



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação
Escola Superior de Saúde de Portalegre

TRABALHAR COM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS

Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia e Saúde

Daniela Alexandra Antunes Chambel
Orientador: Professor Doutor António Calha

Abril 2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação
Escola Superior de Saúde de Portalegre

TRABALHAR COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais

Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia e Saúde

Orientador: Professor Doutor António Calha
Daniela Alexandra Antunes Chambel

Abril 2016

A cada um, peço que se centre nas forças da vida, na mobilização dos recursos vitais, respeitando o indivíduo e a humanidade para promover os cuidados e promover a vida.

Collière

ABREVIATURAS

MBI – *Malash Burnout Inventory*

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

IE – Inteligência Emocional

SB – Síndrome de *Burnout*

EC – Realização Pessoal

PA – Perceção de Auto – Eficácia

RI – Relacionamento Interpessoal

RP – Realização Pessoal

EC – Expetativas face ao Cuidar

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

AVD´S – Atividades Instrumentais de Vida Diária

UWES - *Utrecht work engagement scale*

CD – Centro de Dia

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

AGRADECIMENTOS

Dirijo um sincero agradecimento a quem me acompanhou nesta importante etapa do meu percurso académico, reconhecendo a estes os seus contributos para esta dissertação e para o meu enriquecimento académico e pessoal.

Ao Professor António Calha pela disponibilidade, prontidão em aceitar ser meu orientador, rigor e profissionalismo ímpares, pela escuta atenta das dúvidas e dificuldades, pelas orientações proporcionadas e por incentivar o espírito crítico tão essencial na busca do conhecimento.

Às instituições pela total disponibilidade e colaboração, tornando possível a recolha de dados. A todos os participantes deste estudo, um obrigado imensurável, por terem aceite participar, fazendo-o com singular envolvimento.

À Ana Rosa, minha colega de trabalho, minha amiga e minha chefe, pela compreensão e flexibilidade nos horários para que pudesse tornar esta jornada mais proveitosa e facilmente transponível.

Ao Paulo, meu companheiro de todas as horas pela cumplicidade e amor incondicional ao longo destes 6 anos, sobretudo, nesta etapa. Por ser o meu grande apoio em todos os momentos e por me fazer acreditar, sempre, que sou capaz.

Aos meus amigos e companheiros de curso, em especial à Tânia Militão por ter tornado estes dois anos tão especiais, pois sem ela esta etapa não teria o mesmo sentido.

A toda a minha família. Em especial há minha mãe e irmã, ao meu pai que independentemente de já não estar entre nós me deu boas bases que me permitiram voar e colher variadas e enormes aprendizagens, e porque me fazem sentir sempre apoiada, amada, valorizada e, sobretudo, feliz. A todos, o meu sincero agradecimento.

Resumo

O envelhecimento da população exige uma melhoria dos cuidados prestados aos idosos, desempenhando os cuidadores formais um papel fundamental. Os riscos psicossociais associados a esta atividade têm sido merecedores de vários estudos nesta matéria. Esta investigação têm como objetivo determinar a existência de sobrecarga nos cuidadores formais e qual a sua relação com a satisfação profissional, nível de burnout, empatia e bem-estar no trabalho. Este estudo incidiu sobre uma amostra composta por 52 cuidadores formais de idosos de duas instituições distintas do distrito de Portalegre. A análise dos dados recolhidos baseou-se numa primeira instância na aplicação de testes não paramétricos, com recurso aos testes Mann Whitney e Krushkal Wallis e posteriormente à análise de correlação bivariada entre as varáveis consideradas na investigação.

Os resultados obtidos apontam para a existência de níveis baixos de sobrecarga e de burnout. No que diz respeito à empatia com os utentes e ao nível de satisfação no trabalho os resultados evidenciam níveis elevados nestas dimensões.

PALAVRAS – CHAVE: Sobrecarga; Burnout; Empatia; Satisfação no Trabalho; Bem-Estar no Trabalho; Cuidadores formais de idosos.

Abstract

An aging population requires improvement in care for the elderly, performing formal caregivers a key role. Psychosocial risks associated with this activity have been deserving of several studies on this matter. The results of this research aim to determine the existence of overload in formal caregivers and what is its relationship with job satisfaction, burnout level, empathy and well-being at work. This study focused on a sample of 52 formal caregivers of the elderly in two different institutions of the Portalegre district. The methodology was based in the first instance in the application of non-parametric tests between variables, using the Mann Whitney and Krushkal Wallis tests and after the analysis of bivariate correlation between the variables considered in the investigation. They met light levels and overload moderators and low levels of burnout, translated into high level of empathy and professional job satisfaction.

KEYWORDS: Overload; Burnout; Empathy; Job Satisfaction; Wellness at Work; Formal caregivers of elderly.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1 Definição de conceitos chave.....	11
1.1.1 Envelhecimento da sociedade moderna	11
1.1.2 Envelhecimento demográfico em Portugal.....	15
2. RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS	6
2.1 Tipologia de respostas sociais para idosos	9
2.2.1 Da dependência à institucionalização	11
2.2.2 Complexidade das organizações/instituições	13
3. A ARTE DE CUIDAR.....	16
3.1 O cuidador formal	16
3.1.1 Burnout causa ou efeito da sobrecarga.....	21
3.2 Fatores que influenciam o desempenho dos cuidadores	23
3.3 Causas de satisfação profissional	25
4. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	27
4.1 Objetivos	27
4.2 Hipóteses de investigação.....	28
4.3 Opções metodológicas	29
4.4 Escolha e caracterização das instituições onde decorreu a recolha de dados	31
4.5 Instrumento de recolha de dados	32
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
Apêndice I.....	89
Apêndice II.....	90
Apêndice II.....	91

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolução da População Residente em Portugal desde 1981 a 2011. Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.	4
Figura 2: Evolução de respostas sociais entre 1998-2010. Fonte: Carta Social (2011).	8
Figura 3: Modelo de Análise das variáveis em interação na relação de prestação de Cuidados. Fonte: Adaptado de (Sequeira, 2010). Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental.	18
Figura 4: Construção do Modelo de Análise da Investigação. Fonte: Elaboração Própria	29
Figura 5: Média de respostas obtida em cada dimensão da Escala de Zarit	44
Figura 6: Média de respostas obtida em cada dimensão do Questionário de Malash Burnout Inventory	57
Figura 7: Nível médio de sobrecarga obtido para cada dimensão do Questionário de Satisfação no Trabalho e nível médio de Satisfação Total	63

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Os países mais envelhecidos do mundo.....	2
Tabela 2 - Síntese das Projeções da População Residente 2000-2050 (Cenário Base).....	5
Tabela 3 - Caraterização da instituição I	31
Tabela 4 -Caraterização da instituição II	31
Tabela 5 - Caraterização da amostra relativamente à idade	36
Tabela 6 - Caraterísticas Sociodemográficas.....	37
Tabela 7 - Caraterização relativamente ao nº de filhos e à existência de pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	38
Tabela 8 - Caraterísticas Socioprofissionais	39
Tabela 9 - Caraterísticas relativamente á Realização profissional, Classificação do cansaço no trabalho e Grau de Satisfação com a Organização.....	41
Tabela 10 - Caraterização da amostra relativamente á questão “Há quanto tempo fez férias pela última vez?”	41
Tabela 11 - Caraterização da amostra relativamente á questão “Se pudesse mudava de profissão?”	42
Tabela 12 - Sentimento relativo ao trabalho.....	42
Tabela 13 - Inteligência Emocional.....	43
Tabela 14 - Sobrecarga	44
Tabela 15 - Distribuição do Nível de Sobrecarga por Instituições	45
Tabela 16 - Classificação dos Níveis de Sobrecarga do Cuidador.....	46
Tabela 17 - Relação entre o nível de sobrecarga e o número de pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	46
Tabela 18 - Nível médio de sobrecarga por grupos etários	47
Tabela 19 - Relação entre o nível de sobrecarga e o género.....	47
Tabela 20 - Relação entre o nível de sobrecarga e o tempo de prestação de cuidados	48
Tabela 21 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout relacionado c/utente percecionado pelos cuidadores	50
Tabela 22 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout Pessoal percecionado pelos cuidadores	51

<i>Tabela 23 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout relacionado com o trabalho percebido pelos cuidadores</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 24 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout Total percebido pelos cuidadores</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 25 - Caracterização da amostra relativamente ao nível médio de Burnout percebido pelos cuidadores formais relativamente às três dimensões do CBI</i>	<i>56</i>
<i>Tabela 26 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Realização Pessoal.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabela 27 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Despersonalização</i>	<i>59</i>
<i>Tabela 28 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Exaustão Emocional.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabela 29 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente à dimensão MSQI.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 30 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente à dimensão MSQE</i>	<i>66</i>
<i>Tabela 31 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente aos itens gerais de satisfação comuns ao MSQE e MSQI</i>	<i>67</i>
<i>Tabela 32 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de Satisfação Total do MSQ</i>	<i>69</i>
<i>Tabela 33 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de Satisfação Total do MSQ</i>	<i>70</i>

INTRODUÇÃO

Atualmente é fundamental refletirmos sobre o impacto do envelhecimento demográfico da população nas ditas sociedades modernas. O aumento da população com mais de 65 anos de idade, na população total, relativamente à população jovem e/ou da população ativa, define o envelhecimento demográfico. Contudo, o referido aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências na realização das atividades da vida diária.

Deste modo, poder-se-á dizer que a rede social formal de apoio a idosos é bastante importante no que se refere à prestação de cuidados, sendo que cabe ao cuidador a responsabilidade de zelar de forma continuada pelo idoso, o que pode implicar um desgaste da sua saúde física e psicológica, podendo gerar sobrecarga no cuidador.

Sendo o cuidado formal aquele que é prestado a pessoas dependentes por parte de organizações ou outros grupos de pessoas que recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem, torna-se pertinente referir que o cuidado prestado ao idoso dentro de uma instituição tem efetivamente que obedecer a um conjunto de normas, delineadas *à priori* pelo regulamento dessa mesma organização, condição que poderá influenciar a satisfação no trabalho na perspetiva do cuidador e refletir-se na relação de empatia estabelecida entre o cuidador e o idoso.

Cuidar nem sempre é uma atividade isenta de dificuldades, cuidar é promover a qualidade de vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação e condicionadas inúmeras vezes por um conjunto de fatores.

O presente trabalho, tem assim como objetivo avaliar o desempenho dos cuidadores formais em duas instituições para idosos de carácter distinto, tendo em conta o conceito de sobrecarga e fatores associados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Definição de conceitos chave

1.1.1 Envelhecimento da sociedade moderna

O processo de envelhecimento comporta uma dimensão subjetiva e individual, pois o ser humano é pautado por diferenças que se vão manifestando à medida que o tempo avança e que ocorrem de modo singular, quer ao nível do indivíduo, quer da comunidade em geral. Apesar de ser entendido como um procedimento normal, pois todo o ser vivo nasce, cresce, desenvolve-se e morre, o envelhecimento é afetado pelo contexto em que a pessoa vive, pelo que pode ser atrasado ou aumentado dependendo do estilo de vida, código genético e do estado de saúde do indivíduo. Segundo (Sequeira, 2010) o envelhecimento está intimamente ligado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da existência humana, pelo que é difícil definir uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo efetivamente velhas.

O envelhecimento está associado a alterações biológicas psicológicas e sociais que acompanham o indivíduo ao longo de todo o seu percurso de vida. Normalmente, consideram-se idosas as pessoas quando tem uma idade igual ou superior a 65 anos, considerada como a idade da reforma sendo uma referência para a velhice (Sequeira, 2010). (Goldfarb, 1998), corrobora que é desde o nascimento que a vida se desenvolve de tal forma que a idade cronológica passa a definir-se pelo tempo que avança. O homem e o tempo influenciam-se reciprocamente, criando profundas mudanças nas subjetividades e diferentes representações que lhe permitem lidar com a questão temporal.

Alguns autores, segundo (Bond,1990) enfatizam que o processo de envelhecimento se evidencia como *“aquilo que torna os indivíduos mais suscetíveis à medida que envelhecem, a vários fatores internos ou externos, que podem originar a morte”* e que *envelhecer é “um aumento do risco de morrer, da perda de vigor com o aumento da idade cronológica, ou com a passagem do ciclo de vida”*.

Estando, normalmente, o ciclo de vida observado como um avanço de mudanças organizadas desde o nascimento até à última fase da vida, a idade avançada, é aquela onde as interferências biológicas e socio-culturais dirigem as sequências de mudanças. Surge assim, a percepção de que à medida que ocorrem estas fases decorrem mudanças do

comportamento ao mesmo tempo que os indivíduos transitam de um ciclo de vida para o outro. (Serafim, 2007).

É o conjunto de processos pelas quais o organismo vai passando, nomeadamente, alterações físicas e biológicas que definem o avançar do tempo e conseqüentemente o processo de envelhecimento. Assim, Arminda, (1999) define o envelhecimento como um processo de diminuição orgânica e funcional, que acontece de forma inevitável com o passar do tempo. Significa isto que, o envelhecimento não é em si uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado pela doença. Robert define o envelhecimento como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Este é um processo cujo resultado é óbvio mas cujo mecanismo permanece desconhecido (Páscoa, 2008). Traduz-se assim, no declínio de capacidade e funções, conduzindo à diminuição da aptidão de adaptação a fatores de stress internos e externos. A velhice constitui a última etapa da vida, sendo, por isso, um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças Rowe (1985, cit. por Soeiro, 2003).

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. A relação entre os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais é fundamental na categorização de um indivíduo como velho ou não. A pessoa mais velha, na maioria das vezes, é definida como idosa quando chega aos 65 anos, independentemente do seu estado biológico, psicológico e social. Deste modo, o conceito de idade é multidimensional e não é uma boa medida do desenvolvimento humano. A idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que ultrapassam as dimensões da idade avançada. A idade avançada não é algo que é determinado por resultado de experiências passadas, mas sim da forma como se vive, se administra a própria vida no presente, e de expectativas futuras. É portanto, uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época e nele estão subjacentes vários aspetos, nomeadamente: biológico, psicológico, cronológico e social. (Debert, 2012).

Com base nestes pressupostos e em concordância com (Debert, 1999) a velhice começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais. Walsh (1989, Soeiro, 2013) define a forma como a aproximação da velhice é sentido: *“a velhice é temida quase tanto como se teme não viver suficiente para a atingir”*.

Assim, avanço da idade resultaria de um processo contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de falta de condições aos idosos e seria responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice, designadas de estereótipos ou “*ageism*” segundo a literatura inglesa. Este atributo demasiado comum nas sociedades contemporâneas, segundo (Vicent, 2003), reporta-nos para populações velhas denegridas por estarem presas à tradição, por serem improdutivas, carentes de inovação e com elevado grau de senilidade.

Na visão do autor a experiência de envelhecer não deve ser encarada como universal relativamente às pessoas que a experimentam, nem analogamente às pessoas que a percebem, o envelhecimento deve ser encarado como um processo individual, subjetivo e diferencial. Não podemos olhar para os mais velhos como iguais, uma forma de ilustrar este ponto são sem dúvida as diferenças culturais visíveis aos olhos de cada um de nós, os estilos de vida e comportamentos. Deste modo, existem uma diversidade colossal de velhices em todo o mundo. Segundo (Robert, George 2006), o tempo e a forma como as pessoas envelhecem é condicionado por inúmeros fatores, nomeadamente, família, gerações, condições económicas, políticas e sociais, que comportam atitudes distintas das quais resultam identidades e velhices diferenciadas. Por seu turno (Pimentel, L, 2003) defende que cada indivíduo idoso tem uma história, uma personalidade que é condicionada por um conjunto de fatores que tornam a sua existência única, ainda que partilhem experiências sociais e outras.

Como exemplo do referido anteriormente, basta pensarmos em várias pessoas de idade avançada que conhecemos, e refletirmos sobre algumas questões, “todas essas pessoas são iguais?”, “todas se comportam da mesma forma?”, “todas seguem ou seguiram o mesmo padrão de vida”. O envelhecimento não é uma “receita” que todos experimentam da mesma forma, mas sim de modo diferenciado e individual, por seu turno, temos tendência para negligenciar este facto, uma vez que incluímos todos os idosos na mesma “categoria” e aos quais atribuímos o fantasma da inutilidade. institucional, que impedem a participação plena da vida em sociedade. Deste modo, a terceira idade é, para alguns, um aprisionamento, um espaço da vida em que qualquer ato fecundo é impossível. Enquanto para outros, é a consciencialização do seu momento atual, que deve ser vivido com o mesmo amor e dedicação que viveu nos seus anos de juventude (Costa 1998, cit. por Bergano, 2013).

Na perspectiva de Vicent, (2003, cit. por Calha, 2015), as concepções do envelhecimento,

são fortemente marcadas por valores culturais, muitos deles sob a forma de estereótipos, as consequências de tais apreciações culturais podem variar entre preconceitos e barreiras, de cariz institucional, que impedem a participação plena da vida em sociedade. Seguindo esta linha de pensamentos (Ana, 2010) refere que os indivíduos do mesmo grupo demográfico apresentam muitas vezes um caminhar variável no horário do envelhecimento, certos idosos podem mesmo conservar níveis de desempenho semelhantes aos de grupos mais jovens.

As sociedades contemporâneas apresentam esta característica de forma bem evidente ou pelo mesmo lutam para que isso aconteça, revelando uma certa aspiração por retardar o mais possível o seu envelhecimento, o auto cuidado é cada vez mais evidente, é inevitável envelhecer, pois é um processo natural do ser humano, mas podemos controlar a forma como o fazemos adotando comportamentos que nos permitam um envelhecimento bem-sucedido. Uma questão decorrente dessas transformações destacada por (Ada, 2006), é que se presencia hoje uma dissociação da juventude e uma faixa etária específica e a transformação da juventude em um bem, um valor que pode ser conquistado em qualquer etapa da vida, através da adoção de formas de consumo e estilos de vida adequados. Segundo (Higgs Paul & Jones Ian, 2008) isto está intimamente relacionado com a ascensão da "vontade de saúde "e à " somatização do self" onde a imagem e a manutenção do corpo estão no centro das relações sociais.

Seguindo a linha de pensamento dos dois autores, dentro da Sociologia da Saúde e Doença e pesquisando a teorização do corpo, surgiu um impulso a partir de dois eixos principais. O primeiro está relacionado com o impacto dos avanços na ciência médica e o segundo com os progressos nas tecnologias médicas associadas, que conseqüentemente levaram a novos desafios para compreender a classificação do corpo e dos limites corporais.

Essas novas tecnologias apontam para um aumento do número de campos de telemedicina, prontuários eletrônicos, avanços na bioinformática e farmacologia. No entanto, torna-se erróneo ver estes desenvolvimentos em termos simplistas como que se apenas permitissem novas formas de atuação e de vigilância para operar.

Com a melhoria do conhecimento das sociedades modernas, os cuidados de saúde ganharam visibilidade é certo, a tal ponto, que conduziram ao aumento da esperança média de vida da população, todavia o aumento de doenças crónicas incapacitantes foi inevitável. A necessidade de cuidados por parte desta população exigiu melhorias das condições sociais através de instituições políticas e sociais. Deste modo, novas tecnologias oferecem oportunidades ao nível dos corpos individuais e gosto pessoal, dentro de uma dinâmica complexa que se faz notar a nível social, jurídico, em respostas políticas, económicas, culturais e médicas para a saúde da população.

1.1.2 Envelhecimento demográfico em Portugal

Uma abordagem holística e compreensiva da problemática do envelhecimento de uma população implica necessariamente um enquadramento demográfico. O envelhecimento das sociedades industrializadas ocidentais constitui um facto evidente, cujas consequências em toda a estrutura social não devem ser desprezadas. Assim, o envelhecimento populacional é, portanto, uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (Carneiro, et. al 2013). Este fenómeno demográfico, revela-se pelo aumento absoluto e relativo dos indivíduos considerados com 65 anos ou mais. No entanto, ninguém sabe ao certo quando localizar o início das marcas mais significativas desse envelhecimento, aos 50 anos, 60 anos, 70 anos, aos 75 anos? (Maria, 2012). Hoje em dia torna-se difícil designar onde começa e acaba a terceira idade, uma vez que se anteriormente o que se tinha em conta era a idade de reforma 65 anos, atualmente isso não acontece porque as pessoas reformam-se cada vez mais tarde por motivos que não se prendem com a idade, mas sim pelo desemprego, pelas dificuldades económicas e outras razões que tornam difícil saber quem é ou não é uma pessoa idosa (Maria 2010). O envelhecimento demográfico é uma das principais problemáticas dos nossos dias, em especial das sociedades mais desenvolvidas, onde o seu efeito é cada vez mais notório e visível.

Segundo a autora, o envelhecimento demográfico é hoje acusado de estar na origem da maior parte dos problemas sociais, políticos, financeiros e até mesmo culturais que estão a abalar as sociedades da atualidade, *“surge-nos como um processo que é urgente banir, uma «peste grisalha» ”*. Ainda assim, a autora defende que o verdadeiro problema não está no envelhecimento populacional, mas sim nas mudanças que não aconteceram desde que este quadro se manifestou, *“sabemos que tudo está a mudar, e nada mudou inteiramente ainda”* (Gusmão, Neusa, et al. 2008). Com base nesta ideia, Walker (2005, cit. por Calha 2015), refere que escasseiam medidas especificamente direcionadas para as profundas alterações que vêm ocorrendo no significado e na experiência do processo de envelhecimento. Na perspetiva de Simões (2006, cit. por Soeiro, 2010), torna-se cada vez mais pertinente intervir e estudar este fenómeno. Trata-se de uma população pela qual ainda há muito para fazer, mas cujas políticas dirigidas neste sentido nem sempre vão ao encontro das suas necessidades.

Deste modo, é necessário a construção de medidas que proporcionem um percurso de vida com mais qualidade. Assim, os desafios futuros passam, certamente, pela promoção de uma longevidade mais saudável e, simultaneamente, produtiva, redefinindo profundamente o papel dos idosos nas sociedades europeias do século XXI.

Não obstante, para alguns autores, o envelhecimento populacional representa, num sentido, uma história humana de sucesso (Almeida 2008). WHO (2002, cit. por Figueiredo, 2013) aborda o envelhecimento como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Conforme Quaresma, (2006, cit. por Soeiro, 2010) o envelhecimento, acarreta novas e acrescidas potencialidades e oportunidades de acesso a melhores condições de existência, conduz a maiores exigências e expectativas de qualidade de vida, ao mesmo tempo que este ambiente de maiores oportunidades e de grandes transformações é portador de riscos, nesta perspetiva, faz-se menção que na esfera do rendimento (proteção social), como nas condições de vida (habitat e saúde), fundamentando a necessidade de emprego e formação profissional, a nível macro – gestão do envelhecimento ativo, tais como na qualificação dos recursos humanos das instituições prestadoras de serviços gerontológicos. Ainda assim, a verdade é que ninguém resiste a falar da velhice, uma vez enaltecendo-a, outras repudiando-a. (Rosa, 2012).

Segundo Almeida, (2008) por envelhecimento populacional entende-se o crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população. É um facto indesmentível e não se preveem alterações nas décadas mais próximas, a população mundial está a envelhecer a níveis nunca até agora vistos.

No entanto, embora se possa considerar, que o processo de envelhecimento se inicia a partir do momento em que nascemos, enquanto fenómeno demográfico, começou a assumir uma importância significativa a partir da segunda metade do séc. XX, a nível dos países desenvolvidos (Almeida, 2008). No estudo sobre as dinâmicas do envelhecimento realizado por Bandeira e Cabral (2012, cit. por Figueiredo, 2013), o conceito de envelhecimento demográfico designa, no essencial, a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas. Por seu turno, este envelhecimento demográfico, essencialmente, a partir dos finais do século XX, apresentou-se como um fenómeno marcante e caracterizador das sociedades modernas, industrializadas e urbanizadas.

As Nações Unidas apontam as seguintes tendências do envelhecimento da população: i. A grande maioria da população com 60 e mais anos viverá em países desenvolvidos; ii. O maior acréscimo da população com 60 e mais anos ocorrerá nos países menos desenvolvidos; iii. Continuar-se-á a constituir uma feminização da população envelhecida; iv. Verificar-se-á

um aumento do número de pessoas com 80, 90 e 100 anos, relativamente ao total da população idosa, bem como uma redução do número de ativos;

Com base nestes pressupostos, é notório que o envelhecimento da população portuguesa se enquadra na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos, e nomeadamente dos países que constituem a União Europeia.

Para ilustrar o referido, basta analisarmos a tabela seguinte, (tabela1), onde podemos verificar que o maior índice de idosos se centra exclusivamente nos países desenvolvidos e sobretudo no continente Europeu, destacando-se a Itália com 18,1%.

Tabela 1 - Os países mais envelhecidos do mundo

PAÍS	%	PAÍS	%
Itália	18.1	Suíça	15.1
Grécia	17.3	Croácia	15.0
Suécia	17.3	Letónia	15.0
Japão	17.0	Finlândia	14.9
Espanha	16.9	Dinamarca	14.9
Bélgica	16.8	Sérvia	14.8
Bulgária	16.5	Hungria	14.6
Alemanha	16.2	Estónia	14.5
França	16.0	Eslovénia	14.1
Reino Unido	15.7	Luxemburgo	14.0
Portugal	15.4	Ucrânia	13.9
Áustria	15.4	República Checa	13.9
Noruega	15.2		

Europa, e fundamentalmente, os países que constituem a União Europeia, confronta-se com importantes alterações demográficas, como resultado da conjugação da descida continuada dos níveis de fecundidade, num primeiro momento e, baixas taxas de natalidade, o que alavancou o aumento da longevidade, em particular nas idades mais elevadas, fatores que sustentam o contínuo aumento da proporção de pessoas idosas, no total da população. Nazareth (1998, cit. por Martins) acrescenta que para além da dinâmica das inter-relações entre mortalidade e natalidade não podemos ignorar o conceito de "nicho ecológico humano". O homem é um ser dotado de uma grande mobilidade e as migrações, ao serem seletivas,

produzem necessariamente impactos estruturais importantes. Por seu turno, as migrações internas e internacionais, também influenciaram de forma categórica as várias estruturas demográficas, no domínio das migrações internas é de presumir que se tenham registado alterações significativas na década de 90, comparativamente aos anos 80 e mesmo aos 70, diminuindo a intensidade e mesmo os locais de destino dos migrantes.

