

**O *burnout* em Cuidadores Formais de idosos:
um estudo de caso numa IPSS do Porto**

Filipa Oliveira Figueiredo Gomes Ferreira

Tese de Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para
Obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Prof. Doutor Adriano Zilhão

ISSSP, outubro de 2018

O *burnout* em Cuidadores Formais de idosos: um estudo de caso numa IPSS do Porto



O *burnout* em Cuidadores Formais de idosos:
um estudo de caso numa IPSS do Porto

Filipa Oliveira Figueiredo Gomes Ferreira

Tese de Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para
Obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Prof. Doutor Adriano Zilhão

ISSSP, outubro de 2018

“O desafio é enorme mas a vontade de vencer é ainda maior!”

Resumo

A síndrome de *burnout* consiste num fenómeno multidimensional, já que se caracteriza pela exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, designando um estado de fadiga física e emocional crónico, sobretudo em profissões de ajuda, tornando-se pertinente estudar a síndrome de *burnout* em Cuidadores Formais de idosos, no sentido em que são considerados um grupo de risco.

O estudo desenvolvido no âmbito desta tese consiste num estudo de caso que teve como objetivo determinar, num grupo de dez ajudantes de ação direta de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, de que modo os Cuidadores Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, por um lado, e os Cuidadores Formais das valências de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, por outro, são afetados pela síndrome de *burnout*.

Os instrumentos de recolha de dados aplicados para o efeito foram o Maslach Burnout Inventory –Human Services Survey e a entrevista semi-estruturada, que permitiram avaliar e comparar a prevalência de *burnout* na população-alvo.

De acordo com os resultados obtidos, concluiu-se que o grupo de Cuidadores Formais das valências de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória apresenta maiores níveis de *burnout* que o grupo de Cuidadores Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, fruto da diferente estrutura e funcionamento do local de trabalho de ambas as respostas sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidar, *Burnout*, Gerontologia

Abstract

The burnout syndrome consists of a multidimensional phenomenon, since it is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal fulfillment, designating a state of chronic physical and emotional fatigue, especially in helping professions, making it pertinent to study burnout syndrome in Caregivers Formalities of the elderly, in the sense that they are considered a risk group.

The study developed in the framework of this thesis consists of a case study whose objective was to determine the Social and Parish Center of Our Lady of Victory in a group of ten direct action helpers of a Private Institution of Social Solidarity, in which way the Caregivers Formal form of the social response of the Home Support Service, on the one hand, and the Formal Caregivers of the Values of Residential Structure for the Elderly and Day Center, on the other, are affected by the burnout syndrome.

The data collection instruments used for this purpose were the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey and the semi-structured interview, which allowed the evaluation and comparison of the prevalence of burnout in the target population.

According to the results, it was concluded that the group of Formal Caregivers of the Residential Structure for the Elderly and the Day Center of the Social and Parish Center of Our Lady of Victory presented higher levels of burnout than the group of Formal Caregivers social service of Domiciliary Support Service, due to the different structure and functioning of the workplace of both social responses.

Keywords: Aging, Care, Burnout, Gerontology

Agradecimentos

Aos meus pais, irmã e restante família, pelo incentivo e encorajamento.

Ao meu namorado, pela compreensão e apoio constante e incondicional.

Ao meu orientador, Professor Adriano Zilhão, pela disponibilidade e acompanhamento ao longo de todo o processo.

Aos meus colegas de turma, pela partilha.

Aos meus amigos, pela força.

Às cuidadoras formais do CSPNSV, pela colaboração no que à recolha de informação diz respeito, quer no preenchimento do inquérito, quer na participação na entrevista.

À direção técnica do CSPNSV, pela autorização para a recolha de dados junto dos cuidadores formais da instituição.

A todos o meu muito obrigado!

