



**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra

# ***Burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário**

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

Fábia Marguerita Almeida Melo

Coimbra, 2022



**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Fábia Marguerita Almeida Melo

*Burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de  
Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Doutora Filipa Marques

Arguente: Doutor João Tavares

Orientadora: Doutora Ana Frias

Abril de 2022

## **Agradecimentos**

Esta dissertação é o culminar de um longo percurso e são devidos os agradecimentos às pessoas que estiveram presentes e me acompanharam ao longo deste mestrado.

À Sr<sup>a</sup> Prof. Doutora Ana Frias, devido à sua excelente orientação, de quem recebi infindas lições e a quem agora reconheço o valor destas, sobretudo pelos ensinamentos essenciais à realização desta dissertação, fazendo parte as sugestões e críticas que me motivaram na procura de respostas.

À Dra. Cristiana Soares, à Dra. Bernardete Santos, à Dra. Lúcia Melo e à animadora Sofia Gonçalves por aceitarem que as suas instituições, participassem neste estudo, assim como toda a ajuda, paciência e disponibilidade que tiveram comigo.

Às cuidadoras formais, que mesmo com os seus afazeres disponibilizaram um pouco do seu tempo para realizar a entrevista de modo que este estudo fosse possível de concretizar.

Aos meu colegas e amigos de mestrado, Gabriel Gonçalves e Raquel Abreu, que apesar de todos os percalços e dificuldades sentidas ao longo destes 2 anos, estiveram sempre comigo, apoiando-me, ajudando em tudo que precisava, dando as suas opiniões/dicas. Obrigada por todo o carinho, pelas palavras, pelo encorajamento, pelos risos, pelos abraços, por tudo mesmo, vocês são incansáveis.

Aos meus pais, de quem tanto me orgulho e amo, que sempre estiveram do meu lado, que são os meus grandes pilares, obrigada pela força, pelo amor, pela disponibilidade, pelo carinho, pela atenção, pela compreensão, pela paciência nos dias menos bons e por acreditarem em mim até ao último minuto, por nunca me deixarem desistir e me possibilitarem a chegar onde estou hoje. É a eles que devo o que sou e quem sou hoje.

Ao meu namorado, Eduardo, que esteve sempre presente, por todo o amor, carinho, paciência, encorajamento, por lidar com as minhas alterações de humor e ausências, sem

nunca cobrar nada, por todas as palavras de alento, pelo companheirismo e por me confortar e acalmar nos dias de maior ansiedade.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer à Ana Gomes, à Liliana Gomes, à Mariana Silva, à Cristina Nunes, à Micaela Madeira, à Mariana Borges, à Sofia Pinto, à Raquel Alves, à Sandra Santos, à Anita Santos, à Sandra Antunes e a todos os outros que de uma forma ou outra estiveram presentes e me ajudaram nesta caminhada, obrigada por todo o apoio, pelas palavras de ânimo e de persistência, pelo carinho, pela paciência, pela compreensão e por acreditarem sempre em mim.

Um muito obrigado, a todas as pessoas que de uma maneira ou de outra foram essenciais para a conclusão desta dissertação, sem vocês não seria capaz.

## **Burnout nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário**

### **Resumo**

*Burnout* é uma síndrome associada ao stress profissional, caracterizada por uma exaustão emocional, que ocorre sobretudo em profissões com elevados níveis de contato interpessoal, tal como acontece no cuidado à pessoa idosa, prestado pelo cuidador formal.

O presente estudo teve como objetivos analisar possíveis dimensões de *burnout* nos cuidadores formais de pessoas idosas em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); analisar as conceções desses cuidadores formais sobre o cuidar de pessoas idosas; e analisar possíveis relações entre as motivações para o cuidar de pessoas idosas em contexto SAD e saúde e bem-estar dos cuidadores. Adotando uma metodologia qualitativa, e com recurso à entrevista semiestruturada, integrou como participantes 15 cuidadores formais de equipas SAD do Concelho de Tondela.

Os resultados demonstram, no que diz respeito às dimensões de *burnout*, a «evidência de exaustão emocional» (n=32) nas cuidadoras, referindo com mais frequência a «sensação de fragilidade psicológica» (n=13), bem como a «sensação de cansaço físico frequente» (n=10) e a «baixa realização profissional» (n=8). Concebem o cuidar maioritariamente enquanto relação afetiva (n=20), mas também enquanto intervenção que permite satisfazer as necessidades básicas da pessoa (n=14). Têm como principais motivos para continuar a cuidar de pessoas idosas, o gosto pela área profissional (n=15), ainda que se verifique que nem todas se sintam diariamente realizadas e que assumam sinais de exaustão. De entre as principais conclusões, destaca-se a necessidade de continuar a desenvolver estudos e intervir neste grupo profissional, implementando estratégias de promoção da saúde no local de trabalho.

**Palavras-Chave:** envelhecimento; *burnout*; cuidar; cuidador formal; Serviço de Apoio Domiciliário.

## **Formal Caregivers *burnout in the context of the Elderly Domiciliary Support Service***

### **Abstract**

Burnout is a syndrome associated with professional stress; it is characterised by emotional exhaustion which occurs predominantly in high interpersonal contact level careers. This happens in the care for the elderly, provided by the formal carer. The present study provides analysis of the possible dimensions of burnout for the formal carers of elder people in the context of the SAD – Serviço de Apoio Domiciliário (Domiciliary Support Service); Analyses the conceptions of these carers of how they should be caring for the elders; Analyses potential connections between the motivations to care for elder people in the context of SAD and the health and well-being of the carers themselves.

Adopting a qualitative methodology and resorting to semi-structured interviews, 15 formal carers of the Tondela's county SAD have integrated the study.

As for the dimensions of burnout, the results show “evidence of emotional exhaustion” (n=32) on the carers, referring to “sensation of psychological fragility” more frequently (n=13), as well as “sensation of frequent physical distress” (n=10) and “weak professional fulfilment” (n=8). The carers tend to understand the act of caring for mainly as an “affective relation” (n=20) but also as an “intervention that allows them to satisfy someone's basic needs” (n=14). They have as main drivers for keep caring for the elderly the “passion for the career” (n=15), even if it's noticeable that not all of them feel daily fulfilled and show signs of distress and exhaustion.

In summary, it is of great importance to note the need to keep developing studies on this topic and to intervene on this professional group, implementing health promoting strategies at the workplace.

**Key-words:** Aging; Burnout; Care; Formal carer; Domiciliary Support Service.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Envelhecimento humano .....	4
1.1.1. Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa .....	6
1.2. Ato de Cuidar.....	7
1.3. Ser cuidador formal.....	8
1.4. Serviço de Apoio Domiciliário .....	9
1.5. <i>Burnout</i> .....	11
1.5.1. Origem e evolução do conceito .....	12
1.5.2. Caracterização e sintomatologia do <i>Burnout</i> .....	13
1.5.3. Consequências do <i>Burnout</i> : importância das estratégias de prevenção.....	14
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	16
2.1. Problema em estudo, questões e objetivos da investigação .....	17
2.2. Desenho e método da investigação.....	18
2.3. Participantes.....	19
2.4 Instrumento de recolha de dados: Entrevista .....	20
2.5 Procedimentos relativos à recolha e análise de dados e questões éticas .....	21
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	24
3.1. Caracterização das participantes .....	25
3.2. Dimensões de <i>burnout</i> nas cuidadoras formais de pessoas idosas em contexto de SAD .....	27
3.3 Concepções sobre cuidar de pessoas idosas.....	32
3.4 Motivações para cuidar de pessoas idosas: possíveis relações com a saúde e bem-estar dos cuidadores em contexto SAD .....	35
CONCLUSÃO .....	38

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	54
<b>Anexo A- Guião de entrevista</b> .....	54
<b>Anexo B – Pedido de autorização à Comissão de Ética do IPC</b> .....	57
<b>Anexo C- Pedido de autorização às Instituições</b> .....	58
<b>Anexo D- Consentimento Informado</b> .....	59
<b>Anexo E- Matriz de análise da temática «Dimensões de <i>burnout</i> nos cuidadores formais»</b> .....	61

**ABREVIATURAS**

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

**FIGURA**

Figura 1: Número de filhos e intervalo de idades .....26

**TABELAS**

Tabela 1: Caracterização dos participantes .....25

Tabela 2: Tempo de exercício profissional das colaboradoras no cuidado a pessoas idosas  
.....26

Tabela 3: Matriz de análise da temática «Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais»  
.....27

Tabela 4: Matriz de análise da temática «Concepções dos cuidadores formais sobre o cuidar  
de pessoas idosas».....32

Tabela 5: Matriz de análise da temática «Motivações para cuidar de pessoas idosas» ...35



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno que ocorre na maioria dos países europeus, apresentando atualmente uma rápida progressão e implicação na transição demográfica (Amaral et al., 2018). A diminuição das taxas de mortalidade bem como de natalidade verificadas nas últimas décadas, têm gerado uma alteração do perfil demográfico da população portuguesa assim como uma reconfiguração da pirâmide etária, com o estreitamento da base e alargamento do topo (Carneiro et al., 2012). Estima-se que, em Portugal, o índice de envelhecimento venha a estabilizar apenas em 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Ainda que represente uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento social, sabe-se que o envelhecimento populacional acarreta de igual modo um conjunto de impactos e desafios aos quais é necessário dar resposta, no sentido de salvaguardar o bem-estar e o desenvolvimento das pessoas ao longo da vida (Lima, 2016). Neste sentido, é determinante a conceção e execução de medidas, iniciativas e intervenções com impacto na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas e que assegurem a sua integração na sociedade (Paúl & Ribeiro, 2012). Por seu lado, quando o envelhecimento se associa a situações de dependência, é também necessário garantir a assistência nas atividades da vida diária, entre outras, e satisfação de múltiplas necessidades humanas, promovendo a dignidade da pessoa alvo de cuidados (Sequeira, 2010).

Segundo o Instituto da Segurança Social (2011) o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social organizada onde pessoas com dependência podem ter acesso à satisfação das suas necessidades básicas e específicas, assim como das atividades instrumentais de vida diária e de atividades socio recreativas. Este serviço é prestado na habitação do cliente e com ele pretende-se promover a autonomia da pessoa e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento (Instituto da Segurança Social, 2011). Na sua operacionalização participam cuidadores formais, ou seja, profissionais qualificados (médico, enfermeiro, assistente social, entre outros), que adquirem preparação antecipada específica de modo a poder realizar esta atividade profissional de acordo com o contexto onde se encontram, podendo esse ser lares, instituições comunitárias, entre outras (Sequeira, 2007).

As profissões que têm como alvo de cuidados a pessoa idosa, deparam-se frequentemente com diferentes exigências complexas, com impacto no seu envolvimento emocional, o que por vezes gera tensão nos cuidadores, esgotamento e frustração na realização do seu trabalho (Vicente & Oliveira, 2015), encontrando-se, conseqüentemente, em risco de vivenciar a síndrome de *burnout* (Monteiro et al, 2014).

Analisar o *burnout*, quer a nível individual, quer a nível profissional e social, torna-se relevante, não apenas pela necessidade de promover a saúde e bem-estar no cuidador, minimizando o impacto que tal possa ter com a sua atividade profissional, como também pelas repercussões que dele podem vir a resultar sobre a pessoa cuidada (Cocco, 2010; Everset al., 2001; Narumoto et al., 2008; Ng, Fong & Wang, 2011, as cited in Vicente & Oliveira, 2015).

Em virtude desta problemática, surge o interesse em desenvolver a investigação – *burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário – na medida em que se julga poder vir a gerar conhecimento relevante para o cuidar de pessoas idosas em contexto domiciliário e para o ser cuidador formal, no qual é possível a existência de situações de *burnout*, que podem ser antecipadas, no sentido de promover de igual modo bem-estar ao longo do seu ciclo vital e na relação com a atividade laboral que exercem. Ou seja, o presente trabalho pretende, em última análise, dar um contributo para ampliar a discussão científica acerca do *burnout* no cuidador formal, analisando para isso as suas próprias conceções sobre o cuidar de pessoas idosas, sobre a sua saúde e sobre esta síndrome.

A estrutura do documento engloba, primeiramente, um enquadramento teórico no qual se aborda o envelhecimento humano, o cuidar e o ser cuidador formal, bem como, ainda, o contexto de serviço de apoio domiciliário, e a síndrome de *burnout*, com as conseqüências inerentes para os cuidadores e estratégias de prevenção. Seguidamente é desenvolvido o enquadramento metodológico, apresentando as questões e objetivos da investigação, após contextualização do problema em estudo, bem como o instrumento de recolha de dados elaborado e procedimentos necessários à sua implementação. Num terceiro momento faz-se a apresentação e discussão dos resultados e em seguida as principais conclusões. No final, após as referências bibliográficas, constam os anexos.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. Envelhecimento humano**

O conceito de envelhecimento, na sociedade portuguesa, está associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o início da velhice (Squire, 2002, as cited in Veloso, 2015). No entanto, como referem alguns autores, o envelhecimento engloba tudo o que acontece depois de se atingir a idade adulta, usando o termo senescência para referir a diminuição da capacidade funcional dos organismos (Paúl & Ribeiro, 2012). Constitui um processo natural, dinâmico, progressivo, inevitável e irreversível, que acompanha o ser humano desde o nascimento até à morte, com mudanças biopsicossociais e culturais que afetam os fatores intrínsecos e extrínsecos de cada um (Veloso, 2015; World Health Organization [WHO], 2010). Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja, varia de indivíduo para indivíduo, sendo que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010, as cited in Veloso, 2015), que por sua vez afetam as interações e funções sociais (Núncio & Rocha, 2019).

Tradicionalmente o envelhecimento tem ganho uma conotação negativa, associando este à deterioração da pessoa, à aproximação da morte e da doença (Tosato et al., 2007). Antes o envelhecimento não era visto como uma adaptação ou processo geneticamente programado (Garatachea et al., 2015).

