugerem o confronto e comunicação com utentes com demência como um fator de cansaço psicológico (Subcategoria Distúrbios comportamentais próprios da demência como fator de cansaço psicológico: “*E depois disse-me... algumas partes do discurso dela eram iguaizinhas e ai, ai...ai sim fico super cansada. E então, e isto é geral... estes estados de demência tão avançados, é geral então nós temos de estar sempre ali a contornar.*”) e outras afirmações que dão conta da interação com os idosos como fator de exaustão física e psicológica. Ainda assim a relação do CF1 com os utentes é considerada em parte uma relação positiva e que merece o seu investimento em termos de apoio (Subcategoria Investimento no estabelecimento de relações positivas com os idosos: “*Por exemplo, se nós empurrarmos uma*

*cadeira quando vemos que está a ter dificuldades em ir para o refeitório por exemplo, se eu ajudar um bocadinho já sei que ele (...) 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. A próxima vez que eu for ter com o senhor ou com a senhora já sei que eu já não sou totalmente desconhecida”). Já a perceção de *Burnout* na escala “*Burnout relacionado com o trabalho*” pode estar relacionada com as dificuldades percecionadas no cuidado prestado ao nível da adesão e colaboração dos utentes, uma vez que o CF1 considera que o mais difícil e fonte de cansaço psicológico é garantir a adesão dos utentes às suas atividades - Subcategoria (Dificuldades ao nível da adesão/colaboração dos utentes: “*O que me afeta mesmo negativamente não é? É a não adesão, sim.*”).*

Apesar de não considerar a existência de perceção de *Sobrecarga* na dimensão “*Perspetivas de auto eficácia*”, o CF1 revela nos seus testemunhos algumas dúvidas e receios no que toca à abordagem comunicacional com os utentes, que associa à in experiência profissional no contacto com a população idosa. Não se trata propriamente de perceção de ineficácia mas sim de um fator que pode contribuir para a não adesão dos utentes e consequentemente baixa perceção de desempenho no trabalho realizado.

Relativamente ao valor mais elevado na dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*”, as significações sugerem o impacto da prestação de cuidados sobretudo ao nível das relações sociais e familiares e escassez de tempo, com o CF1 a referir menor disposição para investimento nas relações interpessoais (Subcategoria *Influência da vida profissional na pessoal*: “*afeta-me no sentido em que tens de ter tempo para falar com amigos para falar com o namorado, falar com família... deixo de ter essa disponibilidade e mesmo para ver televisão e fazer outras coisa, ver um filme, ir ao cinema... às vezes deixo de ter vontade para fazer isso porque estou mesmo cansada, tenho de descansar se não no dia a seguir não consigo. Então*

acho que é mais nesse sentido que me afeta. O cansaço gera eu deitar-me mais cedo então não faço outras coisas”). Contudo, uma análise mais pormenorizada permite-nos encontrar discrepâncias, por exemplo, quando CF1 responde à questão 12 da Escala de Sobrecarga do Cuidador “Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?” com “Quase nunca”. Futuramente sugere-se a exploração de outros fatores.

No que respeita ao **CF2** este apresenta um nível intenso de perceção de *Sobrecarga* geral, contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. As restantes dimensões apresentam valores menores. O nível de *Burnout* na sua forma geral apresenta um valor ligeiramente inferior ao ponto de corte 50, o que permite sugerir que o CF2 não apresenta *Burnout* na sua forma geral. Ao analisar as escalas específicas, constata-se que o cuidador experiencia níveis consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico (*Burnout Pessoal*) e um nível equivalente ao ponto de corte 50 de exaustão física e psicológica relativamente ao seu trabalho. Já em relação ao *Burnout relacionado com o utente* a perceção do CF2 é menor, o que permite concluir que existe uma vivência positiva da relação com a pessoa alvo de cuidados ou que a conexão entre a fadiga e a pessoa alvo de cuidados é inexistente.

Os testemunhos recolhidos sugerem que o nível de *Sobrecarga* na sua forma geral e o valor mais elevado na dimensão “*Impacto da prestação de cuidados*” dizem respeito ao impacto ao nível da saúde, nomeadamente no agravamento de problemas de saúde existentes, que por sua vez parece estar relacionado com as exigências físicas decorrentes dos cuidados prestados diariamente aos utentes (Subcategoria Agravamento de problemas de saúde existentes decorrentes do esforço físico). Ainda nesta dimensão o CF2 constata não sentir o impacto da prestação de cuidados nas relações sociais e familiares o que é bastante importante

na medida em que revela conseguir sobrepor a sua energia e comprometimento profissional às dificuldades provenientes na sua vida privada (Subcategoria influência da vida profissional na pessoal: *“E eu também faço por fazer assim: trabalho é trabalho casa é casa saio daqui esqueço o que está aqui dentro. Eu já cheguei a dar por mim a falar sozinha e vou a pensar a pensar... mas não posso dizer que interfere porque não interfere”*).

No que respeita ao *“Burnout pessoal”*, apesar deste nem sempre corresponder a situações vivenciadas no trabalho, torna-se relevante abordar testemunhos que dão conta de distúrbios relacionais entre o cuidador e colegas, afetando negativamente a vivência do trabalho e a colaboração entre os cuidadores, constituindo assim uma possível explicação para os níveis de *Burnout* percecionados nesta escala e na escala de *“Burnout relacionado com o trabalho”* ainda que os valores desta última não sejam tão significativas (Subcategoria Perceção de desgaste emocional relacionado com ausência de colaboração/relação com os colegas: *“Eu costumo dizer assim: eu quando saio daqui não vou cansada dos utentes, eu vou cansada dos colegas (...) Mas eu costumo dizer eu não saio daqui cansada com os utentes, eu saio daqui cansada por causa de muitas vezes da falta de colaboração.”*). A desvalorização ou o não reconhecimento através palavras ou atos, por parte da instituição é um aspeto que apesar de não afetar com intensidade o cuidador pode constituir por si só um fator precipitante de exaustão psicológica experienciada pelo mesmo (Subcategoria Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto desvalorizado pela instituição). Estas associações efetuadas são corroborados teoricamente por vários autores, ao afirmarem que dentro da dinâmica organizacional, os conflitos interpessoais e o fraco apoio social dos colegas são também assinalados pelos cuidadores formais como fatores de risco de *burnout* (Vicente e Oliveira, 2015; Zamora e Sánchez, 2008; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Os níveis baixos na dimensão “*Relação interpessoal*” e “*Burnout relacionado com o utente*” parecem encontrar convergência nos testemunhos do cuidador que refletem a valorização de uma relação positiva com os utentes a quem prestam cuidados e a vivência do ato de cuidar centrada em valores morais (Subcategorias Relação positiva entre idoso e cuidador e Vivência do ato de cuidar centrada em valores morais).

Por fim é importante analisar o nível mais baixo na dimensão “*Perspetivas de auto eficácia*” uma vez que encontra convergência com os testemunhos do cuidador que dão conta da perceção de vocação intrínseca para o trabalho que exerce (Subcategoria Perceção de vocação para a tarefa de cuidado ao idoso: “*Mas é assim exige muito esforço físico e psicológico mas quando uma pessoa faz as coisas com vontade... eu costumo dizer assim: isto não é um trabalho, isto é uma vocação. E por ser uma vocação, por eu pensar que este trabalho é uma vocação é mais complicado porque é assim quando você gosta do trabalho que faz e dá-se todo, sente-se realizada com aquilo que faz.*”), isto é, o facto de percecionar vocação e motivação intrínseca para a realização das tarefas dirigidas ao cuidado pode contribuir para maior perceção de auto eficácia, bem como aumentar o empenho, esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso (Subcategoria Perceção de empenho e esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso).

Relativamente ao caso específico **CF3**, este apresenta igualmente um nível intenso de perceção de *Sobrecarga* geral, contribuindo a dimensão “Impacto da Prestação de cuidados” com valor mais elevado para este resultado. O nível de *Burnout* na sua forma geral apresenta um valor inferior ao ponto de corte 50, o que permite sugerir que CF1 não apresenta *Burnout* na sua forma geral. Ao analisar as escalas específicas, constata-se que o CF3 experiência níveis consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico (*Burnout Pessoal*), porém não existe conexão entre a fadiga e exaustão e a pessoa alvo de cuidados nem com o trabalho que o

cuidador realiza (“*Burnout relacionado com o utente*” e “*Burnout relacionado com o trabalho*”).

A percepção de exaustão física e psicológica experienciada pelo cuidador, bem como *Sobrecarga* na sua forma geral e considerando a dimensão com valor mais elevado, parecem estar relacionadas com múltiplos aspetos que o cuidador identifica, entre eles encontram-se 1) as dificuldades percecionadas ao nível da adesão e colaboração dos utentes, sendo que, quando o utente se demonstra menos colaborativo a percepção de dificuldades na realização das tarefas aumenta (Subcategoria Dificuldades ao nível da adesão/colaboração dos utentes); 2) a escassez de recursos humanos, ou seja, a carência de cuidadores formais na instituição que se repercute na alteração de toda a dinâmica de trabalho, relações interpessoais entre colaboradores e utentes e ainda em sinais esporádicos de cansaço físico fruto da sobrecarga de trabalho e maiores exigências físicas (Subcategorias Carência de cuidadores formais no serviço, Sinais esporádicos de cansaço físico e relacionado com a carência de cuidadores formais no serviço: “*E depois isto mexe em toda a dinâmica, com toda a relação mesmo até parte da relação com as auxiliares e das auxiliares com os utentes com o tempo que tem...*”); 3) a interação complexa entre fatores da vida profissional e pessoal no bem-estar psicológico, uma vez que o impacto da prestação de cuidados no CF3 compromete a sua disponibilidade para enfrentar as exigências diárias da sua vida fora do trabalho (Subcategoria Influência da vida profissional na pessoal: “*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 agente vai para casa e leva o trabalho também.*”); por último, problemas de saúde existentes associados do esforço físico ao longo dos anos de serviço na prestação de cuidados a utentes idosos.

Apesar do nível de “*Burnout relacionado com o trabalho*” apresentar-se como não significativo e o nível de “*Burnout Pessoal*” ser elevado, os testemunhos apontam para a conexão entre a perceção de exaustão física e psicológica e situações vivenciadas no trabalho, especificamente refletem a influência do ambiente psicossocial do trabalho e das condições laborais, como, a perceção de relações conflituosas entre cuidadores, idosos e familiares (Subcategoria Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos); a insatisfação em relação aos baixos rendimentos obtidos e por último a perceção de limitações temporais, isto é, o CF3 refere a falta de tempo como facto que lhe cria algum desconforto, pois a mesma evidencia a sua vontade de dar atenção aos utentes, de garantir a satisfação das suas necessidades e sobretudo comunicar e estabelecer relações positivas com os mesmos (Subcategorias Falta de tempo para garantir a satisfação de necessidades dos idosos; Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos). Assim considera-se que a falta de tempo apresenta-se como um fator precipitante na experiência de fadiga e exaustão do cuidador. Estas associações encontradas refletem alguns fatores desencadeadores de *Burnout*, por exemplo, a perceção de que não estão sendo recompensados pelo seu empenho no trabalho é referida por Maslach (2009) como uma das áreas de risco organizacional para a precipitação desta síndrome.

Por sua vez, os níveis baixos de *Sobrecarga* na dimensão “*Relação interpessoal*” e “*Burnout relacionado com utente*”, podem ser corroborados pelas significações que dão conta da vivência do ato de cuidar centrada em valores morais e da primazia da ligação afetiva e emocional na relação cuidador utente (Subcategorias Ligação afetivo emocional e Vivência do ato de cuidar centrada em valores morais). Este facto torna possível ao CF3 sentir-se reconhecido profissional e pessoalmente pelo trabalho prestado, que não se cinge apenas a

cuidados técnicos e instrumentais mas também num compromisso na promoção de bem-estar e qualidade de vida dos utentes.