No campo das migrações internacionais, Portugal, de um país de forte emigração externa, em particular nas décadas de 60 e 70, passou a um país de imigração nos anos 80 e 90 (Maria, 2013). A alteração da estrutura etária da população denotará de forma inequívoca o contínuo envelhecimento da população (INE). Segundo as estatísticas, brevemente, por volta do ano 2020, as pessoas com mais de 60 anos representarão a quinta parte da população total da União Europeia e os maiores de 65 anos constituirão a quarta parte. Os resultados prospetivos do Instituto Nacional de Estatística (INE) não deixam grandes margens para dúvidas a este respeito. A população Portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá continuar a fazê-lo de modo particularmente intenso. É ainda de ressaltar que a OCDE (1998) refere que um país é considerado velho quando a percentagem de pessoas com mais de 65 anos ultrapassa os 7%, Portugal à semelhança de outros países já ultrapassou este valor há muito tempo. Os comportamentos demográficos (mortalidade e fecundidade, alteraram-se significativamente, gerando uma mudança no perfil da sociedade, havendo já quem a caracterize como a sociedade «4-2-1», (quatro avós, dois pais e um filho) em substituição da sociedade passada, apelidada de «1-2-4». (Maria, 2012). Se em 1960, Portugal apresentava em média 3 filhos por mulher, hoje o valor revela-se significativamente mais redutor 1,4 filhos por mulher (Rosa, M, 2012). Número esse que já não se coaduna com a renovação das gerações (2,1 filhos). Assim, para Oliveira (2005, cit. por Figueiredo 2013), o aumento da população idosa deve-se ao não equilíbrio verificado na base da pirâmide (ocupada pelos novos) que tem diminuído drasticamente (devido aos novos meios de controlo da natalidade, a novos valores familiares que não os filhos, ao individualismo, às exigências do mundo de trabalho, ao casamento mais tardio e a outros fatores, como a crise económica).

É neste quadro que Portugal se inscreve hoje num grupo com níveis de fecundidade dos mais baixos da Europa.

Evolução da População Residente em Portugal desde 1981 a 2011

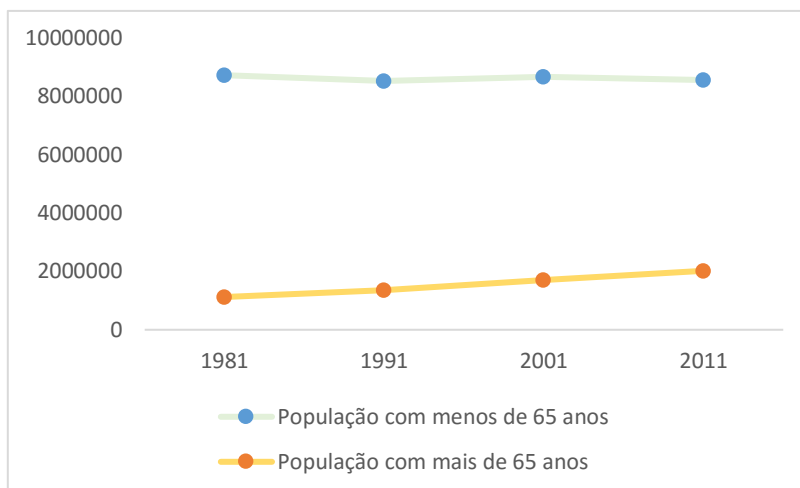


Figura 1: Evolução da População Residente em Portugal desde 1981 a 2011. Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Se considerarmos o gráfico acima, torna-se evidente que a alteração mais importante da evolução demográfica recente em Portugal foi o envelhecimento da população a um ritmo elevado. Esta evolução traduziu-se numa tendência para estabilizar da população jovem e num aumento da população idosa. Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando atualmente uma fatia bastante considerável da população total. De acordo com as projeções atuais, dentro de 50 anos (2050), este grupo populacional representará uma proporção de 32% da população do país (INE, 2002).

Tabela 2 - Síntese das Projeções da População Residente 2000-2050 (Cenário Base)

Ano	Total	Grandes Grupos			Índice de Dependência				ISF	Esperança de Vida à Nascimento	
		0-14	15-64	65+	Jovens	Idosos	Total	Envelhecimento		H	M
Nº			%		(1) ⁹	(2) ¹⁰	(3) ¹¹	(4) ¹²	(5) ¹³	Anos	
2000	10256658	16,0	67,7	16,4	31,6	32,3	47,8	102,2	1,56	72,9	79,9
2010	10626062	15,4	66,9	17,7	23,0	26,4	49,4	114,8	1,38	75,1	81,4
2020	10489152	13,9	65,7	20,4	21,2	31,0	52,1	146,5	1,44	76,4	82,5
2030	10206305	12,7	63,0	24,2	20,2	38,4	58,6	190,3	1,52	77,5	83,5
2040	9831408	12,9	58,5	28,6	22,0	48,8	70,8	222,0	1,61	78,4	84,2
2050	9302485	13,1	55,1	31,8	23,8	57,8	81,5	242,9	1,71	79,0	84,7

Contudo, os progressos verificados pelo desenvolvimento, e pelas ciências da saúde, contribuíram de fato para o prolongamento da vida à qual se associa o crescimento acentuado da população idosa, mas por seu turno colocaram novos desafios em diversos domínios, nomeadamente a saúde e a prestação de cuidados. No que concerne à saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento normal, e ao nível da prestação de cuidados, porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais.

Assim, a tomada de consciência desta situação motivou a sociedade para implementação de ações, sustentadas em políticas e programas sociais na área da saúde e da ação social, de modo a proporcionar uma vivência positiva e interativa da terceira idade (Soeiro, 2010).

⁹ (1) – Número de Jovens (dos 0 aos 14 anos de idade), por cada 100 indivíduos em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade);

¹⁰ (2) - Número de idosos (com 65 ou mais anos de idade) por cada 100 indivíduos em idade ativa;

¹¹ (3) - Número de jovens e idosos, por cada 100 indivíduos em idade ativa;

¹² (4) – Número de idosos por cada 100 jovens;

¹³ (5) - Número médio de crianças por mulher em idade fecunda (dos 15 aos 49 anos de idade);

2. RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS

Falamos de respostas sociais para idosos, implica na sua essência falar em tempos de mudança política na reforma do estado português e de um período de transição com vista no bem-estar, proteção social e direitos sociais. Assim, o Estado-Providência foi impulsionador na implementação das políticas sociais, para responder a problemas sociais emergentes que surgiram no decorrer do séc. XIX, com a finalidade premente de garantir a proteção social das populações. Estas políticas regiam-se pelos princípios da universalidade e do bem-estar coletivo em nome do interesse público, através da garantia do bom funcionamento do mercado e da eficiência económica em conciliação com a promoção de um conjunto de bens e serviços para os cidadãos, nomeadamente de direitos fundamentais como a saúde, a educação e a habitação.

Deste modo ao fazermos uma breve análise às políticas de velhice em Portugal verifica-se que até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, pelo que a proteção social deste grupo da população era quase inexistente (Martins, 2006, cit. por Fialho, 2013).

É perante este cenário de visíveis alterações político-sociais, que o termo assistencialismo parece ganhar visivelmente notoriedade, pois, concordando com Matias, (1999, cit. por Calha, 2006), a assistência surge fundamentalmente na forma de apoio à comunidade, que surge como resultado da unidade territorial – a paróquia primeiro, a cidade depois, e, mais tarde, a nação – no reconhecimento da responsabilidade comunitária e solidária em apoiar aqueles que se revelam, por alguma razão, incapazes de se bastar a si próprios. A evolução das estruturas familiares foram um dos fatores prominentes de mudança nas sociedades contemporâneas, e que veio colocar novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista á promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento (Martins, 2006, cit. por Fialho, 2013).

Assim, para Gergen e Gergen (2000, cit. por Figueiredo), o recente protagonismo da população mais velha parece constituir um indicador da passagem de concepções obscurantistas sobre o envelhecimento e a velhice para uma suposta Nova Era do

Envelhecimento, com novas práticas sociais, simbólicas, políticas e ideológicas mais capacitantes. Trata-se de um período importante para a área sócio assistencial que não só tem que responder a novos problemas, como é o caso do envelhecimento das populações, da desindustrialização e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, como sofre igualmente o contágio das filosofias e práticas dos novos movimentos sociais e das novas organizações que surgem nesta área (Ascoli e Pavolini, 1999, cit. por Ferreira, 2000).

Por isso, para Giddens, (2000, cit. por Ferreira, 2000), o novo estilo de organizações que está a surgir, em especial os grupos de auto-ajuda com algum grau de profissionalização, emergem de uma sociedade que se tornou mais ativa e de uma cidadania mais reflexiva, que podem produzir novas relações dentro do terceiro sector e um governo e economias renovados.

Para Apelles (2011, cit. por Pinto, 2012) são várias as estruturas com missões que visam o apoio da pessoa idosa sob vários formatos, com o objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua permanência no seu domicílio e no seu meio sociocultural.

Na Política Social para a terceira idade em Portugal, a rede social inclui medidas inovadoras, atualizadas, preventivas, promotoras do desenvolvimento humano e redutoras da vulnerabilidade social dos idosos, com a criação de instituições de apoio ao idoso.

Desta forma e devido a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil. As diferentes respostas sociais existentes para os idosos tendem a manifestar-se com mais intensidade, uma vez que são mais flexíveis e por sua vez trazem alternativas mais diversificadas às famílias.

Nos últimos anos, têm-se vindo a criar iniciativas políticas na área social, principalmente no que diz respeito às instituições para idosos, de modo a satisfazer as necessidades do idoso e a facilitar o seu progressivo envelhecimento. As respostas sociais podem ser sem fins lucrativos, por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), ou com fins lucrativos, por entidades em nome individual.

Nesta perspetiva o sistema de Segurança Social criou uma política social que abrange o apoio social, que apoia a família através de equipamentos denominados por instituições, que são a resposta social que presta cuidados aos idosos, quando as famílias não têm condições para poderem cuidar deles (Martins, 2006, cit. por Amaro, 2013).

Segundo Maria, (2012) nas atuais famílias nucleares, o idoso é um problema pois estas não possuem ninguém disponível para lhe prestar o cuidado, a proteção e a assistência que o mesmo necessita e merece. Assim, os casos em que o idoso permanece junto da família são cada vez menos frequentes. O custo inerente ao cuidado a um idoso e as mudanças de

valores levam a Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos que a institucionalização seja cada vez mais frequente (Angelo, 2000). Com base nesta ordem de ideias, Pimentel (2001, cit. por Pinto, 2012) dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede social de apoio. Dessas estruturas, em Portugal existem respostas diversificadas, lares, centros de dia, centros de noite e o serviço de apoio domiciliário (SAD), entre outros.

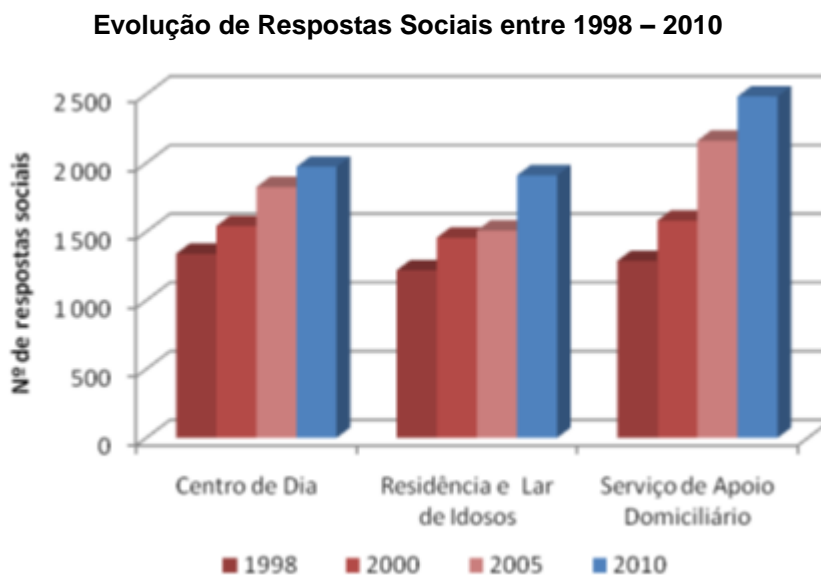


Figura 2: Evolução de respostas sociais entre 1998-2010. Fonte: Carta Social (2011).

O aumento do número de respostas é tão evidente, quanto o envelhecimento da população. Segundo o estudo de Avaliação das Necessidades Seniores, realizado em 2008, pela CEDRU, referido em Serga, (2011) o crescimento do setor de prestação de cuidados a idosos tem tendência a aumentar, em consequência de um menor envolvimento das famílias e de uma maior recetividade das gerações mais novas em recorrer a serviços pagos e a uma situação de institucionalização. As respostas que têm tido maior investimento por parte do setor público são o Serviço de Apoio Domiciliário, o Lar de Idosos e o Centro de Dia, que em 2009 representavam cerca de 90 % das respostas às necessidades dos idosos. (Serga, 2011). Deste modo, os diversos equipamentos de apoio social existentes têm aqui um papel substancial, nomeadamente as estruturas que permitam aos idosos manter uma certa autonomia e tornem convidativa a sua utilização.

2.1 Tipologia de respostas sociais para idosos

A transformação da estrutura demográfica, nomeadamente as mudanças ocorridas nos padrões de distribuição das idades, trouxe, entre as suas diversas consequências, uma nova visibilidade social das pessoas idosas, num contexto onde o conceito de velhice se transforma conforme se transforma a sociedade (Daniel, 2006). Assim, o aumento da população idosa tem levado a inúmeras transformações sociais, que por sua vez têm levado a uma organização dos serviços de saúde de forma a dar resposta às novas necessidades (Ferreira, 2009).

O alcance da longevidade trouxe consigo consequências que vieram exigir obviamente medidas sociais e políticas capazes de dar resposta à população, dentro dessas medidas destacam-se a criação de respostas sociais diferenciadas destinadas à população idosa e às suas famílias. Nesta perspetiva o sistema de Segurança Social criou uma política social que abrange o apoio social, que apoia a família através de equipamentos denominados por instituições, que são a resposta social que presta cuidados aos idosos, quando as famílias não têm condições para poderem cuidar deles como já havia referido (Martins, 2006).

Nestas respostas sociais, para os idosos, apoiadas pela Segurança Social, estão os Centros de Convívio, os Serviços de Apoio Domiciliário, Lares para pessoas idosas, Centros de Noite e Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Estruturas Residenciais e Centros de Férias e Lazer como podemos verificar na tabela seguinte (tabela 2). No entanto, todas elas diferem no seu modo de atuar, tendo objetivos específicos relativamente ao tipo de serviços que prestam aos idosos e às suas famílias.

2.2 Respostas sociais para idosos

i. **Serviço de apoio domiciliário** - Trata-se de uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Os objetivos deste serviço são: Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar, contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais, promover estratégias de desenvolvimento da autonomia, prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante

contratualização), facilitar o acesso a serviços da comunidade e reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

ii. **Centros de Dia** - Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia. Trata-se de uma resposta que visa assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, promover as relações pessoais e entre as gerações, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições, promover estratégias de desenvolvimento da auto-estima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

iii. **Centros de Noite** - Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Este tipo de valência tem como finalidade, acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança do utilizador e fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

iv. **Centros de Convívio** – É uma resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Este tipo de resposta tem como objetivo, prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local, fomentar as relações interpessoais e entre as gerações, bem como contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

v. **Acolhimento Familiar** - Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. É uma resposta que tem como objetivo, acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança, garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

vi. **Estruturas Residenciais** - Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Visa Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação

de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

vii. **Centros de Férias e Lazer** – É uma Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores. Evidencia-se pela possibilidade de quebrar a rotina de vida, contatos com comunidades e espaços diferentes, vivências em grupo, como formas de integração social, promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda e fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

2.2.1 Da dependência à institucionalização

O aumento da longevidade, trouxe consigo o aumento de doenças crónicas incapacitantes e conseqüentemente o agravamento do conceito de dependência. Se por um lado se vive mais tempo, não significa todavia que se viva com mais saúde, a falta de saúde e a dependência provocam muitos receios onde cada um se projeta para um conceito de finitude. O conceito de dependência é definido pelo conselho de Europa (Sequeira, 2010) como “ a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária”, ou “ o estado em que se encontram as pessoas que por perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda nas realização das atividades do quotidiano, de modo particular nos cuidados pessoais” Perante a realidade do envelhecimento em Portugal a institucionalização da pessoa idosa é um processo bastante patente nos dias atuais, visto que dá resposta à impossibilidade da família atender às necessidades dos seus idosos que, de uma forma ou de outra não permite manter o seu ente junto das suas famílias (Fragoso, 2008).

Desta forma, a velhice associada à ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos, bem como da satisfação das suas necessidades básicas, conduziu ao aparecimento de instituições onde o isolamento deste grupo etário passa a ser institucionalizado. A saída do idoso do seu meio familiar obviamente trouxe novos processos de adaptação, que levam a um maior ou menor sofrimento (Gonçalves, 2010). Assim sendo, o acréscimo exponencial de idosos traduz-se na crescente procura de cuidados de saúde e apoio social, particularmente por pessoas idosas com diferentes níveis de dependência funcional e cronicidade múltipla que podem persistir durante longos períodos de tempo, perspetivando-se, num futuro próximo, o agravamento das situações de dependência (Plano do Nacional de Saúde, 2012).

O envelhecimento populacional coloca-nos assim perante novos desafios e mudanças de estereótipos relativamente ao idoso, à promoção do envelhecimento ativo, ao papel da família,

ao papel do cuidador formal do idoso e ao enquadramento socioeconómico e político das sociedades modernas (Fragoso, 2008). Em Portugal, as famílias cuidadoras dos idosos têm um papel muito significativo, no entanto, ao analisar a evolução das últimas décadas verifica-se que o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas estruturas familiares e conjugais pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados (Gonçalves, 2010). São múltiplas as causas que levam os idosos a residir em instituições, sendo que muitas das vezes é a interação de diversas causas e não apenas de uma que favorece a procura deste tipo de apoio social (Almeida, 2008). Segundo as investigações já realizadas, os fatores que mais prevalecem e conduzem ao internamento da pessoa idosa são: o facto de viverem sozinhos (morte do cônjuge); o isolamento ou seja, falta de suporte social que lhes preste cuidados e a ausência de rede de interação que facilite tanto a integração social e familiar do idoso; conflitos entre o idoso e os restantes membros da família; a falta condições habitacionais ou até mesmo ausência de outra alternativa residencial; dificuldades financeiras; problemas de saúde que levam à incapacidade motora e/ou cognitiva, limitando a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) (Fragoso, 2008, et. al 2007). Nestes casos a institucionalização pode ser uma solução para o problema (Perlini, Leite & Furini, 2007).

O envelhecimento progressivo, o aumento crescente da atividade profissional das mulheres tradicionalmente prestadoras de cuidados informais, a sobrecarga na família em virtude de estádios mais avançados da doença, (doenças crónicas incapacitantes), também contribuíram para uma maior procura das instituições prestadoras de cuidados formais (Gonçalves, 2002) e necessidade de institucionalização da população em causa (Schulz et al., 2004). Com base nestes pressupostos, (Pereira, 2012) refere a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição.

As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares leva uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rotura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são controlados por um única entidade (Pereira, 2012). Segundo (Cardão, 2009) a institucionalização é sempre um momento difícil, mais para uns do que para outros, dependendo da personalidade e individualidade de cada um, pois o sentimento de perda é variável em função do sujeito, da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto.

Na perspetiva do autor, o conceito de institucionalização pode ser entendido como um duplo processo: como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, em casas de repouso, onde recebe assistência, por outro lado, pode entender-se a institucionalização

como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, com sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família.

Face ao aumento da procura, multiplicaram-se as estruturas e os programas de apoio ao serviço da população idosa, salientando-se a importância crescente do papel dos cuidadores formais e o seu impacto no idoso e também nos seus familiares que acabam por “confiá-los” por assim dizer, a estas estruturas assistencialistas.

No entanto as instituições de apoios sociais a estes grupos, tem sofrido alterações significativas ao longo dos anos, sempre com a finalidade de aumentar a qualidade da prestação dos serviços e tentando ir ao encontro das necessidades desta população. É evidente que a velocidade associada à mudança está ligada aos diversos fatores económicos, sociais, culturais e tecnológicos. Por isso, verifica-se um ritmo complexo no que respeita à procura de excelência na prestação de cuidados. (Martins, R. 2006) enfatiza que o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa. A autora defende que a satisfação com o ambiente residencial surge ligada ao sentido de bem-estar psicológico do idoso, podendo a casa refletir também valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais dos indivíduos.

Em conformidade como exposto o desempenho dos cuidadores formais dentro das instituições assume-se fulcral para a qualidade de serviço prestado e para o seu grau de satisfação. No entanto, o conceito de dependência reporta-nos inúmeras vezes para o conceito de sobrecarga, *stress* e insatisfação no trabalho no cuidador formal.

2.2.2 Complexidade das organizações/instituições

As estruturas residenciais para idosos, ou instituições, ou lares, (seja ela qual for a conotação correta), são essencialmente constituídas por pessoas, nomeadamente os idosos, os familiares, o pessoal técnico, bem como por toda a comunidade que se encontra ao seu redor. Neste tipo de valências, a assistência humana está presente pela necessidade que o ato de cuidar tem subjacente, onde a influência do dinamismo humano tem um peso bastante relevante no carácter assistencial que estas organizações dispõem ao seu público-alvo. Segundo (Carvalho,2010) a figura instituição tornou-se, no elemento referencial de uma política de intervenção social que se alavanca no paradigma assistencial, em função da procura existente, organizaram-se em sistema piramidal, sistema esse que se singulariza por ter uma relação vertical com os utentes e permite que todos os que beneficiam dos respetivos serviços se tornem recetores submissos e cumpridores da respetiva política institucional.

Atualmente, é visível a prevalência de idosos dependentes que se encontram institucionalizados, quero dizer com isto, que são na sua grande maioria, os que apresentam mais condicionamentos a nível físico e psíquico. De ressaltar ainda que se assiste a uma feminização do setor, uma vez que a maioria das pessoas institucionalizadas são predominantemente do sexo feminino.

Neste sentido, torna-se muito pertinente não desvalorizar a relevância deste tipo de resposta social. Como refere Pimentel (Amaro,2013) cuidar de um idoso requer por parte do cuidador estar consciencializado para estas questões, recorrendo a informações e formações sobre o envelhecimento sendo esta uma das questões básicas para promover a humanização dos serviços.

A qualidade de intervenção prestada nestas instituições tem inerente um conjunto de fatores, nomeadamente, política institucionalizadora, gestão, pessoal técnico, qualificação, desenvolvimento de formações internas.

A falta de recursos materiais e humanos, a excessiva carga de trabalho, a falta de conhecimento profissional, a rigidez administrativa e a variabilidade das personalidades dos funcionários constituem alguns dos fatores que favorecem o aumento da fadiga e a falta de motivação para continuar a trabalhar e, conseqüentemente, podem apresentar atitudes negativas dos funcionários para com os idosos (Amaro, 2013). Deste modo, devido à importância do pessoal técnico nestas instituições e das funções que desempenham diariamente, torna-se necessário a criação de medidas preventivas, nomeadamente, formações relativas ao desempenho das suas funções, implementação de caracteres organizativos mais flexíveis, revisão de retribuições salariais, atribuições de horários adequados e etc. Assim, evita-se o aparecimento de abusos nos idosos institucionalizados, passando a existir, por parte da instituição e funcionários, um relacionamento de confiança e respeito mútuo (Amaro, 2013).

Por seu turno, as ações psico-educativas tornam-se fundamentais, porque estas visam estimular as habilidades dos profissionais, auxiliando-os na resolução dos seus conflitos de forma positiva e veiculando-lhes estratégias que ajudam a reduzir o stress, influenciando positivamente as relações entre os profissionais e os idosos (Tortosa, 2004). Ainda assim, pode dizer-se que a humanização dos serviços pode ser conseguida através do conhecimento dos níveis de satisfação dos profissionais e dos utentes em relação aos serviços que lhes são prestados.

O reforço da capacidade de cuidado requer um *staff* adequado, competente e especializado, e está associado positivamente à qualidade na prestação de serviços (Paúl e Ribeiro, 2012). Apesar da aposta na formação e qualificação poder trazer custos adicionais,

a longo prazo com maior produtividade e com menor frequência de baixas médicas, este esforço financeiro pode ser recompensado (Paúl e Ribeiro, 2012).

A procura pelo aumento da qualidade dos serviços deve ser primordial, um exemplo relevante e desafiante é a existência de um sistema de classificação por estrelas das instituições criado nos Estados Unidos (*Five Quality Rating*), este sistema visa potenciar a competitividade entre as instituições, pois as que obtiverem melhor classificação, serão *à priori* as mais procuradas. (Medicare, 2015).

Assim sendo é fulcral conhecer as características da instituição e dos profissionais que nela prestam o seu contributo, permitindo que o funcionamento seja o melhor possível, suportando, com esses elementos, planificar possíveis mudanças organizacionais que aumentarão a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados (Amaro, 2013).

3. A ARTE DE CUIDAR

3.1 O cuidador formal

Em Portugal, o aumento de casos de idosos em situação de dependência faz emergir um novo fenómeno na sociedade, que se refletiu na criação de um novo grupo profissional, os cuidadores formais (Casado & López, 2001, cit. in Martínéz, 2005) cit. por Neto e Corte Real, 2013). Segundo (Martins, 2007) as redes de apoio à população idosa dividem-se em dois tipos: as redes de apoio formal (lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário e centros de dia) e as redes de apoio informal (família, amigos e vizinhos).