Com o passar da idade surgem mudanças na vida do indivíduo não só nas mudanças de papéis sociais como também na autoidentidade e no próprio corpo onde é mais notório o envelhecimento (Cabral et al. 2013). Segundo os autores Cabral et al. (2013) o envelhecimento é um processo contínuo sem transições que instituem limites rígidos entre o antes e depois do curso de vida (idem). No entanto a nível institucional o envelhecimento é marcado por transições sejam elas entre diferentes instituições ou fases da vida que patenteiam interrupções e demarcam outras posições sociais (ibidem). Neste passar de tempo há a transição da atividade para a inatividade que ocorre na passagem à reforma, sendo esta também um marco do envelhecimento (Cabral et al., 2013).

Este processo implica diversas alterações que ocorrem nas células e nos tecidos humanos, com o passar dos anos, sendo esses responsáveis pelo aumento de risco de morte (Harman, 2003, as cited in Tosato, et. al, 2007). Faz parte do desenvolvimento

normal do ser humano, envolvendo alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas, sendo que “também incidem sobre o organismo fatores ambientais e socioculturais - como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício - intimamente ligados ao envelhecimento sadio ou patológico” (Santos et al., 2009, p.3).

Com o passar da idade, também a saúde vai sofrendo alterações, declinando gradualmente, sendo esta a maior condicionante do processo de envelhecimento (Cabral et al., 2013). Tal declínio pode ter consequências negativas, quer a nível físico quer a nível psicológico na pessoa, podendo afetar o seu dia a dia, assim como a sua autonomia (idem).

No que diz respeito ao envelhecimento individual, é possível classificá-lo em (Rosa, 2016): a) envelhecimento cronológico – que diz respeito à idade, sendo um processo universal, progressivo, inevitável; e b) envelhecimento biopsicológico – que difere do cronológico por não ser tão linear, nem fixo em termos de idade, é vivido por cada indivíduo de forma diferente, e varia consoante as suas vivências, hábitos, estilos de vida, género, entre outros (Rosa, 2016). A conceção de que o envelhecimento é algo que acontece a partir de uma certa idade, amplamente partilhada, não corresponde à realidade, pois este é um processo progressivo que vai acontecendo ao longo da vida (idem).

A esperança média de vida teve um aumento devido à supressão de maior parte das doenças infecciosas que aconteciam maioritariamente na juventude, a melhor higienização e a adoção de antibióticos, assim como as vacinas, que também vieram a aumentar a esperança média de vida (Tosato et al., 2007).

Muitos autores consideram que quanto melhor for a sua qualidade de vida, melhor será o seu bem-estar subjetivo, pelo que se considera muito importante que os idosos tenham uma vida ativa, com recurso a atividade física de modo a reduzir problemas psicossociais e de saúde, por exemplo, podendo prevenir doenças cardíacas, diabetes, obesidade, entre outras (Souza et al., 2018). Ter uma vida ativa ajuda ainda a ter uma melhor expectativa de vida, acalmando e/ou adiando as condições debilitantes do envelhecimento (idem). Neste sentido, a atividade física regular nas pessoas idosas é relevante, especialmente o treino aeróbico assim como o de resistência, contribuindo tanto para a prevenção da atrofia muscular grave, como para a manutenção da aptidão

cardiorrespiratória e a função cognitiva, gerando um aumento da atividade metabólica e melhoria da independência funcional (Nelson et al., 2007; Garatachea et al., 2015).

### **1.1.1. Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa**

O envelhecimento populacional é um fenómeno característico da maioria dos países europeus que tem vindo a progredir rapidamente, originando uma transição demográfica (Amaral et al., 2018). Estas são um fenómeno cada vez maior, resultante de grandes modificações dos tempos contemporâneos (Bastos, 2014).

Para Flatt (2012), o envelhecimento demográfico apresenta um declínio progressivo da idade, tanto na sobrevivência como na reprodução, que é frequentemente acompanhado por um aumento da taxa de mortalidade. Ainda segundo este autor, grande parte dos biólogos evolucionistas considera o envelhecimento demográfico como sendo um aumento crescente da idade na taxa de mortalidade e uma diminuição na taxa reprodutiva, o que, a seu ver, traduz uma definição pouco precisa, ainda que não seja completamente incorreta. Para além disto a estrutura etária também é afetada pelo aumento da esperança média de vida, assim como pela diminuição da natalidade (Sousa, 2009).

Segundo o PORDATA (2020a), em 2018 Portugal era o terceiro país da Europa com maior índice de envelhecimento, apresentando uma percentagem de 157,4%. Desde 1960 o índice de envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar gradualmente (1960 a 1991), registando-se em 2001 um aumento significativo (102,2%), assim como em 2011 (127,8%), considerando os últimos dados obtidos a partir do PORDATA (2018). Comparando Portugal em NUTS III persiste a tendência de aumento do índice de envelhecimento entre 2001 e 2019. Por seu lado, também é notório que algumas regiões têm maior índice de envelhecimento, como por exemplo o Alentejo (204,6%) comparativamente com a Área Metropolitana de Lisboa (138,2%). Este tem maior incidência nas regiões do Alentejo, Algarve e Centro (PORDATA, 2020b).

Toda esta evolução demográfica lança indagações ao nosso país, no que diz respeito por exemplo à sustentabilidade do relacionamento económico entre gerações ou à competitividade económica, pelo que se torna relevante analisar e compreender este fenómeno, assim como as suas causas e efeitos que pode implicar tanto a nível económico como social (Sousa, 2009).

Pensar no envelhecimento populacional requer atender a estas alterações demográficas, bem como programar e implementar medidas, iniciativas e intervenções, de modo a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e assegurar a sua integração na sociedade (Paúl & Ribeiro, 2012). Por exemplo, com a passagem à reforma e o afastamento da atividade profissional as pessoas sofrem uma desvinculação, que pode traduzir-se numa maior vulnerabilidade do indivíduo, tanto a nível da sua autoestima como a nível dos desafios que enfrenta (Fernandes, 1997). Para além disto a pessoa tem que se reajustar aos seus novos papéis sociais, o que nem sempre é fácil e harmonioso, pois o sentimento de perda de estatuto pode levar a que a pessoa se sinta por vezes excluída da sociedade (Carvalho, 2013).

## **1.2. Ato de Cuidar**

Cuidar é um ato já antigo que faz parte da história de todos os seres vivos, reportando-se ao início da história da Humanidade de forma a se poder acreditar na continuidade das espécies (Grilo, 2005). De entre todas as espécies de seres vivos, o ser humano é aquele que mais precisa de cuidados, sem os quais não sobrevive (idem).

Cuidar representa, para além de um ato, uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, sendo um fator chave no entendimento da essência humana (Caldas, 2004). Implica atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade, servir, e oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas (Ministério da Saúde, 2008; Programa de Integralidade, 2014). Cuidar é perceber a outra pessoa, na sua forma de ser, os seus gestos, modos de falar, dor e limitações que possa ter (Ministério da Saúde, 2008), numa atitude constante de intervenção na promoção do seu bem-estar (Gonçalves, 2018).

Para Sequeira (2007) o cuidar está na génese do ser humano, sendo próprio da pessoa, que com ele demonstra a sua forma íntima de ser. Cuidar implica que quem cuida tenha um interesse genuíno, de vigilância e solicitude, tendo sempre em conta que “o cuidado deve ser entendido como um processo de facilitação através do qual (...) cria as condições favoráveis para que a pessoa faça suas escolhas, visando a resolução dos seus problemas (...)” (Biso et al., 2013, p. 91). Também Boehs e Patrício (1990) consideram que o cuidado está inerente na vida cotidiana das pessoas, já é algo que está incutido nelas. Segundo estes autores cuidar é alertar, prevenir, conservar a vida e ajudar

desenvolvimento de qualquer ser vivo ou ser inconsciente. É, como referem Pereira e Antão (2014), um processo de interação pessoal e social, que deve ter qualidade e excelência, devendo também ser feito por profissionais de diferentes áreas, ou seja, prestado de forma interdisciplinar e interprofissional

O cuidado prestado deve ser feito de modo individual, tendo em consideração as necessidades e potencialidades da pessoa cuidada, isto porque cada pessoa tem as suas necessidades específicas, possui uma história de vida, tem as suas emoções e sentimentos, tal como possíveis doenças e/ou limitações e incapacidades, não sendo, portanto, igual a alguma outra (Ministério da Saúde, 2008; Gonçalves, 2018).

Por fim, é relevante considerar que não importa apenas o cuidar do outro, mas também o cuidar de si e o cuidar da natureza (Queirós et al., 2016).

### **1.3. Ser cuidador formal**

O cuidador é a pessoa que pode ser membro da família ou não, que cuida a pessoa idosa na realização das suas atividades diárias, podendo essas ser a alimentação, toma de medicação, acompanhamento aos serviços de saúde, entre outras (Colomé et al., 2011; Diniz et al., 2018; Born, 2006).

Born (2006) considera que cuidador formal é aquele que cuida de outras pessoas, numa ligação de proximidade com o outro quer física quer afetiva. É um profissional maioritariamente qualificado, podendo esse ser médico, enfermeiro, assistente social, entre outros, que adquire este nome devido à sua preparação antecipada específica para poder realizar esta atividade profissional de acordo com o contexto em que se encontra, designadamente lares, instituições comunitárias, entre outras (Sequeira, 2007). É também, como refere Zimmermann (2000, as cited in Areosa et al., 2014), aquele que se dedica a cuidar de alguém (de uma pessoa idosa), sendo membro da família ou não, e que assume de forma voluntária ou não esse cargo, podendo ser, por exemplo, contratado pela família para a prestação desse serviço.

Um cuidador formal deve apresentar habilidades técnicas, ou seja, deve ter conhecimentos teóricos e práticos para que possa desenvolver bem a sua função; qualidades éticas e morais, onde se insere a dignidade, o respeito, o ser capaz de assumir responsabilidades, a confiança, o adaptar-se e respeitar a intimidade, organização e crenças da pessoa cuidada, mas também da sua família; qualidades emocionais, pois este

tem de ter um bom relacionamento humano, compreender o outros e momentos mais difíceis que possam surgir, assim como o adaptar-se às alterações que acontecem e ser tolerante perante situações de frustração que possam surgir; qualidades físicas e intelectuais onde o cuidador deve possuir energia, saúde física, de modo a que possa suportar o idoso, dar-lhe apoio, vesti-lo, fazer a sua higiene pessoal entre outros aspetos, devendo também ser crítico no sentido de avaliar determinadas situações onde é necessário agir ou tomar decisões (Born, 2006). Tem também de apresentar motivação, isto é valorizar a faixa etária das pessoas idosas e atentar ao cuidado como algo prioritário, pessoal, mas também da sociedade (idem).

Também Costa (2002) considera que os cuidadores formais requerem algumas qualidades tais como responsabilidade, compromisso, dedicação e empenho total no trabalho realizado, tanto com a instituição como com os utentes. É necessário que os cuidadores formais possuam ainda paciência e honestidade (Barbosa, 2013).

Por outro lado, Batista (2012) refere que o grau de eficiência no papel do cuidador formal depende da formação que ele recebe, bem como dos recursos e habilidades pessoais que detém. São ainda determinantes para o cuidar os conhecimentos do cuidador, as experiências prévias, estratégias utilizadas e grau de eficiência, o significado atribuído ao cuidar, a capacidade de lidar com situações de stresse, a cultura, a intensidade e a tipologia do cuidar (idem).

A complexidade inerente ao ser cuidador formal, é frequente reconhecida na literatura, acrescentando que o cuidar pode gerar sentimentos de angústia, insegurança e desânimo (Ribeiro et al., 2008). Aliás, todo o tipo de cuidado prestado pelo cuidador formal à pessoa idosa, pode provocar desgaste e sobrecarga em quem presta o cuidado (Diniz et al., 2018).

#### **1.4. Serviço de Apoio Domiciliário**

Segundo o Instituto da Segurança Social (2011) o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social organizada onde pessoas com dependência podem ter acesso à satisfação das suas necessidades básicas e específicas, assim como das atividades instrumentais de vida diária e de atividades socio recreativas. Este serviço é prestado na habitação do cliente e com ele pretende-se promover a autonomia da pessoa e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento, bem como a

concretização dos seus direitos de cidadania (Instituto da Segurança Social, 2011). Esta resposta é considerada pelos seus clientes como uma forma de continuarem inseridos na sociedade, rodeados de afetos e pertences, tendo possibilidade de novos relacionamentos com os colaboradores, assim como com voluntários que eventualmente poderão ir às suas habitações (idem).

O SAD tem como objetivos gerais cooperar de modo a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias assim como retardar ou evitar a institucionalização das pessoas (Bonfim & Veiga, 1996). Segundo estes autores o SAD apresenta também objetivos específicos sendo eles garantir a satisfação das necessidades básicas à vida, conferir cuidados que proporcionem equilíbrio e bem-estar ao indivíduo, e por fim deve também contribuir nos cuidados de saúde. Este tipo de apoio deve organizar-se de modo a poder oferecer um apoio contínuo, durante as 24 horas do dia, e caso necessário deve estar preparado para atuar em caso de alguma emergência (idem).

Independentemente do número de clientes que inclua, esta estrutura de apoio social engloba necessariamente serviços administrativos, cuidados pessoais, atividades socioculturais, nutrição e alimentação, higiene, segurança e limpeza, entre outros (Instituto da Segurança Social, 2011). Os serviços que são prestados pelo SAD incluem a prestação de cuidados de higiene, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, confeção, transporte e/ou distribuição de refeições e tratamento das roupas, bem como acompanhamento da pessoa ao exterior, assistência na compra de bens alimentícios e outros artigos, entre outros (idem).

A habitação do requerente dos serviços do apoio domiciliário é inviolável, ou seja, não é permitido fazer alterações nesse espaço nem deitar pertences do indivíduo fora sem o consentimento prévio dele (Bonfim & Veiga, 1996).

Os cuidadores formais que prestam o serviço de apoio domiciliário devem respeitar a individualidade e privacidade do requerente, assim como os seus usos e costumes, devendo também proporcionar a satisfação das necessidades deste de modo a manter ou melhorar a sua autonomia (idem).