Relativamente ao caso **CF4**, embora a escala *“Burnout relacionado com o trabalho”* esteja ligeiramente próxima de 50 não se constata índices significativos na análise de todas as escalas de *Burnout*, o que permite concluir primariamente que o cuidador não experiêcia sinais de fadiga e exaustão física e psicológica. As significações corroboram estes resultados ao permitirem identificar que o CF4 percebe sinais de cansaço físico esporadicamente que atribui à execução de tarefas instrumentais diárias exigentes, como higiene ou medicação (Subcategoria Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico e Perceção de tarefas de higiene e alimentação como fisicamente exigentes), no entanto não se pode considerar uma representação de *Burnout* até porque o cuidador demonstra sentir satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento de papel de cuidador formal (Subcategoria Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador: *“Sim, porque há muitos que vão passar o resto da vida aqui, não vão sair, eles estão aqui porque vão ficar aqui. E muitos nem família tem aqui ao pé. Então é diferente, tu chegas ao final do turno olhas para a pessoa... por exemplo o benjamim às vezes chega, quando está assim mais triste, chega ao pé de ti e faz assim, «obrigado sr. Enfermeiro.»*”) Sendo a morte um indutor de exaustão emocional e *Burnout* é necessário identificar as significações que dão conta do impacto emocional da perda existencial no cuidador (Subcategoria Significações de confronto com a doença e perda existencial: *“(...) Não desgasta, mas afeta. Talvez porque aqui já tivemos cerca de cinco... seis... falecimentos e pelo menos um deles é aquele que não esperávamos e então... talvez marca-te um bocado.”*). Um aspeto importante a ser considerado diz respeito à relação do cuidador com outros membros da equipa, o facto de perceber uma relação positiva e colaborativa com os colegas (Subcategorias Relações interpessoais como fator de influência na

colaboração entre cuidadores e Relações interpessoais positivas) pode constituir não só um fator de influência na qualidade dos serviços prestados aos utentes (Subcategoria Colaboração como fator de influência na qualidade dos serviços prestados) como um fator amenizador do impacto do trabalho em termos físicos e psicológicos (Subcategorias Colaboração na amenização dificuldades e Relações interpessoais como fator de influência no trabalho). Quanto mais satisfeitos os profissionais se mostram para com as relações interpessoais ou quanto maior a percepção de um local de trabalho onde existe suporte e apoio entre colaboradores, menor é o risco de *Burnout* percebido (Thieleman & Cacciatori, 2014; Maslach, 2009). Já quando não existe um sentimento de comunidade mas sim falta de apoio e confiança as relações são mitigadas por conflitos, hostilidade, frustração, desrespeito que destroem o sentimento de suporte social, diminuindo a probabilidade de ajuda entre colegas em situações de dificuldade e contribuindo para níveis consideráveis de *burnout*.

Já no que concerne à *Sobrecarga* observa-se um nível intenso de percepção de *Sobrecarga* geral, contribuindo a dimensão “Impacto da Prestação de cuidados” com valor mais elevado para este resultado, enquanto as restantes dimensões apresentam valores menores. Através da análise do discurso do cuidador o único fator relevante passível de ser considerado é a percepção de *Sobrecarga* horária e de trabalho proveniente da distribuição desequilibrada das tarefas (Subcategoria *Sobrecarga* horária e trabalho).

A valorização relacional e sócio emocional com os utentes que norteia a vivência diária do cuidador formal no seu trabalho (Subcategoria Valorização relacional e sócio emocional), bem como a projeção do seu futuro como idoso que promove vínculos de empatia e solidariedade com os utentes (Subcategoria Referência do próprio futuro do cuidador como idoso) clarificam em parte os baixos resultados na percepção de *Sobrecarga* na dimensão “Relações interpessoais” e “*Burnout* relacionado com o utente”.

O caso **CF5** aponta para a ausência de *Burnout*, estando apenas a escala “*Burnout relacionado com o trabalho*” muito próxima do valor 50. A congruência com os testemunhos do cuidador na entrevista são evidentes, destacando-se neste sentido apenas quatro fatores que possam estar a contribuir para estes resultados, nomeadamente as dificuldades de gestão de horários e atividades das diferentes áreas de apoio aos utentes, com preponderância de umas áreas em relação a outras (Subcategoria Dificuldades na gestão de horários e atividades das diferentes áreas de apoio), sinais esporádicos de cansaço psicológico (Subcategorias Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico) resultantes da gravidade dos casos com que o cuidador se depara, dificuldades ao nível da adesão dos utentes (Subcategoria Dificuldades ao nível da adesão/colaboração dos utentes: “*Lá está o mais difícil é quando eles não são colaborante.*”) e a sobrecarga de trabalho proveniente da distribuição desequilibrada das tarefas (Subcategoria Sobrecarga horária e trabalho: “*Não... só a questão que... não deve haver tanta sobrecarga dos profissionais devia haver mais profissionais e mais divisão de casos para que cada profissional possa investir também na sua formação, na... de certa forma investigação para levar a algum resultado... porque por exemplo eu: tenho este horário de trabalho, estou cansada. Depois ao fim de semana se for preciso ainda faço formação, fico um bocadinho cansada porque não tenho horas de descanso suficiente e é um bocadinho aborrecido.*”). Por exemplo, a sobrecarga de trabalho é uma das seis áreas principais identificadas por Maslach (2009) que funcionam como fator de risco organizacional para o desenvolvimento de *Burnout*. A sobrecarga de trabalho proveniente de falhas na distribuição de tarefas faz com o cuidador neste caso sinta que tem muito a fazer e que o tempo que tem ou recursos não são suficiente, existindo assim um desequilíbrio ou incompatibilidade entre as exigências do trabalho e da capacidade do cuidador para atender a essas exigências.

Relativamente à *Sobrecarga* na sua forma geral o valor indica a presença de *Sobrecarga* ligeira contribuindo a dimensão “Impacto da Prestação de cuidados” com valor mais elevado para este resultado.

Ao analisar os testemunhos relatados na entrevista apenas verifica-se que o impacto da prestação de cuidados não tem qualquer repercussão ao nível do estado de saúde do cuidador (Subcategoria Ausência de influência ao nível da saúde física), outros fatores devem ser explorados). As relações interpessoais positivas que o cuidador estabelece com os diferentes agentes do meio laboral (utentes e colegas), apesar de ser um membro recente na equipa de trabalho, (Subcategorias Relações interpessoais positivas, Relação positiva entre idoso e cuidador e Vivência do ato de cuidar centrada em valores morais) pode contribuir para amenizar este impacto.

O caso **CF6** desperta especial atenção pelo facto dos níveis de *Sobrecarga* e *Burnout* serem ambos bastante elevados.

Relativamente ao nível de *Sobrecarga* geral apresenta um nível elevado o que permite concluir que o cuidador experiencia um nível intenso de percepção de *Sobrecarga*, contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. Os testemunhos são conclusivos em relação a estes resultados, mais especificamente, o facto de o cuidador relatar a existência de problemas de saúde que associa à *Sobrecarga* de trabalho com consequências a nível pessoal e profissional podem ser suficientes para a *Sobrecarga* geral e na dimensão referida serem tão elevados (Subcategoria Problemas de saúde existentes associados à sobrecarga de trabalho: “*Sim, eu tive aí um piri paque há 5anos para cá, o coração estava mais dilatado e tive m principio de AVC mas foi na altura que aumentaram a carga horária (...) Claro, afetou a minha saúde, afetou a minha saúde... e eu estou medicada até hoje (...) são as mazelas que ficam... mas eu vou vivendo... duas ou três vezes também sai daqui*”

com os bombeiros para o hospital já com a triagem feita e tudo, de soro e tudo. Olha, agente vai vivendo...”). As ilações que se podem retirar cingem-se às consequências negativas da presença de *Sobrecarga* em termos de saúde física, uma vez que podem persistir no cuidador estratégias de confronto ineficientes em lidar com as exigências diárias da prestação de cuidados que criam níveis mais elevados de perceção de *Sobrecarga*. Quanto aos resultados nas restantes dimensões não existem significações que possam confirmar ou refutar os dados.

O nível de *Burnout* na sua forma geral apresenta valor elevado o que permite sugerir que CF6 apresenta *Burnout* na sua forma geral. Ao analisar as escalas específicas, constata-se que o cuidador experiencia níveis consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico (“*Burnout Pessoal*”) e de exaustão física e psicológica relativamente ao seu trabalho (“*Burnout relacionado com o trabalho*”). Já em relação ao “*Burnout relacionado com o utente*” a perceção do cuidador é menor, o que permite concluir que a conexão entre a fadiga e a pessoa alvo de cuidados é inexistente.

Os níveis elevados de *Burnout* nas duas dimensões encontram ligação com testemunhos que refletem a influência do ambiente psicossocial do trabalho e das condições laborais, nomeadamente, a perceção de relações conflituosas entre cuidadores (Subcategoria Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos: “*Olha é assim: nada é difícil desde que se tenha vontade. O que me custa mesmo mais aqui, é o ambiente entre colegas.*”), a perceção de exigências físicas na realização de tarefas (Subcategoria Perceção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante), a perceção de limitações temporais (Subcategoria Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos) e a insatisfação em relação ao rendimento obtido (Subcategoria Insatisfação em relação ao rendimento obtido: “*(...) e por vencimento, por dinheiro, este trabalho também não bem por dinheiro, eu se fosse mais nova já não estava aqui. Porque o nosso vencimento aqui não paga o nosso trabalho.*”). No fundo,

os testemunhos do cuidador refletem fatores de predisposição de *burnout* considerados por Zamora e Sánchez (2008) como os *stressores* mais importantes na prestação de cuidados (e.g. dificuldades de relacionamento com outros membros da equipa, tratamento em condições críticas de enfermidade, falta de autonomia, escassez de recursos ou baixos salários) e encontram-se igualmente contidos nas fontes de *burnout* mencionadas por Maslach & Leiter (2005): sobrecarga de trabalho, recompensa ou rutura na comunidade.

As competências socio emocionais percecionadas no estabelecimento da relação com o utente, a valorização relacional e sócio emocional na prestação de cuidados bem como o sentimento de apreciação dos cuidados prestados por parte do utente (Subcategorias Competências socio emocionais, Valorização relacional e sócio emocional e Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pelo idoso) podem constituir fatores amenizadores que contribuem para baixos valores nas escalas “*Perspetivas de auto eficácia*” bem como “*Burnout relacionado com o utente*” e “*Relações interpessoais*”.

No caso **CF7**, o nível de *Sobrecarga* geral apresenta um nível elevado o que permite concluir que o cuidador experiencia um nível intenso de perceção de *Sobrecarga*, contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com maior valor para este resultado. Os testemunhos corroboram estes resultados apresentando-se as repercussões no estado de saúde como principal fonte de *Sobrecarga* uma vez que o cuidador relata que as exigências físicas das tarefas relacionadas com o cuidado causam desgaste físico com consequências ao nível do agravamento de problemas de saúde existentes (Subcategorias Perceção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante e Agravamento de problemas de saúde existentes decorrentes do esforço físico). São os problemas de saúde que contribuem para a vivência negativa dos cuidados prestados uma vez que o cuidador refere a existência de sinais prevalentes de cansaço físico e psicológico fruto da sintomatologia física associada aos

problemas de saúde (Subcategoria de Sinais prevalentes de cansaço físico e psicológico: “Quando estou cheia de dores... se não fossem as dores que tenho agora no joelho eu nunca estava cansada. Mas as dores... trabalhar com dores... só eu é que sei... e é um desgaste físico e psíquico... porque eu sou uma pessoa muito ativa e tenho uma coisa que me está a prender que em vez de me deixar andar para a frente, está a puxar para trás. “). Segundo os autores Carneiro, Pires, Filho e Guimarães (2009) do estudo com cuidadores de idosos em instituições de longa permanência observou-se que todos os cuidadores avaliados referiram dor em pelo menos uma região do sistema músculo-esquelético, em particular, segundo os dados dos últimos 12 meses, no pescoço (45,4%), ombros (72,7%), punhos/mãos (45,4%), zona lombar (45,4%), zona dorsal (36,4%) e tornozelos/pés (45,4%).