De acordo com os autores Paúl e Fonseca (1999) a pessoa que cuida do idoso designa-se de cuidador (*caregiver*), este diferencia-se em dois tipos de cuidadores, os formais e os informais, podendo estes últimos subdividir-se em cuidadores primários e cuidadores secundários em função do grau de envolvimento nos cuidados que prestam (Neto e Corte Real, 2013).

Segundo (Loureiro, 2009) a existência de remuneração da prestação de cuidados discrimina os cuidadores formais dos informais. Os cuidadores informais são aqueles que representam os elementos da rede social do idoso, que prestam cuidados regulares não remuneratórios na ausência de um vínculo formal ou estatutário e não possuem formação específica para a prestação de cuidados (Brito & Ramos, 2002).

No âmbito do cuidado formal, a prestação de cuidados é habitualmente exercida por profissionais devidamente qualificados, detentores de preparação para o desempenho deste papel e encontram-se integrados numa atividade profissional de acordo com as suas competências profissionais, sendo remunerados pelos serviços que prestam (Sequeira, 2007). Estes profissionais devem ter competências para trabalhar em equipa multidisciplinar e possuir conhecimentos para intervir de forma adequada, conhecendo as necessidades do idoso e apoiando-o na realização das suas atividades diárias (Hartke, King, Heinemann, & Semik, 2006). Os profissionais, que atuam nestes contextos, assim como os profissionais de saúde, possuem competências que lhes permite ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento (Loureiro, 2009). Já Sommerhalder (2001) apresenta-nos uma distinção entre os cuidadores que assumem assim duas denominações, cuidador formal ou cuidador informal. Os primeiros caracterizam-se pela prestação de serviços com

carácter profissional em instituições direcionadas para o cuidado, os segundos poderão ser familiares, amigos e, como tal, cuidam do idoso num ambiente familiar.

Segundo investigações realizadas nesta área, os cuidadores são um grupo profissional que tende a desenvolver sintomatologia física e psíquica que, simultaneamente com as exigências continuadas das tarefas, levam a situações de *stress*, sobrecarga e ao desenvolvimento de perturbações emocionais como a depressão ou a ansiedade podendo mesmo levar ao *Bornout*. A sobrecarga, o *stress* e a tensão são os sintomas mais verificados nos cuidadores. (Chiou, Hsu & Wu, 2002, cit. por Chiung-man Wu, 2009). Alguns autores evidenciam a predisposição destes profissionais ao desgaste emocional e síndromes psicopatológicas (Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha, 2010). Várias abordagens a esta temática, referem ainda o fato de que a percepção dos cuidadores sobre os seus respetivos idosos é relativamente afetada pelo seu próprio estado emocional, a sobrecarga de cuidado, o seu senso de auto eficácia, a qualidade do seu relacionamento com os seus idosos, ou seja, o grau de empatia estabelecido com os mesmos e a gravidade do seu *deficit* cognitivo, (Davis et al, 2006, cit. por Bauab, Juliana). Segundo (Insero, 1995, et. al, citado por Sequeira, 2010), cuidar de uma pessoa com dependência interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e laboral dos cuidadores. Deste modo, investigações levadas a cabo por (Barbosa et al. 2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais são: a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades e a interação com a família dos utentes.

Verifica-se de facto que a forma como o cuidador lida e percebe o idoso pode ser influenciada pela sua própria condição de saúde, que por sua vez está a ser afetada pelas suas responsabilidades e relação de cuidado estabelecida. A qualidade de vida dos cuidadores parece ter uma ligação muito importante com o seu novo papel social principalmente quando falamos de idosos com elevados níveis de dependência e demências associadas (Gritlinet al, 2005, cit. por Bauab, Juliana, 2013). O cuidar de idosos demenciados tem consequências para o cuidador, designadamente níveis de *stress*, sobrecarga física (Rollandet al., 2007, cit. por Barbosa et al., 2011) e insatisfação laboral nos cuidados formais, que derivam da dependência dos idosos, dos distúrbios comportamentais como discurso repetitivo, da agitação entre outras características da demência (Davison et al., 2007 e Kuskeet al., 2009, cit. por Barbosa et al., 2011).

Em conformidade com o exposto, e segundo um estudo efetuado por (Sequeira 2007), existem diferentes variáveis que concorreram para uma transição eficaz na adoção do papel dos prestadores de cuidados. A fim de demonstrar de forma mais pormenorizada esta ideia,

o autor em causa elaborou um modelo de análise, que tem por objetivo evidenciar a relação de prestação de cuidados, determinando o contributo de cada grupo de variáveis, explicitando as repercussões no cuidador ao nível da satisfação e sobrecarga.

Modelo de análise das variáveis em interação na relação de prestação de cuidados

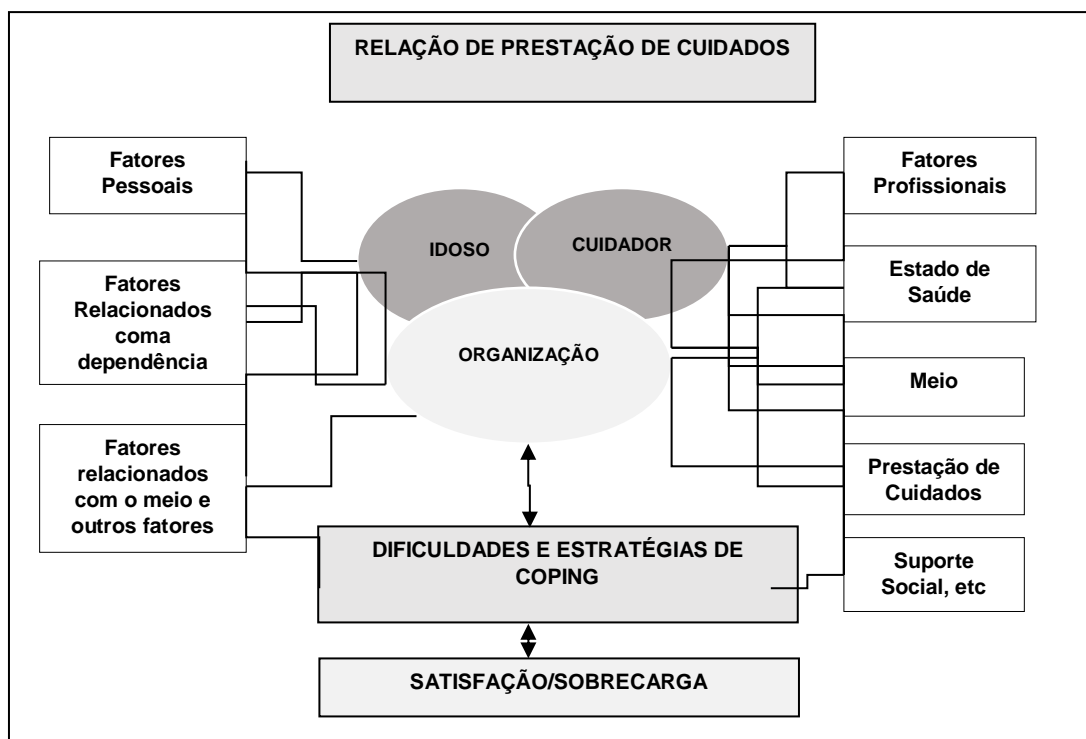


Figura 3: Modelo de Análise das variáveis em interação na relação de prestação de Cuidados. Fonte: Adaptado de (Sequeira, 2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*.

De forma generalizada, podemos referir que as repercussões relativamente à relação entre os fatores enumerados, são de dois tipos, ou seja, as que resultam da prática de cuidados e as que resultam da perceção que o cuidador tem sobre as mesmas, as referidas inicialmente são mais notórias, enquanto que as outras são menos visíveis, pois resultam na maioria das vezes em sofrimento e stress e existe uma certa tendência para o cuidador tentar “ocultar” este sentimento, ainda que na maioria das vezes não o consiga fazer. Estes elementos negativos associados ao processo de cuidar conceptualizam-se como: peso, sobrecarga, stress e são fruto de sintomatologias do tipo tensão, frustração, isolamento, depressão, ansiedade e de outros problemas físicos, psicológicos, fadiga, raiva, conflito familiar, culpa, alterações emocionais, etc. (Sequeira, 2010). O ato de cuidar é uma questão tão complexa, que Miller (2004) refere que o stress proveniente desta atividade altera

inúmeras vezes o sistema imunitário a tal ponto, que a curto prazo se manifesta no aparecimento de patologias graves.

Com base nestes pressupostos, diversos autores têm concluído que a prevenção de eventuais patologias melhora a qualidade de vida do cuidador e dos cuidados prestados ao idoso, sugerindo que as problemáticas subjacentes aos cuidadores poderão refletir-se nos que deles dependem (Miguel, Barros Pinto, & Marcon, 2007). Assim, programas que integram informação e suporte emocional são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados (Davison et al., 2007, cit. por Barbosa et al., 2011). Oswald, Gunlmann e Ackermann 2007, cit. por Barbosa, 2011) afirmam que a abordagem de reabilitação, focalizada na maximização das capacidades do idoso com demência e na interação idoso-cuidador é determinante para a promoção e manutenção da mobilidade, da funcionalidade e da estimulação dos idosos e para a diminuição da sobrecarga física e psicológica dos cuidadores formais.

Deste modo, os desafios no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e da promoção da saúde dos cuidadores passam por um maior investimento na formação dos técnicos envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Maurício, 2010), mas também pela perceção das causas destas sintomatologias. Um outro aspeto que se revela igualmente pertinente, refere-se ao facto de que devido a fatores de organização institucional como é o caso de falta de cuidadores nas instituições, a existência de barreiras arquitetónicas, entre outros, a autonomia do idoso entrar em declínio de uma forma mais rápida pois nem sempre o exercício autónomo das atividades básicas da vida diária é estimulado. Assim, Víctor et al. (2007, cit. por Colomé et al., 2011) refere a importância da presença de profissionais como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, educadores e outros para a diminuição da sobrecarga dos cuidadores, pois os mesmos desenvolvem estratégias que vão ao encontro do bem-estar, das interações sociais e da auto-estima tanto dos idosos com dos próprios cuidadores, através do planeamento e execução de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais.

Segundo (Sequeira, 2010) o emergir das repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa dependente, são reflexo das dinâmicas e variáveis que se entrecruzam e se influenciam mutuamente, como podemos constatar na (fig.1) e como já referido anteriormente. Relativamente às repercussões associadas ao processo de cuidar, (Martin, 1996, Aneshenelet al. cit. por Sequeira, 2010) os autores identificam dois tipos de sobrecarga, Sobrecarga Objetiva e Sobrecarga Subjetiva. A sobrecarga objetiva surge associada aos acontecimentos e atividades concretas e refere-se à alteração de parâmetros da vida do cuidador observáveis e quantificáveis, (sobrecarga física, económica, etc.). No que respeita à sobrecarga subjetiva, esta percebe-se através de atitudes, sentimentos, reações

emocionais face à sua própria experiência enquanto cuidador, estratégias de *Coping*, resolução de problemas, locus de controlo, etc. Não desvalorizando por seu turno, as variáveis de outra natureza, nomeadamente, a idade, sexo, o rendimento, a escolaridade, função ocupada na instituição, personalidade, história de vida, composição familiar, saúde física e mental, etc. Assim, os cuidadores a sofrerem de problemas associados à sua atividade laboral são uma realidade e como refere Haley (2001, cit. por Ferreira, Maria, 2012) a afetação proveniente das tarefas inerentes à sua profissão levarão a dificuldades ao nível pessoal e familiar e como tal irão incidir no ato de cuidar, instalando-se assim uma espécie de círculo vicioso. A ansiedade e a depressão (outros aspetos negativos recorrentes no cuidador) são mais prováveis quanto maior a dependência física e as perdas a nível mental do paciente, assim como o baixo apoio social e o tempo que se exerce a tarefa (Serrano, 2003, cit. por Paulino et al., 2009).

Assim, com o intuito de aprofundar esta problemática relativamente aos cuidadores inseridos em instituições, os autores, Zanelli, Borges Andrade, Bastos (2007, cit. por Maslach, Shaufelli e Luter, 2001 e [Almeida,2013]) no local de trabalho, são relacionados os seguintes aspetos suscetíveis de provocar *stress* e sobrecarga nos cuidadores formais:

- i. **Sobrecarga de Trabalho**- orientação e hierarquização a que se está sujeito, e/ou isolamento social;
- ii. **Objetivos da Instituição**-autonomia, tipo de liderança e supervisão, estimulação;
- iii. **Contato e Empatia com os utentes**- Refere-se à qualidade da relação estabelecida com os idosos;
- iv. **Suporte Social** – direcionado para o apoio que recebe fora do serviço e a carreira profissional;

Com base nestes pressupostos, o acumular de *stress* devido à combinação dos conceitos identificados, remetem o cuidador para várias situações difíceis de contornar, problemas com os idosos e os seus familiares, burocracia, falta de incentivos, dúvidas sobre as suas competências, falta de participação no grupo e até mesmo isolamento social, dificuldade em desenvolver um relacionamento familiar favorável, ou seja, uma série de acontecimentos que se refletem no local de trabalho, bem como no seio familiar. Dos fatores extrínsecos ao trabalho causadores de *stress* com repercussão no cuidador, parecem ser dos mais importantes, os fatores ligados à família (Queirós, 2005). A tensão provocada pela complexidade dos cuidados e o fato de este cuidar se tornar uma prática sistemática levam a que os cuidadores se “esqueçam” de si e se concentrem apenas no cuidar, o que pode constituir um fator de morbilidade. Por seu turno, na perspetiva de (Bulger, Wandersman e

Goldman, 1993, cit. por Sequeira, 2010) o ato de cuidar pode também ser uma fonte de repercussões de cariz positivo aos níveis pessoais, familiares e sociais.

Com base nas ideologias de Maslach e Leiter (1997 cit. por Queirós, 2005, cit. por Almeida, 2013) foram identificadas seis fontes responsáveis pela erosão do envolvimento nos cuidadores, nomeadamente, carga excessiva no trabalho, ou seja, trabalho mais intensivo, mais complexo, exige mais tempo, cria exaustão emocional criativa e física; Falta de controlo; Baixos salários; Falha na equidade e justiça; Fadiga; Fragmentação das relações interpessoais, ou seja, o facto de se trabalhar isoladamente e conflito de valores;

Quando estas fontes e variáveis se conjugam levam ou podem efetivamente levar a sintomatologias de sobrecarga mais elevadas nomeadamente, à Síndrome de *Burnout*.

3.1.1 Burnout causa ou efeito da sobrecarga

Foi com Herbert Freudenberg que nasceu o conceito de *Bunout*, através da observação em contexto de trabalho, Hebert apercebeu-se que muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, demonstrando um estado de exaustão. Tratava-se segundo Freudenberg, “de gente idealista, que acabava cansada, desesperada, e que no final necessitavam de mais ajuda do que aqueles a que cuidavam, tendo designado este particular estado mental de exaustão emocional” (Almeida, 2013).

Por sua vez Maslach (1981, cit. in Oliveira 2008), definiu o conceito de burnout como uma síndrome de cansaço físico e emocional que levava a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Para o autor, “o burnout seria a última fase de um estado de stress crónico”. Já Oliveira (2008) defendem que:

“O local de trabalho, hoje, é um ambiente frio, hostil que exige muito, económica e psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o resto corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. A alegria do sucesso e a emoção da conquista estão cada vez mais difíceis de alcançar. A dedicação ao trabalho e o compromisso para com ele estão a diminuir. As pessoas vão ficando descrentes, mantendo-se distantes e tentando não se envolver demais”. (Oliveira, 2008).

Já na perspetiva de Almeida, (2013), este descreve a Síndrome de *Burnout* como um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adotadas pelos indivíduos, como afastamento e desumanização, alternando o seu comportamento no local de trabalho.

Segundo (Saylers, Fukui, Rollins, et al. 2014) este conceito, tem sido associado a consequências negativas para os prestadores de cuidados, acarretando consigo diversos problemas de saúde, nomeadamente, insónias, dores de cabeça, problemas de

relacionamento, reduzida satisfação no trabalho, e aumento de problemas de saúde mental, depressão, ansiedade e abuso de substâncias que podem influenciar a qualidade do serviço que é prestado a diferentes níveis. No que respeita ao nível organizacional, os trabalhadores que experimentam tal sintomatologia, tem predisposição para se ausentarem das suas funções por longos períodos de tempo e até mesmo para deixar o seu posto de trabalho. Estudos têm demonstrado que o *burnout* entre alguns trabalhadores é também suscetível de ter um efeito de contágio, que pode danificar a moral dos outros funcionários e levar a mais rotatividade de pessoal. Já no que respeita ao nível individual, o conceito tem sido associado a alterações cognitivas, incluindo diminuição da atenção, o que pode induzir a erros recorrentes e a menos envolvimento no trabalho e estar associado á diminuição da empatia.

Segundo os autores, num estudo efetuado recentemente por médicos residentes, a reduzida empatia estabelece uma relação estreita entre o burnout e baixas auto-avaliações no cuidado centrado na pessoa. Segundo (Saylers, Fukui, et al. 2014) os colaboradores deste tipo de instituições tem sido alvo de alguns estudos que demonstram que estes carecem de aspetos importantes relativamente ao conhecimento, atitude e discernimento a respeito dos doentes e das necessidades que estes apresentam. Existem uma diversidade de doentes, que exigem cuidados específicos diferenciados, ou seja, existe a necessidade premente de reforço no suporte educacional dirigido a estes trabalhadores. Outra característica evidenciada pelo autor, prende-se com a pesada carga de trabalho físico e psicológico, em combinação com possibilidades limitadas para observar melhorias nesse grupo de pessoas, uma vez que inúmeras vezes se trata de doenças crónicas incapacitantes. Estes fatores podem efetivamente conduzir ao *stress* e baixa satisfação no trabalho, por outro lado, empatia, habilidade e atitudes positivas foram relacionadas com baixo *burnout* pessoal. Na perspetiva de Vieira, (2010) a autora referencia ainda que o conceito de *burnout* está ligado a consequências negativas, entre as quais:

- i. **Nível socioeconómico:** absentéismo, queda de produtividade, e aposentadoria precoce.
- ii. **Saúde física:** aumento do risco cardiovascular, alterações fisiológicas e metabólicas como desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenais, diabetes tipo 2, elevação de lipídios séricos e alterações do sistema imune, além de distúrbios músculo esqueléticos.
- iii. **Saúde mental:** associação com ansiedade e, em especial, depressão, além de abuso de álcool.

Seguindo esta linha de pensamento, (Saylers, Fukui, et al. 2014) referem que o problema é que alguns indivíduos não exibem a sua plena capacidade e/ou competência, revelando que

há uma ocultação de competências que por algum motivo não permitem desenvolver e mostrar-se ideal.

Assim sendo, a organização fica também afetada na medida em que há uma deterioração do desempenho laboral por parte do profissional, baixa satisfação laboral e diminuição do interesse pela profissão, aumentando o absentismo laboral, chegando ao abandono do posto de trabalho, da organização e da profissão. Trata-se, portanto, de um fenómeno com graves e várias repercussões, sobretudo no que respeita à saúde e qualidade de vida do sujeito e dos contextos em que o mesmo se insere (família, grupo de amigos, entre outros).

3.2 Fatores que influenciam o desempenho dos cuidadores

Em conformidade com os autores acima enunciados, e de acordo com a literatura, vários são os fatores que se encontram associados ao desempenho dentro de uma organização. Pretendo aqui enunciar alguns deles, dando especial ênfase à satisfação laboral, uma vez que é um dos conceitos principais em estudo neste trabalho de investigação.

Tem sido efetuados vários estudos com a finalidade de identificar os fatores envolvidos no desenvolvimento do desempenho dentro das organizações. Dos fatores mais importantes desta temática, devemos destacar os fatores pessoais relativos ao colaborador, ao planeamento e manipulação de atividades e à qualidade da liderança exercida (Borges & Pilati, 2001). Estes desenvolvem-se de diferentes formas e, terão certamente distintas implicações para o comportamento do indivíduo no trabalho.

Allen e Meyer (1990, 1991) sugerem que cada uma das componentes se desenvolve de forma independentemente em função dos seus antecedentes. Meyer e Demo, (2003) demonstraram que entre os diferentes antecedentes identificados, as variáveis demográficas (ex: idade, sexo, educação, estado civil), apesar de desempenharem um papel relativamente secundário, podem ter um impacto significativo ao nível do desempenho dos cuidadores. Os trabalhadores mais velhos, por exemplo, podem apresentar níveis superiores de compromisso afetivo, devido a uma maior satisfação com o desenvolvimento das suas funções e por usufruírem de melhores cargos que justificaram a sua permanência na organização e que caracterizam a priori o seu tipo de envolvimento e vinculação organizacional. (Demo, 2003).

No que concerne às habilitações literárias, estas parecem ter uma correlação negativa com o desempenho, pois o maior nível de habilitações tende a estar associado a mais alternativas de emprego (Choen, 1993).

A competência percebida nos colaboradores por parte da organização poderá também fortalecer o aparecimento de níveis mais elevados de desempenho organizacional, já que o

empenho aumenta à medida que a organização satisfaz as necessidades de crescimento e realização pessoal e profissional dos seus colaboradores (Nascimento, 2012).

Já na perspectiva de (Herzberg 1966, cit. por Pilatti, Luiz,) e na tentativa de prestar o seu contributo, acerca das motivações do indivíduo para com o trabalho, este autor desenvolveu uma teoria, designada por Teoria dos Dois-Fatores da Satisfação, esta classifica em dois fatores os aspetos relacionados com o trabalho: fatores higiénicos e fatores motivacionais. Os fatores higiénicos, conhecidos como extrínsecos, dizem respeito a remuneração, condições de trabalho, relações com os colegas, segurança no emprego, e segundo o autor, produzem insatisfação ou contribuem para que a insatisfação não se manifeste. Os fatores motivacionais, também conhecidos como intrínsecos, referem-se ao crescimento profissional, responsabilidade, trabalho em si mesmo, reconhecimento, realização profissional e contribuem para a existência ou não de satisfação e motivação no trabalho. Por seu turno, Lopes, (2012) refere que os fatores que atuam como antecedentes da satisfação do trabalho podem ser agrupados em duas categorias, as variáveis situacionais, que estão relacionadas com o próprio trabalho ou ambiente de trabalho e as variáveis individuais, as quais englobam as características sociodemográficas ou disposicionais dos indivíduos.

Já Ayalon, 2008, Aylan, 2009, Rodrigues et. al. 2001, cit. por Batista, 2013) corroboram que existem outros fatores que influenciam o trabalho dos cuidadores formais, a) os subjetivos, tais como, empatia, carinho, compaixão e a paciência mencionados como importantes ferramentas para lidar com as dificuldades advindas dos distúrbios de comportamentos dos idosos; b) as representações sociais dos cuidadores sobre a fase do envelhecimento; c) as competências pessoais dos cuidadores para lidarem com os desafios impostos pelo trabalho. Como exemplo, identificam-se que cuidadores que demonstram baixa resiliência, apresentam menor encorajamento com o trabalho e maior propensão ao *Burnout*.

Um estudo conduzido com cuidadores formais de idosos com demência apontaram os seguintes fatores como condicionantes no ato de cuidar, permanecer acordado no período da noite devido a distúrbios de sono dos idosos, à necessidade de supervisão constante do idoso, lidar com comportamentos dos idosos que afetam os outros, tais como os considerados agressivos e inapropriados. (Ayalon, 2009, Miyamoto et. al 2010, cit. por Batista, 2013).

3.3 Causas de satisfação profissional

Segundo Clark (1997, cit. por Rodrigues, 2014) reportando-se a um texto de Argyle de 1997, sugere que a satisfação no trabalho é um dos três mais importantes preditores do bem-estar, a par do casamento e da satisfação com a família.

A satisfação no trabalho depende do modo como cada indivíduo percebe um conjunto de aspetos que se relacionam direta ou indiretamente com o trabalho.

A palavra satisfação deriva do étimo latino *satisfactio*, que significa prazer, contentamento, que resulta da realização do que é desejado ou esperado. A satisfação no trabalho pode ser definida como um constructo que pretende transmitir um estado emocional positivo ou uma atitude positiva perante o trabalho e as experiências em contexto laboral (Vala, Monteiro, Lima & Caetano, 1994).

As primeiras investigações sobre a satisfação no trabalho afirmavam que a remuneração era o fator mais importante que conduzia à satisfação profissional (Taylor, 1967, in Chiavenato, 1995). Já Segundo (Vala, 1994, cit. por Agapito, 2010), os fatores que determinam a satisfação profissional dos trabalhadores são as perspetivas de promoção, organização e funcionamento do departamento onde trabalham, relação com os colegas de trabalho, remuneração que recebem, competência do superior imediato, trabalho que realizam e condições de trabalho, podendo cada um deles influenciar os indivíduos de formas diferentes. Freeman (1978, cit. por Rodrigues, 2014) apresenta a sua ótica enquanto economista, referindo que a satisfação no trabalho se prende essencialmente como um problema de salários, eficiência e indicadores macro e microeconómicos. Sociólogos como Tuch e Martin (1991, cit. por Bozeman & Gaughan, 2011, cit. por Rodrigues, 2014) investigam a satisfação no trabalho essencialmente nas diferenças de género, raça e posição social.

Por seu turno, (Spector, 1997 cit. por Pereira, 2010) refere que as causas que estão na origem da satisfação profissional podem dividir-se em dois grupos: causas derivadas de fatores associados ao indivíduo (demográficas e diferenças individuais), e as derivadas de fatores do ambiente de trabalho (remuneração, trabalho em si mesmo, perspetivas de evolução na carreira, chefia, relação entre colegas, condições de trabalho, quantidade de trabalho, autonomia, horários, formação profissional, segurança no emprego).

Segundo o mesmo autor, citado por (Pereira, 2010) existem importantes razões para o estudo da satisfação profissional, que podem ser classificadas de acordo com o objeto de estudo ser o trabalhador ou a organização. Em primeira instância, a perspetiva humanitária

com que a pessoa deve ser tratada, nomeadamente, respeito e justiça, uma vez que a satisfação profissional também pode ser considerada como um indicador emocional de bem-estar ou saúde mental. Em segundo lugar, a perspetiva utilitária de que a satisfação profissional pode gerar determinados comportamentos por parte do trabalhador que afetam o funcionamento organizacional.

4. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

A identificação e delimitação da temática a trabalhar, bem como a definição dos objetivos de pesquisa são etapas fundamentais para a fundamentação da investigação e para a clarificação do enquadramento conceptual em que se desenvolve.

A construção da Pergunta de Partida ou, como entendemos, Questão de Partida, que segundo (Quivy, Raymond, 1992) se traduz como a forma de explicitar o que se procura saber, elucidar, compreender melhor, advertindo, todavia que «traduzir um projeto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida só será útil se essa pergunta for corretamente formulada. Isto não é necessariamente fácil, pois uma boa pergunta de partida deve preencher várias condições».

Assim sendo, a questão de Partida foi delineada segundo a pesquisa que se pretende efetuar:

- Qual o nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos institucionalizados?
- Quais os principais fatores associados ao nível de sobrecarga? e qual a sua relação com o desencadear desta sintomatologia;

4.1 Objetivos

Explicitar os objetivos é indicar o destino da investigação ou os efeitos que se pretendem alcançar com a sua realização. O que se pretende com esta investigação, é compreender se existe sobrecarga nos cuidadores formais. Sabe-se que estes profissionais são promotores da qualidade de vida do idoso institucionalizado, mas por seu turno, encontram-se expostos a uma predisposição para esta sintomatologia devido ao desgaste físico e mental a que diariamente estão sujeitos.

Seguindo esta ordem de ideias, (Sequeira, 2010), refere que os avanços tecnológicos ao nível da saúde conduziram a uma melhoria das condições socioeconómicas que contribuiram para aumento da longevidade, no entanto, o crescimento das doenças crónicas e da dependência nas atividades de vida diária, levaram a uma maior consciencialização no que

concerne à comunidade científica relativamente a esta problemática. O autor enfatiza que o contributo dos cuidadores formais é fundamental, atribuindo a este grupo extrema relevância na arte de cuidar. No entanto, apesar do interesse deste grupo para a manutenção da saúde e bem-estar do idoso, constata que se encontram expostos a um elevado desgaste físico, mental e emocional, principalmente quando lidam com elevados níveis de dependência. Assim, para que de algum modo se possa contribuir para um conhecimento mais aprofundado deste problema, dito da era moderna, constituído pelo envelhecimento, institucionalização e pelas consequências que deles advêm, este trabalho foi dirigido para a concretização dos objetivos abaixo descritos.

- Identificar as principais determinantes do nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos institucionalizados;
- Determinar a influência de características individuais e sociodemográficas no fenómeno da sobrecarga;
- Determinar a existência ou não de burnout e a sua relação com o nível de sobrecarga e satisfação no trabalho;
- Determinar a forma como o nível de empatia se correlaciona no nível de sobrecarga dos cuidadores formais;

4.2 Hipóteses de investigação

Frequentemente questiona-se se todas as pesquisas exigem uma formulação de hipóteses. Sampieri et. al (2006, cit. por Pardal, 2011), associam a formulação de hipóteses ao “enfoque do estudo” e ao tipo deste, defendendo-a sobretudo em estudos quantitativos de tipo descritivo, correlacional e causal e, de forma menos taxativa.

Assim, as hipóteses formuladas para a investigação em causa, são as seguintes:

H₁: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos varia em função do género do cuidador.

H₂: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos varia em função da sua idade.

H₃: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos varia em função dos anos de experiência profissional.

H₄: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos está negativamente correlacionado com a satisfação no trabalho

H₅: O burnout está positivamente correlacionado com o nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos.

H₆: A empatia do cuidador está positivamente correlacionada com o nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos

4.3 Opções metodológicas

Segundo (Quivy e Campenhoudt, 2008, citado por Lopes e Pardal, 2011), “o modelo de análise é o prolongamento da problemática. É composto por conceitos, dimensões e indicadores articulados entre si, para em conjunto, formarem um quadro analítico coerente”. Deste modo, após a definição da questão de partida, o modelo de análise apresentado abaixo pretende evidenciar as variáveis que estando em interação entre si se pretendem estudar e analisar na presente investigação.

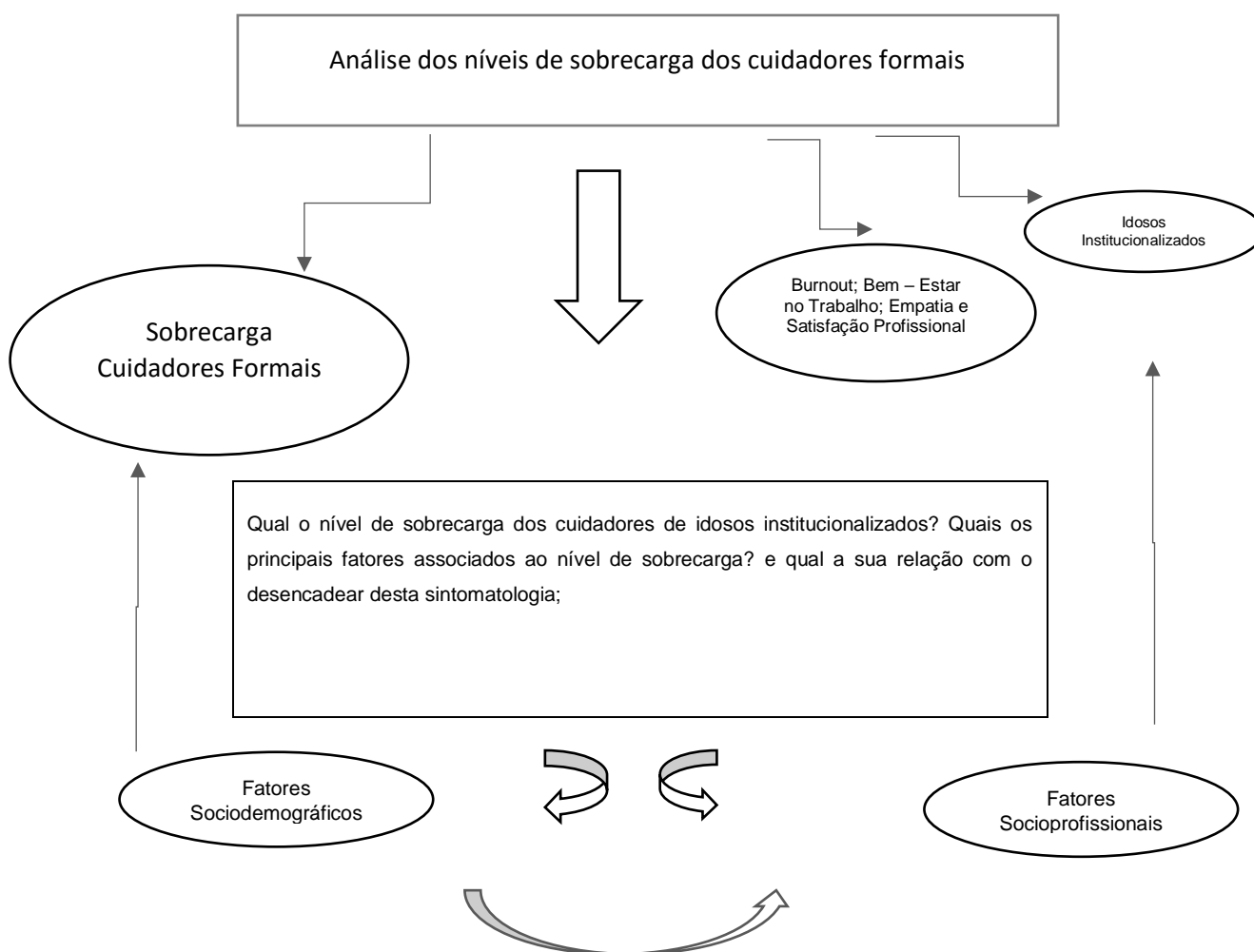


Figura 4: Construção do Modelo de Análise da Investigação. Fonte: Elaboração Própria

Em pesquisa científica o método é considerado como sendo um instrumento do conhecimento que permite aos pesquisadores de qualquer área de estudo um sentido geral de orientação que auxilia a elaboração do planeamento da pesquisa, a definição das hipóteses, a execução do processo de investigação e a análise e interpretação de resultados (Gil, 2006).

Desta forma, a finalidade deste capítulo é descrever e apresentar as principais informações e características acerca do processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa com o devido cuidado para que sua execução permita o alcance dos objetivos definidos e acima descritos. Assim sendo, a metodologia de investigação que se pretende utilizar é o método quantitativo, pois, segundo (Fortin, 2003, cit. por Minerva, 2010) este, assume-se como um processo sistemático de colheita de dados observáveis quantificáveis.

É baseado na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” Stake (1999, cit. por Meirinhos e Osório, 2010) assinala que nos modelos quantitativos habituais o investigador exerce um esforço para limitar a sua função de interpretação pessoal, desde que se inicia o desenho da investigação até que se analisam estatisticamente os dados. Trata-se de um período que se deve pautar pela ausência de valores. Na investigação quantitativa, as perguntas procuram a relação entre um pequeno número de variáveis. É descritivo, porque se centra num objeto e pretende analisá-lo detalhadamente, sem assumir pretensões de generalização e correlacional, pois, tem como objetivo medir o grau e a direção de uma relação entre duas variáveis que é expressa por um coeficiente de correlação, ou ainda, quando uma teoria científica postula a existência de uma correlação entre duas variáveis que não podem ser analisadas experimentalmente.” (Freixo, 2009, citado por, Minerva, 2010). Deste modo, recorreu-se ao inquérito por questionário cujo objetivo é a recolha de informação temática válida e fiável, obtida a partir das respostas individuais dadas a um conjunto de questões por um grupo representativo de respondentes, em torno das quais se produzem conclusões passíveis de serem generalizadas ao universo da população em estudo (Thayer-Hart et al., 2010, cit. por Maciel, 2014). Na opinião de Quivy e Campenhoudt (1998, cit. por Serafim), o inquérito por questionário “Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas”. Estas perguntas dizem respeito à situação social, profissional ou familiar dos inquiridos. Reportam-se “às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores. Segundo (Quivy e Campenhoudt, 1998, cit. por Maciel, 2014), a análise de dados permite avançar para a interpretação dos factos, o estabelecimento de relações, esperadas ou não esperadas, e para

a confirmação/revisão das hipóteses, na apresentação de conclusões o investigador pode sugerir aperfeiçoamentos do seu modelo de análise ou propor pistas de reflexão e de investigação para o futuro.

4.4 Escolha e caracterização das instituições onde decorreu a recolha de dados

A escolha das instituições recaiu essencialmente sobre três pontos-chave, nomeadamente: o número de anos de existência, a sua dimensão (número de idosos em função do número de cuidadores) e o meio em que se encontram inseridas, como tal, as instituições escolhidas são diferentes relativamente à sua extensão, ao número de anos de existência na prestação de cuidados, ao meio em que se encontram inseridas, bem como à diversidade de serviços que prestam à comunidade. Assim, a sua cultura organizacional assenta em aspetos distintos, ainda que partilhem semelhanças relativamente à sua missão.

Tabela 3 - Caracterização da instituição I

Respostas Sociais	Capacidade	Nº de Utentes
Serviço de Apoio Domiciliário	50	23
Centro de Convívio	35	7
Centro de Dia	27	15
Estrutura Residencial (Lar de Idosos e Residência)	18	18

Tabela 4 -Caraterização da instituição II

Repostas Sociais	Capacidade	Nº de Utentes
Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	72	72

Esta estrutura Residencial visa, a) proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intra-familiar; d) Potenciar a integração social. Pelo que assegura uma diversidade de serviços, nomeadamente, Alojamento (Temporário ou Permanente); Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas. Consiste nas seguintes refeições: pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia; Cuidados de higiene e conforto pessoal; Tratamento de roupa pessoal; Higiene e manutenção de espaços; Vigilância 24 horas por dia, durante a sua permanência no lar; Acompanhamento médico e cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde; Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre residentes e para estimulação e manutenção das suas capacidades física e psíquicas, bem como apoio no desempenho das atividades da vida diária.

4.5 Instrumento de recolha de dados

i. Questionário Sociodemográfico

A realização do trabalho de pesquisa assenta na elaboração e administração de um questionário sociodemográfico aos colaboradores que prestam serviços em duas Estruturas Residenciais para idosos no concelho de Ponte de Sor, com base no qual se pretende fornecer um contributo para a identificação dos determinantes de sobrecarga nos cuidadores formais de idosos institucionalizados. Os autores (Lopes, Pardal, 2011) definem questionário, “como a técnica de recolha de informação, preenchido pelo informante que constitui seguramente a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica”. O questionário elaborado para o efeito conta com 19 questões relacionadas com características específicas de cada cuidador. (ver anexo III).

ii. Escala de Zarit

Esta escala foi escolhida para a presente investigação, uma vez que se evidencia como uma das formas de avaliação da sobrecarga do cuidador mais utilizada, conta com 22 questões que avaliam, a saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional, relações interpessoais e o meio-ambiente do cuidador. O score da respetiva escala varia de 0 a 88. Quanto maior o score maior o nível de sobrecarga (Scafuzca, 2002). A avaliação da sobrecarga dos cuidadores possibilita dimensionar os problemas enfrentados pelos mesmos no quotidiano de cuidar em estruturas residenciais para idosos. Assim, as 22 questões são pontuadas numa escala de 0 (nunca) a 4 (quase sempre), de acordo com a

presença ou intensidade da sobrecarga (TAUB et al., 2004, cit.por Canon, Mariana e Novelli, Marcia, 2012). Um escore total é calculado e a sobrecarga subjetiva é considerada severa para escores de 61 a 88, moderada para 41 a 60, leve para 21 a 40 e mínima ou ausente para escores abaixo de 20 (TAUB et al., 2004, cit. por Canon, et. al, 2012).

Sendo o referido instrumento um fio condutor na investigação da sobrecarga em cuidadores informais, houve a necessidade de adaptar esta escala à realidade dos cuidadores formais. Deste modo, de um total de 22 perguntas, duas foram excluídas por se tratar de questões de cunho familiar e cinco foram modificadas para adaptação ao contexto do cuidador formal e nas 15 questões restantes a palavra familiar foi substituída por idoso. Esta adaptação foi efetuada por Canon, e Marcia (2012) num estudo intitulado de “Identificação dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos em Idosos Moradores de uma Instituição de Longa Permanência em São Paulo” (ver anexo III).

iii. Escala de Medida da Inteligência Emocional

Para medir a variável empatia, foi utilizada a Escala de Inteligência Emocional de Wong & Law (WLEIS), (Law et al., 2004; Wong & Law, 2002), adaptada e validada para português por, (R, Nuno, R, Teresa & C, João, 2011).

Esta escala tem estado na origem de diversos estudos relevantes no domínio da medida de IE e tem revelado boas propriedades psicométricas.

O objetivo da IE recai essencialmente sobre quatro aspetos ou dimensões distintas, a *avaliação e expressão das próprias emoções*: Esta dimensão diz respeito à aptidão individual para entender as próprias emoções e expressar as mesmas de forma natural e autêntica.

A avaliação e reconhecimento das emoções nos outros: Esta dimensão componente à aptidão do indivíduo para perceber e compreender as emoções das pessoas da sua envolvente. Este processo permite que os indivíduos desenvolvam uma maior sensibilidade em relação às emoções dos outros e sejam capazes de predizer de forma mais eficaz a sua ocorrência.

Regulação das emoções do próprio: Esta dimensão prende-se, em particular, com a capacidade de regular as emoções do próprio, possibilitando o controlo emocional e uma rápida transição de estados emocionais de valência negativa para estados afetivos positivos.

Utilização das emoções para facilitar o desempenho: Por fim, esta dimensão relaciona-se com a capacidade da pessoa para direcionar as suas emoções no sentido de facilitar o seu desempenho nas atividades nas quais a mesma se encontra envolvida.

Estas quatro dimensões reificam a IE como um construto multidimensional que remete para a aptidão do indivíduo para compreender as suas emoções e as emoções dos demais,

efetuar a regulação das suas emoções e direcioná-las para a facilitação de condutas comportamentais produtivas.

No entanto, como a presente investigação se pretende focar no conceito empatia, foram “triadas” do presente instrumento, apenas as dimensões que mais se coadunam com o conceito de empatia, nomeadamente a avaliação e expressão das próprias emoções bem como avaliação e reconhecimento das emoções nos outros. (ver apêndice III).

iv. Questionário de Bem-estar e Trabalho

Para medir a variável do envolvimento foi utilizado o Questionário de Bem-estar e Trabalho (UWES - *Utrecht work engagement scale*) versão reduzida, de Schaufeli e Bakker (2003), traduzido e validado para a realidade portuguesa. A escolha por tal inquérito apoiou-se no fato deste ser o instrumento mais aplicado para medir o engagement profissional. Este instrumento foi construído à partir das três dimensões do engagement: o vigor, a dedicação e absorção (Bakker et. al 2010, cit. por Costa, 2013) que são descritas de forma positiva (Bakker, 2009).

Nesta versão reduzida do instrumento o α de *Cronbach*, incluindo o total dos nove itens, varia, nos diferentes estudos anteriormente realizados, entre os valores 0,85 a 0,94 (média:0,91), constituído de uma única secção, composta por nove itens divididos em três dimensões (Schaufeli & Bakker, 2003, cit. por Costa, 2013):

O Vigor: Em meu trabalho sinto-me pleno de energia; Sou forte e vigoroso em meu trabalho; Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.

A Dedicção: Estou entusiasmado com meu trabalho; Estou orgulhoso com o trabalho que faço; O meu trabalho me inspira.

Absorção: Estou imerso em meu trabalho; “Deixo-me levar” pelo meu trabalho; Sou feliz quando estou envolvido em meu trabalho. (ver apêndice III).

v. Questionário de Satisfação de *Minnesota* (MSQ)

O MSQ assenta no pressuposto de que o contexto laboral depende da correspondência entre as capacidades individuais e os reforços existentes no ambiente de trabalho (Weiss, et. al, 1967, cit. por Ferreira, et. al. 2009).

É um instrumento de auto preenchimento acessível a indivíduos de todos os níveis de escolaridade, que pode ser administrado em grupo ou individualmente. Esta escala apresenta 20 itens relacionados com a satisfação no trabalho. As dimensões presentes no MSQ referem-se a aspetos como: atividade, independência, variedade, estatuto social, valores morais,

segurança e estabilidade que o seu emprego fornece, serviço social, autoridade, utilização das capacidades, responsabilidades e realização pessoal. (ver anexo III).

vi. Modelo de *Copenhagen Burnout Inventory*

O *Copenhagen Burnout Inventory* é um novo instrumento de mensuração do *burnout*, é composto por três escalas de medida, relacionadas com aspetos pessoais "*personal burnout*", do trabalho "*work-related burnout*" e do paciente "*client-related burnout*", que pode ser utilizado em diferentes domínios. Teve por base um estudo prospetivo de *burnout* em trabalhadores no sector de serviços humanos o Project on *Burnout, Motivation, and Job Satisfaction* (PUMA) (Kristensen, et al. 2005, cit. por Fonte, 2011). Esta versão foi adaptada e validada para Português por Fonte, (2011) com o objetivo de determinar as características psicométricas do CBI na população portuguesa e de determinar os níveis de *burnout* nos enfermeiros portugueses.

Na sua versão original, o (CBI) apresenta três escalas de medida como já foi referido, no entanto, para a presente investigação, foram consideradas apenas duas escalas de medida, sendo que a que diz respeito à avaliação sociodemográfica foi eliminada por ter sido criado um questionário sócio demográfico propositadamente para o estudo em causa.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito às características sociodemográficas, estas estão sumariadas nas tabelas seguintes e que passamos a analisar. Os cuidadores formais da amostra revelaram idades compreendidas entre os 23 e os 58 anos, uma média de idades de 39,7% com um desvio padrão de 9,11.

Tabela 5 - Caracterização da amostra relativamente à idade

Amostra	Mínimo	Máximo	Média	D.P
N = 52	23	58	39,7	9,11

A amostra deste estudo constituída por 52 cuidadores formais, revelou que os cuidadores são na sua totalidade do sexo feminino. A dimensão género é concordante com as diversas estimativas demográficas atuais sobre a maior longevidade da mulher e o papel histórico, social e cultural da mulher face ao cuidar (Cerqueira, 2011). Como podemos verificar na tabela seguinte em 52 cuidadores formais, 45 são mulheres, ou seja 86,5%. No que respeita à situação conjugal predominam os cuidadores na situação de casados com uma percentagem de (53,8%) que corresponde a um total de 28 pessoas da amostra em causa.

Em relação ao de nível de instrução, (21,2%) dos cuidadores frequentou o ensino superior, mas a maioria tem habilitações compatíveis com o 3º ciclo de escolaridade (57,7%). O 1º ciclo foi obtido por (3,8 %) dos profissionais, (9,6%) obteve o 2º ciclo, (5,8%) apresentam outro nível de instrução e (1,9%) não tem instrução.

Tabela 6 - Características Sociodemográficas

		Nº	%
Género	Feminino	45	86,5
	Masculino	7	13,5
Situação Conjugal	Solteira/o	8	15,4
	Casada/o	28	53,8
	União de facto	8	15,4
	Divorciada/o	6	11,5
	Viúva/o	1	1,9
	Outra	1	1,9
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	1,9
	1ºCiclo	2	3,8
	2ºCiclo	5	9,6
	3ºCiclo	30	57,7
	Ensino Superior	11	21,2
	Outro	3	5,8

No que concerne ao número de filhos e à existência de pessoas dependentes a cargo para além dos filhos, a maioria revelou ter apenas 1 filho com uma percentagem de 40,4% (21) dos cuidadores, 30,8% (16) não tem filhos, 26,9 (14), revelaram ter 2 descendentes e apenas 1,9% revelou ter 3 filhos. Estes resultados poderão considerar-se porventura espetáveis, tendo em conta as idades dos cuidadores e o que se considera ser supostamente o trajeto atual de vida do ser humano, dada a atual tendência dos jovens para constituir família mais tarde e ter menos filhos.

A generalidade dos cuidadores formais da amostra não tem pessoas dependentes a seu cargo para além dos filhos 88,5%.

Tabela 7 - Caracterização relativamente ao nº de filhos e à existência de pessoas dependentes a cargo para além dos filhos

		Nº	%
Número de Filhos	Sem filhos	16	30,8
	1 filho	21	40,4
	2 filhos	14	26,9
	3 filhos	1	1,9
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	11,5
	Não	46	88,5

No que respeita às características socioprofissionais podemos observar no quadro 4 os seguintes resultados, relativamente ao tempo de prestação de cuidados na instituição, sobressaíram 48,1 % dos inquiridos que referiram serem cuidadores há mais de 2 anos 21,2% á cerca de 1 ano, 5,8% á 3 anos e 1,9% á 7, 16 e 17 anos respetivamente. Estes dados evidenciam a experiência profissional que a maioria das cuidadoras já possui, mas também deixam transparecer que as instituições não deixam de apostar no recrutamento de novos profissionais, já que 21,2% dos elementos se encontram no início da profissão. No que concerne ao tipo de vinculação á instituição, 26,9% encontram-se em situação de contrato a prazo, 11,5% na categoria de estagiários, 9,6% com contrato de prestação de serviços e a maior “fatia” na condição de efetivos com 51,9 %, ou seja 27 cuidadores formais. Relativamente às funções que desempenham na instituição o estudo efetuado revela que predomina a categoria de auxiliares de ação direta com 57,7%, 5,8% são animadores, dois são assistentes sociais, tal como os inquiridos na categoria de psicólogos, enfermeiros, cozinheiros e ajudantes de cozinha, estes mantêm a mesma percentagem respetivamente 3,8%, no entanto nove inquiridos revelaram desempenhar outras funções (17,3%).

As auxiliares de ação direta são as cuidadoras mais mencionadas, talvez porque os idosos residentes em lares necessitam de apoio para as atividades da vida diária e são elas que mais tempo concedem à prestação de cuidados básicos e pessoais essenciais à sua qualidade de vida diária. A valência em que os cuidadores revelaram prestar a maioria dos cuidados é a valência lar com 80,8%, no entanto, estes valores também estão inteiramente relacionados com as respostas sociais que cada instituição apresenta, uma vez que apenas a uma delas dispõe á comunidade a valência de centro de dia. Ainda assim, este resultado era espetável uma vez que a valência lar é uma resposta social a tempo permanente e que exige maior número de cuidados. A maioria dos cuidadores prestam cuidados na instituição I

(69,2%) e (30,8%) na instituição II, pois, como podemos constatar na (tabela 6 – caracterização da instituição II) esta apresenta maior capacidade de resposta na valência lar.

A maioria dos cuidadores apresenta uma carga horária de 40 horas semanais, 59,6% e apresenta 2 folgas semanais (98,1%), trata-se do nº de horas e folgas semanais expectável segundo os horários laborais em vigor no nosso país.

No que concerne ao exercício de funções noutra instituição 90,4% revelou não exercer funções noutra local, sendo que apenas 4 cuidadores evidenciaram o oposto 7,7%.