O utilizador possui direitos tais como desfrutar do plano de cuidados estabelecido, impor respeito pela sua maneira de ser/estar e qualidade nos serviços que lhe são prestados. Para além disto apresenta também deveres sendo eles a satisfação da

prestação de custos consoante o acordado no contrato e colaboração com os cuidadores formais do SAD de forma a concretizar os seus interesses e possibilidades (ibidem).

Os horários dos cuidadores formais em contexto SAD são concretizados consoante as necessidades dos indivíduos que estes têm a seu cargo (Bonfim & Veiga, 1996).

Os critérios de qualidade destes serviços implicam (Instituto da Segurança Social, 2011): i) o superior interesse do cliente; ii) fortalecer os cuidados nas relações dos clientes com os cuidadores formais e restantes membros da instituição e das parcerias; iii) incluir os clientes; iv) compreender que cada indivíduo é único e detém uma personalidade própria de modo a criar um ambiente que simplifique a interação entre o cuidador e a pessoa cuidada; v) pensar no cliente como uma pessoa que possui sentimentos/emoções e que apresenta uma forma de estar e de ser; vi) proporcionar um ambiente calmo, flexível e responsável que se encontre adaptado às necessidades de cada um, para que possam desenvolver-se individualmente, de forma confiante e com iniciativa; vii) estabelecer relações que estimulem o cliente a participar nas atividades que lhes são proporcionadas; entre outros.

O SAD pode intervir ao nível do diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte, tendo em vista a autonomia do indivíduo. Tem na sua génese um conceito holístico de cuidado, centrado no restaurar, manter e promover a qualidade de vida da pessoa cuidada, assim como da sua rede de suporte (Dane, 1990, as cited in Ferreira, 2014), englobando, por isso, nas suas dimensões de atuação, a esfera social e a esfera individual (Ferreira, 2014).

### **1.5. Burnout**

*Burnout* é uma síndrome considerada como uma das consequências mais marcantes do stresse profissional, a qual se caracteriza, entre outros aspetos desenvolvidos ao longo dos seguintes pontos, pela exaustão emocional, ocorrendo sobretudo em profissões com elevados níveis de contato interpessoal (Almeida, 2013). Esta síndrome pode implicar uma falta de energia e entusiasmo ou de outros recursos emocionais (exaustão emocional), a adoção de uma postura de indiferença ou impessoal entre o cuidador e pessoa cuidada (despersonalização), bem como, ainda, a redução da realização pessoal, na medida em que a pessoa percebe o cuidado como negativo ou

ineficaz (Yildizhan, et al., 2019). O seu estudo merece cada vez mais aprofundamento e discussão, tal como sugerem diferentes autores em função das investigações realizadas (Almeida, 2013).

### 1.5.1. Origem e evolução do conceito

O termo *burnout*, que vários autores assumem significar algo que deixou de funcionar devido a exaustão/falta de energia, ou algo que se vai desvanecendo até à exaustão total (Silveira, Vasconcellos, Cruz, Kiles, Silva & Castilhos, 2005, as cited in Pêgo & Pêgo, 2016; Mendanha et al., 2018), sugere ter emergido em 1974, nos Estados Unidos da América, por Herbert Freudenberger (um psiquiatra americano), tendo evoluído ao longo do tempo com outros investigadores (Benevides, 2002 as cited in Ferreira, 2018).

Desde o século XIX foram atribuídas diferentes designações ao que hoje se considera *burnout*, tais como, por exemplo, *surmenage*, *overstrain*, fadiga industrial, *neurocirculatory astenia*, entre outros (Tuke, 1882; Breay, 1913; Park, 1934; Cohen & White, 1951, as cited in Mendanha et al., 2018). Alguns autores consideravam o *burnout* como um stresse laboral, afirmando que este não se tratava de uma síndrome específico, mas sim algo que surge a partir do contexto laboral em que a pessoa se encontra (Mendanha et al., 2018).

Desde 1960 surgiram diversas publicações, entre as quais um artigo científico de Harold Bradley, que utiliza a expressão “*staff burn-out*” (1969), para se referir ao desgaste profissional que um grupo de oficiais da polícia possuíam (Mendanha et al., 2018).

Embora os Estados Unidos da América mostrassem ser o país que, até à década de 80, mais produção científica desenvolveu sobre *burnout*, com o passar do tempo outros países começaram a debruçar-se sobre a temática, entre os quais, por exemplo, o Canadá e a Inglaterra (Maslach e Schaufeli, 1993 as cited in Carlotto & Câmara, 2008). Posteriormente com a tradução e a adaptação dos instrumentos utilizados, outros países, como os países europeus, começaram a estudar esta síndrome (idem).

Atualmente existem diferentes concetualizações acerca do *burnout*, podendo destacar-se, segundo Benevides-Pereira (2002 as cited in Ferreira, 2018) a perspetiva clínica (que entende o *burnout* como um estado e tem Freudenberger como autor mais representativo desta conceção) e a perspetiva psicossocial (que entende o *burnout* como

um processo, proposto por Maslach e Jackson). A perspectiva clínica (baseada nos estudos de Freudenberg), aborda o *burnout* como um estado de exaustão, caracterizado por esgotamento emocional, perda da motivação e do empenhamento no que diz respeito ao trabalho, assumindo um enfoque estritamente individual, e considerando que é fruto do trabalho intenso (Benevides, 2002 as cited in Ferreira, 2018). A perspectiva psicossocial, introduzida por Christina Maslach e Susan Jackson em 1986, (investigadoras na área da Psicologia Social), entende o *burnout* como um processo gradual de perda do interesse pelo trabalho, em que o ambiente de trabalho é a principal determinante na tendência do indivíduo em desenvolver *burnout* (Ferreira, 2018).

O crescente interesse por esta temática, relaciona-se com mudanças no próprio conceito de saúde e relevância da qualidade de vida, tendo tido também influência o aumento das reclamações assim como das exigências da população em relação aos serviços sociais, educativos e de saúde (Perlman & Hartman, 1982, as cited in Carlotto & Câmara, 2008). Deve-se também, referem os mesmos autores, à consciencialização de investigadores, órgãos públicos, entre outros, que têm vindo a dar maior importância ao estudo desta temática e sua prevenção, pois verificaram que esta síndrome é bastante mais complexa e mais prejudicial do que se pensava inicialmente (idem).

### **1.5.2. Caracterização e sintomatologia do *Burnout***

Para Maslach e Goldberg (1998, as cited in Pêgo & Pêgo, 2016) *burnout* implica uma tríade de sintomatologia, designadamente: a exaustão emocional; a despersonalização; e reduzida realização profissional. A exaustão emocional acontece quando a pessoa gastou todos os seus recursos emocionais, morais e psicológicos; a despersonalização expressa o afastamento afetivo ou desinteresse emocional em relação aos outros, principalmente a quem beneficia com o seu trabalho (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009, as cited in Vicente & Oliveira, 2015). A reduzida realização pessoal representa a redução de sentimentos de competência e prazer ligados à sua atividade profissional (idem).

Também Jurado et al. (2018) caracterizam o *burnout* como esgotamento psicológico, despersonalização e redução de realização profissional. Consideram ainda que esta síndrome resulta da exposição do indivíduo a situações de grande stresse assim como emocionalmente exigentes durante um longo período (idem).

Os sintomas mais frequentes associados ao *burnout* são (Trigo & Halak, 2007): a exaustão emocional e nela, a desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; aumento da suscetibilidade a doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono; e o distanciamento afetivo, manifestando-se pela sensação de alienação em relação aos outros.

Alguns autores consideram que os sintomas vão surgindo por fases (Mitchell et al., 2016, as cited in Cândido & Souza, 2017). Na primeira fase, designada ‘fase de aviso’, surgem os primeiros sinais a nível emocional como ansiedade, depressão e fadiga, podendo prolongar-se durante um ano (idem). A segunda fase (‘fase dos sintomas moderados’), permite exacerbar alguns sintomas que tenham sido ignorados na primeira fase, acrescentando ainda sintomas físicos, sendo possível surgir distúrbios do sono, cefaleias, constipações, dores musculares, fadiga física e emocional, irritabilidade, isolamento e depressão (ibidem). A terceira e última fase, ‘fase da consolidação’, pode incluir a manifestação de problemas cardíacos, enxaqueca, alergias (mais frequentemente de pele), problemas de relacionamento, diminuição do apetite, perda de interesse sexual, ansiedade, choro persistente, depressão, fadiga, abuso de substâncias e de álcool e pensamentos tensos (Mitchell et al., 2016, as cited in Cândido & Souza, 2017).

### **1.5.3. Consequências do *Burnout*: importância das estratégias de prevenção**

A presença de *Burnout* no cuidador formal implica consequências que podem ser observadas ao nível individual, organizacional e social (Sousa, 2011, as cited in Martins, 2017). A nível individual pode verificar-se o desgaste emocional e físico, o desinteresse entre outros (Sousa, 2011; Cañadas et al., 2015, as cited in Martins, 2017); ao nível organizacional a perturbação da performance do colaborador na execução das suas tarefas (Costa, 2009, as cited in Martins, 2017); e ao nível social, o afastamento dos seus familiares, a redução da comunicação, manifestação de hostilidade, rutura familiar e isolamento social, bem como problemas ao nível da tomada de decisão (Costa, 2009; Trigo, Chei & Hallak, 2007, as cited in Martins, 2017).

Por seu lado, também Georganta et al. (2014), consideram que o *burnout* pode contribuir para piorar o desempenho profissional; aumentar o absentismo e a

rotatividade de empregos; diminuir a produtividade; e ter um efeito negativo sobre os colegas de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) pessoas que apresentem esta síndrome necessitam de vigilância das alterações mentais e do seu comportamento relacionado com o contexto laboral. Devem ser feitos diversos reconhecimentos tais como identificar os riscos do trabalho para a pessoa, o problema ou dano potencial que o trabalho acarreta na pessoa, implementar medidas para eliminar os fatores de risco existentes e realizar campanhas de modo a educar e informar o trabalhador sobre esta síndrome (Ministério da Saúde, 2001).

O Serviço Nacional de Saúde (2017) recomenda a implementação de algumas estratégias de prevenção designadamente: a adoção de um estilo de vida saudável, atendendo a uma boa alimentação, prática regular de exercício físico e descanso; estabelecimento de limites de modo a não proporcionar sobrecarga, devendo os indivíduos fazer uma pausa diária das tecnologias, potenciar o lado criativo e aprender a gerir o stress, por exemplo, através da leitura.

Cavalheiro, Junior e Lopes (2010, as cited in Abreu et al., 2015) afirmam que o tratamento da síndrome de *Burnout* deve ser concretizado de forma individual, tendo em conta cada caso. Geralmente o tratamento é constituído por psicoterapia onde esta intervenção ajuda a pessoa a inserir-se no trabalho e na sua vida quotidiana; por tratamento farmacológico onde são administrados psicofármacos, antidepressivos e/ou ansiolíticos que são administrados consoante a necessidade da pessoa; e por intervenções psicossociais que são realizadas de acordo com a avaliação realizada pelo médico, onde deverá constar o afastamento ou não da pessoa do seu local de trabalho, assim como o recomeço das atividades ocupacionais (Cavalheiro et al., 2010, as cited in Abreu et al., 2015).

Ainda assim, tal como referem Bezerra e Cunha (2016), existe necessidade de investir em estudos e publicações científicas que explorem, para além do *burnout*, as possíveis estratégias de prevenção nos cuidadores de forma a conseguirem alcançar qualidade de vida e bem-estar no local de trabalho.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### 2.1. Problema em estudo, questões e objetivos da investigação

Tal como explorado até aqui, o *burnout* é resultante da resposta ao stress profissional prolongado e de natureza multidimensional, implicando, para além da exaustão emocional, o desenvolvimento de atitudes negativas de despersonalização e perda de realização profissional – disfuncional e crónica (Pinto & Chambel, 2008, as cited in Ferreira, 2018). A compreensão do *burnout* centrado no cuidar do outro é uma necessidade advogada por vários autores, que sugerem mais estudos neste âmbito e a sua melhor compreensão implica a investigação das diferentes dimensões que lhe podem estar associadas abrangendo, para tal, os cuidadores formais (Vicente & Oliveira, 2015). Por seu lado, reconhece-se a relevância que os cuidadores formais de pessoas idosas têm, designadamente nas equipas SAD, enquanto resposta social que permite a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a pessoas e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária (Pimentel, 2000 as cited in Marinho, 2013). Em Portugal representam um elemento essencial no cuidado a pessoas idosas, valorizando e articulando, frequentemente, com a solidariedade informal (familiares, vizinhos e amigos), também considerada um grande suporte no cuidado (idem).

Neste sentido, e compreendendo que o *burnout* no cuidador formal pode trazer implicações a nível individual, profissional e social, podendo ainda ter repercussões sobre a pessoa cuidada (Vicente & Oliveira, 2015), concebe-se o presente estudo, de índole exploratório, que tem como objeto de estudo a análise de possíveis manifestações de *burnout* em cuidadores formais de idosos em contexto de SAD. Enquadrado no paradigma qualitativo, à semelhança do que reclamam diferentes autores sobre a investigação desta temática (Vicente & Oliveira, 2015; Cardoso, 2015), este trabalho de investigação pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

- 1) Quais as dimensões de *burnout* mais evidenciadas em Cuidadores Formais de pessoas idosas em contexto de SAD?
- 2) Que conceções apresentam os cuidadores formais de SAD em estudo sobre o cuidar de pessoas idosas?
- 3) Quais as motivações para o cuidar de pessoas idosas em contexto SAD?

Para lhes dar resposta, definem-se como objetivos de investigação:

- 1) analisar possíveis dimensões de *burnout* nos cuidadores formais de pessoas idosas em contexto de SAD;
- 2) analisar as conceções de cuidadores formais sobre o cuidar de pessoas idosas;
- 3) analisar possíveis relações entre as motivações para o cuidar de pessoas idosas em contexto SAD e saúde e bem-estar dos cuidadores.