O nível de *Burnout* na sua forma geral e as restantes escalas apresentam valores baixos o que permite sugerir que o cuidador não apresenta *Burnout* em nenhuma dimensão. Porém ao analisar as escalas específicas, constata-se que o cuidador experiencia níveis relativamente consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico relativamente ao seu trabalho (*Burnout relacionado com o trabalho*) embora o valor esteja no limite do ponto de corte.

Nos testemunhos obtidos através da entrevista foram encontradas fontes de refutação e corroboração. Em primeiro lugar estes níveis de fadiga e exaustão física e psicológica não significativos podem ser amenizados pela satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador, pela prossecução de objetivos, resiliência e ainda por sentimentos de realização pessoal associados à tarefa de cuidar (Subcategorias Prossecução de objetivos como fator de amenização do cansaço físico percecionado, Resiliência, Realização pessoal), o que corrobora os resultados não significativos. Em segundo lugar, identificam-se no discurso do cuidador vários fatores relevantes que permite refutar estes níveis de *Burnout* não significativos mas que ao mesmo tempo alertam para a importância de estudar outras variáveis que podem

constituir fatores de proteção na exaustão experienciada. São eles: a presença de conflitos na relação entre cuidadores (Subcategoria Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos: *“Porque a minha relação com as outras pessoas é péssima (...) Eu sou um pouco bicho-do-mato e não tenho paciência para lidar com as outras pessoas. Tenho paciência para os idosos mas não tenho paciência para mais ninguém.”*) fruto da influência de fatores emocionais e características de personalidade do cuidador (Subcategoria Influência de fatores emocionais), que afetam o espírito de equipa e colaboração entre os mesmos (Subcategoria Relações interpessoais como fator de influência na colaboração entre cuidadores) e ainda dificuldades a nível emocional em lidar com o sentimento de perda das pessoas de quem cuida (Subcategoria Significações de confronto com a doença e perda existencial *“E depois eu estou a sofrer um bocado com a morte desta senhora. Era uma senhora que eu já cuidava há dois anos. Foi como a perda de um familiar. Porque eu sou uma pessoa só no mundo, portanto não tenho família.”*).

Ainda que a escala *“Burnout relacionado com o utente”* e dimensão *“Relações interpessoais”* não apresentem igualmente valores significativos torna-se relevante destacar uma contradição. Embora seja feita referência a uma relação boa/saudável entre cuidador e utente, nomeadamente, a vivência do ato de cuidar centrada em valores morais (*“Em relação a idosos eu não tenho problemas nenhuns. Eu sei ouvi-los e eles sentem que uma pessoa tem preocupação com eles. Os idosos não são bonecas de trapos em que tratamos de qualquer maneira em que se veste qualquer maneira, tira-se da cama de qualquer maneira... não é! São seres humanos e temos de respeitar a decadência de cada um!”*), uma ligação afetivo emocional e valorização do cuidado prestado pelo idoso, sendo que não existe conexão entre a experiência de *Sobrecarga* e *Burnout* e a relação com o utente, um aspeto interessante é que o cuidador perceciona a interação com os idosos como fator de cansaço psicológico e físico

(Subcategoria Interação com os idosos como fator de cansaço físico e psicológico) que influencia inevitavelmente o cuidado prestado (Subcategoria Relação entre idoso e cuidador como fator de influência no cuidado prestado). Fica assim presente que o cuidador sentem dificuldades no relacionamento com o utente que atribuí às características de personalidade de cada idoso (Subcategoria Atribuição de dificuldades na relação às características de personalidade do idoso).

O caso **CF8** não apresenta resultados significativos no que toca a perceção de *Sobrecarga* e *Burnout* nas suas variadas dimensões. Várias ilações podem resultar da análise dos testemunhos do cuidador na entrevista semiestruturada que permitem corroborar estes resultados. A citar, a satisfação sentida pelo cuidador no desempenho das tarefas relacionadas com o cuidado (Subcategoria Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador: “*No que toca aos idosos (...) Eu gosto, gosto de trabalhar com idosos. Ainda que seja pesado alguns dias com alguns idosos que temos outros mais leves*”); a perceção de relações interpessoais positivas entre colaboradores e com os utentes com os quais tem uma ligação afetiva e emocional, o trabalho em equipa e colaboração na realização de tarefas entre os cuidadores formais (Subcategorias Relações interpessoais positivas, Trabalho em equipa e colaboração; Relação positiva entre idoso e cuidador). Tratam-se de fatores que promovem uma vivência positiva do ato de cuidar com impacto a nível do bem-estar e saúde física e mental do cuidador. A ausência de sobrecarga na dimensão “Perceção de autoeficácia” pode ser corroborada pela forma como o cuidador se descreve enquanto profissional (Subcategoria Perceção de autoeficácia: “*Esforçada, que cumpre as tarefas sempre bem*”).

No caso **CF9**, o nível de *Sobrecarga* geral apresenta um nível elevado o que permite concluir que o cuidador experiencia um nível intenso de perceção de *Sobrecarga*, contribuindo

a dimensão *“Impacto da Prestação de cuidados”* para este resultado. Através dos testemunhos e da análise da resposta à questão *“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?”*, pode-se considerar que o acumular de tarefas ou polivalência é um fator relevante dos resultados encontrados (Subcategoria Acumular de tarefas ou polivalência: *“Quando é preciso não porque o tempo que eu vou para a rua faz-me falta cá dentro. Mas quer dizer, se eu tenho por exemplo, como tive hoje uma situação de três pessoas que tiraram baixa, ora eu não posso estar a deixar os utentes até à 13h ou 13:30h da tarde sem serem tratados. Então para ajudar o que é que eu faço, vou eu para a rua porque tenho experiencia disso, porque trabalhei doze anos nisso e vou tratar de alguns utentes também para agilizar um bocadinho mais o próprio serviço.”*), bem como a perceção de dependência dos utentes do suporte emocional e social que é prestado pelos cuidadores formais (Subcategoria Suporte emocional e social prestado pelos cuidadores formais: *“E depois há outro tipo de pessoas, são aquelas pessoas, são aqueles doentes que querem muito que a gente lá esteja porque não têm ninguém. E as únicas pessoas que lá entram são as meninas do centro quando vem lavar.”* e resposta à questão *“Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?”*).

O nível de *Burnout* na sua forma geral e as restantes escalas apresentam valores baixos o que permite sugerir que o cuidador não experiencia níveis consideráveis de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico em nenhuma dimensão. Embora os resultados apontem neste sentido é importante considerar que a maior parte do discurso do cuidador remete para experiências no tempo em que suas funções eram equivalentes a auxiliar de ação direta e revelam sobretudo a perceção dos restantes cuidadores acerca das experiências de *Burnout* e *Sobrecarga*, por exemplo: a perceção de desgaste psicológico associado ao ato de cuidar (Subcategoria Desgaste psicológico associado do ato de cuidar: *“Há umas que a própria cabeça não está muito bem*

porque já estão um bocadinho descompensadas e temos que ter cuidados redobrados com elas e preocupações redobradas porque (...) Há pessoas que desgastam e é preciso ter cuidado...”) ou a presença de distúrbios relacionais entre colaboradores devido a diferenças de características individuais (Subcategorias Presença de conflitos na relação entre cuidadores/familiares/idosos e Diferenças de características individuais como causa de distúrbios relacionais).

Em relação à experiência individual do CF9 destacam-se fatores que podem contribuir para o aumento da perceção de *“Burnout Pessoal”* ou *“Burnout Relacionado com o trabalho”* mas que também indicam alguns fatores com impacto ao nível da relação com os utentes e família. Embora não se verifique em termos de resultados quantitativos globais, questões como *“Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?”* e *“Com que frequência se sente fatigado(a)?”* revelam que por vezes sintomas de exaustão e fadiga são percecionados. Os fatores são: a perceção do ato de cuidar como emocionalmente desgastante (Subcategoria Perceção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante: *“Desgastante. Muito desgastante. Mais desgastante emocionalmente do que fisicamente. Porque fisicamente as pessoas com ajuda conseguem. Se forem bem acompanhadas não há problema.”*); o impacto e confronto com a perda de utentes mais jovens (Subcategoria Significações de confronto com a doença e perda existencial); limitações temporais na satisfação de necessidades aos utentes e o seu impacto psicológico (Subcategorias Impacto psicológico da falta de tempo e Falta de tempo para garantir a satisfação de necessidades dos idosos); fatores relacionados com a interação e comunicação com utentes com demência (Subcategorias Dificuldades em lidar com distúrbios comportamentais próprios da demência e Dificuldades de comunicação e interação com idosos com demência) e por último dificuldades na interação com a família dos utentes (Subcategoria Dificuldades na interação com as famílias: *“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. Nem é com o próprio doente é com as famílias, porque há famílias que são muito mais descompensadas do que o próprio doente.”). Dada a proximidade e relação estreita e exigente do ponto de vista emocional que se estabelece não só com o idoso mas também com a família, os conflitos com os familiares dos idosos são igualmente um indutor de exaustão emocional e *burnout* entre os cuidadores, tendo estes muitas vezes que lidar com situações de pressão, agressividade e acusações (Vicente e Oliveira, 2015).

O caso **CF10** não apresenta resultados significativos no que toca a perceção de *Sobrecarga* e *Burnout* nas suas variadas dimensões. Através da análise dos testemunhos evidenciam-se fatores positivos que podem contribuir para a amenização deste impacto, como a presença de relações positivas entre o cuidador e restantes colaboradores (Subcategoria Relações interpessoais positivas) e a utilização de estratégias de confronto como mediadores nas dificuldades percebidas na relação com os utentes (Subcategoria Estratégias comportamentais); e fatores negativos que podem contribuir para experiência subtil de *Sobrecarga* e *Burnout*, como a privação de dias de descanso semanal (Subcategoria *Sobrecarga* horária e trabalho) e alguns sintomas de ansiedade decorrentes das funções exigentes que desempenha (Subcategoria Sinais prevalentes de cansaço físico e psicológico: “*Mas eu sentir cansaço, mais essa tal situação de cansaço mental, por causa da ansiedade, mais de...*”).

Quanto ao caso **CF11**, este apresenta um nível de perceção de *Sobrecarga* ligeira contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. As restantes dimensões apresentam níveis de *Sobrecarga* menores. O nível de *Burnout* na sua forma geral apresenta um valor ligeiramente inferior ao ponto de corte 50, o que permite sugerir que CF11 não apresenta *Burnout* na sua forma geral, contudo ao analisar as escalas específicas, constata-se que o cuidador experiencia níveis equivalentes ao ponto de

corte 50, de fadiga e exaustão a nível físico e psicológico (*Burnout Pessoal*) e exaustão física e psicológica relativamente ao seu trabalho.

Os testemunhos recolhidos através da entrevista não são suficientes para ampliar o entendimento sobre a vivência do cuidador e fundamentar os resultados quantitativos obtidos, todavia destacam-se aspetos importantes que podem ter influência nos mesmos, como o exercício de funções de cuidados indiretos (Subcategoria Funções motorista: *“Eu faço transporte de idosos. Vou buscá-los a casa e regresso a casa. (...) É como lhe digo, eu como o meu desempenho é ir busca-los e levá-los.”*) que impõe limitações na relação que estabelece com os utentes (Subcategoria Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos: *“É como lhe digo vou buscá-los a casa, conversamos um bocadinho quando há tempo na carrinha, deixo-os logo aqui. Tenho muito pouca comunicação com eles, muito pouca comunicação. Só mesmo o tempo de trazê-los até aqui.”*) e também a perceção de falta de vocação para a prestação de cuidados diretos aos utentes (Subcategoria Perceção de vocação para a tarefa de cuidado ao idoso) que justifica o pouco envolvimento no estabelecimento de relações. Segundo Beringuilho (2013), alguns dos aspetos que caracterizam os cuidadores formais é não possuírem vocação para a atividade que desenvolvem e não encararem a profissão como uma carreira, desenvolvendo sentimentos negativos relacionados com o estatuto e a imagem social da profissão.