Tabela 8 - Características Socioprofissionais

		Nº	%
Tempo de prestação de cuidados na instituição	<1ano	8	15,4
	1anos	11	21,2
	2anos	25	48,1
	3anos	3	5,8
	4anos	2	3,8
	7anos	1	1,9
	16anos	1	1,9
	17anos	1	1,9
Tipo de Vinculação à organização	Contrato a prazo	14	26,9
	Efetivo	27	51,9
	Estagiário	6	11,5
	Contrato de prestação de serviços	5	9,6
Funções que desempenha	Assistente Social	2	3,8
	Animador/a	3	5,8
	Psicólogo/a	2	3,8
	Enfermeiro/a	2	3,8
	Auxiliar de Ação Direta	30	57,7
	Cozinheiro/a	2	3,8
	Ajudante de Cozinha	2	3,8
	Outra	9	17,3
Valência em que presta a maioria dos cuidados	Lar	42	80,8
	Centro de Dia	5	9,6
	Em todas as valências	5	9,6

Nome da instituição em que presta a maioria dos cuidados	[II]	36	69,2
	[I]	16	30,8
Carga horária semanal	12	1	1,9
	20	1	1,9
	35	2	3,8
	37	1	1,9
	38	15	28,8
	40	32	61,5
Funções noutra instituição	Sim	4	7,7
	Não	47	90,4

No que consiste á realização profissional, 46,2%, ou seja 24 dos 52 cuidadores inquiridos revelaram estar muito satisfeitos, 30,8% totalmente satisfeitos, 19,2% nem muito, nem pouco satisfeitos e apenas 1 cuidador formal revelou não estar nada satisfeito. Os resultados abaixo mencionados (tabela 9), condizem perfeitamente com os valores espelhados no domínio referente ao grau de satisfação para com a organização, nos quais se verifica que 59,6%, nomeadamente 31 dos 52 cuidadores formais estão totalmente satisfeitos com a instituição, 25% não estão satisfeitos, nem insatisfeitos, e apenas 7,7% revelaram estar totalmente insatisfeitos e outros 7,7% insatisfeitos.

Tabela 9 - Características relativamente á Realização profissional, Classificação do cansaço no trabalho e Grau de Satisfação com a Organização

Realização profissional	Totalmente satisfeito	16	30,8
	Muito satisfeito	24	46,2
	Nem muito, nem pouco satisfeito	10	19,2
	Nada satisfeito	1	1,9
Classificação do cansaço no trabalho	Muito cansativo	21	40,4
	Nem muito, nem pouco cansativo	25	48,1
	Nada cansativo	5	9,6
Grau de satisfação com a organização	Totalmente insatisfeito	4	7,7
	Insatisfeito	4	7,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	13	25,0
	Totalmente satisfeito	31	59,6

Pela análise da tabela 10 podemos verificar que os cuidadores formais em questão tiveram férias em média há 2,35 meses em relação ao último período, considerando o último período mínimo de férias (1) mês e o máximo (17 meses), com um desvio padrão de 3,067.

Tabela 10 - Caracterização da amostra relativamente á questão “Há quanto tempo fez férias pela última vez?”

Nº	Mínimo	Máximo	Média	D.P
52	1	17	2,35	3,067

Na tabela 11 podemos constatar que a maioria dos cuidadores, ainda que pudesse não mudaria de profissão 76,9% e que apenas 19,2% optaria por fazê-lo, ainda que a maior fatia da amostra considere o trabalho muito cansativo. Existe uma diferença de 3,8% no total desta questão, uma vez que duas pessoas não responderam á mesma.

Tabela 11 - Caracterização da amostra relativamente à questão "Se pudesse mudava de profissão?"

Respostas Possíveis	N	%
Sim	10	19,2
Não	40	76,9

Avaliação dos sentimentos relativos ao trabalho

Para a análise deste domínio foi feita a avaliação da consistência interna da escala para cada uma das suas dimensões. Foram obtidos através do alfa de *cronbach* 's, os seguintes resultados: questões relacionadas com o vigor no trabalho ($\alpha=0,810$); questões relativas à dedicação no trabalho ($\alpha=0,846$); questões relativas à absorção no trabalho ($\alpha=0,721$);

Com base nos resultados obtidos, procedeu-se à construção de um índice para cada uma das dimensões da escala, este índice varia entre (0 e 6), sendo que 0 corresponde ao nível mínimo de vigor, dedicação e absorção manifestada pelos inquiridos e 6 ao valor máximo.

Tabela 12 - Sentimento relativo ao trabalho

Dimensão	Média	D.P
Vigor	4,78	1,06
Dedicação	5,07	0,99
Absorção	4,57	1,14

Avaliação do nível de empatia dos cuidadores

Para a análise deste domínio foi feita a avaliação da consistência interna da escala para cada uma das suas dimensões. Foram obtidos através do α de *cronbach* os seguintes valores: questões relacionadas com a empatia ($\alpha=0,618$) e nas questões respeitantes à compreensão das emoções dos outros ($\alpha=0,781$); Tendo em consideração os valores, procedeu-se à construção de um índice para cada dimensão que varia entre (1 e 7), sendo que 1 corresponde ao valor mínimo de empatia e compreensão das emoções dos outros possível de ser obtido e 7 (ao valor máximo).

Analisando a tabela 13, podemos constatar que em média os cuidadores formais inquiridos revelaram manifestar aptidão individual para entender as próprias emoções e expressar as mesmas de forma natural e autêntica pois pontuaram (5,53) numa escala pontuada entre (1 e 7). No que concerne à compreensão das emoções nos outros, os inquiridos pontuaram em média (5,80) numa variação entre (1 e 7) esta componente diz respeito à aptidão do indivíduo para perceber e compreender as emoções das pessoas da sua envolvente. Este processo permite que os indivíduos desenvolvam uma maior sensibilidade em relação às emoções dos outros e sejam capazes de prever de forma mais eficaz a sua ocorrência.

Tabela 13 - Inteligência Emocional

Dimensão	Média	D.P
Empatia	5,53	0,988
Compreensão das emoções nos outros	5,80	1,05

Nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos

A escala de *Zarit* é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador formal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), muitas vezes (3) e quase sempre (4). O instrumento de avaliação em causa apresenta questões como: “*Sente que os idosos solicitam mais ajuda do que aquela que necessitam?*”, “*Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do idoso/os e ainda tem outras tarefas por fazer?*” Podemos constatar através da análise do quadro 9, a frequência de respostas dadas em cada questão para cada dimensão, certo é que os cuidadores formais inquiridos experimentam com frequência (muitas vezes e quase sempre) situações como as referidas anteriormente, principalmente na dimensão (EC), expectativas face ao cuidar.

Tabela 14 - Sobrecarga¹⁴

	IPC	RI	EC	PA
Nunca	0	1,16	0	0
Quase nunca	37,82	44,79	8,21	20,39
Às vezes	20,30	20,80	8,70	25,24
Muitas Vezes	30,34	32,20	44,44	37,86
Quase Sempre	11,54	0,77	38,65	16,50

Em conformidade com o (gráfico 1) podemos constatar que a média da dimensão referente ao impacto na prestação de cuidados (IPC) se encontra num valor intermédio (2,15) pontuado entre (0 e 4), este fator pretende avaliar o impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo tendo como consequência o ato de cuidar. O relacionamento interpessoal (RI) apresenta média de respostas com o valor mais baixo (1,96), esta dimensão reporta às implicações na relação entre o cuidador e o idoso que na maioria das vezes se encontra dependente e que aglutina sentimentos como vergonha, irritação, tensão, entre outros. Ao nível da perceção de autoeficácia, os cuidadores revelaram em média uma pontuação de (2,52), este domínio prende-se essencialmente com a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho, no que respeita às expetativas face ao cuidar, os inquiridos somaram a pontuação mais elevada (3,14) as questões referentes a esta dimensão, estão relacionados com as expetativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se fundamentalmente nos medos, receios e disponibilidades que os cuidadores experimentam no ato de cuidar.

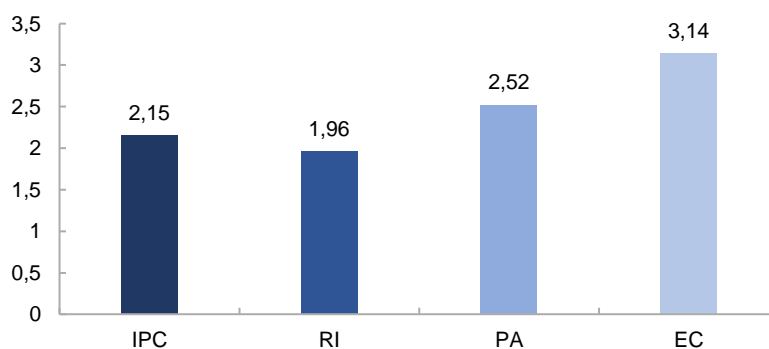


Figura 5: Média de respostas obtida em cada dimensão da Escala de Zarit

¹⁴ IPC: Impacto de Prestação de Cuidados; RI: Relacionamento Interpessoal; EC: Expetativas face ao Cuidar; PA: Perceção de Autoeficácia;

No instrumento em causa, obtém-se um score global que varia entre 0 e 88, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga de acordo com os pontos de corte seguintes, (61 a 88) sobrecarga severa, moderada para intervalos entre (41 a 60), leve para (21 a 40) e mínima ou ausente para scores abaixo de 20. Deste modo, procedeu-se á avaliação do índice de fiabilidade através do cálculo do alfa de *cronbach* 's, obteve-se para o total da escala ($\alpha=0,804$).

Assim, avaliando o nível de sobrecarga existentes nas duas instituições em causa, podemos verificar através da leitura da tabela 15, que o valor superior se manifesta na instituição II com (M=48,50).

Tabela 15 - Distribuição do Nível de Sobrecarga por Instituições

Instituições	Média	N	DP
I	45,70	34	7,54
II	48,50	16	5,05

Deste modo, da análise dos níveis de sobrecarga (tabela 16), de acordo com os pontos de corte para escala em causa, constatou-se que estamos perante uma amostra com níveis de sobrecarga maioritariamente moderada, não existe nenhum cuidador da amostra sem sobrecarga e apenas 10 cuidadores (19,2%) apresentam um nível de sobrecarga leve. O valor de sobrecarga que se mostrou mais significativo foi o nível moderado manifesto em 38 cuidadores (76,9%). Sendo que (3,8%), ou seja, 2 cuidadores não responderam. Estes resultados poderão advir do facto dos cuidadores de idosos dependentes se encontrarem mais sensíveis à sobrecarga em consequência da prestação de cuidados e da relação interpessoal, o que está associado ao fato de terem uma maior necessidade de cuidados. Cuidar de pessoas com alterações cognitivas, perdas de autonomia e doenças crónicas, com alterações de comportamento e alterações do humor está associado a níveis mais elevados de sobrecarga (Sequeira, 2010).

Tabela 16 - Classificação dos Níveis de Sobrecarga do Cuidador

Níveis de Sobrecarga	N	Média %
Leve	10	19,2
Moderada	40	76,9
Missing Value	2	3,8

Seguindo a mesma ordem de ideias e avaliando a tabela 17, podemos constatar que os indivíduos com pessoas dependentes a cargo (para além dos filhos) apresentam um nível médio de sobrecarga superior. Ainda assim, a diferença identificada, não se revela estatisticamente significativa ($U=95,000$; $p=0,195$). Com base nestes pressupostos (Martins, 2006), refere que ao assumir o desempenho do papel de cuidador, a pessoa depara-se com uma situação para a qual, na maior parte das vezes, não foi “uma opção de escolha”, mas antes uma imposição, aliada a obrigações de ordem moral e social. Para além disso, a continuidade do desempenho deste papel pode levar a situações conflituosas resultantes da intercorrência com aspetos da vida pessoal, familiar, profissional e social dos cuidadores, podendo conduzir à sobrecarga, à exaustão ou mesmo à depressão (Martins, 2006).

Tabela 17 - Relação entre o nível de sobrecarga e o número de pessoas dependentes a cargo para além dos filhos

Pessoas dependentes	N	Média	D.P
Sim	6	50,40	5,02
Não	46	46,17	7,02

Analisando o nível de sobrecarga percecionado pelos cuidadores e a sua idade (tabela 18), podemos constatar que o intervalo de idades que maior nível de sobrecarga apresenta é o intervalo dos cuidadores com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos ($M=48,06$), (ainda que seja um valor baixo), seguido do intervalo compreendido entre (41 e 50 anos) ($M=47,66$) com ($M=44,73$) encontram-se os cuidadores com idades (23 e 30 anos) e por último os cuidadores com idades compreendidas entre (51 e 60) $M=42,00$. No entanto, a diferença mencionada não se revela estatisticamente significativa, pois ($\chi^2_{(3)}=6,32$; $p=0,097$). Ainda assim, Martins, (2006) refere que a idade pode ser entendida como uma variável com associação direta na perceção e medição da sobrecarga e, Marques (2007), no estudo

desenvolvido também com cuidadores de doentes com AVC, refere que a idade e a sobrecarga se relacionam de forma inversamente proporcional, ou seja, os cuidadores mais velhos tendem a evidenciar menor sobrecarga global, seguindo estes pressupostos Riedel, (1998) e van den Heuvel et al. (2001, cit. por Martins, 2006) referem-se aos cuidadores mais jovens como mais vulneráveis e com maior dificuldade na resolução de situações problemáticas, estes dados podem ser explicados pelo facto de cuidadores mais novos terem a seu cargo outras obrigações ou pontos de interesse.

Tabela 18 - Nível médio de sobrecarga por grupos etários

Intervalo de Idades	N	Média
23 – 30 Anos	9	44,73
31 – 40 Anos	18	48,06
41 – 50 Anos	15	47,66
51 – 60 Anos	7	42,00

Analisando a tabela 19, podemos constatar que relativamente ao género, os cuidadores do sexo feminino evidenciaram uma maior perceção de sobrecarga comparando com os inquiridos do sexo masculino, apesar deste resultado não se mostrar estatisticamente significativo, pois ($U=96,500;p=0,130$).

Tabela 19 - Relação entre o nível de sobrecarga e o género

Género	N	Média
Feminino	43	47,18
Masculino	7	43,00

Independentemente do universo da amostra ser essencialmente feminino e ser refletido nos resultados, importa mencionar-se que existem estudos científicos desenvolvidos nesta área que referem que não existe diferenças entre homens e mulheres cuidadores, no que diz respeito aos níveis de sobrecarga Martins, (2006). Segundo Roig et al. (1998) consideraram que a responsabilidade de assumir o cuidado, sentida por homens ou mulheres, seria igual. No entanto, Marques (2007) refere que os cuidadores homens evidenciam menor sobrecarga emocional e que o papel de cuidador se torna mais stressante nas mulheres dado ao investimento que estas fazem nas relações interpessoais, predispondo-as a mais

problemas e conflitos. Relativamente ao tempo de prestação de cuidados e a sua relação com o nível de sobrecarga, ao analisarmos a tabela 20 podemos verificar que os cuidadores que revelaram mais sobrecarga foram os cuidadores que prestam cuidados á cerca de um ano (M= 48,00) e os que menos sobrecarga revelaram foram os cuidadores prestadores de cuidados há mais de três anos (M=42,00). No entanto, estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos uma vez que ($\chi^2_{kw}(3)=1,98; p=5,75$).

Tabela 20 - Relação entre o nível de sobrecarga e o tempo de prestação de cuidados

Tempo de prestação de cuidados	N	Média
1 Ano	18	48,00
2 Anos	24	46,82
3 Anos	3	46,00
Mais de 3 Anos	5	42,00

Ainda assim, na perspetiva de George e Gwyther (cit. por Rodrigues, 2011) quanto maior o tempo de dedicação à prestação de cuidados menor é a sobrecarga, o que pode ser explicado pelo facto de com o tempo o cuidador desenvolver mais habilidades, obter mais informação, proporcionando-lhe maior facilidade em utilizar os recursos sociais disponíveis. O tempo que o cuidador despende a cuidar da pessoa doente é referido por alguns autores como um bom indicador de sobrecarga objetiva (Lawton et al., 1991, cit. por Martins, 2006).

Avaliação do nível de burnout dos cuidadores formais de idosos através do *Copenhagen Burnout Inventory*

O CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*) é um questionário que aglomera 19 questões relacionadas com o *Burnout*, para avaliar este domínio esta escala encontra-se dividida em três dimensões, para as quais foi calculado o nível de concordância interna. Foram obtidos através do α de *cronbach's* os seguintes valores: questões respeitantes ao *burnout* relacionado com o utente ($\alpha=0,828$); questões relacionadas com o *burnout* pessoal ($\alpha=0,789$); questões relacionadas com o trabalho ($\alpha=0,685$). Relativamente ao nível de consistência interna da escala obteve-se um bom nível de concordância ($\alpha=0,889$)

O tratamento da escala seguiu os procedimentos realizados em estudos anteriores (Fonte, 2011 e Almeida, 2013). Assim, a frequência com que cada sentimento ocorre no *burnout* pessoal é avaliada numa escala com cinco (5) opções que varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”.

No *burnout* relacionado com o trabalho é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”. A frequência com que cada sentimento ocorre no *burnout* relacionado com o utente é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas primeiras três questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”.

A pontuação total das escalas é a média dos scores dos itens. Considera-se como um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou superiores a 50.

Analisando estes três domínios, e verificando a tabela que se segue, podemos constatar que os cuidadores inquiridos no que toca ao *burnout* relacionado com o utente pontuaram baixos níveis deste quadro sintomatológico. Ainda assim, os cuidadores do sexo feminino são os que maior nível de *burnout* relacionado com o utente apresentam (M=31,66) ainda que não tenha evidenciados ser uma diferença estatisticamente significativa tendo em conta o resultado, (U=118,50; p=0,269), os cuidadores com idades compreendidas entre (31-40 anos) também evidenciam maior nível desta sintomatologia aglutinando uma média de (M=31,57), ainda que ($\chi^2_{kw(3)} = 0,477$; p=0,92). No que refere à situação conjugal os cuidadores divorciados foram os que mais pontuaram, revelando valores médios de (M=41,66), no entanto, ($\chi^2_{kw(5)} = 4,112$; p=0,53). Pode observar-se também que relativamente ao nível de instrução os cuidadores com o 2º ciclo são os que maior nível de *burnout* evidenciam com valor médio de (M=40,00), ainda que não seja um valor estatisticamente significativo, ($\chi^2_{kw(3)} = 7,499$; p=0,18), os cuidadores que não apresentam dependentes a cargo para além dos filhos revelaram de igual modo um nível superior de *burnout* (M=30,43), tal como os cuidadores que prestam cuidados há mais de 3 anos, com um nível médio de (M=35,00), ainda assim estas diferenças identificadas não foram estatisticamente significativas, (U=135; p=0,92) e ($\chi^2_{kw(3)} = 0,236$; p=4,247) respetivamente.

Tabela 21 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de *Burnout* relacionado c/utente percebido pelos cuidadores

		N	Média%	DP
Sexo	Masculino	7	21,42	22,49
	Feminino	45	31,66	21,58
Idade	23-30 Anos	9	30,55	20,83
	31-40 Anos	19	31,57	24,77
	41-50 Anos	15	30,00	21,54
	51-60 Anos	8	25,00	18,89
Situação Conjugal	Solteira/o	8	31,25	22,16
	Casada/o	28	27,67	20,79
	União de Facto	8	34,37	26,51
	Divorciada/o	6	41,66	20,41
	Viúva/o	1	25,00	-
Nível de Instrução	Outra	1	-	-
	Sem Instrução	1	0,00	-
	1ºCiclo	2	0,00	0,00
	2ºCiclo	5	40,00	13,69
	3ºCiclo	30	32,50	22,88
	Ensino Superior	11	29,54	21,84
Tempo de prestação de cuidados	Outro	3	25,00	0,00
	1 Ano	19	30,26	24,40
	2 Anos	25	29,00	21,26
	3 Anos	3	33,33	14,43
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Mais de 3 Anos	5	35,00	22,36
	sim	6	29,16	-
	Não	46	30,43	22,30

Relativamente á relação entre os dados sociodemográficos e o nível de *burnout* pessoal apresentado na tabela 22, podemos averiguar que os cuidadores formais revelaram baixos níveis de *burnout*, no entanto os inquiridos do sexo feminino percebem maior nível desta sintomatologia (M=46,66) comparativamente aos inquiridos do sexo masculino, ainda assim, estes resultados não se evidenciam estatisticamente significativo, pois,

($U=121,50; p=0,279$). Perante a idade e á semelhança do quadro anterior, são os cuidadores com idades compreendidas entre (31-40 anos) que evidenciam maior *burnout* pessoal com uma média de ($M=50,00$), apesar de não se poder considerar um resultado estatisticamente significativo, já que ($\chi^2_{kw(3)} = 2,967; p=0,397$), bem como os cuidadores que se encontram na condição de conjugal ou na de divorciado/a com média de ($M=50,00$), ainda que ($\chi^2_{kw(3)} = 2,361; p=0,797$). No que respeita ao nível de instrução, os cuidadores com mais instrução (nível superior) que revelam maior nível de *burnout* relacionado com o 3º ciclo foram os que mais pontuaram ($M=47,50$), apesar de o resultado não se revelar estatisticamente significativo, uma vez que, ($\chi^2_{kw(5)}=1,590; p=0,902$). Os inquiridos que prestam cuidados há mais de três anos também revelam maior nível de *burnout* ($M=50,00$), ainda que não se revele estatisticamente significativo, pois, ($\chi^2_{kw(3)}=0,267; p=3,953$), bem como os que não apresentam pessoas dependentes a cargo para além dos filhos com uma média de ($M=46,19$), uma vez que, ($U=120,00; p=0,563$).

Tabela 22 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout Pessoal percebido pelos cuidadores

		N	Média%	DP
Sexo	Masculino	7	39,28	13,36
	Feminino	45	46,66	16,51
Idade	23-30 Anos	9	44,44	16,66
	31-40 Anos	19	50,00	20,41
	41-50 Anos	15	45,00	10,35
	51-60 Anos	8	37,50	13,36
Situação Conjugal	Solteira/o	8	46,87	12,02
	Casada/o	28	45,53	15,29
	União de Facto	8	43,75	17,67
	Divorciada/o	6	50,00	22,36
	Viúva/o	1	50,00	-
	Outra	1	25,00	-
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	50,00	-
	1ºCiclo	2	37,50	17,67
	2ºCiclo	5	45,00	20,91
	3ºCiclo	30	47,50	15,18
	Ensino Superior	11	43,18	19,65
	Outro	3	41,66	14,43
	1 Ano	19	48,68	17,62
	2 Anos	25	43,00	13,54

Tempo de prestação de cuidados	3 Anos	3	41,66	14,43
	Mais de 3 Anos	5	50,00	25,00
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	41,66	12,90
	Não	46	46,19	16,63

No que concerne às características sociodemográficas e ao nível de *burnout* relacionado com o trabalho experimentado pelos cuidadores, podemos concluir através da análise da tabela 23 que os cuidadores do sexo feminino (M=49,44) ainda que não se revelem resultados estatisticamente significativos, pois, (U=141,00; p=0,623) manifestam um nível mais alto relativamente ao sexo masculino, no que respeita à idade os cuidadores entre os (23 - 30anos) são os que maior nível de *burnout* apresentam (M=52,77), ainda que ($\chi^2_{kw(3)}=2,967$; p=0,397), bem como os inquiridos na condição de casados (M=51,87), apesar de ($\chi^2_{kw(4)}=0,567$; p=0,967). Os cuidadores com o 2º ciclo também apresentam maior nível de *burnout* (M=55,00), no entanto, o teste estatístico não evidenciou diferenças significativas ($\chi^2_{kw(5)}=1,590$; p=0,902), tal como os cuidadores que prestam cuidados há cerca de 3 anos (M=58,33) e os cuidadores que possuem dependentes a cargo para além dos filhos (M=50,00), pois (U=135,00; p=0,924).

Tabela 23 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout relacionado com o trabalho percecionado pelos cuidadores

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	46,42	9,44
	Feminino	45	49,44	18,83
Idade	23-30 Anos	9	52,77	19,54
	31-40 Anos	19	47,36	20,23
	41-50 Anos	15	50,00	18,89
	51-60 Anos	8	46,87	8,83
Situação Conjugal	Solteira/o	8	46,87	20,86
	Casada/o	28	51,78	15,10
	União de Facto	8	46,87	20,86
	Divorciada/o	6	50,00	15,81
	Viúva/o	1	50,00	
	Outra	1	0,00	
	Sem Instrução	1	25,00	-
1ºCiclo	2	12,50	17,67	

Nível de Instrução	2ºCiclo	5	55,00	27,38
	3ºCiclo	30	50,00	14,68
	Ensino Superior	11	50,00	15,81
	Outro	3	58,33	14,43
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	47,36	21,88
	2 Anos	25	50,00	14,43
	3 Anos	3	58,33	14,43
	Mais de 3 Anos	5	45,00	20,91
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	50,00	15,81
	Não	46	48,91	18,22

No que diz respeito aos fatores individuais relacionados com o *burnout*, estes incluem variáveis sociodemográficas como sexo, habilitações literárias, estado civil, filhos, idade, antiguidade na organização, entre outras (Santos, 2015). Assim, no que respeita à análise global do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*, podemos averiguar que os cuidadores do sexo feminino experimentam maior nível de *burnout* (M=40,00) comparativamente com o sexo masculino, ainda que não sejam verificadas diferenças estatisticamente significativas, pois, recorrendo ao teste de *Mann Whitney* (U=138,50;p=0,569). Com base nestes pressupostos, (Maslach et. al. 1985 cit. por Santos, 2015) refere que as mulheres, em comparação com os homens, desenvolvem *burnout* com maior facilidade, ou seja, são mais suscetíveis a síndrome de *burnout*, uma vez que os riscos relacionados com o trabalho são diferentes para homens e mulheres (Santos, 2015). Ao ingressar no mercado de trabalho a mulher passou a desenvolver uma dupla jornada, a profissional e a doméstico. Na nossa sociedade, as mulheres têm uma relação dupla com o trabalho assalariado. Elas são, ao mesmo tempo, trabalhadoras remuneradas e não remuneradas. Segundo (Soares, 2007) num estudo realizado com objetivo de analisar a ocorrência de *burnout* entre as mulheres, concluiu que cerca de 21% das mulheres alvo de estudo apresentaram alto nível de *burnout*, em maior nas divorciadas e com poucas habilitações literárias, facto que se pode comprovar no quadro anterior, pois, no que toca à situação conjugal os inquiridos que se encontram na situação de divorciados evidenciam um nível mais alto desta sintomatologia, com uma média de (50,00), ainda que este resultado não se revele estatisticamente significativo, uma vez que ($\chi^2_{kw(5)} = 2,760; p=0,737$). No que reporta à idade, podemos averiguar que os cuidadores entre os (41 – 50 anos), foram os que mais pontuaram (M=41,66), com base neste resultado alguns autores defendem que a ocorrência

da síndrome de *burnout* pode ser gradual e desenrolar-se ao longo de anos na função, (Benevides-Pereira, 2002, cit. por Correia, 2015), ainda assim, recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis*, foi possível averiguar que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que ($\chi^2_{KW(3)} = 2,670$; $p=0,445$).