## **2.2. Desenho e método da investigação**

O presente estudo insere-se nos pressupostos da investigação qualitativa, considerando que, e atendendo à complexidade do problema apresentado, permite uma maior proximidade ao fenómeno em estudo (Ribeiro, 2008).

Caminhar no sentido de dar resposta às questões e objetivos de investigação acima considerados pressupõe, como sugere Ribeiro (2008), a análise de valores, crenças, representações, opiniões e atitudes dos participantes, no sentido de compreender o fenómeno em estudo, reconhecendo a sua complexidade. A investigação qualitativa procura a compreensão de contextos particulares, tentando perceber o que justifica alguns comportamentos, atitudes ou convicções, tendo, portanto, como foco o significado veiculado pelos participantes conjugado com os seus procedimentos (Schensul, 2008b, as cited in Vaz et al., 2009), e interpretar os fenómenos de acordo com os significados que lhe são atribuídos pelos participantes (Pinto et al., 2018). Baseando-se neste paradigma, este estudo pretende assim, ‘analisar possíveis dimensões’ de *burnout* que os cuidadores formais em contexto de SAD refiram experienciar; ‘analisar conceções’ destes profissionais sobre o ato de cuidar pessoas idosas; e ‘compreender possíveis relações’ que estabeleçam entre essa atividade profissional e a sua saúde e bem-estar. Relativamente à natureza dos dados, o estudo assume um desenho metodológico de cariz exploratório (Coutinho, 2018), enquadrando-se ainda na abordagem fenomenológica (Ribeiro, 2008), na medida em que compreende que o fenómeno do *burnout* no cuidador formal pode ser estudado e definido de diferentes formas, almejando, neste caso, compreender como é que estes profissionais percebem e dão sentido às suas experiências de cuidar de pessoas idosas; analisar, na essência dessas experiências, possíveis dimensões de *burnout*; bem como a relação que os profissionais reconheçam entre o cuidar do outro e a sua saúde. Julga-se ainda pertinente a seleção

desta abordagem, na medida em que, é abastada em dados descritivos que são obtidos através do contacto direto do pesquisador com a situação estudada, preocupando-se com a realidade dos participantes e evidenciando a realidade de forma complexa e contextualizada (Ribeiro, 2008).

O paradigma qualitativo implica também uma abordagem multimetodológica, que envolve a utilização de narrativas, histórias de vida, documentos históricos, entrevistas, observações, fotografias, textos visuais, entre outras fontes de dados (Pinto et al., 2018). Neste trabalho optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada, enquanto instrumento de recolha de dados, como mencionado adiante (ponto 2.3).

A escolha desta metodologia surgiu após a elaboração de um enquadramento teórico, que permitiu aproximar a investigadora desta problemática. Foi então realizada a pesquisa bibliográfica e leituras sobre a temática do *burnout* no cuidador formal, recorrendo a bases de dados bibliográficas *online* na Biblioteca do Conhecimento Online (*B-on*), nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); e em documentos/livros impressos. Adotaram-se como palavras-chave (em português e inglês) – envelhecimento, envelhecimento demográfico, envelhecimento individual, ato de cuidar, cuidador formal, Serviço de Apoio Domiciliário e *burnout*, e utilizaram-se filtros na realização da pesquisa de modo a obter publicações nos últimos dez anos, em português e em inglês. Esta pesquisa decorreu entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021.

### **2.3. Participantes**

Os participantes deste estudo são 15 cuidadoras formais, a desempenhar a sua atividade profissional em equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, do Concelho de Tondela. Procedeu-se à técnica de amostra por conveniência ou intencional, e, portanto, não probabilística (Ribeiro, 2008). Cumpriu-se o critério da saturação teórica, ou seja, a quantidade de participantes e de informações recolhidas (dados) foi dada como concluída quando se verificou, como refere Thiry-Cherques (2009), que a dado momento os dados e as informações recolhidas não alteravam a compreensão do estudo. A constituição deste corpus de análise considerou os seguintes critérios de inclusão: i) aceitarem de livre vontade participar no estudo, assinando o termo de consentimento informado; ii) serem

cuidadores formais pertencentes a equipas de SAD de Instituições do Concelho de Tondela; iii) referirem ter contacto profissional com pessoas idosas.

Para realização da seleção dos participantes, foi previamente estabelecido contacto com instituições prestadoras desta tipologia de cuidado no Concelho de Tondela, para posterior seleção e apresentação do estudo aos cuidadores formais.

Reconhece-se, no entanto, que, esta técnica de seleção dos participantes e constituição do grupo em estudo, não permite reconhecer o quão representativa a amostra é da população ou universo, pelo que impede a generalizações dos resultados (Ribeiro, 2008). Neste sentido, o estudo não pretende generalizar os resultados a toda a população de cuidadores formais em equipas SAD a nível nacional, mas antes valorizar e analisar as singularidades obtidas em relação a esta temática, no grupo de participantes selecionado, permitindo também enriquecer a discussão científica sobre *burnout* no cuidador formal.

#### **2.4 Instrumento de recolha de dados: Entrevista**

Atendendo à natureza qualitativa deste projeto, que implica a recolha (e análise) de dados através de métodos que procurem captar a dimensão subjetiva dos fenómenos sociais, privilegiando o contacto próximo e prolongado com os sujeitos no seu meio natural (Silva, 2011), optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada a realizar aos cuidadores formais, participantes no estudo. A entrevista semiestruturada, como referem Sampieri et al. (2006), determina a existência de um guião de assuntos ou questões, às quais o investigador pode acrescentar detalhes ou reformular, para precisar conceitos ou obter maior informação sobre o tema estudado. A adoção deste tipo de instrumento de colheita de dados, justifica-se pelo facto de poder permitir a recolha de grande quantidade de dados num contexto reduzido de participantes (Ribeiro, 2008), algo que interessa à presente investigação.

Neste sentido, e com base na literatura consultada sobre o problema em estudo, construiu-se um guião de entrevista (anexo B) com vinte e nove questões, passíveis de serem reformuladas quando necessário. A sua estrutura (não totalmente rígida), contempla, numa primeira parte, questões relacionadas com caracterização sociodemográfica dos participantes; na 2ª, questões relativas à satisfação para com a atividade profissional e relação com o cuidar; e na 3ª, questões relacionadas com o

*Burnout* no cuidador formal, incluindo-se aqui diversos aspetos que se pretendem explorar, designadamente o *Burnout* pessoal, o *Burnout* laboral e o *Burnout* relacionado com o utente.

As entrevistas foram realizadas através de chamada telefónica, tendo em conta o contexto de pandemia por COVID-19, em que decorreu o estudo, pela necessidade de minimização do contacto. Deste modo, o áudio das entrevistas foi gravado, facilitando o tratamento dos dados. A confidencialidade e anonimato foram sempre garantidos, com a atribuição de um código a cada entrevista realizada, não sendo registados os nomes dos participantes, e pela remoção de informações de identificação das transcrições. Todas as gravações e transcrições de áudio foram guardadas num computador protegido. Sendo assim, foi cumprido o regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento e do conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção de dados.

## **2.5 Procedimentos relativos à recolha e análise de dados e questões éticas**

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2011) encontra-se dividida em três fases sendo elas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira fase é considerada a fase da organização, sendo nesta que se escolhem os documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses assim como dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (idem).

A segunda fase consiste na efetivação das decisões tomadas na fase anterior, sendo esta uma fase longa e fatigante. É nesta fase que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, permitindo assim uma descrição das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2011).

Por fim, a terceira e última fase comporta o tratamento estatístico, podendo esse ser mais complexo ou simples, que permite a criação de quadros, diagramas, figuras e modelos, os quais dão maior importância e relevo às informações obtidas através da análise (Bardin, 2011).

A par da construção do enquadramento teórico e metodológico do estudo, teve lugar, num primeiro momento, o contacto com duas instituições com serviços de apoio domiciliário, no concelho de Tondela, no sentido de obter autorização para realização do estudo (enviando email aos respetivos órgãos diretivos). Respeitando ainda os requisitos éticos necessários, formalizou-se o pedido de realização do estudo à Comissão de Ética

do Instituto Politécnico de Coimbra e em seguida, após pareceres favoráveis, foi realizada a seleção dos participantes, considerando os critérios de inclusão estabelecidos, e estabilizada, solicitando-se o preenchimento dos termos de consentimento informado, onde foram explicados os objetivos do estudo e a sua natureza voluntária. Com a permissão dos participantes, relativamente à gravação dos áudios das entrevistas, estas foram agendadas e realizadas num horário conveniente para os participantes e tiveram a duração estimada de trinta minutos. Antes da sua aplicação, a entrevista foi testada com 3 cuidadores formais em contexto de equipas SAD, externos a este grupo de participantes, de modo averiguar a dificuldade\facilidade das questões, podendo ainda ter sido revista e melhorada, consoante a avaliação que foi realizada pelos participantes. As questões foram formuladas pela investigadora, tendo em conta a sequência de pensamento do inquirido, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com um certo sentido lógico para o entrevistado (Boni & Quaresma, 2005).

A metodologia qualitativa na qual se desenhou o presente estudo, que considera a entrevista, enquanto instrumento de colheita de dados, implica a adoção de uma análise qualitativa dos dados que, como referem Sampieri et al. (2006), pressupõe a organização dos dados em unidades, categorias e temas de análise; a interpretação e avaliação das unidades, categorias e temas; a compreensão ampla do contexto onde emergem os dados; o relacionamento dos resultados da análise com a teoria, entre outros. Atendendo a estes requisitos, a análise de conteúdo é a técnica adotada nesta investigação para a análise de dados implicou, inicialmente, a transcrição dos dados e seguidamente a sua organização (Ribeiro, 2008). Ela considera que é possível ao investigador, encontrar nos textos produzidos em cada entrevista sobre uma determinada temática, sentidos e significados patentes ou ocultos, através de técnicas sistemáticas apropriadas (Chizzotti, 2008). Para isso há que decompor o conteúdo em fragmentos cada vez mais simples, podendo estes ser palavras, termos ou frases significativas de uma mensagem (idem). Assim, após a transcrição dos dados obtidos em cada entrevista, a investigadora procedeu à sua codificação por temas e categorias e em seguida à sua análise e discussão, tal como sugere Ribeiro (2008). Ainda assim, em função da literatura consultada sobre a problemática em estudo e dos próprios objetivos que o nortearam definiram-se *à priori* três temáticas de análise:

- 1) Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais

- 2) Concepções dos cuidadores formais sobre o cuidar de pessoas idosas
- 3) Motivações para cuidar de pessoas idosas

Por seu lado, dentro destas temáticas, surgiram categorias de análise, subcategorias e indicadores, apresentados mais detalhadamente no capítulo seguinte, em que é feita a apresentação dos resultados.

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### 3.1. Caracterização das participantes

O instrumento foi aplicado a quinze cuidadoras formais (n=15), do sexo feminino, do concelho de Tondela, com idades compreendidas entre os vinte e seis anos e os sessenta e seis anos (tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos participantes

Participantes \ Categorias analisadas	Idade (anos)	Sexo	Nº de filhos por participante	Tempo de exercício profissional no cuidado a pessoas idosas
S1	38	Feminino	1	1 ano e 2 meses
S2	48	Feminino	1	6 meses
S3	26	Feminino	0	2 anos
S4	62	Feminino	4	12 anos
S5	50	Feminino	2	7 anos
S6	54	Feminino	1	36 anos
S7	58	Feminino	2	19 anos
S8	66	Feminino	2	16/17 anos
S9	47	Feminino	1	16 anos
S10	58	Feminino	2	9 anos
S11	39	Feminino	2	11 anos
S12	52	Feminino	1	20 anos
S13	40	Feminino	1	10 anos
S14	27	Feminino	1	6 anos
S15	52	Feminino	2	3 anos

Das quinze entrevistadas, a maioria refere ser casada (n=12), uma é solteira, uma é divorciada e uma é viúva. Relativamente ao número de filhos, a maioria das cuidadoras tem filhos (n=14), sendo que sete têm um filho, seis dois filhos, uma quatro filhos e apenas uma não tem filhos. Quase todos com idade superior a 18 anos (Figura 1).

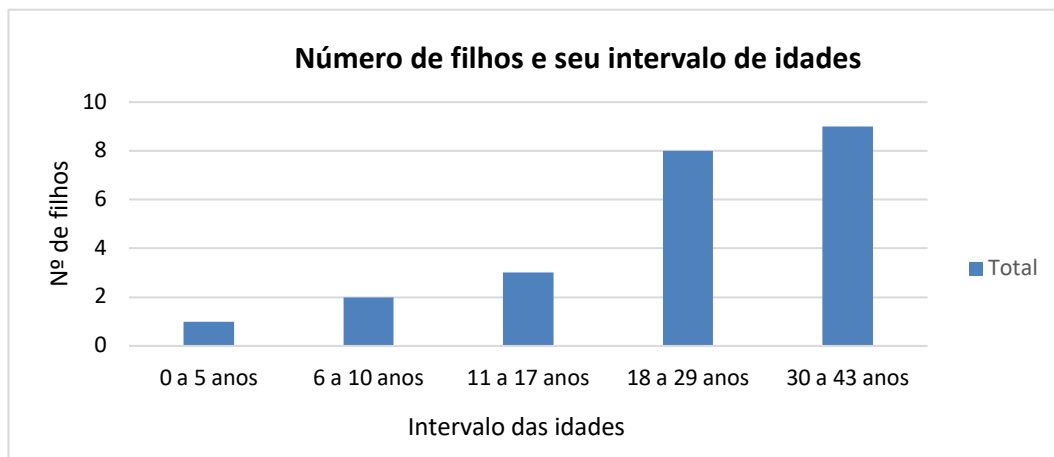


Figura 1: Número de filhos e intervalo de idades

Quanto às habilitações literárias, a maioria possui escolaridade inferior ao 12º ano (n=13) e duas, licenciatura em gerontologia. Do grupo em estudo constatou-se que cinco completaram o 12º ano, quatro o 9º ano, duas o 6º ano, uma o 4º ano e uma o 2º ano.