Já as dificuldades no confronto com situações de demência (Subcategoria Dificuldades em lidar com distúrbios comportamentais próprios da demência) e os problemas de saúde física decorrentes do esforço físico na realização de tarefas (Subcategoria Problemas de saúde existentes associados do esforço físico) podem sugerir impacto no cansaço e desgaste físico e psicológico e também de *Sobrecarga* na dimensão impacto da prestação de cuidados.

O caso **CF12** apresenta um nível de percepção de *Sobrecarga* ligeira contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. De acordo com os testemunhos, podem ser considerados hipoteticamente os sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico (Subcategoria Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico) e o agravamento de problemas de saúde existentes no cuidador em virtude do esforço físico associado às tarefas de cuidado (Subcategoria Agravamento de problemas de saúde existentes decorrentes do esforço físico) como contribuintes para a maior percepção de *Sobrecarga*, sobretudo ao nível do impacto da prestação de cuidados.

Quanto ao *Burnout*, o cuidador não apresenta resultados significativos em nenhuma das três dimensões. Apesar de demonstrar satisfação no cumprimento de papel de cuidador (Subcategoria Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador) ao qual se foi adaptando ao longo do tempo (Subcategoria Processo de adaptação à profissão: “*A pessoa tem que, eu acho que tem que gostar, tem que gostar. Porque é assim eu por exemplo achava que não conseguia e depois acabei por conseguir e gostar, porque eu acabo por gostar de estar ali.*”) e das relações positivas entre as colegas de trabalho contribuírem para a existência de colaboração e trabalho em equipa (Subcategorias Relações interpessoais positivas; Trabalho em equipa e Colaboração), o CF12 refere algumas dificuldades na sua vivência enquanto cuidador, que permitem refutar a ausência de percepção “*Burnout relacionado com o trabalho*”. Referem-se as limitações temporais no estabelecimento de relação com os utentes (Subcategoria Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos); o confronto com a morte dos utentes (Significações de confronto com a doença e perda existencial); as exigências decorrentes das tarefas instrumentais diárias (Subcategoria Percepção de tarefas de higiene e alimentação como fisicamente exigentes); a desconsideração pelos cuidados prestados aos idosos por parte da família, que se

encontra ausente a maioria das vezes (Desconsideração da família pelos cuidados prestados) e ainda o sentimento de que não está a ser recompensada monetariamente (Subcategoria Insatisfação em relação ao rendimento obtido).

Os valores da escala “*Burnout relacionado com o utente*” e “*Relação interpessoal*” não são significativos e apesar do cuidador referir a existência de uma relação positiva com o utente, um aspeto interessante é que os seus testemunhos dão ênfase a dificuldades enfrentadas na relação com os mesmos (Subcategoria Dificuldades de comunicação e interação com idosos) que influenciam inevitavelmente o cuidado prestado e podem contribuir para a perceção de exaustão física e psicológica (Subcategoria Relação entre idoso e cuidador como fator de influência no cuidado prestado: “*Sim, acaba por influenciar um bocado. Porque, por exemplo, quando... a gente tem aqui uma ou duas situações em que o idoso é constantemente mal-educado, asneirento, mas é para todos, não é para mim. É para todas! É sempre assim e coiso, e tens que me limpar e é assim e é assado. Acaba porque a gente depois também começa a ... quando chega ali ao pé daquele quarto para fazer aquele quarto já é um massacre porque já sabemos o que é que vem dali.*”). A ausência de sobrecarga na dimensão “*Perceção de autoeficácia*” pode ser corroborada pela forma como o cuidador se descreve enquanto profissional (Subcategoria Perceção de autoeficácia: “*Eu é assim, eu tento fazer tudo, não é perfeito mas é bem. Bem! E eu, por exemplo, temos uma senhora que cheira imenso a suor, está acamada, cheira muito a suor. Eu todos os dias lavo-a bem, muito bem, muito bem. Mas já sei que passados 10 minutos ela vai estar a cheirar a suor outra vez e então agarro ponho pó de talco para não cheirar mal, ponho-lhe perfume. Portanto eu tento fazer não é o perfeito, perfeito. Claro que há sempre alguém que faça um bocadinho melhor, mas tento sempre fazer o melhor que posso*”).

O caso **CF13** apresenta um nível de percepção de *Sobrecarga* ligeira contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. Embora seja evidente através dos testemunhos sentimentos de realização e satisfação com o papel de cuidador (Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador), tanto as significações de percepção de responsabilidade pelo idoso dependente (Subcategoria Percepção de responsabilidade pelo idoso dependente) como a dependência em termos emocionais e sociais (Subcategoria Suporte emocional e social prestado pelos cuidadores formais) pode contribuir para a maior percepção de *Sobrecarga* no cuidador e explicar os resultados obtidos.

No que respeita ao *Burnout*, o cuidador apresenta resultados significativos na dimensão “*Burnout relacionado com o trabalho*”, o que pode estar relacionado com a multiplicidade e diversidade de tarefas exigentes física e emocionalmente (Subcategorias Acumular de tarefas ou polivalência, Percepção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante e Dificuldades ao nível do esforço físico: “*Sinto mais dificuldade quando tenho que os carregar e transportar para a casa de banho ou para levantá-los das cadeiras de rodas. Para mim é mesmo o pior porque fico cheia de dores nas costas.*”) que resultam em sinais de cansaço físico (Subcategoria Sinais prevalentes de cansaço físico e psicológico: “*Ui! Ao fim do dia meu Deus. Embora eu não dê muita força ao cansaço, mas por vezes somos obrigados a dar essa força porque aquilo domina-nos. Sim ao fim do dia estou sempre muito exausta. Muito e tem alturas, que já aconteceu aqui várias vezes, que a pessoa pronto ou tem um esforço mais, pronto tem mais esforço, ou por algum motivo deu um mau jeito ou ...*”) e problemas de saúde física (Subcategoria Problemas de saúde existentes associados do esforço físico: “*Bem quando fico mal das costas, ando assim uns dias um bocado mal, um bocado mesmo um bocado grande mesmo muito mal quando isso acontece. Quase não me mexo, pareço um robô (...)* Pois tem

afetado ao nível da coluna, isso tem afetado um bocadinho. A coluna, os pulsos, sinto também nos pulsos.”). Os níveis baixos de *Sobrecarga* na dimensão “*Perspetivas de autoeficácia*” encontram congruência com os testemunhos que referem a perceção de empenho e esforço na realização de tarefas relacionadas com o cuidado, como principais características da cuidadora enquanto profissional (Subcategoria Perceção de empenho e esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso). Igualmente, os a baixa perceção de “*Burnout relacionado com o utente*” e *Sobrecarga* na dimensão “*Relação interpessoal*” são coerentes com testemunhos que relatam não só uma relação positiva com os utentes, como uma vivência positiva dos cuidados prestados (Subcategorias Vivência diária positiva dos cuidados prestados e Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pelo idoso).

O caso **CF14** apresenta um nível de perceção de *Sobrecarga* ligeira contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. No que respeita ao *Burnout*, o cuidador apresenta resultados significativos na dimensão “*Burnout relacionado com o trabalho*” e “*Burnout Pessoal*”. Em primeiro lugar estes resultados podem ser explicados pelo forte envolvimento no trabalho, na medida em que para o cuidador a sua vida profissional funciona como um motor da vida pessoal (Subcategoria Forte envolvimento no trabalho: “*Tudo, como disse, vivo para isto, vivo para elas e para os idosos. Vivo sozinha, não tenho filhos. O meu dia-a-dia é aqui.*”). Este aspeto pode ser considerado negativo na medida em que o cuidador não encontra um equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional, dando o trabalho significado à sua vivência, porém ao mesmo tempo positivo, tendo em consideração o conceito de “*Engagement*”, que aponta, de entre outros aspetos, para a persistência e um forte desejo de se esforçar no trabalho, para a dedicação, caracterizada por altos níveis de significado trabalho, entusiasmo, inspiração e orgulho (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008). Em segundo lugar, os resultados encontram congruência com a complexidade

de funções que o cuidador exerce, uma vez que são funções na maioria burocráticas e administrativas (gestão, coordenação e apoio aos restantes cuidadores), porém com pouca autonomia decisória, que exigem responsabilidade e disponibilidade de tempo e recursos pessoais (Subcategorias Funções administrativas e de gestão de pessoal e Funções de supervisão dos cuidados prestados).

Em terceiro lugar, mencionam-se um conjunto de outros fatores referentes às condições laborais de todos os cuidadores, que contribuem para a experiência de exaustão física e psicológica relacionada com o trabalho neste cuidador em particular. Refere-se concretamente: 1) a falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos; 2) as consequências na qualidade do serviço prestado e a sobrecarga horária e de trabalho em virtude da falta de cuidadores formais na instituição (Subcategorias Falta de tempo para comunicar e estabelecer relação com os idosos, Carência de cuidadores formais no serviço: *“E como eu muitas outras funcionárias fazem o mesmo, trabalham horas a mais, fazem trabalho que não é o seu, trabalham as folgas porque não há pessoal. O pessoal aqui não está satisfeito porque não há simplesmente pessoal suficiente para o número de idosos. As pessoas estão sobrecarregadas.”* e Sobrecarga horária e de trabalho: *“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”*); 3) a perceção de desvalorização por parte da instituição quer em termos reconhecimento pessoal ou monetário (Subcategorias Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto desvalorizado pela instituição: *“Falta humanização, falta o fator humano, a valorização. Para mim já chegava um simples obrigado. Obrigado por ter ficado até às 21h da noite se for preciso, não há.”* e Insatisfação em relação ao rendimento obtido); 4) a falta de

apoio psicológico e instrumental aos cuidadores formais (Subcategoria Percepção de ausência de apoio emocional, psicológico e instrumental aos cuidadores formais: *Olhe também as ouço de vez em quando, sabe ninguém as ouve, ninguém quer saber das funcionárias, se estão doentes, se estão cansadas, se tem dificuldades (...) não há apoio ao pessoal, ninguém quer ouvir, ninguém quer falar, ensinar seja o que for.*”) e por último 5) o impacto psicológico da perda de utentes (Subcategoria Significações de confronto com a doença e perda existencial); 6) desinvestimento na formação dos cuidadores (Subcategoria Política institucional de desinvestimento na formação dos cuidadores: *“Olhe também não há formação, não investem na formação. Há cursos, há formas de passarem conhecimentos às pessoas mas ninguém se preocupa. Não há formação não sei o que eles querem!”*). Segundo Maslach (2009), a percepção de que não está a ser recompensado pelo trabalho contribui para a maior percepção de *Burnout*. Neste caso a questão do reconhecimento é um fator de ordem organizacional que causa alguma revolta no cuidador, já não se trata propriamente de recompensa monetária mas sim de reconhecimento, que alguém olhe para o cuidador e revele a importância e qualidade do seu trabalho.

O **CF15** experiencia um nível de *Sobrecarga geral* intensa, sendo a dimensão *“Impacto da prestação de cuidados”* a que apresenta um resultado mais elevado. Relativamente ao *Burnout*, o cuidador experiencia níveis significativos de *Burnout relacionado com o trabalho e relacionado com o utente*, já o *Burnout pessoal* encontra-se no limite do ponto de corte 50.