O nível de instrução parece ser outro precedente do *burnout*, neste estudo em concreto, foram os cuidadores sem instrução e com o 2º ciclo que revelaram maior nível de *burnout* com uma média de ($M=40,00$), no entanto o recurso ao teste de *Kruskal Wallis* não mostrou resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{KW(5)} = 3,864$; $p=0,569$), reforçando além disso estes resultados, diversos pesquisadores verificaram que a formação profissional influencia a habilidade que o individuo possui para enfrentar as situações de stresse no trabalho e que os profissionais mais capacitados/especializados seriam menos afetados pelo stresse pois teriam mais recursos para lidar com os problemas (Postay, 2013). Relativamente ao tempo de prestação de cuidados, os cuidadores que prestam funções nestas instituições há mais de 3 anos, apresentam um nível de *burnout* mais elevado comparativamente aos restantes ($M=40,00$). Em relação a antiguidade na função, alguns autores defendem que a ocorrência da síndrome de *burnout* pode ser gradual e desenrolar-se ao longo de anos na função, atingido o seu nível mais alto entre os 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente. Outros afirmam que o *burnout* afeta os jovens profissionais, no início da carreira, devido à pouca experiência profissional ou a fatores associados a idade (Benevides-Pereira, 2002). Freudenberger (1974) defende que a síndrome de *burnout* manifesta-se a partir do primeiro ano na organização.

Tabela 24 - Relação entre dados sociodemográficos e nível de Burnout Total percecionado pelos cuidadores

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	35,71	13,76
	Feminino	45	40,00	16,34
Idade	23-30 Anos	9	38,88	18,16
	31-40 Anos	19	40,78	17,09
	41-50 Anos	15	41,66	15,43
	51-60 Anos	8	31,25	11,57
Situação Conjugal	Solteira/o	8	40,62	18,60
	Casada/o	28	38,39	14,40
	União de Facto	8	37,50	18,89
	Divorciada/o	6	45,83	18,81
	Viúva/o	1	50,00	-

	Outra	1	25,00	-
	Sem Instrução	1	25,00	-
	1ºCiclo	2	25,00	-
	2ºCiclo	5	40,00	13,69
Nível de Instrução	3ºCiclo	30	41,66	16,52
	Ensino Superior	11	38,63	17,18
	Outro	3	33,33	14,43
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	39,47	17,31
	2 Anos	25	40,00	14,43
	3 Anos	3	33,33	14,43
	Mais de 3 Anos	5	40,00	22,36
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	41,66	12,90
	Não	46	39,13	16,37

Outra característica que revela ser preditor de *burnout* é a existência de outros dependentes a cargo para além dos filhos, no que respeita a esta condição, os cuidadores com dependentes a cargo mostraram ser mais suscetíveis ao sintoma com uma média de (M=41,66), no entanto recorrendo ao teste de *Mann-Whitney* não se obtiveram resultados estatisticamente significativos neste domínio (U=120,00;p=0,564), ainda assim, num estudo efetuado por Santos, (2015) vem afirmar que a presença de crianças ou outros dependentes a cargo está relacionada com elevados níveis de despersonalização e baixos de realização pessoal no trabalho, no caso particular das profissionais que têm filhos, estas referiram sentimentos de ressentimento e culpa em não conseguir acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos filhos, algo considerado fundamental para a vida afetiva das profissionais. A organização do trabalho, as escalas e plantões nos feriados e nos fins-de-semana, representa um entrave na relação com os filhos, sobretudo quando esses são bebés ou crianças. As profissionais mencionaram que a situação é agravada quando o cuidado dos filhos depende da ajuda de terceiros. O peso da culpa da ausência na fase de crescimento pode levar ao abandono da profissão.

De um modo generalizado, relativamente ao nível médio de *burnout* percecionado pelos cuidadores formais inquiridos, podemos constatar através da análise da tabela 25 que os cuidadores inquiridos pontuaram baixos níveis de *burnout* relativamente aos três tipos (*burnout* pessoal, *burnout* relacionado com o utente e *burnout* relacionado com o trabalho), no entanto o tipo de *burnout* que mais se evidenciou foi o *burnout* relacionado com o trabalho com uma média de (M=49,03) e um desvio padrão de (DP=17,82), No que respeita ao *burnout* pessoal os cuidadores revelaram uma média de (M=45,67) e um desvio padrão de

($DP=33,72$), no que concerne ao *burnout* relacionado com o utente evidenciaram um nível de *burnout* inferior aos anteriores com uma ($M=30,28$) e um ($DP=21,77$). Para o total da escala foi obtido um nível médio de *burnout* de ($M=39,42$) e um desvio padrão de ($M=15,92$).

Tabela 25 - Caracterização da amostra relativamente ao nível médio de *Bunout* percecionado pelos cuidadores formais relativamente às três dimensões do CBI

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Burnout relacionado c/ utente	52	0	75,00	30,28	21,77
Burnout Pessoal	52	25	75,00	45,67	16,21
Burnout relacionado c/ o trabalho	52	0	75,00	49,03	17,82
Total CBI	52	25	75,00	39,42	15,92

Avaliação do nível de burnout através do *Malash Burnout Inventory*

O MBI é um instrumento de auto-registo constituído por vinte e dois (22) itens que avaliam sentimentos relacionados com o trabalho e que são distribuídos por três dimensões, nomeadamente:

- Exaustão Emocional, que é constituída por (9) itens e pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta as exigências interpessoais do trabalho.
- Despersonalização, que pretende medir “respostas frias”, impessoais ou mesmo negativas, dirigidas para aqueles a quem prestam serviços, sendo constituída por cinco (5) itens.
- Realização Pessoal, usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização, é constituída por oito (8) itens. Ao contrário das dimensões anteriores, nesta dimensão a obtenção de um valor elevado significa uma menor probabilidade de burnout.

Assim sendo, o MBI (*Malash Burnout Inventory*) é um questionário que comporta três dimensões, para as quais também houve a necessidade de calcular o nível de consistência interna recorrendo ao cálculo do α de *cronbach's*. Da análise realizada foram obtidos os

seguintes valores, questões relacionadas com exaustão emocional ($\alpha=0,587$); questões relacionadas com realização pessoal ($\alpha=0,642$); questões relacionadas com a despersonalização ($\alpha=0,149$). Na escala MBI a frequência com que cada sentimento ocorre é calculada numa escala tipo *Likert* de sete (7) pontos, variando entre o mínimo de zero (0) “nunca” e o máximo de seis (6) “todos os dias”.

Analisando o gráfico seguinte (gráfico 2), podemos constatar que os inquiridos pontuaram em média (0,77) nas questões relacionadas com a exaustão emocional, (5,85) em questões relacionadas com a realização pessoal e 0,53 relativamente à despersonalização numa escala pontuada entre 0 e 6.

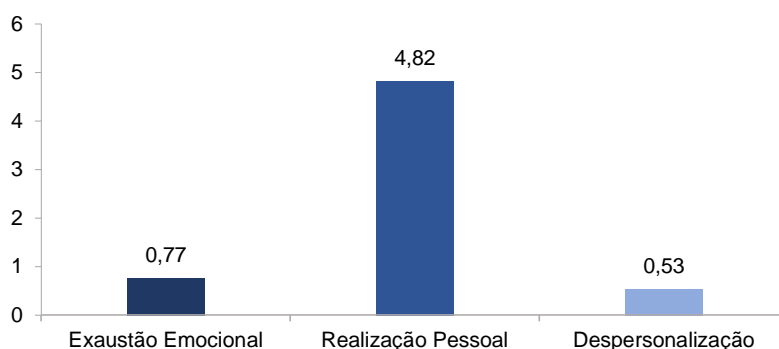


Figura 6: Média de respostas obtida em cada dimensão do Questionário de Malash Burnout Inventory

Ao analisarmos a tabela 26 devemos ter em consideração que a dimensão realização pessoal é uma consequência dos dois aspetos referenciados em seguida e que comportam o MBI (Exaustão Emocional e Despersonalização). Queremos com isto evidenciar que um nível elevado nesta dimensão manifesta à posteriori baixos níveis nas dimensões seguintes. Todavia, passando à análise em causa, podemos constatar que o sexo masculino apresenta um nível inferior de realização pessoal ($M=4,16$) quando comparado com o sexo oposto, ainda que os resultados não se revelem estatisticamente significativos, pois, ($U=117,50; p=0,282$), do mesmo modo que os cuidadores na faixa etária (31-40 anos), uma vez que $M=4,65$ e ($\chi^2_{kw(3)}=1,20; p=0,75$). No que respeita à situação conjugal, foram os cuidadores na situação de divorciados que evidenciaram menor nível de realização pessoal, ($M=4,35$), ainda que ($\chi^2_{kw(5)}=5,07; p=0,28$), relativamente ao nível de instrução, foram os cuidadores com o 2ºciclo que sobressaíram pela negativa revelando ($M=3,82$), no entanto recorrendo ao teste de *Kruskal Wallis* ($\chi^2_{kw(5)}=6,49; p=0,026$). No que toca ao tempo de prestação de cuidados, podemos concluir que os cuidadores há cerca de 3 anos são os que menor índice de realização pessoal revelaram no que toca a este domínio ($M=4,04$), assim como os que não

presentam dependentes a cargo para além dos filhos (M=4,78), ainda assim (U=114,00; $p=0,49$).

Tabela 26 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Realização Pessoal

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	4,16	1,01
	Feminino	45	4,76	1,01
Idade	23-30 Anos	9	5,09	0,52
	31-40 Anos	19	4,65	1,09
	41-50 Anos	15	4,85	1,19
	51-60 Anos	8	4,98	0,80
Situação Conjugal	Solteira/o	8	4,67	0,77
	Casada/o	28	4,86	0,11
	União de Facto	8	5,37	0,71
	Divorciada/o	6	4,35	1,61
	Viúva/o	1	5,87	-
	Outra	1	2,25	-
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	3,25	-
	1ºCiclo	2	4,12	2,65
	2ºCiclo	5	3,82	1,47
	3ºCiclo	30	5,04	0,78
	Ensino Superior	11	5,00	0,63
Tempo de prestação de cuidados	Outro	3	4,66	1,12
	1 Ano	19	4,69	1,01
	2 Anos	25	5,02	0,72
	3 Anos	3	4,04	2,30
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Mais de 3 Anos	5	4,80	1,16
	Sim	6	5,10	0,69
	Não	46	4,78	1,02

Relativamente à tabela que se segue (tabela 27), podemos constatar que os cuidadores do sexo masculino apresentam um nível superior de *burnout* associado à despersonalização (M=0,56), no entanto estes resultados não se mostraram estatisticamente significativos, pois, (U=129,00; $p=0,42$), assim como os cuidadores com idades compreendidas entre (23-30anos), pois (M=0,57), ($\chi^2_{kw(3)}= 0,308$; $p=0,95$). Também com níveis

superiores neste domínio sobressaíram os cuidadores na condição de solteiros (M=0,85) e os cuidadores que detêm o 2º ciclo quanto ao nível de instrução (M=0,68), apesar de não se terem verificado resultados estatisticamente significativos, ($\chi^2_{kw(5)} = 0,884$; $p=0,114$). No que respeita ao tempo de prestação de cuidados, os cuidadores que prestam cuidados á mais de três anos, foram os que mais pontuaram (M=0,92), assim como os que não apresentam dependentes a cargo para além dos filhos (M=0,56), uma vez que (U=111,50; $p=0,48$).

Tabela 27 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Despersonalização

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	0,56	0,67
	Feminino	45	0,37	0,52
Idade	23-30 Anos	9	0,57	0,85
	31-40 Anos	19	0,52	0,67
	41-50 Anos	15	0,46	0,59
	51-60 Anos	8	0,52	0,52
Situação Conjugal	Solteira/o	8	0,85	0,92
	Casada/o	28	0,43	0,60
	União de Facto	8	0,47	0,62
	Divorciada/o	6	0,73	0,58
	Viúva/o	1	0,60	-
	Outra	1	-	-
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	2,00	-
	1ºCiclo	2	-	-
	2ºCiclo	5	0,68	0,55
	3ºCiclo	30	0,50	0,60
	Ensino Superior	11	0,65	0,76
	Outro	3	-	-
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	0,65	0,77
	2 Anos	25	0,36	0,58
	3 Anos	3	0,53	0,23
	Mais de 3 Anos	5	0,92	0,52
Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	0,30	0,54
	Não	46	0,56	0,66

Passando à análise da tabela 28, podemos verificar que as mulheres revelaram maior nível de *burnout* no que toca à dimensão exaustão emocional (M=0,85), ainda que as diferenças não sejam estatisticamente singificatvas quando comparadas com o valor obtido nos homens (U=75,50; p=0,27), assim como os cuidadores entre os (31-40anos), pois (M=0,97) recorrendo ao teste de krushkal wallis ($\chi^2_{kw(3)}= 0,2250$; p=0,52), não se revelando estatisticamente significativo o resultado. Os inquiridos na condição de casados e divorciados também revelam de igual modo valores mais altos neste domínio (M=0,83) respetivamente, no entanto, ($\chi^2_{kw(5)}= 0,3770$; p=0,58). No que respeita ao nível de instrução foram os cuidadores titulares do 2º ciclo que mais pontuaram (M=0,97), ainda que ($\chi^2_{kw(5)}= 0,4914$; p=0,43) bem como os cuidadores que prestam cuidados há mais de 3 anos (M=0,97), também os cuidadores que não apresentam outros dependentes a cargo para além dos filhos revelaram maior índice de exaustão emocional (M=0,80), apesar de (U=107,50; p=0,38).

Tabela 28 - Relação entre dados sociodemográficos e o nível de Exaustão Emocional

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	0,26	0,37
	Feminino	45	0,85	0,68
Idade	23-30 Anos	9	0,73	0,69
	31-40 Anos	19	0,97	0,85
	41-50 Anos	15	0,72	0,51
	51-60 Anos	8	0,45	0,38
Situação Conjugal	Solteira/o	8	0,60	0,37
	Casada/o	28	0,83	0,70
	União de Facto	8	0,73	0,81
	Divorciada/o	6	0,83	0,80
	Viúva/o	1	1,25	-
	Outra	1	-	-
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	1,12	-
	1ºCiclo	2	0,25	0,35
	2ºCiclo	5	0,97	0,60
	3ºCiclo	30	0,73	0,73
	Ensino Superior	11	0,82	0,71
	Outro	3	0,83	0,19
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	0,92	0,75
	2 Anos	25	0,62	0,56
	3 Anos	3	0,75	0,12
	Mais de 3 Anos	5	0,97	1,02

Pessoas dependentes a cargo para além dos filhos	Sim	6	0,54	0,61
	Não	46	0,80	0,68

Analisando as tabelas anteriores de um modo geral (tabela 26,278) podemos verificar que apesar de os resultados neste estudo em concreto não se revelarem estatisticamente significativos, vão ao encontro de resultados e conclusões obtidas em estudos anteriores, segundo (Carlotto, 2003; Mallar & Capitão, 2004) e (Burke, Greenglass & Schwarzer 1996; Gomes et al., 2006; Vercambre, Brosselin, Gilbert, Nerrière & Kovess-Masféty, 2009) que apontam as mulheres com maior exaustão emocional e menor despersonalização. Na perspetiva de (Maslach e Jackson 1985), a diferença de gênero pode estar relacionada a três questões: responsabilidade familiar, tipo de ocupação e papel do sexo na socialização como sendo referido neste estudo em concreto. A última questão abordada é a mais importante, pois identificam as ideias de um envolvimento maior das mulheres com cuidados, alimentação e preocupação com o bem-estar de outras pessoas. A prestação de cuidados formais ainda é percebida como uma extensão da função materna, assim, a elevação de exaustão emocional por parte das mulheres pode ser interpretada também pela questão da emocionalidade vinculada ao papel feminino. Maslach (1999) também refere a dupla jornada exercida pela mulher, uma das razões para a diferença no que toca à exaustão emocional.

Relativamente à idade os resultados encontrados corroboram as conclusões de outros autores, num estudo efetuado a professores docentes, verificou-se que quanto mais jovem, maior é o sentimento de distanciamento das pessoas com as quais o professor tem que se relacionar no seu trabalho. O mesmo resultado foi encontrado em estudos realizados com professores por (Correia, et. al 2010). Jovens profissionais geralmente precisam aprender a lidar com as questões do trabalho (Gavish & Friedman, 2010; Maslach,1982), desenvolver habilidades e maturidade relacional (Cherniss,1980). Este resultado também pode relacionar-se à preparação insuficiente para a prática de trabalho. Farber (1991) acredita que jovens profissionais possuem maior risco de desenvolver *Burnout*, provavelmente pelas expetativas irrealistas em relação à profissão. Geralmente jovens profissionais iniciam a sua atividade profissional bastante entusiasmados e com muita dedicação, tendo consciência do significado social do seu trabalho e imaginando que o mesmo lhe proporcionará grande satisfação pessoal. Contudo, as inevitáveis dificuldades em interação com vulnerabilidades e questões pessoais, acrescidas das pressões e valores sociais, engendram os sentimentos de

frustração, desencadeando uma série de questionamentos no que toca à profissão e ao desejo de manter o investimento na mesma.

À luz de outros estudos, também os resultados obtidos quanto à situação conjugal revelam que participantes solteiros possuem maior realização no trabalho. Professores sem filhos possuem maior exaustão emocional, maior despersonalização e menor realização no trabalho. Maslach e Jackson (1985) e Ozdemir (2007) verificaram que as pessoas casadas apresentavam menos *Burnout* que as solteiras, separadas ou viúvas. Maslach e Jackson (1985) interpretam esse dado entendendo que as pessoas casadas geralmente são mais maduras psicologicamente e possuem um estilo de vida mais estável. Outra questão levantada pelas autoras é que estas pessoas possuem uma visão diferente de seu trabalho. Para elas, o salário, os benefícios e a segurança são fatores mais importantes que entusiasmo e satisfação pessoal. Uma terceira questão abordada é sobre a relação entre variáveis familiares e esta sintomatologia, ou seja, a vida familiar pode ter propiciado mais experiências em lidar com outras pessoas e com os seus problemas. As pessoas podem não ter muita experiência de contato com o público no seu trabalho, mas podem tê-la desenvolvido em função da sua vida familiar. Neste sentido teriam mais paciência e mais equilíbrio em lidar com situações.

Nível de satisfação no trabalho dos cuidadores formais de idosos

A versão reduzida do MSQ (Minnesota Satisfaction Questionnaire) inclui 20 itens, retirados da versão original do instrumento, que melhor representam dimensões avaliadas pelo questionário na sua versão completa. O MSQ – forma reduzida é constituído por itens que representam uma dimensão intrínseca (MSQI) e uma dimensão extrínseca (MSQE) da situação laboral, de acordo com a análise fatorial, realizada pelos autores. A MSQI refere-se ao que as pessoas sentem acerca da natureza das tarefas do trabalho: atividade; independência; variedade; serviço social; autoridade; utilização das capacidades; responsabilidade; criatividade; colegas de trabalho; reconhecimento. A MSQE refere-se ao que sentem em relação a aspetos do trabalho que são externos às tarefas ou ao trabalho em si: estatuto social; valores morais; supervisão-relações humanas; supervisão-técnica; segurança e estabilidade; políticas institucionais; compensação; progressão profissional; condições gerais de trabalho. No MSQ, cada item é respondido numa escala com cinco alternativas, oscilando entre muito insatisfeito (pontuação 1) e muito satisfeito (pontuação 5). Desta forma, a pontuação total do MSQ – forma reduzida pode variar entre 20 e 100 pontos.

A pontuação MSQI pode variar entre 12 e 60 pontos, enquanto a pontuação MSQE pode variar entre 6 e 30 pontos. De acordo com Weiss, Dawis, England e Lofquist, um score total ≥ 75 representa uma elevada satisfação com o trabalho, um score ≥ 26 e ≤ 74 representa uma média satisfação com o trabalho e um score ≤ 25 representa uma satisfação baixa com o trabalho, tendo sido utilizada esta classificação para categorizar o nível de ST dos diferentes grupos em estudo. Existem ainda itens que não se enquadram nas duas subescalas referidas, sendo considerados itens gerais de satisfação, cuja pontuação varia entre 20 e 100 pontos. Como tal, foi o nível de consistência interna de cada uma das dimensões do MSQ através do α de *cronbach* 's, tendo-se obtido os seguintes valores: i) questões relacionadas com MSQI – faceta intrínseca (o que as pessoas sentem acerca da natureza das tarefas de trabalho), ($\alpha=0,881$); ii) questões relacionadas com MSQE – faceta extrínseca (o que as pessoas sentem em relação a aspetos do trabalho que são externos às tarefas ou ao trabalho em si, (ex: salário), (0,831). Em conformidade com o gráfico 3 podemos constatar que relativamente á dimensão (MSQI) os inquiridos se encontram satisfeitos com uma média de (51,36), verificando-se o mesmo na dimensão (MSQE) com uma média de (26,39), no que se refere aos itens gerais de satisfação podemos constatar que o nível de satisfação é menor ainda que apresente uma média (75,42). Ainda assim, no total os inquiridos pontuaram em média um nível médio de satisfação de (68,88).

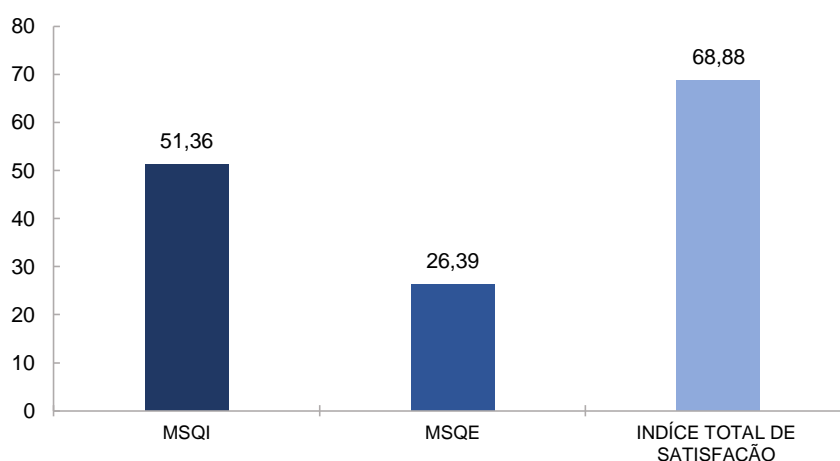


Figura 7: Nível médio de sobrecarga obtido para cada dimensão do Questionário de Satisfação no Trabalho e nível médio de Satisfação Total

Da análise da dimensão (MSQI) podemos verificar através da leitura da tabela 29 que os cuidadores do sexo feminino experimentam um nível de satisfação superior no que respeita ao sentimento acerca da natureza das tarefas do trabalho com uma média de (M=51,44), no entanto, recorrendo ao teste de *Mann-Whitney* não se obtiveram resultados estatisticamente significativos neste domínio (U=140,00;p=0,752). Os cuidadores que se encontram no intervalo de idades compreendidas entre (41-50 anos) também percecionam maior índice de satisfação com uma média de (M=52,53) num intervalo que varia entre 12 e 60, ainda que não se tenham verificado resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw(3)} = 0,431$; $p=0,93$). Os inquiridos sem instrução e os que detêm o 1º ciclo revelaram um nível de satisfação superior comparativamente ao resto da amostra (M=60,00), ainda que não se tenham evidenciado resultados estatisticamente significativos, ($\chi^2_{kw(5)} = 0,6946$; $p=0,22$), quanto ao tempo de prestação de cuidados, os inquiridos que prestam cuidados há cerca de 2 anos evidenciaram estar mais satisfeitos (M=53,33), assim como aqueles que se encontram na condição de estagiários (M=53,60), ainda que, ($\chi^2_{kw(5)} = 0,589$; $p=0,90$). No que toca à função desempenhada, os cuidadores na categoria de assistentes sociais, animadores e cozinheiros revelaram-se mais satisfeitos com uma média equivalente de (M=60,00), diferenciando-se os enfermeiros com a média mais baixa (M=44,00), ainda que não se tenham verificado resultados estatisticamente significativos, ($\chi^2_{kw(7)} = 0,6841$; $p=0,33$).

Tabela 29 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente à dimensão MSQI

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	50,85	8,55
	Feminino	45	51,44	10,08
Idade	23-30 Anos	9	51,11	8,43
	31-40 Anos	18	51,11	11,27
	41-50 Anos	15	52,53	10,23
	51-60 Anos	7	50,85	8,55
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	60,00	-
	1ºCiclo	2	60,00	-
	2ºCiclo	5	40,80	13,38
	3ºCiclo	29	51,72	9,19
	Ensino Superior	10	52,00	8,43
	Outro	3	54,66	9,23
	1 Ano	18	50,22	11,16
	2 Anos	24	53,33	9,33

Tempo de prestação de cuidados	3 Anos	3	44,00	-
	Mais de 3 Anos	5	50,40	8,76
Tipo de vinculação à instituição	Contrato a prazo	14	49,71	11,91
	Efetivo	26	52,00	9,32
	Estagiário	5	53,60	8,76
	Contrato prestação de serviços	5	50,40	8,76
Função	Assistente Social	1	60,00	-
	Animadora/a	3	60,00	-
	Psicólogo/a	2	52,00	11,31
	Enfermeiro	2	44,00	-
	Auxiliar de Ação Direta	29	50,06	10,82
	Cozinheiro/a	2	60,00	-
	Ajudante de Cozinha	2	52,00	11,31
	Outra	9	51,11	8,43

Avaliando a tabela 30, podemos constatar que no que concerne à dimensão (MSQE), ou seja, o que os cuidadores sentem em relação a aspetos do trabalho que são externos às tarefas ou ao trabalho em si, (ex: salário), os inquiridos do sexo masculino revelaram estar mais satisfeitos pontuando uma média de (M=26,57), ainda que não tenham sido encontrados resultados estatisticamente significativos, pois, (U=154,00; $p=1,00$). Os cuidadores com mais idade também revelaram maior nível de satisfação com uma média de (M=27,71), assim como aqueles que não tem instrução (M=30,00), apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, ($\chi^2_{kw(3)} = 1,508$; $p=0,68$) e ($\chi^2_{kw(5)} = 7,892$; $p=0,16$) respetivamente. No que toca ao tempo de prestação de cuidados, foram os cuidadores que prestam cuidados há cerca que três anos que revelaram estar mais satisfeitos, bem como aqueles que se encontram na condição de estagiários com uma média de (M=27,33). Os inquiridos na categoria de animadores evidenciaram também maior nível de satisfação (M=30,00), ainda assim recorrendo ao teste de krushkal wallis não se obtiveram resultados suficientemente significativos ($\chi^2_{kw(7)} = 10,82$; $p=0,94$).