De entre as funções que desempenham, coordenadora do apoio domiciliário, técnica de animação sociocultural, animadora e cuidadoras formais de serviço de apoio domiciliário, destaca-se o exercício no setor privado, bem como um tempo de experiência ao nível da prestação de cuidados a pessoas idosas entre 6 meses até 36 anos (conforme descrito na tabela 2), exercendo a maioria há mais de 6 anos.

Colaboradoras (n)	Tempo de exercício profissional no cuidado a pessoas idosas
4	6 meses a 5 anos (inclusive)
6	6 anos a 10 anos
5	11 anos a 36 anos

Tabela 2: Tempo de exercício profissional das colaboradoras no cuidado a pessoas idosas

O trabalho prestado pelas entrevistadas é realizado maioritariamente por turnos (e não em horário fixo), trabalhando entre 35 a 48 horas semanais. Doze não estiveram em contacto direto nem indireto com a COVID-19 nas instituições onde trabalham nem no seu contexto familiar, no entanto três referiram ter estado em contacto com pessoas infetadas pelo vírus nas instituições onde trabalham.

No que diz respeito à caracterização das participantes, sobressai, como aliás é evidenciado na literatura o facto de prevalecer a figura feminina como papel de cuidadora (Ferreira, 2012; Ferreira, 2018; Meireles, 2016; Martins, 2016; Morais, 2019).

### 3.2. Dimensões de *burnout* nas cuidadoras formais de pessoas idosas em contexto de SAD

Partindo das elaborações de Maslach e Goldberg (1998, as cited in Pêgo & Pêgo, 2016), assim como Schaufeli et al. (2009, as cited in Vicente & Oliveira, 2015), o *burnout* é composto por uma tríade de sintomas, como exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. Ao longo deste ponto apresentam-se os resultados referentes à primeira temática de análise identificada – «Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais», na qual se identificaram estas três categorias i) exaustão emocional; ii) despersonalização e iii) baixa realização profissional (tabela 3)<sup>1</sup>.

Tabela 3: Matriz de análise da temática «Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais»

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de registo (recorte de evidências)</b>	<b>N total</b>
<b>1. Exaustão emocional</b>	- Evidências de exaustão emocional	- Sensação de fragilidade psicológica (por vezes)	<p>“há dias em que estamos mais em baixo, penso que seja normal.” (S3)</p> <p>“Fico triste quando os utentes se queixam “o que é que estou aqui a fazer.” (S4)</p> <p>“É um trabalho um pouco extenuante, mexe um bocado com as nossas emoções.” (S5)</p> <p>“Às vezes uma pessoa sente-se mais frágil”; “se eu vejo que alguém está mal também me afeta muito.” (S9)</p> <p>“às vezes sim, só apetece não ir trabalhar”; “uma pessoa tem pena quando um idoso adoecer” (S10)</p> <p>“Exaustão maior parte psicológica”; “quando eles estão em baixo a gente também fica em baixo” (S11)</p> <p>“exaustão é mais psicológica lido com muitas situações dos idosos a nível familiar que quer queiramos quer não, nos transtorna.”; “quando não conseguimos corresponder às necessidades transtorna bastante. (S14)</p> <p>(...)</p>	13

<sup>1</sup> Nota: A tabela completo pode ler-se no anexo E.

		- Medo de enfrentar mais um dia de trabalho	<p>“Vou a sair de casa e vou-me a questionar “será que vou conseguir?” (S8)</p> <p>“Sinto por causa de poder a não conseguir corresponder às necessidades” (S14)</p>	5
		- Sensação de cansaço físico frequente	<p>“sinto-me exausta com muita frequência.” (S5)</p> <p>“isso acontece algumas vezes”; “é muito trabalho, acabamos muito cansadas e muitos dias a trabalhar sem folgas” (S6)</p> <p>“subcarga do trabalho”; “O facto de termos x tempo para cada utente por vezes provoca um pouco de stress e cansaço” (S7)</p> <p>“No trabalho sinto-me exausta, andamos sempre a correr, mal temos tempo para os idosos.” (S8)</p> <p>(...)</p>	10
		- dificuldade em fazer mais	<p>“Fico frustrada por não conseguir realizar o serviço como pretendia” (S3)</p> <p>“às vezes temos de lidar com situações às quais não temos resposta e temos de dar o máximo de nós para resolver a situação” (S14)</p> <p>(...)</p>	3
	- Exaustão em épocas anteriores mas não agora		<p>“Às vezes, um bocadinho, porque sou uma pessoa que não consigo (...) desligar (...) casa trabalho e vice-versa serem coisas distintas, mas também quando estamos a tratar do idoso e lhe acontece alguma coisa, misturo muito essa parte emocional.”. (S1)</p>	1

<b>2. Despersonalização</b>	- Assumem afastamento afetivo para com utentes e/ou familiares	- Afastamento afetivo em relação à família	“há situações que sim, são situações bastante delicadas que envolvem conflitos familiares, que infelizmente nos levam no meio da corrente”; “Cansaço físico não, psicológico sim e o stress sim, mas não diretamente com o idoso, mas sim com os familiares.” (S14)	1
	- Ausência de manifestações de insensibilidade e/ou afastamento afetivo	- sensação de conseguir tratar bem os utentes	“sou incapaz de vir para casa com uma dúvida, venho para casa sabendo que tudo o que fiz está bem feito” (S4) “gosto de sair bem comigo sabendo que os deixei bem” (S6) “tenho que ter a noção de que fiz as coisas bem feitas, vale mais perder um bocadinho de tempo e sair com a consciência tranquila e eles ficam agradecidos e confortáveis” (S7) “sinto-me à vontade com o cuidado que presto” (S12) “Sinto-me à vontade com o que faço, faço o melhor que sei” (S15)	5
		- não é insensível e consegue gerir o trabalho vs vida pessoal	“tento gerir bem a minha saúde tanto física como psicológica. Por vezes venho para casa e fico incomodada caso algum idoso cai ou assim, mas não devemos misturar as coisas.” (S2) “mas não podemos mostrar isso nem nos deixar ir abaixo.” (S10)	2
<b>3. Baixa realização profissional</b>	- menor envolvimento no trabalho	- sentimentos de frustração/falta da família / falta de tempo	“falta de estar com a família, trabalharmos com muitas mulheres, há muitos conflitos internos, há muitas coisas que nos desmotivam, é um trabalho muito instável.”; “Frustra-me um bocado o não ter tempo como gostaria para cada utente” (S5) “às vezes uma pessoa quer falar, quer esclarecer certas situações e as pessoas não nos dão espaço para isso.” (S7) “é muito trabalho para pouco tempo, às vezes notamos que eles precisavam de um pouco mais de	6

			<p>tempo”; “por causa dos conflitos, confusões entre colegas, as diferenças que vêm de cima de como tratam as pessoas, o facto de beneficiarem mais umas do que outras” (S9)</p> <p>“temos muito trabalho em pouco tempo” (S10)</p> <p>“às vezes temos de lidar com situações às quais não temos resposta”; “queremos implementar novas ideias que nos surgem e por vezes não há a receptividade que nós gostaríamos.” (S14)</p> <p>“Há dias que a gente tem que andar a correr, sob pressão, às vezes sinto que não há tempo necessário para cada um, é um trabalho que depende de uns para os outros”; “Às vezes fico frustrada fico se vejo que há um utente que passou mal tenho que chamar o INEM, já me atraso aí, já atraso todos os outros.” (S15)</p>	
		<p>- sentimento de ser necessário mudar de contexto profissional/ pondera mudar</p>	<p>“é um trabalho que requer esforço físico, alguns utentes são pesados, temos de os movimentar, o nosso corpo acaba por se ressentir, tenho 50 anos penso quanto tempo mais aguento” (S5)</p> <p>“se pudesse mudar mudaria outra vez para as crianças porque prefiro trabalhar com esse público-alvo” (S11)</p>	2

Relativamente à exaustão emocional, verifica-se que existe no discurso das entrevistadas «evidências de exaustão emocional» (n=32)<sup>2</sup>, referindo com mais frequência, a «sensação de fragilidade psicológica (por vezes)» (n=13), seguindo-se a

<sup>2</sup> Entenda-se que “n” diz respeito ao número de unidades de registo.

«sensação de cansaço físico frequente» (n=10), bem como, o «medo de enfrentar mais um dia de trabalho» (n= 5) e a «dificuldade em fazer mais» (n=3).

Já no que concerne à «despersonalização», segunda categoria aqui identificada, apenas 1 participante evidencia «afastamento afetivo para com utentes e/ou familiares», referindo 7 delas «ausência de manifestações de insensibilidade e/ou afastamento afetivo», na medida em que, acima de tudo, têm a sensação de conseguir tratar bem os utentes.

Por fim, relativamente à categoria «baixa realização profissional», referida por 8 participantes, destaca-se o «menor envolvimento no trabalho» por «sentimentos de frustração/falta da família/ falta de tempo» (n=6). A este respeito, o estudo de Batista (2012), referiu que a maioria das cuidadoras formais entrevistadas (cerca de 60%) referia dificuldade na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, no domicílio, referindo, entre vários aspetos, a falta de tempo, algo que também foi identificado nestes discursos (“é muito trabalho para pouco tempo...” S9).

Ainda assim, destaca-se nestes resultados a evidência de exaustão emocional, à semelhança do que é referido noutros estudos. Por exemplo, no seu estudo sobre as dimensões do *burnout* nos cuidadores formais, Meireles (2016) verificou que os níveis de *burnout* são médios a elevados a nível da exaustão emocional, médio na despersonalização e alto na realização pessoal. Comparando os seus resultados com os do presente estudo, denota-se aqui que a exaustão emocional é a que tem maior peso (32 registos) nas dimensões de *burnout*, ainda que a despersonalização não se observe de forma evidente nestes resultados, pois apenas uma cuidadora assume afastamento afetivo para com utentes e/ou familiares. Contudo, a baixa realização pessoal mostra estar presente (8 registos).

Também os estudos de Ferreira (2018) e Morais (2019), descrevem os cuidadores formais que estudaram como pessoas com níveis moderados de exaustão emocional, seguindo-se a despersonalização e a realização profissional, algo que, concretamente no que diz respeito à exaustão emocional, acontece como referido no presente estudo.

Apesar dos autores Silva (2016) e Martins (2016) terem uma dignação das dimensões mais geral (*Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) estes verificam o mesmo que os anteriores e que o estudo

decorrente, ou seja, que o *Burnout* está mais presente na dimensão pessoal e relacionado com o trabalho do que relacionado com o utente.

Outro estudo que apresenta resultados concordantes com os acima mencionados, é o estudo de Vicente e Oliveira (2015), que referem que a dimensão central de *burnout* no seu estudo foi a exaustão emocional que gera sentimentos de desmotivação e frustração, que por sua vez leva à despersonalização. Estes autores não fazem referência à realização profissional dos seus cuidadores.

Em contrapartida, no estudo de Costa (2017) verifica-se que os cuidadores formais entrevistados apresentam baixos níveis de *burnout*, no entanto é importante salientar que estes cuidadores possuem níveis elevados de fadiga e exaustão tanto física como psicológica que está ligada à sua profissão e à sua experiência profissional. O autor afirma também que há uma menor prevalência de *burnout* associado ao cuidado com o utente.

### 3.3 Conceções sobre cuidar de pessoas idosas

Relativamente às conceções das cuidadoras formais sobre o cuidar de pessoas idosas (tabela 4), identificaram-se, nas suas entrevistas, conforme apresentado na tabela abaixo: o i) assistir a pessoa na satisfação das suas necessidades básicas; o ii) estabelecer uma relação afetiva; iii) satisfazer as necessidades instrumentais da vida diária; e ainda iv) promover conforto e bem-estar/qualidade de vida.

Tabela 4: Matriz de análise da temática «Conceções dos cuidadores formais sobre o cuidar de pessoas idosas»

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de registo (recorte de evidências)</b>	<b>N</b>
<b>Cuidar a pessoa idosa</b>	<b>Assistir a pessoa na satisfação das suas necessidades básicas</b>	<b>Atender a pessoa na higiene</b>	“além da higiene pessoal” (S4) “é fazer as higiene” (S5) “fazemos higiene” (S6) “para além da realização da higiene” (S9) “prestar-lhes os nossos serviços de higiene” (S10) “cuidados de higiene” (S12)	6
		<b>Alimentar a pessoa</b>	“além da alimentação” (S4) “dar a alimentação” (S5) “a alimentação” (S6)	4

			"alimentação" (S10)	
		<b>Dar medicação à pessoa</b>	"dar a medicação" (S5) "damos a medicação" (S6)	2
		<b>Posicionar a pessoa</b>	"posicioná-los" (S6)	1
		<b>Arranjar a sua imagem/ unhas</b>	"tratando das unhas" (S5)	1
	<b>Estabelecer uma relação afetiva</b>	<b>Dar carinho/ afeto</b>	"muito carinho" (S2) "é dar um afeto, um carinho" (S4) "dar carinho" (S5) "com carinho" (S7) "dar-lhes carinho" (S9) "dar-lhes carinho, afeições" (S10) "ter carinho, delicadeza" (S13) "é dar amor, afeto, carinho" (S15)	7
		<b>Respeitar a pessoa</b>	"saber entender a outra pessoa" (S2) "com todo o respeito" (S7) "ter respeito" (S13)	3
		<b>Comunicar com a pessoa</b>	"uma conversa" (S4) "conversar" (S5)	2
		<b>Fazer companhia</b>	"animá-los"; "fazer com que se sintam um bocadinho melhores." (S9) "dar atenção, fazer companhia" (S12)	2
		<b>Ser empático e paciente</b>	"colocar-nos no lugar da outra pessoa" (S2) "ter muita paciência" (S2) "é preciso ter muita paciência" (S8) "compreender" (S13)	4
		<b>Dar apoio</b>	"dar apoio" (S2) "precisa do nosso apoio" (S7)	2
		<b>Satisfazer atividades instrumentais da vida diária</b>	<b>Limpar a casa</b>	"além da limpeza" (S4) "limpeza a casa" (S5)
	<b>Promover conforto e bem-estar/ qualidade de vida na pessoa</b>	<b>Proporcionar conforto</b>	"para que eles tenham uma boa qualidade de vida" (S1) "de modo a proporcionar bem-estar à outra pessoa." (S4) "é dar conforto" (S5)	7

			“é dar-lhes algum conforto” (S9) “dar-lhes o máximo de conforto” (S11) “ajudá-los em tudo até na solidão” (S12) “proporcionar-lhes bem-estar e um envelhecimento com qualidade” (S14)	
--	--	--	--	--

Destas várias componentes que integram as conceções sobre o cuidar, verifica-se que a mais mencionada é a perspetiva de cuidar enquanto relação afetiva (com 20 registos), seguindo-se a visão de cuidar enquanto intervenção que permite satisfazer as necessidades básicas da pessoa (14 registos).