De acordo com os testemunhos proferidos pelo cuidador conclui-se que a percepção de fadiga e exaustão física e psicológica parece estar intrinsecamente relacionada com a sua experiência durante longos anos enquanto cuidador formal. Assim o cuidador faz referência a episódios anteriores de sobrecarga de trabalho (Subcategoria Sobrecarga horária e trabalho) que determinaram a percepção das tarefas como física e emocionalmente exigentes (Subcategoria

Percepção do ato de cuidar como emocional e fisicamente desgastante: “*O cansaço é porque este é um trabalho desgastante. Agora já nem tanto, somos mais, mas antes o trabalho era muito duro, haviam muitas pessoas para tratar na rua e nós fazíamos tudo. Por vezes já chegávamos à casa das pessoas cansadas. Mas tudo se ia fazendo.*”) e a percepção de cansaço físico e psicológico associado à idade (Subcategoria Percepção de desgaste físico e psicológico associado à idade: “*Não! Dificuldade é assim, embora eu também já são quase 30 anos deste serviço. Já estou bastante cansada e também a idade já é outra. Eu vim para aqui com 28 anos e na altura eu levava isto com uma perna às costas, porque a gente antigamente trabalhava muito mais do que trabalha hoje (...). E a gente vai desgastando não é. A gente vai também entrando na idade, vai tendo menos capacidades de agir às vezes (...). Mas pronto, a gente vai levando mas são muitos anos, são muitos anos. Para o ano já faz 30 anos que estou aqui nisto.*”). O cuidador refere hoje em dia consequências ao nível da saúde física (Subcategoria Problemas de saúde existentes associados do esforço físico) que determinam limitações na execução de várias tarefas (Subcategoria Evitamento do esforço físico: “*Não me sobrecarrego, estou sempre a evitar mas nesta altura agora das férias isso assim não pode ser. Tem que se fazer, eu vou aguentando. Quando não puder, terei que meter baixa.*”) e contribuem para a percepção de *Sobrecarga* na dimensão “*Impacto da prestação de cuidados*”.

Embora os resultados quantitativos apontem para uma conexão entre fadiga do cuidador e os utentes com quem trabalha, não existem referências nos seus testemunhos que possam corroborar os mesmos resultados, apenas algumas dificuldades na relação com as famílias dos utentes são destacadas (Subcategoria Dificuldades na interação com as famílias).

O caso **CF16** apresenta um nível de percepção de *Sobrecarga ligeira* contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” e “*Expetativas com o cuidar*” com valores mais

elevados para este resultado. Quanto ao *Burnout*, o cuidador não apresenta resultados significativos em nenhuma das três dimensões.

Estes resultados pouco significativos relacionam-se com o facto de ser a primeira experiência profissional como cuidador, com a perceção de um bom ambiente laboral onde se estabelecem relações positivas entre colaboradores e o trabalho é feito em equipa (Subcategorias Trabalho em equipa, Relações interpessoais positivas) e com a perceção de reconhecimento por parte do idoso e respetivos familiares pelos cuidados prestados (Subcategorias Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pelo idoso e Trabalho desempenhado pelo cuidador como aspeto valorizado pela família). Contudo existem aspetos importantes relatados pelo cuidador que podem contribuir a longo prazo para uma maior experiência de fadiga e exaustão, como a perceção de limitações temporais na satisfação das variadas necessidades dos utentes, desde instrumentais a emocionais (Subcategorias Falta de tempo para proporcionar apoio emocional aos idosos e Falta de tempo para garantir a satisfação de necessidades dos idosos) que causam impacto psicológico (Subcategoria Impacto psicológico da falta de tempo) e também a perceção de dificuldades na relação e comunicação com idosos, quer por motivos de demência, quer devido a características pessoais dos mesmos (Subcategorias Dificuldades de comunicação e interação com idosos com demência e Atribuição de dificuldades na relação às características de personalidade do idoso).

Em relação ao caso **CF17**, este apresenta um nível de perceção de *Sobrecarga intensa* contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. Quanto ao *Burnout*, o cuidador não apresenta resultados significativos em nenhuma das três dimensões.

Através dos testemunhos pode-se concluir que, embora os valores de “*Burnout relacionado com o utente*” e “*Relação interpessoal*” não sejam significativos na consideração

da presença de *Burnout* e *Sobrecarga* respetivamente, o cuidador refere um conjunto de dificuldades esporádicas na sua relação com o utente, família e restantes colaboradores que podem por si só corroborar os resultados obtidos em termos de *Sobrecarga geral*. Na relação com o utente, pautada por envolvimento e ligação afetivo emocional (Subcategoria valorização relacional e sócio emocional), o cuidador vivencia algumas dificuldades relacionadas com características pessoais do utente que põe em causa o seu bem-estar psicológico a médio-prazo (Na relação utente Subcategoria Interação com os idosos como fator de cansaço físico e psicológico). Na relação com a família dos utentes, o cuidador percebe dificuldades relacionadas com situações de abandono e desresponsabilização (Subcategoria Perceção de desgaste emocional relacionado com a desresponsabilização das famílias pelo cuidado prestado ao idoso: *“Porque lá está, é naquela situação que eu falei. O ver que as pessoas não... o ver que as famílias não se preocupam com aquela pessoa. É o que digo, toda a gente tem os seus motivos para não falarem com o pai ou não falarem com a mãe. Há de haver algum motivo para isso. Mas eu acho que se nós escolhemos dar o apoio aquela pessoa independentemente dos motivos que houver ou não no passado temos que os esquecer porque ou damos o apoio ou deixamos de dar. E às vezes há pessoas que não deixam dar o apoio nem o dão e aí é muito... aí uma pessoa fica mais desgastada.”*) que colocam os idosos numa situação de dependência dos cuidados prestados pelos cuidadores formais, daí que o cuidador tenha a perceção que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si e que esperam que cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar (Questões 7 e 14 da Escala de Sobrecarga do Cuidador).

No que toca às relações com os restantes colaboradores, quando negativas são elas também que influenciam a vivência negativa do trabalho, a colaboração e afetam o bem-estar psicológico do cuidador (Subcategorias Presença de conflitos na relação entre

cuidadores/familiares/idosos: “*As chatices. Quando é mais chatices entre colegas, quando há aquelas picardias afeta-me um pouco mais. Até ao momento foram as únicas coisas que me aconteceram que pudessem afetar mais, foi isso.*”; Relações entre colaboradores como fator de influência na vivência negativa do trabalho e Relações interpessoais como fator de influência na colaboração entre cuidadores).

A experiência de fadiga e exaustão relacionada com o utente pode ser contudo amenizada pela satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador (Subcategoria Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador), satisfação profissional bem como o estabelecimento de relações positivas com os utentes de acordo com o conhecimento das características individuais e padrões relacionais dos mesmos (Subcategorias Investimento no estabelecimento de relações positivas com os idosos e Relevância do conhecimento das características individuais e padrões relacionais dos idosos).

O caso **CF18** apresenta um nível de perceção de *Sobrecarga ligeira* contribuindo a dimensão “*Impacto da Prestação de cuidados*” com valor mais elevado para este resultado. Quanto ao *Burnout*, o cuidador não apresenta resultados significativos em nenhuma das três dimensões.

Os resultados quantitativos podem ser neste caso comprovados através dos testemunhos recolhidos. Assim, a experiência de *Sobrecarga ligeira* pode estar associada à presença de outro trabalho fora da instituição e à perceção de desgaste físico e psicológico resultante da interação com os utentes numa situação de declínio, vulnerabilidade ou demência (Subcategoria Interação com os idosos como fator de cansaço físico e psicológico: “*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.”; Subcategoria Distúrbios comportamentais próprios da demência como fator de cansaço psicológico: *“Sim, se por exemplo, chega a uma fase em que me começo a sentir irritada mais facilmente com a repetição dos idosos. A maioria dos idosos está com demência portanto repetem, repetem, repetem, retem, repetem, as mesmas coisas, a mesma conversa. Se sinto que aquilo me está a afetar, que estou a ficar irritada com esse tipo de comportamento eu tiro dois ou três dias.”*). Estas dificuldades podem no entanto ser amenizadas devido ao investimento do cuidador na sua formação ao longo do tempo (Subcategoria Investimento na formação ao longo do tempo) e à facilidade com que encara as diferentes tarefas da sua função como fisioterapeuta (Subcategoria Facilidade na execução de tarefas relacionadas com a função: *“Não no trabalho com os idosos não. Eu lido bem. Não, não. Eu quando tenho alguma dificuldade em termos técnicos eu peço ajuda, porque lido com outras colegas que trabalham na mesma área. Pronto.”*).

Além disso o cuidador não percebe alterações no estado de saúde na dimensão *“Impacto da prestação de cuidados”*, pois opta por comportamentos preventivos que visam reduzir o impacto do esforço físico na saúde (Subcategoria Comportamentos preventivos de problemas de saúde associados ao esforço físico: prática regular de exercício físico) nem ao nível relações sociais e familiares (Subcategoria Influência da vida profissional na pessoal: *“Não, nesse aspeto não. Claro que afeta sempre, porque como eu disse também trabalho no privado, portanto eu saí daqui e tenho outros trabalhos, mas acabo sempre por conciliar. Não vivo só para o trabalho. Preciso do trabalho mas não vivo só para o trabalho. O trabalho é para me servir a mim não sou eu que estou aqui para servir ou a ser escrava do trabalho. Felizmente, pronto. Portanto, nesse aspeto...”*).

Por último, o caso **CF19** apresenta um nível de perceção de *Sobrecarga ligeira* contribuindo a dimensão *“Impacto da Prestação de cuidados”* com valor mais elevado para

este resultado. Quanto ao *Burnout*, o cuidador não apresenta resultados significativos em nenhuma das três dimensões.

Os resultados quantitativos podem ser corroborados pelos testemunhos uma vez que o cuidador dá relevo à vivência positiva do ato de cuidar, centrada em valores morais (Vivência do ato de cuidar centrada em valores morais: “*É muito gratificante, porque o facto de por exemplo, a uma criança nós mudamos-lhe a fralda ou pintamos umas unhas, ou... passados cinco minutos já não é nada e para eles é tudo. O facto de dar uma festinha ou estar a perguntar “então dormiu bem?” Quando estamos a arranjá-los “ah não? Mas está tão bonita!”*. Isto para eles é gratificante e depois eles quando nos vêm parece que nós somos deus para eles. Eu fico às vezes com a sensação que eles não têm mais ninguém, então quando nós aparecemos “*ai amor, ai! (...) É gratificante. Nesse sentido é muito bom.*”) e em sentimentos de satisfação no desempenho de tarefas e cumprimento do papel de cuidador (Subcategoria Satisfação no desempenho de tarefas relacionadas com o cumprimento do papel de cuidador). A vivência do ato de ato de cuidar é também marcada por relações interpessoais positivas com os utentes e restantes colaboradores (Subcategorias Relações interpessoais positivas e Trabalho em equipa).

Os valores pouco significativos na dimensão “*Perspetivas de auto eficácia*” podem estar relacionados com a perceção de empenho, esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso (Subcategoria Perceção de empenho e esforço e persistência na realização de tarefas relacionadas com o cuidado ao idoso: “*(...) mas vou satisfeita. É o que elas dizem, não sabem como é que eu aguento. Mas eu vou satisfeita porque eu consegui fazer tudo aquilo que eu queria. Podem abrir a porta que não cheira a chichi, podem levar um utente que ele está limpinho, está com a higiene bem-feita, está feliz, está bem alimentado.*”).