Tabela 30 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente à dimensão MSQE

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	26,57	4,27
	Feminino	44	26,36	5,01
Idade	23-30 Anos	9	26,44	4,21
	31-40 Anos	19	26,21	5,57
	41-50 Anos	15	26,26	5,11
	51-60 Anos	7	27,71	3,90
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	30,00	-
	1ºCiclo	2	30,00	-
	2ºCiclo	5	20,40	6,69
	3ºCiclo	29	26,96	4,49
	Ensino Superior	11	27,06	4,36
	Outro	3	24,66	4,61
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	25,36	5,53
	2 Anos	24	27,00	4,60
	3 Anos	3	27,33	4,61
	Mais de 3 Anos	5	26,80	4,38
Tipo de vinculação à instituição	Contrato a prazo	14	25,42	6,04
	Efetivo	26	26,92	4,56
	Estagiário	6	27,33	4,13
	Contrato prestação de serviços	5	25,20	4,38
Função	Assistente Social	2	26,00	5,65
	Animadora/a	3	30,00	-
	Psicólogo/a	2	26,00	5,65
	Enfermeiro	2	26,00	5,65
	Auxiliar de Ação Direta	29	25,58	5,48
	Cozinheiro/a	2	30,00	-
	Ajudante de Cozinha	2	26,00	5,65
	Outra	9	27,33	4,00

No que se refere aos itens gerais de satisfação, que aglomera duas questões “A forma como os colegas se dão uns com os outros” e “as condições de trabalho” e no que toca às características sociodemográficas, podemos constatar através do quadro seguinte que os cuidadores do sexo masculino pontuaram um valor superior ao sexo oposto ($M=80,95$), ainda que estes resultados não se tenham revelado estatisticamente significativos, pois, ($U=138,50$; $p=0,65$) do mesmo modo que os cuidadores jovens ($M=79,25$), uma vez que ($\chi^2_{kw(3)}= 0,80$; $p=0,84$). Relativamente ao nível de instrução foram os inquiridos com o 1ºciclo que revelaram maior nível de satisfação ($M=86,66$), apesar de não se evidenciarem resultados estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw(5)}= 5,08$; $p=0,40$), assim como os cuidadores que prestam cuidados há cerca de 2 anos ($M=77,77$), os cuidadores na categoria de estagiários evidenciam de igual modo um nível superior de satisfação, uma vez que ($M=91,11$), ainda que o valor não se revele estatisticamente significativo, pois, ($\chi^2_{kw(3)}= 5,87$; $p=0,11$), os cuidadores na função de animadores também mostraram encontra-se mais satisfeitos relativamente a estas questões ($M=100,00$), no entanto ($\chi^2_{kw(7)}= 15,25$; $p=0,33$).

Tabela 31 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de satisfação para com o trabalho relativamente aos itens gerais de satisfação comuns ao MSQE e MSQI

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	80,95	13,01
	Feminino	44	74,54	18,14
Idade	23-30 Anos	9	79,25	25,91
	31-40 Anos	19	73,33	19,87
	41-50 Anos	15	75,11	12,20
	51-60 Anos	7	77,14	10,07
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	73,33	-
	1ºCiclo	2	86,66	18,85
	2ºCiclo	5	62,66	14,60
	3ºCiclo	29	76,09	16,47
	Ensino Superior	11	78,18	23,30
	Outro	3	73,33	-
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	74,43	24,30
	2 Anos	24	77,77	12,84
	3 Anos	3	73,33	-
	Mais de 3 Anos	5	67,99	11,92
	Contrato a prazo	14	73,33	14,79
	Efetivo	26	75,38	14,93
	Estagiário	6	91,11	13,77

Tipo de vinculação à instituição	Contrato prestação de serviços	5	62,66	30,40
Função	Assistente Social	2	86,66	18,85
	Animadora/a	3	100,00	-
	Psicólogo/a	2	73,33	-
	Enfermeiro	2	86,66	18,85
	Auxiliar de Ação Direta	29	68,73	17,55
	Cozinheiro/a	2	86,66	18,85
	Ajudante de Cozinha	2	73,30	-
	Outra	9	82,22	13,33

Passando à análise da tabela 32, podemos constatar que os cuidadores formais inquiridos do sexo masculino se encontram mais satisfeitos ($M=80,95$) comparativamente ao sexo oposto, ainda que o resultado não tenha sido estatisticamente significativo ($U=144,50$; $p=0,83$), o mesmo acontece com os cuidadores com idades compreendidas entre (23-30 anos) com uma média de ($M=79,25$), sendo que ($\chi^2_{kw(3)}= 0,33$; $p=0,95$). Os inquiridos com o 1ºciclo também evidenciaram estar mais satisfeitos com o trabalho ($M=86,66$), no entanto, ($\chi^2_{kw(5)}= 6,89$; $p=0,22$).

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados os inquiridos que prestam cuidados há cerca de 2 anos revelaram estar mais satisfeitos com o seu trabalho ($M=77,77$) assim como os cuidadores na categoria de estagiários ($M=91,11$), ainda que ($\chi^2_{kw(3)} =1,77$; $p=0,62$). No que respeita à função foram os cuidadores da área de animação que mais pontuaram ($M=100$), ainda que o resultado não seja estatisticamente significativo ($\chi^2_{kw(7)}=7,59$; $p=0,37$).

Tabela 32 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de Satisfação Total do MSQ

		N	Média	DP
Sexo	Masculino	7	80,95	13,01
	Feminino	44	74,54	18,14
Idade	23-30 Anos	9	79,25	25,91
	31-40 Anos	19	73,33	19,87
	41-50 Anos	15	75,11	12,20
	51-60 Anos	7	77,14	10,07
Nível de Instrução	Sem Instrução	1	73,33	-
	1ºCiclo	2	86,66	18,85
	2ºCiclo	5	62,66	18,60
	3ºCiclo	29	76,09	16,47
	Ensino Superior	11	78,18	23,30
	Outro	3	73,30	0
Tempo de prestação de cuidados	1 Ano	19	74,73	24,30
	2 Anos	24	77,77	18,84
	3 Anos	3	73,33	0
	Mais de 3 Anos	5	67,99	11,92
Tipo de vinculação à instituição	Contrato a prazo	14	73,33	14,79
	Efetivo	26	75,38	14,93
	Estagiário	6	91,11	13,77
	Contrato prestação de serviços	5	62,66	30,40
Função	Assistente Social	2	86,66	18,85
	Animadora/a	3	100,00	0
	Psicólogo/a	2	73,33	0
	Enfermeiro	2	86,66	18,85
	Auxiliar de Ação Direta	29	68,73	17,55
	Cozinheiro/a	2	86,66	18,85
	Ajudante de Cozinha	2	73,30	0
	Outra	9	82,20	13,33

5.1 Análise correlacional das variáveis em estudo

As análises efetuadas anteriormente evidenciam a relação entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas dos cuidadores formais inquiridos, no entanto, a necessidade de correlacionar as escalas utilizadas no estudo entre si é de extrema importância para identificar a “força” da correlação entre as dimensões em estudo.

Segundo (Lira, 2004), o coeficiente de correlação pode ser avaliado qualitativamente da seguinte forma: se $0,00 < \rho^{\wedge} < 0,30$, existe fraca correlação linear; se $0,30 \leq \rho^{\wedge} < 0,60$, existe moderada correlação linear; se $0,60 \leq \rho^{\wedge} < 0,90$, existe forte correlação linear; se $0,90 \leq \rho^{\wedge} < 1,00$, existe correlação linear muito forte.

Tabela 33 - Relação entre dados sociodemográficos e o grau de Satisfação Total do MSQ

Variáveis	Empatia	Sobrecarga	Bem – Estar no trabalho	Satisfação no Trabalho	CBI	Realização Pessoal	Despersonalização	Exaustão Emocional
Empatia	1	-						
Sobrecarga	-0,45	1	-					
Bem - Estar no Trabalho	,016	-,383**	1	-				
Satisfação no Trabalho	,153	-,113	,722**	1	-			
CBI	-,090	,540**	-,491**	-,431**	1	-		
Realização Pessoal	,134	,042	,076	,264	-,085	1	-	
Despersonalização	-,004	,258	-,166	-,097	,271	-,219	1	-
Exaustão Emocional	-,312*	,456**	-,436**	-,406**	,500**	-,388**	,333*	1

Deste modo, analisando a tabela 33, podemos verificar que os resultados apresentam uma correlação negativa moderada entre a variável exaustão emocional e a empatia ($r=-0,31$), ou seja, à medida que a empatia aumenta a exaustão emocional tem tendência a diminuir, tendo em consideração que o conceito exaustão emocional é inerente ao *burnout*, vários estudos foram realizados no sentido de compreender a relação entre estes dois construtos, concluindo-se a existência de uma relação negativa entre *burnout* e empatia, isto é, quanto mais elevados os níveis de *burnout*, mais baixos são os níveis de empatia apresentados pelo profissional (Monteiro, 2013). No entanto, empatia sobre o *burnout* não é tão evidente e consensual, existindo autores que afirmam que a empatia evita o risco de *burnout* enquanto outros autores defendem que a empatia promove o *burnout* (Monteiro, 2013).

Outra correlação negativa e moderada a destacar é variável sobrecarga com a variável bem-estar no Trabalho, ($r=-0,38$), em que o aumento da sobrecarga se traduz num decréscimo do sentimento de bem-estar no trabalho, (Paschoal, 2008) corrobora esta ideia referindo que, quando no ambiente de trabalho existem níveis demasiado elevados de exigências, o colaborador sente excesso de pressão e sobrecarga, ao passo que níveis reduzidos de exigências conduzem à inação, logo, ambas as variantes podem gerar mal-estar no trabalho.

Outra correlação moderada de sentido positivo é a variável sobrecarga no trabalho com o *burnout* ($r=0,54$), e a variável sobrecarga com a exaustão emocional ($r=0,45$), deste modo, sobrecarga de trabalho e de pressão parece ter uma forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão exaustão, enquanto a ambiguidade de tarefas e o conflito de tarefas com níveis moderados de correlação com *burnout*. Para além disso, o suporte no trabalho, designadamente pelos supervisores, a informação, o controlo, e a autonomia relacionam-se bem com as três dimensões de *burnout* (Almeida, 2013). Ainda nesta ordem de ideias, Silva, (2009) refere a sobrecarga laboral como um intenso fator para o aparecimento da síndrome, já que a alta exigência das demandas no contexto do trabalho, acompanhada com o tempo limitado para a realização das tarefas gerariam uma grande exaustão emocional.

Uma correlação bastante evidente a realçar é entre a variável bem-estar no trabalho e a satisfação no trabalho, pois ($r=0,72$), investigadores como Gonçalves, (2008) referem que o trabalho que temos define tantos aspetos da nossa vida, que teria que existir uma associação correlativa entre a satisfação profissional e o bem-estar. Ainda na perspetiva do autor a satisfação profissional geral, é um dos principais componentes do bem-estar subjetivo.

A variável bem-estar no trabalho evidenciou também uma correlação negativa moderada com o *burnout*, ($r=-0,49$), sendo que a tendência do bem-estar é para diminuir quando o *burnout* se manifesta, outra correlação moderada negativa é a variável bem-estar no trabalho com a exaustão emocional ($r=-0,43$), diversos estudos tem abordado a relação entre a exaustão emocional e variáveis relacionadas com o trabalho. Na sua meta-análise das correlações das três dimensões do *burnout*, (Lee e Asforth 1996) revelaram correlações altas e moderadas entre a exaustão emocional e variáveis organizacionais e do trabalho. Por um lado, a exaustão emocional correlacionou-se positivamente com o papel conflituoso, a sobrecarga, a pressão no trabalho e o stresse ocupacional. Por outro lado, correlacionou-se negativamente com o suporte social proveniente de fontes externas ao ambiente laboral (cônjuge, amigos, parentes), o suporte do supervisor, as expetativas não atingidas pelo trabalhador e a inovação, participação e bem-estar no trabalho, (Tamayo e Troccoli, 2002). Relativamente à satisfação no trabalho com o *burnout*, verificámos a existência de uma correlação moderada negativa ($r=-0,43$), um estudo efetuado por (Martins Silva e Funchal,

2014) verificou que o *burnout* se associa negativamente às seguintes dimensões do conceito de satisfação: satisfação com as relações hierárquicas, satisfação com o trabalho intrínseco e satisfação com oportunidade de crescimento profissional. A exaustão emocional também revelou uma correlação moderada negativa ($r=-0,40$) com a satisfação profissional.

Seguindo esta linha de pensamentos o *burnout* também revelou correlação moderada com a exaustão emocional ($r=0,50$), o que faz todo o sentido uma vez que são conceitos que se interligam. Relativamente à realização pessoal apenas se evidenciou correlação negativa moderada ($r=-0,38$) com a exaustão emocional e o oposto com a despersonalização ($r=0,33$), um estudo efetuado por (Balogun et al, 2002, cit por Silva, 2009), também revelou uma despersonalização maior nos profissionais de áreas clínicas e uma significativa diferença da diminuição da realização pessoal.

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes está frequentemente associada a uma série de repercussões pessoais, sociais e económicas, que habitualmente se denominam de sobrecarga (Martín, 1996; Montorio, *et al.*, 1998; Scazufca, 2002; Santos, 2005; Sequeira, 2006; 2007) e que têm obtido a primazia da atenção na maioria dos estudos. Esta sintomatologia quando se torna frequente e intensa, tem subjacente o conceito de burnout, que por sua vez é mais frequentemente observado em profissionais que trabalham na área assistencial, em contato direto e frequente com a clientela na prestação de serviço (Silva, 2009). Assim, os resultados encontrados visam obter uma abordagem holística no que respeita aos fatores preditores do fenómeno de sobrecarga, *SB* e as suas dimensões, e ao modo como se relacionam entre si dentro das instituições de apoio à terceira idade e de que forma se repercutem na atividade laboral dos cuidadores formais.

Ao que conseguimos apurar, a amostra de cuidadores não revelou a inexistência de sobrecarga, uma vez que o sintoma apenas se manifestou de forma leve e moderada entre todos os cuidadores da amostra. Sobre o perfil demográfico dos cuidadores formais, estes são semelhantes aos encontrados no estudo de (Ribeiro 2008) realizado com os cuidadores de idosos de ILP filantrópicas e privadas de Belo Horizonte, que demonstram a predominância do género feminino abaixo dos 60 anos de idade.

O cuidar muitas vezes é atribuído às mulheres, pois está diretamente relacionado com um dos seus principais papéis: o de ser mãe. A prática de cuidar dos filhos funciona como facilitadora na adaptação a esta função, além disso, a relação afetiva das mulheres contribui para a humanização das instituições (Carneiro, 2008). A relação entre as características sociodemográficas dos inquiridos e as variáveis em estudo, apesar de não se revelarem estatisticamente significativas mostram-se semelhantes a outros estudos efetuados e parecem ter alguma influência na manifestação do nível de sobrecarga nos cuidadores.

Isto significa que, conseguimos traçar um perfil de cuidadores cujas características parecem evidenciar uma associação direta com o desencadear do fenómeno de sobrecarga, nomeadamente, os cuidadores mais jovens, os do sexo feminino e que prestam cuidados á menos tempo nas instituições. Reforçando esta ideia, de acordo com a literatura, no que concerne á variável género, o género feminino parece ser o que perceciona maior sobrecarga,

tanto objetiva (Farran, 2004), como subjetiva (Miller & Cafasso, 1992) dado que percecionam maior stress, utilizando estratégias de *Coping* menos eficazes, apresentam pior qualidade de vida (Barden & Berlin 1990, Lutzky & Knight, 1994), recebem menos ajuda formal e informal, são mais pressionados socialmente para o papel de cuidadoras, tendem a ter menos recursos de *Coping* bem como locus de controlo mais interno em comparação com o género masculino (Collins & Jones, 1997). No que toca á variável idade, diversos estudos (e.g. Han & Harley, 1999; King & Semik, 2006) sustentam a presente investigação, pois apontam para uma perceção de maior sobrecarga nos cuidadores mais jovens, pelo facto de estarem numa fase em que têm múltiplos papéis a desempenhar (paternidade, profissão) que lhes diminuí o tempo disponível para a prestação de cuidados (Periard & Ames, 1993).

Relativamente á duração dos cuidados, estudo levados a cabo por (Argimon, Limon, Vila e Cabezas, 2005), mostraram que com o decorrer do tempo ocorre uma estabilização no grau de exposição ao stress e sobrecarga produzindo uma adaptação, nesta perspetiva o stress e as perdas são mais elevadas no início da prestação dos cuidados (Aneshensel et al., 1995 cit. por Zarit & Eduards, 2008). Como podemos averiguar, este quadro sintomatológico nos cuidadores formais de idosos tem subjacente o conceito de *burnout* caracterizado por (França e Rodrigues, 1999, cit. por Rosa e Carlotto) como uma resposta emocional a situações de stress crónico em função de relações intensas em situações de trabalho com outras pessoas, merecedor de vários estudos efetuados nesta matéria na medida em que estes profissionais têm que trabalhar com pacientes em estado grave e que compartilham com o enfermo e os seus familiares a angústia, a dor, a depressão e o medo de padecerem (Pando, Bermúdez, Aranda, & Pérez, 2000 cit. por Rosa e Carlotto). No entanto, apurou-se que existe um padrão baixo de burnout ($M=39,42$) nos cuidadores da amostra, o que não surpreende, pois os níveis de empatia, vigor, dedicação e realização pessoal foram elevados.

Segundo esta linha de pensamento, outro aspeto a referir é que a *SB* foi mais evidente no burnout relacionado com o trabalho, o que justifica a existência de sobrecarga no trabalho, deste modo, (Lautert, 1999) descreve que, quando o sujeito começa a perceber que as demandas do trabalho e sobrecarga são superiores aos recursos de que dispõe para enfrentá-las, inicia-se um quadro de tensão que é considerado a primeira fase da Síndrome de burnout no trabalho, pois para (Maslach 2003) o burnout é definido com uma crise relacionada com o trabalho e não uma crise relacionada com as pessoas no trabalho, o que de certa forma se observa nesta investigação. Ainda assim, a *SB* relativamente ao género revelou que as mulheres percecionam níveis mais elevados de *burnout* comparativamente ao género masculino, segundo alguns estudos os níveis de burnout são mais elevados nas mulheres, outros apresentam scores mais altos nos homens, enquanto outros não encontram diferenças

no global. Contudo, existe uma diferença consistente, que também se pode comprovar neste estudo que é o fato de os homens frequentemente pontuarem mais na despersonalização e as mulheres na exaustão emocional (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). No entanto, foram encontrados valores baixos nas duas dimensões e valores elevados na dimensão realização pessoal.

Associado a este quadro sintomatológico ainda que de forma inversa, encontra-se o nível de satisfação com o trabalho, (Ruviano e Bagardi 2010), refere a expressão "satisfação no trabalho" como a totalização do quanto o indivíduo que trabalha vivencia experiências prazerosas no contexto das organizações. Assim, os conceitos parecem relacionar-se paralelamente, segundo os autores, a satisfação no trabalho correlaciona-se com o *burnout* influenciando a qualidade da experiência de trabalho ou o desejo de mudar de campo de atuação. Na revisão da literatura feita pela autora acerca do *burnout*, a insatisfação no trabalho está positivamente associada às dimensões de exaustão emocional e despersonalização, facto que se revela congruente com os resultados deste estudo. Na investigação em causa obtivemos um nível de satisfação total (M=68,88), sendo que a pontuação mais baixa associada ao conceito foi no (MSQE), ou seja, no que as pessoas sentem em relação a aspetos do trabalho que são externos às tarefas (ex: o salário), facto que se revela congruente com o índice superior de *burnout* relacionado como trabalho e não obstante com o fenómeno de sobrecarga.

Relativamente às hipóteses de investigação a análise dos dados recolhidos permite concluir o seguinte:

- H₁: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos varia em função do género do cuidador.

O nível médio de sobrecarga, aferido através da escala de Zarit adaptada aos cuidadores formais, é superior nas mulheres (M=47,18) quando comparadas com os homens (M=43,00). Ainda assim essas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas (U=96,500;p=0,130).

- H₂: O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos varia em função da sua idade.

O nível médio de sobrecarga, aferido através da escala de Zarit adaptada aos cuidadores formais, é superior nos inquiridos que se encontra na faixa etária dos (31-40 anos), (M=48,06) comparativamente aos restantes grupos etários. No entanto, as diferenças encontradas não se revelam estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)}=6,32$; $p=0,097$).

- H₃: O nível de sobrecarga, aferido através da escala de Zarit adaptada aos cuidadores formais, varia em função dos anos de experiência profissional.

O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos é superior nos cuidadores que prestam cuidados há cerca de 1 ano ($M=48,00$), por seu turno, os resultados não foram estatisticamente significativos ($\chi^2_{kw}(3)=1,98$; $p=5,75$).

- H_4 : O nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos está negativamente correlacionado com a satisfação no trabalho.

O nível de sobrecarga dos cuidadores formais apresentou uma correlação negativa ($r=-0,11$) com a satisfação no trabalho, queremos com isto enfatizar que à medida que a sobrecarga aumenta, diminui a satisfação no trabalho, no entanto, o resultado apurado não foi significativo, tendo em conta o valor obtido no teste de correlação.

- H_5 : O *burnout* está positivamente correlacionado com o nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos.

O *burnout* apresentou uma correlação positiva quando correlacionado com o nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos ($r=0,54$), ou seja à medida que o nível de sobrecarga aumenta, aumenta o *burnout*, ou maior é a propensão do cuidador vir a desenvolver este quadro sintomatológico.

- H_6 : A empatia do cuidador está negativamente correlacionada com o nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos

A empatia apresentou uma correlação positiva com o nível de sobrecarga ($r=-0,45$), evidenciado que o nível de empatia é inversamente proporcional à sobrecarga, quando a empatia aumenta o nível de sobrecarga tem tendência para diminuir. No entanto a correlação obtida não foi significativa.

De entre as diferentes conclusões gostaríamos de destacar o facto de o *nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos variar em função dos anos de experiência profissional*. Queremos com isto referir que o cuidar de pessoas idosas, com capacidades diminuídas e elevados níveis de dependência durante longos períodos de tempo poderá manifestar com o passar dos anos as suas valentes desvantagens e dissabores, uma vez que o ato de cuidar exige do ponto de vista assistencial generosas competências na prestação de um serviço que deve pautar pela excelência e qualidade. O processo de cuidar implica diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais, Cupertino (2006, cit. por Martins, 2011), podendo revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar do cuidador. Porém, se pensarmos amplamente, cruzamo-nos com uma visão de manifesta oposição. Segundo a literatura, os cuidadores podem de forma singular desenvolver ao longo de anos de trabalho elevadas competências e estratégias laborais que lhes permitiram adaptar-se de forma eficaz e natural a esta tarefa.

Queremos com isto referir que esta classe de profissionais com o aumentar dos anos de serviço pode vir a desenvolver baixos níveis de sobrecarga comparativamente aos cuidadores que prestam cuidados há menos anos, que estão no início da sua atividade profissional e que ainda não conseguiram adquirir condições de fortalecimento de competências para o desenvolver pleno da sua atividade. Assim, tal como supúnhamos e adiantámos no início da investigação, a hipótese revelou-se adequada, apesar dos resultados não se revelarem estatisticamente significativos, no entanto, outros autores defendem a mesma hipótese como credível, pois segundo George e Roig et. al (1998, cit. por Rodrigues, 2011) quanto maior o tempo de dedicação à prestação de cuidados menor é a sobrecarga, o que pode ser explicado pelo facto de com o tempo o cuidador desenvolver mais habilidades, obter mais informação, proporcionando-lhe maior facilidade em utilizar os recursos sociais disponíveis.

A investigação em causa à semelhança de outros trabalhos desta envergadura, também apresenta limitações. Assim, torna-se relevante destacar o número limitado de sujeitos que participaram no estudo, o que de certo modo instalou obstáculos ao nível da conceptualização dos resultados e da representatividade da amostra em relação à população em estudo. Este fator pode ainda de forma indireta ter induzido às dificuldades em verificar diferenças estatisticamente significativas, tornando-se pertinente em investigações futuras amplificar o estudo para outras instituições deste caris organizativo. Outro fator proposto como limitativo surge associado ao facto de os instrumentos de recolha de dados, terem sido de autopreenchimento o que pode causar erros, uma vez que a escala de *likert* apresenta opções vagas, que podem ter sido interpretadas de maneira diferente por cada um dos elementos da amostra. Uma outra limitação decorrente da anterior deve-se ao facto de se ter corrido o risco dos inquiridos terem respondido a algumas questões por deseabilidade social, ou por influência dos grupos de pares no contexto laboral onde foram preenchidos. Contudo, apesar das limitações mencionadas em cima, pensa-se que a investigação deu um contributo científico para a atividade profissional dos cuidadores formais e para as organizações de carater assistencialista aos idosos.