Caldas (2004) refere que cuidar é bem mais do que um ato, é uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com a outra pessoa. Completando esta ideia o Ministério da Saúde (2008) afirma que cuidar é atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, servir, oferecer ao outro entre outros aspetos de modo a promover o bem-estar da pessoa cuidada (Gonçalves, 2018). Assim sendo, verifica-se que os resultados da análise da temática sobre o cuidar vão ao encontro do que os autores mencionam, pois, as cuidadoras referem ao longo da entrevista que cuidar é por exemplo “dar um afeto, um carinho” (S4), “saber entender a outra pessoa” (S2), “dar atenção, fazer companhia” (S12), “dar apoio” (S2), entre outros aspetos.

No estudo de Vieira et al. (2011), os cuidadores entrevistados consideraram o cuidado como técnica, interação, expressão de subjetividade e atitude, sendo algumas destas também consideradas no presente estudo (“além da higiene pessoal” (S4); “é dar amor, afeto, carinho” (S15); “dar atenção, fazer companhia” (S12); etc.). Para além destas conceções, Ferreira (2011) considera outra no seu estudo, o colocar-se no lugar do outro, que por sua vez também está evidenciada no estudo decorrente (por exemplo: “colocar-nos no lugar da outra pessoa” (S2)).

Os resultados aqui alcançados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Guerra et al. (2019), no qual sublinharam a pessoa idosa como merecedora de respeito, um ser com sabedoria, que precisa de afeto, cuidados e apresenta limitações físicas. Para além disto referem que cuidar é entendido como dar carinho/apoio, transmitir confiança, um bem essencial, cuidar do corpo, mente e coração e ainda, saber escutar. Consiste também em satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa tais como os cuidados de higiene

(fazer a barba), vestir/despir, levantar/deitar, posicionar, cuidados da alimentação/hidratação, entre outras, de modo aos idosos se encontrarem contentes/confortáveis (idem).

### 3.4 Motivações para cuidar de pessoas idosas: possíveis relações com a saúde e bem-estar dos cuidadores em contexto SAD

No sentido de concretizar o terceiro objetivo da investigação - Analisar possíveis relações entre as motivações para o cuidar de pessoas idosas em contexto SAD e saúde e bem-estar dos cuidadores – em função dos dados obtidos, foi possível elaborar uma matriz de análise sobre as motivações que levam estas cuidadoras a cuidar e manter-se no exercício das suas funções, tal como descritas na tabela 5.

Tabela 5: Matriz de análise da temática «Motivações para cuidar de pessoas idosas»

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de registo (recorte de evidências)</b>	<b>N</b>
<b>Motivos para cuidar</b>	<b>Gostar da área profissional/ realização profissional</b>	<b>Ter gosto no que se faz</b>	“gosto da área em que trabalho” (S1) “é uma coisa que eu gosto” (S2) “gosto muito do que faço” (S3) “é uma satisfação para mim fazer este trabalho” (S4) “Gosto de lidar com os idosos” (S5) “os idosos são mesmo aquilo que nós lhes fazemos” (S6) “tenho gosto no que faço.” (S7) “sinto-me realizada enquanto cuidadora” (S8) “gosto de cuidar de idosos” (S9) “outro tipo de motivação” (S11) “estou satisfeita com o trabalho que faço” (S12) “foi a profissão que eu escolhi” (S13) “sou formada nesta área” (S14)	15

			“100% realizada pessoalmente” (S15)	
	<b>Pelas boas condições de trabalho</b>	<b>Boas relações na equipa/direção e recursos materiais</b>	“temos as condições certas para podermos desempenhar a nossa função” (S1) “estou muito satisfeita com a entidade patronal” (S4) “gosto do meu local de trabalho” (S6) “não mudaria de local de trabalho” (S10) (S11) (S12) (S13) “mudaria de local de trabalho se estivesse mais perto” (S15)	8
	<b>Para retribuir carinho e/ou ser recompensado</b>	<b>Fazer o que esperamos que nos façam</b>	“para um dia também cuidarem de nós” (S1) “retribuir o carinho que os meus avós maternos me deram” (S2) “fazermos algo que a gente espera que alguém faça por nós.” (S3) “a gente não sabe o dia de amanhã” (S10)	4

Dos vários elementos que integram esta terceira temática, verifica-se que a subcategoria mais mencionada foi a que refere gostar da área profissional (15 registos), seguindo-se pelas boas condições de trabalho (8 registos) e por fim para retribuir carinho e/ou ser recompensado (4 registos). O gosto pela área profissional, traduz nos discursos das entrevistadas, o gosto pelo cuidar, e também, particularmente, pelo cuidar de pessoas idosas, como que sendo uma atitude de permanente envolvimento que faz parte do seu quotidiano. Neste sentido, vários têm sido os autores que consideram o cuidar do outro como uma dimensão intrínseca ao ser humano (Pereira e Antão, 2014; Sequeira, 2007).

Os resultados alcançados parecem também ir ao encontro dos obtidos por Ferreira (2012) que refere no seu estudo que a satisfação está inerente no ambiente profissional, sendo esse muito importante para a qualidade de vida dos cuidadores formais, tal como foi evidenciado no presente estudo, por exemplo “gosto da área em que trabalho” (S1), “é uma coisa que eu gosto” (S2), “gosto muito do que faço” (S3). Nesse mesmo estudo o autor evidencia que os cuidadores projetam o seu próprio futuro e o dos

seus familiares com o cuidado que prestam, tal como foi demonstrado acima (“para um dia também cuidarem de nós” (S1); “fazermos algo que a gente espera que alguém faça por nós.” (S3)).

Também Ferreira (2012) demonstra no seu estudo que os cuidadores formais que este entrevistou gostam de trabalhar com idosos por diversos motivos tais como o facto de terem cuidado de familiares proporcionou-lhes o gosto ao cuidado de idosos, por necessidade de trabalhar (sendo que ficaram a gostar deste tipo de trabalho), mas também pelo gosto pela profissão, tal como os cuidadores formais deste estudo enunciaram.

Ter boas condições de trabalho, boas relações na equipa/direção e recursos materiais é muito importante para que os cuidadores continuem motivados, como foi enunciado na tabela 5 acima, verifico que Margarido (2016) demonstra que ter bom ambiente laboral também foi enunciado pelos cuidadores do seu estudo. No entanto, apesar de serem menos cuidadores a referirem situações de mau ambiente laboral, também acontece quer no estudo de Margarido (2016) tal como no presente estudo, tendo sido referido apenas por quatro participantes onde esses afirmam “certas divergências que acontecem a nível hierárquico, as diferenças entre colegas”(S7), “Não gosto do ambiente” (S8), “às vezes são injustos, são para umas colegas o que não são para outras, às vezes vem mais da parte de cima não são justas com todas, às vezes são umas mais beneficiadas do que outras e depois há conflitos que podiam ser evitados” (S9) e “Mudaria de local de trabalho pela exaustão a nível de gestão de colaboradoras” (S14).

Gomes (2017), assim como Carvalho (2020) referem que a satisfação e a gratificação dos cuidadores estão bastante presentes nos cuidadores formais dos seus estudos, mantendo-os motivados a permanecer neste trabalho, assim como é enunciado neste estudo.

## CONCLUSÃO

Com o aumento da longevidade é expectável que vivamos numa sociedade envelhecida levando a uma série de implicações a que temos de dar resposta. Foi a percepção da importância desta problemática um dos motivos para o desenvolvimento da presente investigação, numa necessidade de refletir acerca do modo como agimos na relação com as pessoas idosas em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário. Para além disto, outro dos motivos foi a necessidade de conhecer a perspetiva de quem cuida (cuidadores formais), como se sentem, o que as motiva a permanecer no seu local de trabalho, se há ou não incidência de *burnout*, entre outros aspetos de modo que o conhecimento aqui produzido pudesse trazer contributos para o planeamento de ações de prevenção *burnout* sustentadas.

Neste estudo, à semelhança dos outros que têm sido publicados, verifica-se que ser cuidador formal (de idosos) é algo mais frequentemente atribuído ao universo feminino, sendo que aqui todas as entrevistadas são mulheres, para além disso casadas, com mais do que um filho, e na sua maioria com escolaridade inferior ao 12º ano, ainda que duas possuam a licenciatura em gerontologia. A maioria tem experiência profissional no cuidado a pessoas idosa em contexto de SAD há mais de 6 anos.

As conclusões aqui alcançadas, vêm reforçar a perspetiva de Manuel et al. (2020), que destacam a importância de formar os cuidadores formais, os quais, por vezes não têm qualquer conhecimento nesta área adquirindo apenas depois de começar a exercer funções. No presente estudo há também que salientar que a grande maioria das cuidadoras formais (n=13) não possuía formação antes de iniciarem as suas funções nesta área, pelo que será de extrema relevância as instituições investirem em ações de formação para que as cuidadoras adquiram conhecimentos acerca do trabalho que têm de desenvolver, como, entre outros aspetos.

Os contributos obtidos com a análise destes dados permitem de igual modo concluir, relativamente às dimensões de *burnout* nas cuidadoras formais a evidência de exaustão emocional, e ainda de baixa realização profissional, ainda que refiram encontrar-se satisfeitas com o seu trabalho. No que toca às conceções sobre o cuidar averigua-se que as cuidadoras formais possuem um leque alargado sobre o que é cuidar de pessoas idosas, pois estas consideram que o cuidar não é apenas a higiene, a

alimentação, o movimentar/mudar de posição a pessoa, entre outros aspetos, para a maioria cuidar é afeto/carinho, responsabilidade, respeitar a pessoa, comunicar, fazer companhia, ser empático, entre outros aspetos. No que concerne às motivações para cuidar de pessoas idosas este estudo revela que na sua grande maioria, as cuidadoras gostam da área profissional. Outro dos motivos é pelas condições de trabalho que lhes são dadas e por fim para retribuir o carinho e/ou ser recompensado.

À semelhança do que refere Meireles (2016) no seu estudo sobre *burnout* em cuidadores formais de pessoas idosas, os resultados aqui encontrados também sugerem a necessidade de intervenção neste grupo profissional, pelo desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dos trabalhadores e, concretamente na prevenção e combate ao Síndrome de *Burnout*.

No que diz respeito às limitações do estudo, salienta-se o facto dos participantes entrevistados serem em número reduzido (que se pretendia superior a 15), pelo que não há possibilidade de generalizar os resultados aqui encontrados para a população de cuidadores formais de pessoas idosas em contexto de SAD. Ainda assim, julga-se que a metodologia adotada, de índole qualitativa e com recurso à entrevista, bem como a seleção de duas instituições para implementar o estudo pôde contribuir para enriquecer a análise e discussão (não pretendendo, contudo, a comparação dos resultados entre ambas). Considera-se também como limitação, o facto de não terem sido explorados aspetos no discurso das entrevistadas no sentido de compreender e descrever, por exemplo, conceções sobre a sua própria saúde, na medida em que esse aprofundamento poderia ajudar a clarificar as relações estabelecidas entre o cuidar de pessoas idosas e a saúde e bem-estar destas cuidadoras formais.

Sugere-se a necessidade de continuar a trabalhar esta temática em pequenos e grandes grupos para compreender melhor esta problemática do *burnout*, devendo-se fazer mais estudos de modo a se poderem retirar mais conclusões acerca do mesmo. Para além disto sugere-se também um estudo relativamente às cuidadoras formais em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário devido ao facto de na maioria serem sempre do sexo feminino, de modo a tentar compreender o porquê de não existirem ou serem um número muito reduzido de cuidadores formais, será por se considerar utopicamente um trabalho para o sexo feminino?

Espera-se portanto, que em função dos procedimentos metodológicos tomados, e resultados alcançados seja possível produzir conhecimento que se espera útil no domínio do envelhecimento humano (para o cuidador formal e pessoa cuidada) e ainda projetar possíveis intervenções para/com os cuidadores formais de pessoas idosas em contexto SAD, potenciadoras da sua saúde e prevenção de *burnout*, bem como da melhoria da ação social no âmbito do envelhecimento, e cuidado à pessoa idosa que recorre a este serviço. Com a sua realização, a entidade patronal tal como a diretora de uma das instituições, mostraram-se satisfeitas com o trabalho, considerando importante investir nesta temática com as suas colaboradoras, o que levou à própria investigadora preparar uma sessão de esclarecimento sobre o *burnout*.



Bastos, M. (2014). *O Envelhecimento e o acolhimento humano num Hospital Público (Estudo de Caso no Serviço Neurologia do Centro Hospitalar de São João – Porto)* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18544/1/Tese%20completa%20Celeste%20Bastos.pdf>

Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal da pessoa idosa dependente no domicílio* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Na9cAh\\_DdnMJ:https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php%3Fid\\_ficheiro%3D24125%26codigo%3D629+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Na9cAh_DdnMJ:https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php%3Fid_ficheiro%3D24125%26codigo%3D629+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt)

Bezerra, I. e Cunha, F. (2016). Cuidando do cuidador: estratégias para prevenção da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde. *EFDeportes.com, Revista Digital* (215). <https://www.efdeportes.com/efd215/prevencao-de-burnout-em-profissionais-de-saude.htm>

Bison, R. A., Almeida, D. V., Santos, J. L., & Furegato, A. R. (2013). Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado. *Cultura de los Cuidados*, 17(37), p. 91. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35069/1/Cult\\_Cuid\\_37\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35069/1/Cult_Cuid_37_09.pdf)

Boehs, A. & Patrício, Z. (1990, abril). O que é este “cuidar/cuidado”? (Uma abordagem inicial). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 24(1), p. 111. <https://www.scielo.br/j/reensp/a/CtCNLXNMXJW9YL99r3CRr8J/?lang=pt&format=pdf>

Bonfim, C. & Veiga, C. (1996). Serviços de apoio domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento). <http://www.seg->

[social.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o\\_apoio\\_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a](https://social.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a)

Boni, V. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), 68-80.