Já a percepção de *Sobrecarga* na sua forma ligeira encontra relação com vários aspetos da realidade do cuidador. Em primeiro lugar com o facto de o cuidador demonstrar um sentimento de responsabilidade em relação aos utentes a quem presta apoio instrumental na realização de tarefas elementares do quotidiano, bem como apoio social e emocional (Subcategoria Suporte emocional e social prestado pelos cuidadores formais: “*Eles praticamente quando estão aqui... eu a ideia que eu tinha quando vim para cá há 5 anos era “ah não, vão para casa, estão aqui porque querem viver dependentes. Não, não. Muitos casos eles estão aqui e é raro o utente que tem uma visita. Raríssimo! Raríssimo!”*), daí que o cuidador transfira para si mesmo o papel de familiar do utente (“*Ou seja, eu quando venho trabalhar, venho para a minha segunda família, ou para a minha família. Porque isto é uma continuação. Isto é o dia-a-dia deles. Nós acabamos por fazer aqui aquilo que fazemos em casa não é?”*) prestando auxílio e vivenciando a situação do mesmo como se fosse a sua própria realidade (Subcategoria Dificuldades no confronto com situações de percepção de sofrimento nos idosos: “*É quando eles estão com dores e a gente não sabe fazer nada. Não depende de nós, muitas vezes são mesmo da medicação não é. Como, tive o caso de uma senhora que tinha cancro. Isso para mim foi o problemático, foi que eu não lidei muito, não lidei bem com a morte dessa senhora porque vi-a sofrer muito. Mas ela ia para o hospital e mandavam-na para cá com morfina. Isso, eu não lido bem com a dor.*”). Em segundo lugar, com a percepção de carência de cuidadores formais ao serviço da instituição o que motiva sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico que não são contudo suficientes para considerar um sintoma de *Burnout* (Subcategorias Carência de cuidadores formais no serviço e Sinais esporádicos de cansaço físico e psicológico relacionado com a carência de cuidadores formais no serviço: “*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 stresse, fico nervosa de querer fazer*

e depois é assim... eles não se levantam. Isso para mim... imagine se há falta de pessoal não se pode levantar toda a gente, os acamados ficam e isso mexe um bocadinho comigo não é. Porque imagine, num quarto ali sozinhos um dia inteiro. Não é? Ninguém gosta. Pronto e isso aí já mexe e eu fico mais nervosa. Psicologicamente fico mais cansada porquê, porque estou naquele stresse de querer fazer, fazer para tudo correr bem e às vezes não conseguimos porque uma não são três. É nesse sentido, só.”). Os sintomas de cansaço percecionados são contudo amenizados pelo foco na prossecução de objetivos relacionados com o trabalho e com a flexibilidade horária (Subcategorias Prossecução de objetivos como fator de amenização do cansaço físico percecionado e Horário laboral como fator de amenização do cansaço percecionado).

E por último apresenta-se a questão de ausência de estratégias de confronto com a morte dos utentes (Subcategoria Significações de confronto com a doença e perda existencial: *“Depois uma pessoa querer fazer alguma coisa e não ter meios para fazer, não há mais nada, é assim está assim acabou. E sabemos bem que isso é o fim da vida. Com essa parte eu não lido bem. Por exemplo a gente diz “ah a pessoa podia tomar isto ou isto.”, mas não há nada a fazer. Já são 98 anos, tens que te capacitar que isto é o fim e eu não lido bem com essa parte.”). A ausência de sobrecarga na dimensão “Perceção de autoeficácia” pode ser corroborada pela forma como o cuidador se descreve enquanto profissional (Subcategoria Perceção de autoeficácia: *“Eu acho que sou responsável. E sou, não é por eles dizerem, eu sinto mesmo que eu sou responsável, eficiente.”).**

De uma forma sucinta a discussão tendo por base a complementaridade dos resultados quantitativos e qualitativos demonstrou que a maioria dos testemunhos obtidos através das entrevistas corroboram os resultados obtidos através dos questionários, evidenciando fatores

precipitantes da percepção de *Burnout* e *Sobrecarga* nos cuidadores formais. Além disso, observou-se que a maioria dos fatores são de ordem organizacional (i.e. falta de recursos, carga horária) e outros dizem respeito às interações com utentes e colegas de trabalho.

Para o CF1 a maioria dos resultados são corroborados permitindo encontrar fatores que expliquem e alarguem a perspetiva acerca da vivência do cuidador, à exceção da contradição encontrada no que respeita ao “*Impacto da Prestação de cuidados*” ao nível da vida privada. Para o CF2 e CF3 a maioria dos resultados quantitativos são também corroborados, sendo que para o último foi possível observar fatores de ordem organizacional que podem interferir nos níveis de “*Burnout relacionado com o trabalho*” que à partida não são significativos. No que respeita ao CF4 os resultados quantitativos são corroborados permitindo a identificação de fatores amenizadores (i.e. relações positivas com colegas) e fatores precipitantes (i.e. relacionados com a exigência das tarefas). Para o CF5 os resultados quantitativos foram corroborados permitindo identificar aspetos que contribuem para a percepção de “*Burnout relacionado com o trabalho*”. Para o CF6 os valores muito elevados de *Burnout* e *Sobrecarga* foram corroborados com destaque para consequências ao nível da saúde e a percepção de relações negativas com colegas.

Para o CF7 foram encontradas fontes de refutação e corroboração nos testemunhos para a experiência de *Burnout*, bem como outros fatores que podem constituir fatores de proteção para a exaustão física e psicológica experienciada. Por exemplo ao nível da escala “*Burnout relacionado com o utente*” e dimensão “*Relações interpessoais*” que não apresentam valores significativos torna-se relevante destacar uma contradição com os testemunhos que referem dificuldades na interação com os utentes. Para o CF8 os resultados não significativos foram corroborados pelos testemunhos, evidenciando fatores amenizadores de ordem pessoal e organizacional. Já para o CF9 os testemunhos também corroboram os resultados de *Burnout*

evidenciando alguns fatores contribuidores como o impacto ao nível da relação com os utentes e família. Os resultados do CF10 são corroborados pelos testemunhos que dão conta de fatores que incrementam a vivência positiva dos cuidados prestados. Quando ao CF11 os testemunhos recolhidos através da entrevista não são suficientes para ampliar o entendimento sobre a vivência do cuidador e fundamentar os resultados quantitativos obtidos. Relativamente ao CF12 encontram-se fontes de corroboração e refutação dos resultados quantitativos, por exemplo as dificuldades na sua vivência enquanto cuidador (i.e. limitações temporais) permitem refutar a ausência de perceção “*Burnout relacionado com o trabalho*”, enquanto as dificuldades na relação com utentes permitem refutar os resultados no “*Burnout relacionado com o utente*”. Para os casos CF13, CF14 e CF15 foram igualmente encontrados fatores que revelam a congruência entre resultados quantitativos e qualitativos, sendo de destacara para o CF15 o impacto da prestação de cuidados durante muitos anos na experiência de *Burnout* e *Sobrecarga*. Para o CF16 os resultados qualitativos evidenciam a primeira experiência de trabalho do cuidador e o processo de adaptação à profissão como principais fatores explicativos dos resultados. Já para o CF17 existe uma principal incongruência a destacar, pois embora os valores de “*Burnout relacionado com o utente*” e “*Relação interpessoal*” não sejam significativos a maioria das dificuldades remetem para a relação com os utentes. Por fim, para os casos CF18 e CF19, os resultados qualitativos corroboram os quantitativos.

Capítulo V – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho assume hoje em dia uma importância essencial na vida das pessoas visto que grande parte do seu tempo é passado nos locais de trabalho (Leka & Jain, 2010). Ao mesmo tempo que apresenta fontes de satisfação, a vivência do papel profissional pode constituir uma experiência de tensão e dificuldades, tendo em conta as exigências a que os trabalhadores estão sujeitos diariamente. Deste modo, tornou-se crucial neste estudo a exploração e atenuação dos riscos e constrangimentos que as situações e condições de trabalho direcionado à prestação de cuidados implicam na qualidade de vida, saúde física e psicológica dos cuidadores. De acordo com a revisão de literatura apresentada anteriormente, a atividade profissional exercida pelos prestadores de cuidados formais, ainda que potencialmente gratificante, pode em determinadas circunstâncias ser considerada uma fonte potenciadora de desgaste e exaustão física e emocional. Os cuidadores formais constituem um dos grupos profissionais mais vulneráveis ao *stress* ocupacional, síndrome de *burnout* e sobrecarga (Leka & Jain, 2010; Hespanhol, 2005; Vicente & Oliveira, 2011; Goodhead & McDonald, 2007; Özçakar *et. al.*, 2012; Colomé *et. al.* 2011; Barbosa *et. al.* 2011; Zamora & Sánchez, 2008), em virtude das consequências provenientes das exigências laborais e das constantes adaptações às mesmas e devido ao esforço físico e psicológico provocado pela pessoa idosa, o que acarreta efeitos negativos para o bem-estar físico e emocional dos cuidadores e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a presente investigação seguiu um desenho metodológico misto, com objetivos quantitativos de caracterização de uma amostra de cuidadores formais, bem como a análise das relações entre as variáveis em causa, nomeadamente, o nível de *Burnout* e o nível de *Sobrecarga* percecionados; e qualitativos de contextualização, validação e aprofundamento dos resultados e respostas procedentes dos instrumentos utilizados, através das significações

subjetivas obtidas através das entrevistas semiestruturadas. Foram também realizadas análises de comparação de grupos, tendo por base as diferenças nos dados sociodemográficos reportados, nomeadamente, “Carga Horária Semanal”, “Anos de Serviço na Instituição”, “Ter Formação Superior” vs. “Não Ter Formação Superior”, “Ter menos de 44 anos de idade vs. Ter 44 anos ou mais de idade “ e “Ter 5 Anos ou Mais de Serviço na Instituição” vs. “Ter Menos de 5 Anos de Serviço na Instituição”.

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de 58 cuidadores formais que desempenham funções em duas instituições distintas, o Centro de Apoio Social de Oeiras – Instituto de Ação Social das Forças Armadas (CASO) e o Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora da Penha de França (C.S.P.P.F.). A amostra de cuidadores é maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos.

A caracterização da amostra de cuidadores formais em termos de *Burnout* e *Sobrecarga* experienciados, através de instrumentos de cariz quantitativo permite concluir que os cuidadores formais analisados apresentam, em média, baixos níveis de *Burnout* total e nas escalas específicas. No que respeita à *Sobrecarga*, os resultados sugerem que cuidadores formais apresentam, em média, um nível de *Sobrecarga* ligeira.

Ao relacionar-se a *Sobrecarga* com o *Burnout*, obtiveram-se associações positivas, de magnitude forte e moderada, entre a maioria das escalas de *Burnout* e dimensões da *Sobrecarga*, sendo apenas as dimensões “*Expectativas com o Ato de Cuidar*” e “*Perceção Autoeficácia*” as que não encontram correlações com a maioria das escalas de *Burnout*. Estes resultados permitem validar a asserção de que os estados de exaustão e fadiga física e emocional coexistem com perceção de “peso” ou “fardo” que recai sobre os cuidadores formais em virtude das consequências adversas do processo de prestação de cuidados, evoluindo mutuamente, influenciando ou determinando invariavelmente a vivência do cuidador formal.

Outro objetivo traçado para esta investigação foi verificar se algumas variáveis sociodemográficas podem estar associadas à síndrome de *Burnout* e *Sobrecarga*. Das variáveis sociodemográficas consideradas não se verificaram quaisquer correlações entre a carga horária semanal e os níveis de *Burnout* e *Sobrecarga*, nem entre os anos de serviço do cuidador formal na instituição onde trabalha e os níveis de *Burnout* e *Sobrecarga*. No que respeita aos restantes resultados compreendeu-se que os cuidadores formais com menos de 44 anos, bem como os cuidadores formais com formação superior, apresentam valores mais elevados de *Sobrecarga* relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados, avaliando o impacto interpessoal, bem como as dificuldades da interação (*“Relação interpessoal”*). O facto de os cuidadores terem menos de 44 anos ou mais de 44 anos, terem ou não formação superior ou terem menos de 5 anos ao serviço da instituição e mais de 5 anos, não tem qualquer influência nos níveis de *Burnout* percecionados.

No que respeita às conclusões baseadas na análise qualitativa, esta investigação permitiu identificar: principais temas gerais e integradores (8), categorias (31) e subcategorias (148) que organizam as significações dos indivíduos no que concerne aos vários aspetos da sua vivência enquanto cuidadores formais.