Relativamente aos resultados, a variável sobrecarga expõe níveis leves e moderados, o *burnout* revelou níveis baixos entre os cuidadores, sendo que o *burnout* relacionado com o trabalho foi o que mais pontuou. Os cuidadores revelaram ainda níveis elevados de empatia, e realização pessoal, bem como níveis baixos de exaustão emocional e despersonalização, o que se refletiu em níveis elevados de satisfação no trabalho. No entanto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e as variáveis: idade, género, situação conjugal, profissão, vinculação organizacional, tempo de prestação de cuidados e pessoas dependentes a cargo para além dos filhos. Ainda assim, os

valores de sobrecarga observados não podem ser depreciados. Torna-se ainda, imperativo pensar que estes profissionais não devem sentir o trabalho como uma sobrecarga, mas sim fazer do trabalho uma fonte de saúde, realização e bem-estar.

Cabe ainda às instituições deste caris atuarem a este nível de modo a tornar esta atividade laboral (cada vez mais frequente e necessária) uma atividade plena em toda a sua essência. Posto isto, o presente estudo pode incentivar também futuros investigadores a efetuarem outro tipo de correlações que não foram possíveis de desenhar. Desta forma, cabe a cada um de nós começar um processo de mudança pessoal e institucional, com sugestões construtivas e participativas, bem como a realização de investigações futuras que visem a promoção de bem-estar nesta categoria de profissionais ao nível do contexto laboral e da sua condição de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agapito, S. e Sousa, F. (2010 Novembro). *A Influência da Satisfação Profissional no Absentismo Laboral*, publicada pela Revista Portuguesa de Saúde Pública.2. pág.132-139.
- Amaro, Maria. (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Social.
- Alfredson, B. and Annerstedt, L. (1994). *Staff Attitudes and Job Satisfaction in the Care of Demented Elderly People Group Living With long – Term Care Institutions*. *Journal of advanced nursing*, 1994, 20, 964 – 974. Publicado a 16 de Fevereiro de 1994.
- Almeida, A. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores Formais (auxiliares de acção direta) de Idosos Institucionalizados*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia, Universidade da Beira Interior (Curso de Ciências da Saúde).
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares, Aspetos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de mestrado de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Azevedo, Loureiro, Pereira e Cunha. (2010). *Vulnerabilidade ao Stress em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga.
- Batista, Marina. (2013). *Reflexões sobre o Processo de Trabalho do Acompanhante de Idosos do Programa – Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP (Brasil).
- Bauab, Juliana. (2013). *O Cotidiano, a Qualidade de Vida e a Sobrecarga de Cuidar de idosos em Processo Demencial de uma Unidade Escola Ambulatorial*. Dissertação Apresentada para a Obtenção de Grau Mestre em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos.

- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010). *Where to go from here: Integration and future research on work engagement*. A handbook of essential theory and research. New York: Psychology Press, pág.181-196.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D. Marques, A. & Sousa, L. (2011). *Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais*, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 12 (1), pág.119-129.
- Bezerra, A. (2006). *A construção e reconstrução da imagem do idoso pela mídia televisiva*. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.
- Binstock, Robert and George, Linda. (2006). *Aging and the Social Sciences*. 6ª.ed. USA.
- Brito, (2002). *F.C Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu. (pág.394-402).
- BOND, J. et al (1990) *Ageing in Society – an Introduction to Social Gerontology*, London: Sage Publications.
- Calha, Antonio (2015). *A condição Sénior no Sul da Europa e na Escandinávia*. Sociedade Saúde. São Paulo. Vol. 24. Nº2. (Pág.527-542).
- Calha, António. (2006). *O Perfil dos Voluntários de Direção das Instituições Particulares de Solidariedade Social do Distrito de Portalegre*. Dissertação apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre em Sociologia, na área de especialização de Recursos Humanos e Desenvolvimento. Universidade de Évora. Departamento de Sociologia.
- Cardão, S (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa. Coisas de Ler.
- CartaSocial.http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=28327. Consultado a 04 de Março de 2015.
- Canon, Mariana, Novelli, Marcia. (2012). *Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma Instituição de Longa Permanência*. Rev.Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 72-80, jan./abr. 2012.
- Carvalho, Maria. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Tese de Doutoramento apresentada ao ISCTE.
- Castilho, Rita. (2010). *Envelhecimento Ativo/Envelhecimento Saudável – Opinião dos Idosos de Viana do Castelo*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para a Obtenção de Licenciatura em Enfermagem.

- Fonte, Cesaltino. (2011). *Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Agosto de 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.
- Cohen, A. (1993 Oct.). *Organizational Commitment and Turnover. A META – ANALYSIS*. University of Haifa, published by the Academy of Management Journal, 5 (vol.36), pág.1140.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). *Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores*, Revista Eletrónica de Enfermagem, 13 (2), pág.306-312.
- Costa, Tatiane. (2013). “*A Influência dos Horários de Trabalho na Qualidade de Vida no trabalho e Engagement Profissional*”. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas.
- Costa, M. Arinda M. (1999). *Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros*. In *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-07-7. (pág.7-22).
- Wu, Chiung-man. (2009). *Learning to be a Family Caregiver for Severely Debilitated Stroke Survivors during the First Year in Taiwan*. Tese apresentada à Universidade de Iowa como requisito para obtenção do grau de Doutor de Filosofia em Enfermagem.
- Daniel, F. (2006) “*O Conceito de Velhice em Transformação*”. *Interações* 10. (pág.113-21).
- Debert, G. Velho, *Terceira Idade, Idoso ou Aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice*. Revista Coletiva nº05. 2010.
- Debert, G.G. Neri, A.L. *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999.
- Demo, G. (2003 Julho- Dezembro). *Comprometimento no Trabalho, Uma Síntese do Estudo da Arte e Uma Revisão da Produção Nacional*. 2 (III volume), pág.155-213.
- Duarte, V. B., D.G., Santana, M. da G., Soares, M. C. & Thofern, M. B. (2005) “*A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família*”, *Família Saúde e Desenvolvimento*, V 7 N°1, pp. 42-50, Jan-Abril, Curitiba;
- Goldfarb, (1998), *Envelhecimento, amor e sexualidade após os 60 anos utopia ou realidade?*

- Gonçalves, R. (2010). *Famílias de Idosos na Quarta Idade, Dinâmicas Familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas, (Ciências de Enfermagem).
- Gusmão, Neusa, Alcântara, Adriana. (2008). *Velhice, Mundo Rural e Sociedades Modernas: Tensos Itinerários*. RURIS. Volume 2. Nº1. Março de 2008.
- Hartke, King, Heinemann, & Semik. (2006). *A Problem-Solving Early Intervention for Stroke Caregivers: One Year Follow-Up*. PMC. US. Nacional Library of Medicine. National Institute of Health. Published in 29 JUN. 2012.
- INE. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*.
- Ferreira, Anna. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador*. Mestrado Integrado em Psicologia.
- Fragoso, V. (2008). *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado*. IGT na Rede, 5 (8), 1.
- Ferreira, Maria. (2012). *Ser Cuidador: Um Estudo sobre a Satisfação do Cuidador Formal de Idosos*. Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre em Educação Social ao Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, Silva. (2000). *O papel das organizações do terceiro sector na reforma das políticas públicas de proteção social Uma abordagem teórico-histórica*. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Sociologia, com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia, no âmbito do Programa Praxis XXI. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Figueiredo, Catarina. (2013). *Sociedade «4-2-1». Impacto das Políticas de Envelhecimento Ativo produzidas pela Câmara Municipal de Aveiro junto da população idosa não institucionalizada do concelho*. Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Setembro de 2013.
- Lopes, Cátia. (2012). *Os Fatores Motivacionais dos Trabalhadores da Administração Local*. Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Gestão Estratégica de Recursos Humanos do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Martins, R. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>. Acedido em 29 de Abril de 2015.

- Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento En Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo Y Evaluación de la Eficacia De Un Programa*. Universidad Complutense de Madrid.
- Medicare, (2015). <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/FSQRS.html>. Acedido em 14 de Fevereiro de 2016.
- Meirinhos, Manuel. Osório, António. (2010). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. EDUSER: revista de educação, Vol. 2 (2), 2010 Inovação, Investigação em Educação. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança.
- Miller, (2004) *Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 year sofinquiry*. Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY 40506, USA. scsege0@uky.edu. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15250815>. Acedido em 05 de Abril de 2015.
- Miguel, Barros, Pinto e Marcon. (2007). *The dependence on aging process in the view of old age caregivers in a nursing home*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007;9(3).
- Moreira, Maria. (2013). *O Envelhecimento da População e o seu Impacto na Habitação. Prospetiva Até 2050*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estatística e Gestão de Informação pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Minerva, F. (2010), *Tipos de Métodos Científicos, Ensino e Investigação Científica, Arquitetura do Saber*. Um Desafio à Produção do Conhecimento.
- Nascimento, Diogo. (2012). *A Influência do Comprometimento Organizacional na Satisfação no Trabalho em Voluntariado*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Neto, J e Corte-Real, J, (2013). *A Pessoa Idosa Institucionalizada*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (ISPA)
- Oliveira, M. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto*. Acedido a 2 de Julho de 2015 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25366/2/Burnout%20e%20emocoes.pdf>.
- O, Maciel. A, Nunes. S, Claudino. (2014). *Recurso ao inquérito por questionário na avaliação do papel das Tecnologias de Informação Geográfica no ensino de Geografia*. GOT, n.º 6 –

- Revista de Geografia e Ordenamento do Território. Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território.
- Pardal, L. Lopes, E. (2011), *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores. Porto.
- Páscoa, P. (2008). *A Importância do Envelhecimento ativo na Saúde do Idoso*. Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, (Licenciatura em Enfermagem).
- Paulino, F., Duarte, D., Brito, M., Degaki, N. & Schwartz, D. (2009). *Perfil do cuidador profissional de idosos com demência*.
- Plano Nacional de Saúde. (2012). http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf
- Pereira, A. (2010). *Fatores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade da Beira Interior, Departamento de Gestão e Economia.
- Pereira, Fernando. (2012). *A Institucionalização do Idoso*. Psicossoma. Viseu.
- Perlini, N. M. O.;Leite, M.T.; Furini, A. C. (2007). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Revista da Escola de Enfermagem da USP; vol. 41; nº2; 229-236.
- Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. Dissertação de Mestrado publicada, Universidade do Algarve (Curso de Ciências da Educação).
- Pilatti, Luiz. *Qualidade de Vida no Trabalho e a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg: Possibilidades – Limite das Organizações*.
- Pimentel, L. (2003). *O lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias*. Quarteto Editora, Coimbra. Coleção Teses, (nº 11).
- Pinto, Davida. (2012). *Respostas Sociais para Idosos em Portugal*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior de Ciências Sociais e Humanas.
- Quivy, Raymond, Campenhoudt, (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*.4.^a ed. Lisboa. Gradiva. (Trajetos,17).
- Robert L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, Catarina. (2014). *Perfil dos Cuidadores Formais de Idosos e Motivos para a Função: Um Estudo de Caso*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo

para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas.

- Rodrigues, N., Rebelo, T & Coelho, J. (2011). *Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wang e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura fatorial e fiabilidade numa amostra portuguesa*. *Psychologica*, nº55, 189.207.
- Salyers. M, Fukui. S, Rollins. A, Firmin. R, Gearhart. T, Noll. J, Williams. S, Davis. C. (2014). *Burnout and Self – Reported Quality of Care in Community Mental Health*. *Adm Policy Ment Health* (2015) 42:61-69 DOI 10.1007/s10488-014-0544-6. Published online 22 March 2014. Springer Science + Business Media New York 2014.
- Scazufca, Marcia. (2002). *Brazilian Version of the Burden Interview Scale for the assesment of Burden of Care in Carers of People with Mental illnesses*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24. Nº1. São Paulo.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). *Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study*. *Journal of Organizational Behavior*, 25, (pág.293–315).
- Serafim, F. (2007). *Promoção do Bem – Estar Global na População Sénior – Práticas de Intervenção e Desenvolvimento de Atividades Físicas*. Dissertação de Mestrado. Beja. Instituto Politécnico de Beja.
- Sequeira, (2010), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, Lisboa – Porto, Lidel.
- Carneiro, Luiz. Campino, António, Leite, Francine. et al. (2013). *Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro*. Instituto de Saúde de Estudos Complementares. IESS. São Paulo.
- Soeiro, Maria (2010). *Envelhecimento Português, Desafios Contemporâneos - Políticas e Programas Sociais - (estudo de caso)*. Trabalho de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, Área de Especialização: Globalização e Ambiente. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Faculdade Nova de Lisboa.
- Sommerhalder, C. (2001). “*Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*”. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Tortosa, J. (2004). *Maltrato y negligencia en personas mayores*. Madrid. Ediciones Pirâmide.
- Vicent, John, (2006). *Old Age* – London and New York, Routledge.

- Vieira, Isabela, (2010). *Concept(s) on Burnout - current themes in research and the contribution of clinical practice* Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. vol.35, 122 São Paulo. July/Dec.
- Higgs, Paul and Jones, Ian. (2008). *Medical Sociology and Old Age*. published in the Taylor & Francis e-Library. USA, CANADA.
- Wong, C., & Law, D. S. (2002). *The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study*. Leadership Quarterly, 13, (243–274).
- Martins, Teresa (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Loureiro, Nicole (2009). *A sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência*. Universidade Fernando Pessoa, Universidade de Ciências Sociais e Humanas. Porto.
- Gonçalves, Anabela (2008). *Bem-estar Pessoal e Satisfação Profissional em Profissionais de Saúde Oral*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia aplicada.
- Bandeira, Marina. Ishara, Sérgio. Zuardi, António (2007). *Satisfaction and burden of mental health professionals: construct validity of the scales SATIS-BR and IMPACTO-BR*. Jornal brasileiro de psiquiatria. Vol.56 nº4 Rio de Janeiro 2007. On-line version ISSN 1982-0208. (Acedido em 16/07/2016).
- Monteiro, Rosana (2011). *Bem – Estar no Trabalho e Perceção de Saúde*. Estudo Realizado com Auxiliares de Saúde no Norte de Portugal. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau Mestre.
- Paschoal, Tatiane (2008). *Bem-estar no Trabalho: Relações com Suporte Organizacional, Prioridades Axiológicas e Oportunidades de Alcance de Valores Pessoais no Trabalho*. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Curso de Pós – Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.
- Rodrigues, Marta. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – versão reduzida*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

- Rosa, Cristiane. Carlotto, Mary. *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*. Psicóloga Especialista em Psicologia Organizacional (ULBRA); mestranda em Gestão de Pessoas (UNISINOS); Psicóloga, Professora do Curso de Psicologia (ULBRA-Canoas); Mestre em Saúde Coletiva (ULBRA); Doutora em Psicologia Social (USC/ES).
- Ruviaro, Bagardi (2010). *Burnout syndrome and job satisfaction in nursing professionals of the interior of RS*. Universidade Luterana do Brasil - ULBRA Santa Maria – Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS – Brasil. Barbaroi no.33 Santa Cruz do Sul dez. 2010.
- Martins, Rosa. *Envelhecimento Demográfico*.
http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_23.htm. Acedido em 19 de Abril de 2016.
- Monteiro, Bruna (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. Dissertação de Mestrado integrado apresentada à faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto em outubro, Área científica de psicologia.
- Lira, Sachiko (2004). *Análise de Correlação: Abordagem Teórica e de Construção dos Coeficientes com Aplicações*. Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação para obtenção do Grau Mestre em Métodos Numéricos em Engenharia dos Setores de Ciências Exatas e de Tecnologia da Universidade Federal do Paraná.
- Almeida, Ana (2013). *Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Universidade da Beira Interior. Dissertação para obtenção do grau Mestre em Gerontologia.
- Tamayo, Maurício e Troccoli, Bartholomeu (2002). *Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho*. Universidade de Brasília. Estudos de Psicologia. Nº7 (vol. 1); (pág. 37-46).
- Silva, Luciane (2009). *Burnout indicators in teachers of occupational therapy: a pilot study*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Vol. 20 nº2 (pág.101-109), Maio/Agosto.
- Lautert, Liana (1999). *The work overload at the hospital nurse perception*. Revista Gaucha de Enfermagem. Porto Alegre, vol.20, nº2, (pág.50-64).

APÊNDICES

Apêndice I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO

Daniela Alexandra Antunes Chambel

Estrada da Tramaga nº81

7400-261 Ponte de Sor

Exmo. Sr. Presidente da
Estrutura Residencial...

Daniela Alexandra Antunes Chambel, a frequentar o Mestrado em Gerontologia e Saúde na Escola Superior de Educação em parceria com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário e a escala de avaliação que se anexa aos cuidadores da instituição. Este pedido surge no contexto de um estudo intitulado de “Vinculação Organizacional, Satisfação e Sobrecarga em Cuidadores de Idosos Institucionalizados”, cujo orientador é o Prof. Doutor António Calha. Este estudo tem como objetivos:

- Identificar as principais determinantes do nível de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos institucionalizados;
- Determinar a influência de características individuais e sociodemográficas no fenómeno da sobrecarga;
- Determinar o grau de satisfação de trabalho nestas duas organizações e como se repercute na sobrecarga do cuidador;
- Determinar o nível de burnout e a sua implicação no fenómeno de sobrecarga e satisfação no trabalho;
- Determinar a forma como o nível de empatia se repercute no nível de sobrecarga dos cuidadores formais;

Comprometo-me ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa, se assim o entenderem.

Grata pela sua atenção.

Ponte de Sor, Abril de 2015

Com os melhores cumprimentos.

Apêndice II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CARO CUIDADOR

Sou Assistente Social e encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia na Escola Superior de Educação de Portalegre, como tal, estou a desenvolver um estudo que tem com o objetivo de verificar a existência de sobrecarga ou não nos cuidadores formais de idosos institucionalizados em estruturas residenciais para idosos.

Esta investigação é muito importante, porque visa prestar o seu contributo relacionado com os cuidados aos idosos e respetivos cuidadores, podendo vir a contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração no preenchimento do questionário de recolha de dados e nas escalas de avaliação disponibilizadas. Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento. Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente e informado(a) e esclarecido(a).

Muito obrigado pela sua colaboração

_____ Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que estou consciente da minha participação no estudo.

O participante

Apêndice II

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Caro cuidador, os instrumentos que se seguem tem como objetivo primordial compreender a profissão do cuidador formal de idosos institucionalizados, procurando identificar fatores relacionados com o seu grau de satisfação, sobrecarga e vinculação organizacional, em contexto laboral provenientes do ato de cuidar. A sua colaboração é fundamental para o sucesso da investigação. Será de extrema importância que as respostas coincidam o mais possível com a realidade da instituição, para que a análise dos dados possa traduzir com rigor os resultados encontrados.

(Assinale por favor com um x a resposta que lhe parece mais conveniente e que melhor o/a identifique)

1.Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2.Idade _____	3.Situação Conjugal <input type="checkbox"/> Solteira/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> União de Fato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viúva/o <input type="checkbox"/> Outra	4.Nível de Instrução <input type="checkbox"/> Sem instrução <input type="checkbox"/> 1ºCiclo <input type="checkbox"/> 2ºCiclo <input type="checkbox"/> 3ºCiclo <input type="checkbox"/> Ensino Superior(Bachelorato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) <input type="checkbox"/> Outro (Qual?_____)
5.Quantos filhos tem a seu cargo? _____	6.Tem outras pessoas dependentes a seu cargo para além dos filhos? <input type="checkbox"/> Sim (Quantas?_____) <input type="checkbox"/> Não	7.Hà quanto tempo presta cuidados na instituição? _____	8.Qual o tipo de vinculação que o associa à instituição? <input type="checkbox"/> Contrato a prazo <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Contrato de Prestação de Serviços

9. Quais as funções que desempenha na instituição? <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Animador <input type="checkbox"/> Psicólogo/a <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Auxiliar de Ação Direta <input type="checkbox"/> Cozinheiro/a <input type="checkbox"/> Ajudante de Cozinha	10. Qual a valência em que presta a maioria dos cuidados? <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Centro de Dia <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário	11. Qual o nome da instituição em que presta cuidados? <input type="checkbox"/> Lar Casa do Avós <input type="checkbox"/> Associação Forense dos Amigos da Grande Idade <input type="checkbox"/> Centro Social de Margem	12. Habitualmente qual é a sua carga horária? _____
13. Quantas folgas tem por semana? _____	14. Há quanto tempo fez férias pela última vez? _____	15. Exerce funções noutra instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	16. Profissionalmente quanto realizado/a se sente? <input type="checkbox"/> Totalmente satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Nem muito, nem pouco <input type="checkbox"/> Nada satisfeito
17. Se pudesse mudava de profissão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18. Quão cansativo considera o seu trabalho <input type="checkbox"/> Muito cansativo <input type="checkbox"/> Nem muito, nem pouco cansativo <input type="checkbox"/> Nada cansativo	19. Como avalia o seu grau de satisfação para com a organização? <input type="checkbox"/> Totalmente Insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Totalmente satisfeito	

As questões seguintes referem-se aos sentimentos que algumas pessoas experimentam em relação ao seu trabalho. Por favor, peço-lhe que leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda sinceramente se já experimentou o que é relatado, no que respeita ao seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor os seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Regularmente	Bastante Vezes	Quase Sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por Semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

19.1. _____ No meu trabalho sinto-me cheia/o de energia.

19.2. _____ No meu trabalho sinto-me com força e vitalidade.

19.3. _____ Estou entusiasmado com o meu trabalho.

19.4. _____ O meu trabalho inspira-me.

19.5. _____ Quando me levanto de manhã, sinto vontade de ir trabalhar.

19.6. _____ Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.

19.7. _____ Sinto-me orgulhoso com o trabalho que faço.

19.8. _____ Sinto-me imerso no meu trabalho.

19.9. _____ Deixo-me levar pelo trabalho.

(Neste questionário encontrará algumas afirmações sobre as suas emoções e sentimentos. Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando o número que mais se aproxima das suas preferências dentro do respetivo quadrado)

A afirmação não se aplica rigorosamente nada a mim	Não se aplica	Aplica-se muito pouco	Aplica-se alguma coisa	Aplica-se bastante	Aplica-se muito	A afirmação aplica-se completamente a mim
1	2	3	4	5	6	7
20.Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele.						<input type="text"/>
20.1. Procuo compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir.						<input type="text"/>
20.2. Sou indiferente à felicidade dos outros.						<input type="text"/>
20.3.Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos.						<input type="text"/>
20.4. Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio.						<input type="text"/>
20.5. Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas.						<input type="text"/>
20.7. Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas.						<input type="text"/>

(Neste questionário encontrará diversas questões relacionadas com o seu trabalho, peço-lhe por favor, que selecione a opção que melhor o identifique, assinalando com um x o respetivo quadrado).

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
30.	Sente que os idoso(os) solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.1	Você sente que não tem tempo suficiente para realizar outras tarefas da sua função na instituição devido ao tempo que dedica ao idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.2	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do idoso(os) e ainda tem outras tarefas por fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.3	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.4	Sente-se irritado/a quando está junto do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.5	Você sente que o idoso(os) frequentemente afeta negativamente o seu relacionamento com outros membros da equipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.6	Tem receio pelo futuro destinado ao idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.7	Considera que o idoso está dependente de si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.8	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.9	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Você sente que o idoso(os) espera que você cuide dele(a) como se fosse o(a) único(a) de quem ele(a) pudesse depender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.1	Acredita que o seu idoso(os) espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.2	Você sente que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.3	Sente-se incapaz de cuidar do idoso(os) por muito mais tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.4	Você sente que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.5	Desejaria poder entregar o idoso(os) aos cuidados de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.6	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.7	Sente que poderia fazer mais pelo idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.9	Considera que poderia cuidar melhor do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do idoso(os)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Neste questionário encontrará diversas questões relacionadas com o seu trabalho, peço-lhe por favor, que selecione a opção que melhor o identifique, assinalando com um x o respetivo quadrado)

Questões	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
40.1 Está Cansado de trabalhar com os utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.2 Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.3 Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.4 Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.5 Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.6 Alguma vez se questionou quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.7 Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.8 Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.9 Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.1 Com que frequência se sente frágil ou suscetível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.2 Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questões					
	Muito	Bastante	Assim, Assim	Pouco	Muito Pouco
41.3 O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.4 O seu trabalho deixa-o frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.5 Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.6 Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.7 Sente-se esgotado/a por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.8 Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.9 Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
50. Eu sinto-me emocionalmente esgotado/a por causa do meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.1 Eu sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.2 Posso facilmente compreender como se sentem os meus doentes acerca das coisas que acontecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.3 Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objetos” impessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.4 O trabalhar todos os dias com pessoas é realmente um esforço para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.5 Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.6 Eu sinto mau estar por causa do meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.7 Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas das outras pessoas através do meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.8 Desde que comecei este trabalho sinto-me mais insensível para com as pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.9 Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.1 Sinto-me cheio/a de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.2 Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.3 Eu sinto que estou a trabalhar em demasia na minha profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.4 Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.5 Trabalhar diretamente com pessoas causa-me muito stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.6 Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxante com os meus doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.7 Sinto-me estimulado/a após trabalhar ao pé dos meus doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51.8 No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.9 Sinto que estou no fim dos meus recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.1 Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questões	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não consigo decidir se estou satisfeito ou insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
60.2 A forma como o meu trabalho me permite estar ocupado o tempo todo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.3 A sensação de realização que o meu trabalho me dá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.4 A oportunidade de fazer coisas pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.5 A oportunidade de trabalhar de forma autónoma na minha função.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.6 A oportunidade de ser alguém na comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.7 A forma como o meu/minha chefe lida com os seus subordinados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.8 A competência do meu/minha supervisor/a em termos de tomada de decisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.9 A forma como a minha função me permite ter um emprego seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. As formas como as políticas da empresa são postas em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.1 A oportunidade de fazer coisas diferentes de tempos a tempos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.2 O reconhecimento que tenho por fazer um bom trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.3 A oportunidade de dizer aos outros o que fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.4 A oportunidade de fazer algo que me permite utilizar as minhas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.5 Poder fazer coisas que não vão contra a minha consciência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.6 A forma como os colegas se dão uns com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61.7 A liberdade para tomar algumas decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.8 As condições de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.9 A oportunidade de progressão neste trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. A relação entre o pagamento e a qualidade do trabalho que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.1 A oportunidade de usar os meus próprios métodos para fazer o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito Obrigado pela sua colaboração!