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>

Born, T. (2006, novembro). Instituto Nacional de Emergência Médica. Seminário Velhice Fragilizada, SESC. [https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidadores-](https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidadores-idosos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%282%29.pdf)

[idosos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%282%29.pdf](https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidadores-idosos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%282%29.pdf)

[idosos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%282%29.pdf](https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidadores-idosos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%282%29.pdf)

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal (Usos do tempo, redes sociais e condições de vida) [PDF]. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>

<https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>

Caldas, C. (2004). Aspectos Éticos: Considerando as Necessidades da Pessoa Idosa. In Saldanha, A., & Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Interciência.

Cândido, J. & Souza, L. (2017, 28, janeiro). Síndrome de burnout: as novas formas de trabalho que adoecem. *Psicologia*, 1-7.

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1054.pdf>

Cardoso, A. (2015). *“Cuidar para Apessoar”*: Proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Respostas Sociais para a População Idosa (Dissertação de

Mestrado, ISCTE– Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do IESCTE-IUL.  
<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/10941>

Carlotto, M. & Câmara, S. (2008, abril-junho). Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. *Psico*, 39(2), 152-158.  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>

Carneiro, R., Chaus, F., Soares, C., Fialho, J., Sacadura, M. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade.  
[http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)

Carvalho, B. (2020). *Burnout, Qualidade de vida e Satisfação com o trabalho no Cuidador formal: Um estudo exploratório sobre fatores individuais e contextuais* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do IESCTE-IUL. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/22193/1/master\\_bruna\\_pinheiro\\_carvalho.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/22193/1/master_bruna_pinheiro_carvalho.pdf)

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011, abril/junho). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), p. 307.  
[https://www.researchgate.net/publication/273715430\\_Cuidar\\_de\\_idosos\\_institucionalizados\\_caracteristicas\\_e\\_dificuldades\\_dos\\_cuidadores](https://www.researchgate.net/publication/273715430_Cuidar_de_idosos_institucionalizados_caracteristicas_e_dificuldades_dos_cuidadores)

Costa, D. (2017). *Cuidadores formais de idosos: burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa).  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33348/1/ulfpie052878\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33348/1/ulfpie052878_tm_tese.pdf)

Costa, S. (2002). Gestão de pessoas em instituições do terceiro sector: Uma reflexão necessária. *Terra e Cultura*, 35, 57-58. Obtido em [https://web.unifil.br/docs/revista\\_eletronica/terra\\_cultura/35/Terra%20e%20Cultura35-4.pdf](https://web.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/35/Terra%20e%20Cultura35-4.pdf)

Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. (2nd ed.). Almedina.

Diniz, M., Melo, B., Neri, K., Casemiro, F., Figueiredo, L., Gaioli, C. & Gratão, A. (2018, novembro). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), p. 3790. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n11/3789-3798/pt>

Fernandes, A. F. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, Família, e Políticas Sociais em Portugal*. Celta Editora.

Ferreira, F. (2018). *O burnout em Cuidadores Formais de idosos: um estudo de caso numa IPSS do Porto* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25426/1/O%20burnout%20em%20cuidadores%20formais%20de%20idosos.pdf>

Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Bragança). Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%3a7%3a3a3o%20%20Ser%20cuidador....pdf>

Ferreira, R. (2014). *A criação de um serviço de apoio domiciliário no combate ao reatamento social dos mais velhos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Repositório Comum,

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6949/1/Disserta%20em%20PDF.pdf>

Flatt, T. (2012). A New Definition of Aging?. *PubMed*, 148(3), 1-2.  
[https://www.researchgate.net/publication/230769686 A New Definition of Aging](https://www.researchgate.net/publication/230769686_A_New_Definition_of_Aging)

Garatachea, N., Galeano, H., Gomar, F., Lozano, A., Fiuza, C., Morán, M., Emanuele, E., ... Lucia, A. (2015, fevereiro, 1). Exercise Attenuates the Major Hallmarks of Aging. *Rejuvenation Research*, 18(1).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340807/>

Georganta, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2014, 24, julho). Talking behind their backs: negative gossip and burnout in hospitals. *Burnout Research*, 1, 76-77.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000242>

Gomes, E. (2017). *Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Repositório Comum.  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18627/1/Emilia%20Marlene%20dos%20Santos%20Gomes.pdf>

Gonçalves, J. (2018). *Manual do cuidador*. **Erro! A referência da hiperligação não é válida.**

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019, 11, julho). Cuidadores formais de idosos Institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e desenvolvimento*, 27, p. 292.  
<https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/385>

Grilo, E. (2005). *A outra face do cuidar (Um estudo qualitativo de quem cuida de familiares com grande dependência)* (Tese de Mestrado, Universidade Aberta). Repositório

Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.  
<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/358/1/Tese.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). Projeções de População Residente 2015-2080.

[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jLXIDfmtlDoJ:https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D289229688%26att\\_display%3Dn%26att\\_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jLXIDfmtlDoJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D289229688%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt)

Instituto da Segurança Social (2011). *Manual de processos-chave – serviço de apoio domiciliário*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13866/gqrs\\_apoio\\_domiciliario\\_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13866/gqrs_apoio_domiciliario_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f)

Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Linares, & Martín, A. (2018, 20, abril). Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Frontiers in Psychology, 9*(424),1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29731725/>

Lima, M. (2016). *Envelhecimento Ativo e com Sentido*. In H. Firmino, M. Simões e J. Cerejeira (coord.). *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. (p.3-18). Lidel.

Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In Repositório da Universidade do Algarve. Editora, Universidade do Algarve. *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp.96-97). [https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14868/1/Envelhecimento\\_EBook-p%3%a1ginas-87-102.pdf](https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14868/1/Envelhecimento_EBook-p%3%a1ginas-87-102.pdf)

Margarido, A. (2016). *O cuidador formal de idosos: vivência, experiência de burnout e sobrecarga no desempenho da profissão* (Dissertação de Mestrado, Universidade

de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa.  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29490/1/ulfpie051921\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29490/1/ulfpie051921_tm.pdf)

Marinho, H. (2013). *Serviço de Apoio Domiciliário: Práticas e dinâmicas na ótica do utente* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto). Repositório Comum.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29499/1/Servi%C3%A7o%20de%20Apoio%20Domicili%C3%A1rio\\_pr%C3%A1ticas%20e%20din%C3%A2micas%20na%20%C3%B3tica%20do%20utente.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29499/1/Servi%C3%A7o%20de%20Apoio%20Domicili%C3%A1rio_pr%C3%A1ticas%20e%20din%C3%A2micas%20na%20%C3%B3tica%20do%20utente.pdf)

Martins, C. (2017). *Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: causas, consequências, prevenção e tratamento* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Repositório Digital da UBI.

[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8106/1/5527\\_11239.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8106/1/5527_11239.pdf)

Martins, S. (2016). *Burnout e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens Quantitativa e Qualitativa* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa.

[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29463/1/ulfpie051423\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29463/1/ulfpie051423_tm_tese.pdf)

Meireles, S. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais de Idosos* (Dissertação de Mestrado Escola Superior de Saúde de Bragança). Biblioteca Digital do IPB.

[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Meireles\\_Sandra.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Meireles_Sandra.pdf)

Mendanha, M., Bernardes, P. & Shiozawa, P. (2018). *Desvendando o burn-out – Uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional*.

<http://www.ltr.com.br/loja/folheie/6078.pdf>

Ministério da Saúde (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_m anual\\_procedimentos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_m anual_procedimentos.pdf)

Ministério da Saúde. (2008). *Guia prático do Cuidador*.  
[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)

Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2 – 11.  
[https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/14680/1/ART\\_Ant%c3%b3nioMarques\\_2014.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/14680/1/ART_Ant%c3%b3nioMarques_2014.pdf)

Morais, J. (2019). *Burnout em cuidadores formais em adultos idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra). Repositório Científico da UC.  
[https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94954/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Joana\\_Temudo\\_Morais.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94954/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Joana_Temudo_Morais.pdf)

Núncio, M., & Rocha, C. (2019). *Os meus pais estão a envelhecer como apoiar no dia a dia*. Porto Editora.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia*. Lidel.

Pêgo, F. & Pêgo, D. (2016). Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14(2), 172.  
<https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n2a15.pdf>

Pereira, F. & Antão, C. (2014). Conceito de cuidado gerontológico prestado por gerontólogos profissionais. *Internacional Journal of Development and Educational Psychology*, 1(2), 53.  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9753/3/conceito%20gerontol%C3%B3gico.pdf>

Pinto, I., Campos, C., & Siqueira, C. (2018). Investigação qualitativa: perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (14), 30-34.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/apn/n14/n14a06.pdf?fbclid=IwAR1Rg28TIsVp3HtQCgWz6ckMdt9OcBP3b6CPNZaFfeJbKYwp92aOR4vc>

PORDATA. (2018). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos*.  
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2020a). *Índice de envelhecimento*.

<https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>

PORDATA. (2020b). *Índice de envelhecimento*.

<https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>

Programa de Integralidade. (2014). Manual para cuidadores de idosos.  
<http://www.iamspe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Manual-cuidadores.pdf>

Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. & Cantarino, S. (2016, julho, agosto, setembro). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 85-87.  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a10.pdf>

Ribeiro, E. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência, olhares pesquisas em saberes educacionais*, 4, 129-148.  
[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia\\_artigos/tecnica\\_coleta\\_dados.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf)

Ribeiro, M. Ferreira, R. Ferreira, E. Magalhães, C. & Moreira, A. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência Saúde Colet. Do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG.* 13(4).  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/fPzczYzWFt3YkVpxqB6hS/?lang=pt>

Rosa, M. (2016). *O envelhecimento da população portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, F., Andrade, V., Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722009000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100002)

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.

Silva, E. (2011). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 8 (1), 77-99.  
<http://journals.openedition.org/ras/740#quotation>

Silva, J. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais* (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional Fernando Pessoa.  
<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5321/1/Tese.pdf>

Sousa, R. (2009). *Envelhecimento da população portuguesa: algumas decorrências económicas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa.  
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1728/1/TESE%20-%20RUI%20SOUSA%20%2002-2010.pdf>

- Souza, L., Carvalho, P. & Ferreira, M. (2018). Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: a systematic review. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(3), 1615-1623. <https://www.researchgate.net/publication/328163806> Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people A systematic review
- Thiry-Cherques, H. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, 3, 20-21. [http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf)
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A. & Cesari, M. (2007, fevereiro). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *PubMed* 2(3), 401-404. <https://www.researchgate.net/publication/5804077> The aging process and potential interventions to extend life expectancy
- Trigo, T., Teng, C., & Halak, J. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(5) 223-233. <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>
- Vaz, C., Rodrigues, M., Loureiro, A., Barbosa, I., & Antunes, P. (2009). *Técnicas de recolha de dados em investigação qualitativa – uso das TIC*. Poster presented at the XI SIEE'09 – International Symposium on Computers in Education, University of Coimbra – Portugal, 18 to 20 Nov. 2009.
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Repositório Científico da UC. [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%20de%20Mestrado\\_Ana%20Veloso.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf)

Vicente, C. & Oliveira, R. (2015). *Burnout* em cuidadores formais de idosos e doentes crónicos – atualidades. *Psychology, community & health*, 4(3), 132-144.  
<https://psycharchives.org/handle/20.500.12034/1920>

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M., & Moreira, T. (2011, 16, junho). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 351-354.  
<https://cdn.publisher.gn1.link/remex.org.br/pdf/v15n3a06.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health – 65 years and above*. Geneva: World Health Organization.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305060/>

Yildizhan E, Ören N, Erdoğan A, Bal F. (2019). The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer's Disease. *Community Ment Health J.* Feb, 55(2), 304-10.

## **ANEXOS**

### **Anexo A- Guião de entrevista**

#### **Guião de Entrevista**

O guião da presente entrevista surge no âmbito do trabalho de mestrado “*Burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário” e encontra-se estruturado em três partes: a 1ª engloba questões relacionadas com caracterização sociodemográfica dos/as participantes; a 2ª onde se apresentam questões relativas à satisfação para com a atividade profissional e relação com o cuidar; e a 3ª, com questões relacionadas com o *Burnout* no cuidador formal, incluindo-se aqui questões que pretendem explorar o *Burnout* pessoa, o *Burnout* laboral e o *Burnout* relacionado com o utente.

Sempre que necessário, as questões serão reformuladas pela investigadora e adaptadas ao grau de compreensão do entrevistado em cada momento.