A formação dos cuidadores é um aspeto relevante, uma vez que a maioria dos cuidadores formais não possui qualquer formação superior, académica ou profissional para o desempenho das tarefas de cuidado ao idoso dependente e muitas vezes com uma demência conhecida. A maioria dos cuidadores adquire competências para a realização do seu trabalho através da experiência, dentro da instituição através da partilha de conhecimentos com colegas e fora da instituição no contacto com familiares idosos. Pela percepção de inutilidade da formação ou inadequação de conteúdos teóricos às tarefas técnicas que realizam diariamente, alguns cuidadores mostram-se reticentes em relação ao investimento na sua formação.

Enquanto outros, vislumbrando as potencialidades da formação, no confronto com situações novas, de cansaço ou *stresse* demonstram vontade e disponibilidade para investir na formação.

Quanto à natureza das tarefas a maioria dos cuidadores desempenha tarefas de cuidados diretos que envolvem o contacto direto com os idosos, como a higiene, alimentação ou medicação. Outros cuidadores, que desempenham funções administrativas desempenham tarefas de cuidados indiretos, nomeadamente gestão e apoio aos restantes cuidadores formais.

A forma como os cuidadores formais vivenciam diariamente os cuidados prestados, apontam para 1) um conjunto de fatores de satisfação em relação às tarefas que executam e ao cuidado prestado aos idosos tendo em vista o seu bem-estar e qualidade vida; 2) dificuldades percecionadas na realização de tarefas fisicamente, dificuldades em controlar a influência de fatores emocionais e do meio e ainda relacionadas com a adesão/colaboração dos utentes; 3) a perceção de recursos temporais limitados na satisfação de necessidades dos idosos e realização da multiplicidade e variedade de tarefas; 4) estratégias de resolução de problemas utilizados.

As relações que os cuidadores estabelecem entre eles são bastante importantes para o ambiente organizacional, para a satisfação sentida no trabalho, para a qualidade dos cuidados prestados aos idosos e para a colaboração. Neste aspeto a maioria dos cuidadores percecionam relações interpessoais positivas, enquanto outros destacam a presença de relações conflituosas, tendo origem em aspetos como as diferenças de características individuais.

Tal como as relações entre colaboradores, também as relações com os utentes e os seus familiares são importantes. Embora ocorram situações desagradáveis na relação com os idosos, os cuidadores demonstram algum entendimento sobre os fatores relacionados com os mesmos que influenciam a relação, nomeadamente o descontentamento pela situação de institucionalização, a sintomatologia associada a demências ou mesmo características individuais (personalidade). A questão da perda/falecimento dos idosos apresenta-se como uma

dificuldade na relação na medida em que se trata de um momento difícil em que o cuidador se vê forçosamente confrontado com a ausência do idoso. Existe ainda a referência a dificuldades no confronto com o sofrimento, quer físico quer psicológico, dos idosos. O que permite refletir acerca do impacto que o sofrimento dos idosos tem no bem-estar psicológico do cuidador. O contacto com a família dos utentes, embora esporádico ou ausente, conduz a algumas dificuldades, entre elas o confronto com situações de abandono e desresponsabilização dos idosos, que causam revolta nos cuidadores.

O modo como o cuidador vê o idoso, os preconceitos e estereótipos que possui em relação ao envelhecimento e o conceito de cuidador, influenciam inevitavelmente a qualidade do relacionamento com o idoso e o cuidado prestado. Assim, a vivência do ato de cuidar por parte dos cuidadores formais está intrinsecamente relacionado com os conceitos de cuidador e de velhice que os cuidadores possuem.

Para a maioria dos cuidadores a vivência dos cuidados prestados baseia-se em aspetos relacionais, focando a ligação afetiva e emocional que os mesmos desenvolvem em relação aos idosos. O facto de sentirem que os idosos pertencem à sua família, de estarem a ajudar alguém que necessita de cuidados, remetendo assim para valores morais, bem como as aprendizagens pessoais decorrentes da interação com o idoso, são alguns aspetos positivos que o cuidador refere na prestação de cuidados.

A perspetiva do cuidador acerca da sua condição laboral, aponta para significações do cuidador em relação ao ambiente e características organizacionais, funcionamento do serviço, reconhecimento e apoio da organização pelos serviços prestados, quer em termos monetários ou comportamentais. A maioria dos cuidadores sente que o seu trabalho é apreciado pelos idosos, tendo os cuidadores feito referência a pequenos gestos de apreço e atitudes que os idosos têm. No entanto, é importante referir que a desvalorização ou não reconhecimento por parte da

instituição pelo trabalho desempenhado é um fator que causa algum desconforto nos cuidadores, sobretudo quanto se aborda a questão do rendimento mensal, não correspondente às expectativas do mesmo.

A ausência de cuidadores formais no serviço é uma condicionante na qualidade do serviço prestado pelos cuidadores ao serviço da instituição e no bem-estar psicológico do cuidador que evidencia sinais de cansaço físico e psicológico decorrente.

Quando o cuidador é solicitado a descrever a percepção do seu desempenho profissional, pode observar-se que para uns sempre subsistiu uma percepção de vocação para a tarefa de cuidado ao idoso, enquanto para outros existia inicialmente um certo desconhecimento da realidade dos cuidados formais na instituição e sendo a primeira experiência na prestação de cuidados estiveram inevitavelmente presentes dificuldades de adaptação que foram amenizadas ao longo do tempo. O processo de adaptação do cuidador às tarefas relacionadas com o cuidado foi eficiente, adquirindo o cuidador a capacidade de superar as adversidades e desenvolver competências sociais e profissionais. Alguns cuidadores descrevem-se hoje em dia como competentes na realização do seu trabalho, esforçados e persistentes.

Por fim, a abordagem ao impacto quer físico quer psicológico da prestação de cuidados, demonstrou que em larga escala a prestação de cuidadores formais a idosos acarreta um conjunto de consequências, nomeadamente: 1) sinais de cansaço/desgaste físico e emocionais esporádicos ou prevalentes relacionados por exemplo, com a carência de cuidadores formais no serviço, com a interação com idosos com e sem demência, com a não adesão dos utentes aos serviços disponibilizados, com a carga de trabalho ou com a ausência de colaboração/relação com os colegas; 2) problemas de saúde ou agravamento de problemas já existentes, em virtude das exigências físicas das tarefas; 3) influência na vida privada do cuidador, por exemplo, condicionantes temporais e de disposição para realizar atividades de lazer ou sociais. Ainda

assim, um conjunto de fatores são apontados como amenizadores do impacto causado, como o empenho na prossecução de objetivos profissionais e o horário laboral por turnos.

A partir da articulação e complementaridade dos dados quantitativos e qualitativos obtidos para 19 cuidadores formais da amostra total, foi possível verificar mais congruências do que incongruências entre as significações subjetivas obtidas a partir da entrevista e os resultados quantitativos obtidos através dos instrumentos. As significações permitiram também evidenciar aspetos diferentes e suplementares da vivência dos cuidadores que não são contemplados nas escalas de autoavaliação, o que permite afirmar a importância de recorrer sempre que possível a diferentes metodologias e instrumentos de recolha de dados para o conhecimento de uma realidade, neste caso dos cuidadores formais.

Dos 19 cuidadores formais considerados na análise qualitativa e quantitativa, a grande maioria experiencia *Sobrecarga* geral na sua forma ligeira ou intensa, sendo a dimensão “*Impacto da prestação de cuidados*” a que apresenta valores mais elevados. Assim, pode-se concluir que a maioria dos cuidadores percebe a *Sobrecarga* diretamente relacionada com a prestação de cuidados diretos, destacando-se a alteração do estado de saúde ou agravamento de problemas de saúde existentes, elevado número de cuidados ou sobrecarga de trabalho, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo para a realização de outras tarefas, percepção de dependência dos utentes em relação aos cuidados prestados e desgaste físico e mental. A presença de sintomas de *Burnout* são menos evidentes nestes 19 cuidadores, sendo as escalas “*Burnout Pessoal*” e “*Burnout Relacionado com o Trabalho*” as que apresentam maior preponderância, estando relacionadas sobretudo com questões que refletem a influência do ambiente psicossocial do trabalho e das condições laborais, como o relacionamento conflituoso entre colaboradores, a falta de tempo pelo acumular de tarefas, a falta de recursos humanos disponíveis para o atendimento personalizado de cada idoso, a interação com os

familiares e o pouco envolvimento destes na dinâmica institucional ou ainda a ausência de colaboração entre os membros da equipa. Outras medidas adotadas a nível organizacional podem ser consideradas pois de certa forma podem atuar como sendo interventivas no desenvolvimento de *Burnout*, nomeadamente: o excesso de horas de trabalho, por exemplo, grande parte dos trabalhadores descreveram que trabalhavam 35 horas semanais no entanto os testemunhos apontam para sobrecarga horária e o facto de a instituição reconhecer a necessidade e importância da formação permanente mas não investir no aperfeiçoamento profissional dos colaboradores, assim como não fornece suporte social e emocional aos mesmos. A escala “*Burnout Relacionado com o utente*” e a dimensão “*Relação interpessoal*” não apresentam níveis significativos de perceção de *Burnout* e *Sobrecarga* respetivamente, neste grupo de cuidadores. Porém, um aspeto relevante na maioria dos discursos dos cuidadores é que, embora os resultados quantitativos apontem para uma relação positiva e saudável, não existindo conexão entre a *Sobrecarga* e *Burnout* e os utentes, apresentam um conjunto de dificuldades que enfrentam na relação e comunicação com os utentes. As dificuldades são atribuídas não só às idiossincrasias de cada utente como ao descontentamento por parte do mesmo perante a sua nova condição ou ainda devido a patologias reconhecidas e seus sintomas, como as demências (i.e. lidar com distúrbios comportamentais decorrentes da demência). Existem assim no discurso e na resposta aos questionários uma certa dissimulação ou reticência em abordar ou reconhecer dificuldades na relação com os utentes. Ainda assim existe uma predominância de congruências entre os discursos dos cuidadores recolhidos através da entrevista e as respostas aos questionários administrados, em comparação com as incongruências encontradas.

Tal como foi possível explorar fatores que podem contribuir para níveis mais elevados de experiência de *Burnout* e *Sobrecarga* nos cuidadores, a triangulação de dados quantitativos

e qualitativos chamou também a atenção para possíveis fatores amenizadores ou positivos, referidos nos testemunhos dos cuidadores que funcionam como possíveis mediadores entre o impacto negativo físico e psicológico e o bem-estar físico e psicológico sentido na prestação de cuidados formais. Destacam-se 1) os fatores de ordem afetiva para justificar o envolvimento na prestação de cuidados e a relação próxima e familiar com os utentes; 2) os fatores de ordem moral em cuidadores que perspetivam a pessoa dependente como a principal beneficiária da prestação de cuidados, referindo que o cuidado prestado pretende garantir aos utentes a dignidade, a felicidade, o carinho e bem-estar; 3) os fatores de satisfação e gratificação pessoal, onde se incluem sentimentos de realização, crescimento pessoal e satisfação com o cumprimento do papel de cuidador; 4) fatores de ordem organizacional, como a presença de colaboração na realização de atividades, que pode estar associada aos baixos níveis de *Burnout* encontrados neste estudo, na medida em que promovem a coesão grupal, estabelecimento de relações interpessoais positivas e satisfação no trabalho.

Esta investigação permitiu assim uma abordagem multidimensional dos efeitos (positivos e negativos) do ato de cuidar de idosos, proporcionando uma compreensão mais abrangente do impacto da prestação de cuidados.

Tal como preconizado por Maslach e colaboradores (2001), as variáveis individuais sociodemográficas relativas aos cuidadores formais que participaram neste estudo não se mostraram importantes para a configuração e entendimento da síndrome de *Burnout* e igualmente da *Sobrecarga*, tal como pode ser verificado nas comparações entre grupos referidas anteriormente. Assim conclui-se que os fatores individuais considerados neste estudo (i.e. idade ou formação) têm um peso menor no desenvolvimento de *Burnout* e *Sobrecarga* em comparação com fatores de ordem organizacional que foram encontrados nos testemunhos das entrevistas semiestruturadas.