#### **1ª Parte: Elementos de caracterização sociodemográfica**

- 1.1. Idade**
- 1.2. Sexo**
- 1.3. Estado civil**
- 1.4. Habilitações literárias**
- 1.5. Tem filhos? (se sim, quantos? E com que idade(s)?)**
- 1.6. Função atual na instituição**
- 1.7. Há quanto tempo trabalha no cuidado a pessoas idosas?**
- 1.8. Trabalha no setor Público ou Privado?**
- 1.9. Trabalha em horário fixo ou por turnos?**
- 1.10. Quantas horas trabalho realiza por semana?**
- 1.11. Na instituição onde trabalha houve algum surto de COVID-19?**

#### **2ª Parte: Satisfação para com a atividade profissional e relação com o cuidar**

##### **2.1 - Sente-se realizado pessoalmente enquanto cuidador/a formal? Porquê?**

**2.2 Se tivesse possibilidade de mudar deixaria o seu local de trabalho atual, ou mudaria de profissão? Porquê?**

**2.3 O que significa para si cuidar de pessoas idosas?**

**3ª Parte – *Burnout* no Cuidador Formal**

#### ***Burnout* Pessoal**

**3.1. Já lhe aconteceu sentir-se exausto/a fisicamente? Se sim, com que frequência isso acontece e porque motivo acontece?**

**3.2. Já alguma vez pensou “*não aguento mais isto*”? Porquê?**

**3.3. Alguma vez se sentiu frágil ou sentiu estar a ficar doente fisicamente e/ou psicologicamente? Se sim, porque é que isso aconteceu?**

**3.4. Sente-se sob pressão ou stress? Porquê?**

#### ***Burnout* Laboral**

**3.5. O seu trabalho provoca-lhe algum desgaste a nível emocional?**

**3.6. Ao chegar ao fim de um dia de trabalho sente-se esgotado/a devido ao seu trabalho?**

**3.7. Alguma vez sentiu frustração em relação ao seu trabalho? Porquê?**

**3.8. Antes de iniciar o seu dia a dia, alguma vez sentiu receio ou exaustão por ter que enfrentar mais um dia de trabalho?**

**3.9. Durante o tempo de lazer como se sente? Tem tempo para a sua família e/ou amigos?**

***Burnout relacionado com o utente***

**3.10. No seu quotidiano, sente alguma dificuldade na prestação de cuidados a pessoas idosas? Porquê? E se sim, quais as principais dificuldades?**

**3.11. Alguma vez sentiu frustração no trabalho com os utentes que cuida? Porquê?**

**3.12. Alguma vez sentiu cansaço e/ou stresse ao cuidar pessoas idosas?**

**3.12.1. Se sim, alguma vez se questionou por quanto tempo irá conseguir realizar este trabalho? Porquê?**

**Anexo B – Pedido de autorização à Comissão de Ética do IPC**



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
**PARECER N.º 73 CEIPC/2021**

Estando salvaguardados os pressupostos éticos relacionados com a investigação, de acordo com o disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, nada tenho a opor quanto ao desenvolvimento do referido projeto.

**DECISÃO: DEFERIDO por UNANIMIDADE, em reunião do dia 12 de maio de 2021**

**O/A Relator/a:** Carla Matos Silva

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carla Matos Silva'.

**O/A Presidente da CEIPC:**

Assinado por: **SÓNIA MARIA DE BRITO COSTA**  
Num. de Identificação: B110336629  
Data: 2021.05.14 10:23:32+01'00'



### **Anexo C- Pedido de autorização às Instituições**

Ex.mo/a Sr./a Presidente/ Diretor/a Técnico/a da Instituição,

No âmbito do Curso de Mestrado de Gerontologia Social que me encontro a realizar na Escola Superior de Educação de Coimbra, eu Fábria Marguerita Almeida Melo, residente no Couço de Mouraz (Tondela), venho estabelecer este contacto solicitando autorização para que os/as cuidadores/as formais da vossa instituição possam participar no estudo de investigação “*Burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário”.

O principal objetivo deste trabalho, realizado sob orientação da Professora Ana Frias (da Escola Superior de Educação) é: analisar o *burnout* nos Cuidadores Formais em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário. Contempla a realização de uma entrevista semi-estruturada a aplicar a cuidadores formais das equipas SAD pela própria investigadora. O estudo garante a salvaguarda de todos os princípios éticos e deontológicos, sendo que os dados apenas serão trabalhados no contexto académico e apenas irão integrar o estudo profissionais que pretendam livremente participar nele, assinando o termo de consentimento informado.

Após autorização para realização do estudo, o contacto com os cuidadores formais será feito à distância, iniciando com uma chamada telefónica, para agendar uma breve sessão de apresentação do estudo aos/às cuidadores/as e agendamento das entrevistas em função das suas disponibilidades e preferências, respeitando assim as regras impostas pela presente pandemia COVID-19.

Desde já agradeço a melhor atenção prestada e aguardo resposta, com a expectativa que possa ser favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Fábria Melo

## Anexo D- Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM RECOLHA DE DADOS

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** *Burnout* nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário

**Enquadramento e explicação do estudo:** O presente estudo insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Intervenção/Estágio ou Investigação Aplicada, do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC), tendo como investigadora a Mestranda Fábica Melo e como orientadora responsável a Docente Ana Frias (da ESEC). Reconhecendo que as profissões que têm como alvo de cuidados a pessoa idosa, se deparam com diferentes exigências que têm impacto no seu envolvimento emocional e geram tensão nos cuidadores encontrando-se, conseqüentemente, em risco de vivenciar a síndrome de *burnout* (Monteiro et al, 2014), este estudo tem como principais objetivos são: 1) analisar possíveis dimensões de *burnout* nos cuidadores formais de pessoas idosas em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); 2) analisar as conceções dos cuidadores formais sobre o cuidar de pessoas idosas; e 3) compreender as relações estabelecidas entre o cuidar de pessoas idosas e a saúde e bem-estar de cuidadores formais em contexto SAD.

Para tal prevê a realização de uma entrevista a funcionários/as de equipas SAD, prestadores de cuidados diretos a pessoas idosas, que aceitem voluntariamente participar nele. Esta permitirá recolher dados sobre as vivências dos/as cuidadores/as formais na prestação de cuidados a pessoas idosas, de forma a analisar possíveis situações de *burnout* nestes profissionais. O tempo previsto para a sua realização é de aproximadamente 30 minutos, podendo ser realizada no dia e hora mais conveniente ao participante, através do meio de telefone.

**Condições:** A sua participação é de carácter voluntário, com total ausência de custos e prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Durante o projeto, a qualquer momento, poderá recusar participar, sem que daí resultem quaisquer constrangimentos.

**Confidencialidade e anonimato:** Esta entrevista será confidencial e os dados recolhidos serão apenas para analisar em contexto académico, garantindo-se o anonimato.

Desde já, agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

A Mestranda: Fábica Melo (Escola Superior de Educação de Coimbra, [fabiamarguerita10@gmail.com](mailto:fabiamarguerita10@gmail.com))

**Assinatura:** ... ..

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar nesta entrevista sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar nesta entrevista e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, e que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são apresentadas.*

Assinatura/Rúbrica: ... ..

Data: ..... /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo E- Matriz de análise da temática «Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais»

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo (recorte de evidências)	N
<b>1. Exaustão emocional</b>	- Evidências de exaustão emocional no discurso dos cuidadores	- Sensação de fragilidade psicológica (por vezes)	<p>“Nós estamos a trabalhar com idosos e há dias que eles também não estão bem e isso acaba por nos atingir de certa forma, mas são poucas as vezes que acontecem.”; “há dias em que estamos mais em baixo, penso que seja normal.” (S3)</p> <p>“Fico triste quando os utentes se queixam “o que é que estou aqui a fazer.” (S4)</p> <p>“É um trabalho um pouco extenuante, mexe um bocado com as nossas emoções.” (S5)</p> <p>“Deparamos nos com muitas situações e emocio-no-me.” (S6)</p> <p>“Pelas injustiças que há no trabalho.”; “há momentos em que uma pessoa se desfaz em lágrimas.” (S7)</p> <p>“Estou a viver o meu amanhã. Fico triste, mexe comigo o encontrar um utente morto, doente, sinto-me revoltada do porquê de termos de chegar a estes pontos”. (S8)</p> <p>“Às vezes uma pessoa sente-se mais frágil”; “se eu vejo que alguém está mal também me afeta muito.” (S9)</p> <p>“às vezes sim, só apetece não ir trabalhar”; “uma pessoa tem pena quando um idoso adoecer” (S10)</p>	13

			<p>“Exaustão maior parte psicológica”; “quando eles estão em baixo a gente também fica em baixo” (S11)</p> <p>“Ui tanta vez, mas agora menos” (S12)</p> <p>“eu já estive mal psicologicamente” (S13)</p> <p>“exaustão é mais psicológica lido com muitas situações dos idosos a nível familiar que quer queiramos quer não, nos transtorna.”;</p> <p>“quando não conseguimos corresponder às necessidades transtorna bastante. (S14)</p> <p>“Às vezes provoca por ver certas situações em casa de certos idosos” (S15)</p>	
		- Medo de enfrentar mais um dia de trabalho	<p>“Quando já estamos a trabalhar há quatro/cinco dias seguidos para podermos folgar um dia” (S5)</p> <p>“Vou a sair de casa e vou-me a questionar “será que vou conseguir?” (S8)</p> <p>“Às vezes a gente sente isso um bocadinho” (S9)</p> <p>“Já senti algum receio e exaustão, teve haver com outros motivos, com a mudança” (S11)</p> <p>“Sinto por causa de poder a não conseguir corresponder às necessidades ” (S14)</p>	5
		- Sensação de cansaço físico frequente	<p>“sinto-me exausta com muita frequência.” (S5)</p> <p>“isso acontece algumas vezes”; “é muito trabalho, acabamos</p>	10

			<p>muito cansadas e muitos dias a trabalhar sem folgas” (S6)</p> <p>“subcarga do trabalho”;</p> <p>“O facto de termos x tempo para cada utente por vezes provoca um pouco de stress e cansaço” (S7)</p> <p>“No trabalho sinto-me exausta, andamos sempre a correr, mal temos tempo para os idosos.” (S8)</p> <p>“Às vezes uma pessoa sente-se mais fraca”;</p> <p>“temos fases que que nos sentimos mais cansados” (S9)</p> <p>“isso acontece algumas vezes, às vezes a gente vê coisas que não deve e o trabalho em si também provoca alguma exaustão física” (S10)</p> <p>“há situações que nos levam a uma exaustão física” (S11)</p> <p>“se trabalhar 4 dias seguidos com o mesmo horário uma pessoa no terceiro quarto dia anda exausta”; “Há dias que sim porque o trabalho assim o exige, o trabalhar muitos dias seguidos e poucas folgas” (S12)</p> <p>“neste momento estava muito cansada porque já não tinha férias há muito tempo” (S13)</p>	
--	--	--	--	--

			<p>“Há dias que sim principalmente com este calor, quando faço muitos dias seguidos sem folgas e assim, sim acabo por me sentir esgotada, isto exige muito de nós.” (S15)</p>	
		- dificuldade em fazer mais	<p>“Fico frustrada por não conseguir realizar o serviço como pretendia” (S3)</p> <p>“vemo-los de tal maneira a sofrer e sentimo-nos impotentes” (S5)</p> <p>“às vezes temos de lidar com situações às quais não temos resposta e temos de dar o máximo de nós para resolver a situação” (S14)</p>	3
	- Referem ter apresentado em épocas anteriores mas não agora		<p>“Às vezes, um bocadinho, porque sou uma pessoa que não consigo (...) desligar (...) casa trabalho e vice-versa serem coisas distintas, mas também quando estamos a tratar do idoso e lhe acontece alguma coisa, misturo muito essa parte emocional.”. (S1)</p>	1

<b>2. Despersonalização</b>	- Assumem afastamento afetivo para com utentes e/ou familiares	- Afastamento afetivo em relação à família	“há situações que sim, são situações bastante delicadas que envolvem conflitos familiares, que infelizmente nos levam no meio da corrente”; “Cansaço físico não, psicológico sim e o stress sim, mas não diretamente com o idoso, mas sim com os familiares.” (S14)	1
	- Ausência de manifestações de insensibilidade e/ou afastamento afetivo	- sensação de conseguir tratar bem os utentes	“sou incapaz de vir para casa com uma dúvida, venho para casa sabendo que tudo o que fiz está bem feito” (S4) “gosto de sair bem comigo sabendo que os deixei bem” (S6) “tenho que ter a noção de que fiz as coisas bem feitas, vale mais perder um bocadinho de tempo e sair com a consciência tranquila e eles ficam agradecidos e confortáveis” (S7) “sinto-me à vontade com o cuidado que presto” (S12) “Sinto-me à vontade com o que faço, faço o melhor que sei” (S15)	5
		- não é insensível e consegue gerir o trabalho vs vida pessoal	“tento gerir bem a minha saúde tanto física como psicológica. Por vezes venho para casa e fico incomodada caso algum idoso cai ou assim, mas não devemos misturar as coisas.” (S2) “mas não podemos mostrar isso nem nos deixar ir abaixo.” (S10)	2
<b>3. Baixa realização profissional</b>	- menor envolvimento no trabalho	- sentimentos de frustração	“falta de estar com a família, trabalharmos com muitas mulheres, há muitos conflitos internos,	6

			<p>há muitas coisas que nos desmotivam, é um trabalho muito instável.”; “Frustra-me um bocado o não ter tempo como gostaria para cada utente” (S5)</p> <p>“às vezes uma pessoa quer falar, quer esclarecer certas situações e as pessoas não nos dão espaço para isso.” (S7)</p> <p>“é muito trabalho para pouco tempo, às vezes notamos que eles precisavam de um pouco mais de tempo”; “por causa dos conflitos, confusões entre colegas, as diferenças que vêm de cima de como tratam as pessoas, o facto de beneficiarem mais umas do que outras” (S9)</p> <p>“temos muito trabalho em pouco tempo” (S10)</p> <p>“às vezes temos de lidar com situações às quais não temos resposta”; “queremos implementar novas ideias que nos surgem e por vezes não há a</p>
--	--	--	--

			<p>recetividade que nós gostaríamos.” (S14)</p> <p>“Há dias que a gente tem que andar a correr, sob pressão, às vezes sinto que não há tempo necessário para cada um, é um trabalho que depende de uns para os outros”; “Às vezes fico frustrada fico se vejo que há um utente que passou mal tenho que chamar o INEM, já me atraso aí, já atraso todos os outros.” (S15)</p>	
		- sentimento de ser necessário mudar de contexto profissional/ pondera mudar	<p>“é um trabalho que requer esforço físico, alguns utentes são pesados, temos de os movimentar, o nosso corpo acaba por se ressentir, tenho 50 anos penso quanto tempo mais aguento” (S5)</p> <p>“se pudesse mudar mudaria outra vez para as crianças porque prefiro trabalhar com esse público-alvo” (S11)</p>	2

Tabela 3: Matriz de análise da temática «Dimensões de *burnout* nos cuidadores formais»