Uma vez finalizada a investigação, algumas reflexões poderão ser lançadas em torno dos resultados, que podem interessar para estudos futuros, nomeadamente as limitações e o contributo desta investigação. Ao interpretar os dados obtidos não se pode esquecer que esta investigação tem limitações e por isso os resultados obtidos terão sempre que ser interpretados com alguma cautela. Uma limitação importante ocorre devido ao tamanho da amostra, considerada de pequena dimensão e bastante restrita, o que impõe uma leitura cautelosa dos resultados obtidos e impedimento de eventual generalização à população geral de cuidadores formais de idosos. Pelo contrário, todas as conclusões obtidas apenas dizem respeito à população estudada e circunscrita às instituições em questão. Outra limitação desta investigação prende-se com aspetos metodológicos, nomeadamente, decorre da utilização da entrevista semiestruturada como método de recolha de dados qualitativos, o que implica maior teor de subjetividade na análise e a possibilidade de incongruências no discurso dos cuidadores uma vez que a grande maioria dos participantes demonstraram dificuldades em responder a muitas questões propostas. Ainda quanto aos instrumentos de autorrelato respondidos pelos cuidadores formais, devido a limitações temporais impostas pelo horário laboral aquando do preenchimento dos mesmos e dificuldades percecionadas na compreensão das questões tendo em consideração a baixa escolaridade dos participantes, existe a possibilidade das respostas não serem representativas dos verdadeiros sentimentos, emoções e comportamentos dos cuidadores. Existem também limitações no que respeita à literatura devido ao parco desenvolvimento de estudos sobre os cuidadores formais que abranjam as duas variáveis *Burnout* e *Sobrecarga* e que ao mesmo tempo incorporem uma metodologia mista.

Em termos de propostas para estudos futuros, sugere-se um projeto mais ambicioso que possa ter em consideração variáveis como estratégias de confronto, formas de lidar com situações de *stresse* ou satisfação laboral.

Apesar das limitações esta investigação apresenta um forte contributo para o conhecimento da realidade dos cuidadores formais de idosos, o seu bem-estar físico e psicológico, as suas dificuldades, a forma como percebem o trabalho que desempenham, e ainda por permitir aprofundar os fatores que podem ser impulsionadores da exaustão e fadiga física e psicológica. Utilizando os 19 casos específicos estudados poder-se-á pensar na possibilidade de algumas intervenções psicológicas em termos individuais ou proceder a mudanças organizacionais que visem proporcionar um ambiente psicossocial saudável e adequado às exigências com que este grupo profissional é confrontado. Outro contributo importante que este estudo apresenta, é a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador devidamente modificada e adaptada, numa amostra de Cuidadores Formais, permitindo não só que estudos futuros possam utilizar os resultados obtidos como base para investigações de comparação entre cuidadores formais e cuidadores informais como também sustentar trabalhos futuros que possam utilizar estas alterações para uma possível aferição para a população portuguesa de cuidadores formais. No entanto, considera-se necessário alargar as bases teóricas ao nível do constructo, uma vez que a definição de Sobrecarga está dirigida para uma realidade informal.

Capítulo VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. R. C. B. (2013). A Síndrome de *Burnout* em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 482-494.

Barbosa, A. L., 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.

Barbosa, F. T., Leão, B. A., Tavares, G. M. S., & Santos, J. G. R. P. D. (2012). Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 130 (5), 282-288.

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden interview a new short version and screening version. *The gerontologist*, 41(5), 652-657.

Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida os idosos? Formação e Qualidade de Vida de cuidadores formais de pessoas idosas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.

Born, T. (2006). A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. In *Seminário Velhice Fragilizada* do Serviço Social do comércio (SESC), São Paulo, Brasil, Novembro 2006.

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*, 49-58.

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*, 49-58.

Borritz, M. & Kristensen, T. S. (2004). *Copenhagen Burnout Inventory : Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout* (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction). National Institute of Occupational Health, Denmark, Copenhagen.

Brouwer, W. B., Van Exel, N., Berg, B., Dinant, H. J., Koopmanschap, M. A., & Bos, G. A. (2004). Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 51* (4), 570-577.

Canon, M. B. F., & Novelli, M. M. P. C. (2012). Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma instituição de longa permanência. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 23* (1), 72-80.

Cardiga, C. S. S. (2014). Qualidade de vida relacionada com níveis de Sobrecarga, sintomas psicopatológicos e estratégias de *coping* de cuidadores de idosos: estudo exploratório com cuidadores formais e informais. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí Fernández, D. Y., & Agudelo, M. A. (2015). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (1), 30-39.

Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., & 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.

Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-paciente e a Síndrome de *Burnout*. *Encontro: Revista de Psicologia*, 12 (17), 7-20.

Carneiro, B. G., Pires, E. D. O., Dutra Filho, A. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8 (1), 75-82.

Castle, N. G., Degenholtz, H., & Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6(1).

DOI: 10.1186/1472-6963-6-60

Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, 42 (6), 772-780.

Colomé, I. C., Marqui, A. B. T., Jahn, A., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T., & Nora, T. T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-12.

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., ... & Miranda, J. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, 2, 13-19.

Fonseca, J. R. (2008). Os métodos quantitativos na sociologia: dificuldades de uma metodologia de investigação. In VI Congresso Português de Sociologia, *Mundos sociais: saberes e práticas*, 25-28 Junho 2008.

Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen burnout inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. Humanization of the cares to be given to the institutionalized elder. *IGT na Rede*, 5 (8).

Frias, C. M., Tuokko, H., & Rosenberg, T. (2005). Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 331-336.

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10 (2), 486-489.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), 19-33.

Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Cuidadores Formais*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit burden interview in Portugal: Validity and recommendations in dementia and palliative care. *Acta Médica Portuguesa*, 27, 2, 163-165.

Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). Informal caregivers literature review. *A report prepared for the National Health Committee. Wellington: Health Services Centre, Victoria University of Wellington.*

Hespanhol, A. (2005). *Burnout e stresse ocupacional. Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 153-162.

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060. Portugal. Lisboa: INE.*

Johnson, B., Christensen, L. (Ed.). (2004). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. United States of America: Omegatype Typography, Inc.

Jones, S., Hadjistavropoulos, H., Janzen, J., & Hadjistavropoulos, T. (2011). The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Medicine*, 12, 51-58.

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 Stresse*, 19 (3), 192-207.

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of applied psychology*, 75 (6), 743.

Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 237-250.

Leka, S., & Jain, A. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. In *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview* (pp. 126-126). Institute of Work, Health & Organizations: University of Nottingham.

Llobet, M. P., Canut, M. T. L., Mateu, P. S., & Ávila, N. R. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19 (2), 1-6.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2005). Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work. *Stanford Social Innovation Review*, 3 (4), 42-49.

Miguel, M. E. G. B., Pinto, M. E. D. B., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 784-795.

Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioural 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. D. S. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

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.

Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15 (3).

Patrocínio, W. P. (2015). Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 18 (19), 99-113.

Pereira, R. J. G. (2014). A relação entre a formação e os níveis de *stress*, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Rocha, M. P. F., Vieira, M. A., & de Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 801.

Rodrigues, J. S. 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 comunitária. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ruitenburt, M. M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 12 (1), 1.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research*, 12 (1), 33-41.

Schene, A. H. (1990) - Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 (6), 289-297.

Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16 (5), 501-510.

Sequeira, C.A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 9-16.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3-4), 491-500.

Scazufca, M. (2002) - Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (1), 12-17.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2, 282-425. John Wiley & Sons, LTD: England.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14 (3), 204-220.

Simões, P. (2012). *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal: Um estudo de caso na Saúde 24 Porto*. (Projeto de Investigação). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Silva, J. M. S. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais*. (Dissertação de Mestrado).

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Spooner-Lane, R., & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 8.

St-Onge, M., & Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 25 (1), 73-94.

Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. National Association of Social Workers. doi: 10.1093/sw/swt044

Vicente, C. S., & Aragão Oliveira, R. (2011). A prevalência da Síndrome de Burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crónicos. In *Atas do II Congresso Internacional, Interfaces da Psicologia: Qualidade de Vida... Vidas de Qualidade, Évora, Portugal, 14-15 Novembro 2011* (pp. 203-214). Universidade de Évora: Centro de Educação e Investigação em Psicologia.

Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crónicos Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4 (3), 132.

World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO.

Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., & Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.

Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 127-142.

ANEXOS

Anexo I - Protocolo do Consentimento Informado do Cuidador Formal (1ª fase)



Consentimento Informado do Cuidador



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Código:

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Susana Calvinho Martins (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:

susanacalvinhomartins@hotmail.com

963078830

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 _____

Anexo II - Protocolo do Consentimento Informado do Cuidador Formal (2º fase)



Consentimento Informado do Cuidador



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Código: _____

Eu, _____ aceito participar de livre vontade na 2ª fase do estudo da autoria de Susana Calvino Martins (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 da 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:

susanacalvinhomartins@hotmail.com

963078830

Anexo IV - Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC)

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	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco

crónicos deixa-o(a) sem energia?					
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	Imenso	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco

com idosos/doentes crónicos?					
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 sua colaboração!

Anexo V - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC)

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.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As 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 as suas tarefas?					
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 a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
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 não tem uma vida privada como desejaria devido às pessoas que tem de cuidar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar das pessoas?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que você cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					

16	Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
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 VI - Guião de entrevista semiestruturada ao cuidador formal

Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Perguntas Tipo
Formação	- Explorar a formação na área do cuidado ao idoso; - Compreender como os cuidadores percecionam a formação em termos de utilidade;	<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	- Descrever a natureza das tarefas desempenhadas pelo cuidador; - Compreender como percecionam a execução das diferentes tarefas; - Explorar as principais dificuldades bem como aspetos positivos percecionadas pelos cuidadores formais no desempenho da sua profissão; - Explorar as estratégias de resolução de problemas utilizadas;	<ul style="list-style-type: none"> • Que funções/tarefas desempenha nesta instituição? • Quais são as tarefas que mais gosta de desempenhar? E as que menos gosta? Porquê? • Quais as tarefas em que sente mais dificuldade? E menos dificuldade? Porquê? • O que costuma fazer para ultrapassar as dificuldades que surgem?
Ambiente Laboral	- 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/ a satisfação/ o envolvimento no trabalho?
Satisfação profissional	- Explorar o significado de cuidador; - Identificar fatores de satisfação na vida do cuidador provenientes da sua profissão	<ul style="list-style-type: none"> • Como define o que é ser cuidador de idosos? • Quais as principais qualidades que aponta como essenciais no trabalho com idosos? • Quais são os principais benefícios da prestação de cuidados a idosos? • Sente que o seu trabalho é apreciado pelo idoso e/ou família? • Sente que a sua profissão é reconhecida na instituição? E socialmente?
Relação com o idoso	- Compreender a natureza da relação entre o cuidador e o idoso; - Compreender como a relação influencia o cuidado prestado; - Conhecer as dificuldades presentes na relação entre cuidador e idoso;	<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve a sua relação com os idosos? • Como é que a sua relação com os idosos influencia o serviço/cuidado prestado? • Quais as principais dificuldades que aponta na sua relação com os idosos?
Observar experiência de <i>Burnout</i>	<i>Burnout</i> pessoal	

	<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?) 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 percecionados 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 cuidados</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 expetativas com o cuidar</p> <ul style="list-style-type: none"> Expetativas do cuidador relativamente à prestação de cuidados (medos, receios, disponibilidades) <p>Observar perceção de autoeficácia</p> <ul style="list-style-type: none"> Opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho profissional. 	<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 significa para si o seu trabalho? Sente que a instituição reconhece o seu trabalho? Como se define enquanto trabalhador? Como é o desempenho profissional? (eficácia na prossecução de objetivos da instituição e na execução de tarefas; interesse; entusiasmo) 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? Como é a sua relação com os utentes? Quais as maiores dificuldades/facilidades na manutenção dessa relação?