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico.....	6
1. Envelhecimento.....	7
2. Cuidar	14
3. <i>Burnout</i>	19
Capítulo II: Estudo Empírico.....	28
1. Metodologia	29
1.1. Objetivos do Estudo	29
1.2. Tipo de Estudo	31
1.3. Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados.....	34
2. Resultados.....	43
2.1. Caracterização da População-alvo	43
2.2. Análise do Maslach Burnout Inventory.....	46
2.3. Análise das Entrevistas.....	53
2.4. Síntese dos Resultados	62
Conclusão	67
Bibliografia e Webgrafia	72
Anexos.....	76

Lista de Figuras

Figura 1: Estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal, 1970-2014.....	7
Figura 2: Pirâmides etárias, 1991 e 2012, Portugal	8
Figura 3: Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)	9
Figura 4: Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)	10

Lista de Tabelas

Tabela 1: Padrão de pontuação das dimensões da síndrome de <i>burnout</i> , segundo o MBI	37
Tabela 2: Resultados do MBI das Cuidadoras Formais de SAD.....	46
Tabela 3: Resultados do MBI das Cuidadoras Formais de ERPI e CD	48
Tabela 4: Perceção do trabalho das Cuidadoras Formais de SAD	53
Tabela 5: Perceção do trabalho das Cuidadoras Formais de ERPI e CD.....	57

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Prevalência de <i>burnout</i> nas Cuidadoras Formais de SAD, com base no MBI	48
Gráfico 2: Prevalência de <i>burnout</i> nas Cuidadoras Formais de ERPI e CD, com base no MBI	50
Gráfico 3: Prevalência de <i>burnout</i> nas Cuidadoras Formais de SAD, com base nas entrevistas	55
Gráfico 4: Prevalência de <i>burnout</i> nas Cuidadoras Formais de ERPI e CD, com base nas entrevistas	60

Siglas

CSPNSV: Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

ERPI: Estrutura Residencial Para Idosos

CD: Centro de Dia

SAD: Serviço de Apoio Domiciliário

MBI: Maslach Burnout Inventory

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação/ Trabalho de Projeto/ Relatório de Estágio do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto e, tendo em vista a concessão do grau de mestre, é exigida aos mestrandos uma componente de trabalho autónomo supervisionado, a designada tese, que pode revestir três naturezas formativas: Dissertação de natureza científica, Trabalho de Projeto e Relatório de Estágio.

A presente tese trata-se de uma Dissertação de natureza científica e a minha opção por esta modalidade residiu no meu desejo em acrescentar algo diferente à minha formação académica, isto é, dar um passo à frente relativamente ao meu percurso universitário até ao momento. Na medida em que durante a minha Licenciatura em Educação Social, realizei três estágios curriculares junto de população idosa, tive oportunidade de exercitar a componente prática e senti necessidade de não fazer mais do mesmo e preferi, nesta fase, apostar na componente teórica, pois acredito que me dará novos e distintos contributos tanto a nível pessoal como a nível profissional.

No que diz respeito à escolha do tema da dissertação, elegi o *burnout*, depois do primeiro contacto com o conceito nas aulas da Unidade Curricular de Psicologia e Psicopatologia do Envelhecimento do 1º Ano do Mestrado, que despertou em mim um grande interesse em saber mais sobre o mesmo. Para além disso, a pertinência desta escolha prendeu-se com o facto de as temáticas do envelhecimento, do cuidar e do *burnout* assumirem, atualmente, um estatuto de problema social na sociedade portuguesa.

“Envelhecer, nos dias de hoje, não é mais exceção, é regra. Vivemos num momento caracterizado pela transição demográfica e pelo rápido envelhecimento populacional” (Rodrigues & Diogo, 2000, p.7).

A partir da segunda metade do século XX, as sociedades, especialmente as europeias, confrontaram-se com o duplo envelhecimento demográfico da população, espelhado na inversão da pirâmide etária, designadamente no estreitamento da sua base e no alargamento do seu topo, decorrente, respetivamente, do declínio da natalidade e do aumento da longevidade, o que significa, no fundo, que em Portugal e nos restantes

países europeus, passaram a existir mais pessoas idosas do que pessoas jovens (Rosa, 2012).

O aumento da longevidade da população teve origem, de uma forma geral, nos progressos tecnológicos da medicina e na melhoria das condições socioeconómicas da população e surge associado a uma maior prevalência de dependência nas atividades da vida diária, bem como de doenças crónicas (Sequeira, 2010).

Nesta lógica, o envelhecimento demográfico, ainda que consista num dos maiores triunfos das sociedades contemporâneas, constitui, simultaneamente, um dos maiores desafios para as mesmas (Azeredo, 2011), dado que o aumento da longevidade da população corresponde, inevitavelmente, a um aumento da sua incapacidade, tornando indispensável que este aumento de longevidade caminhe lado a lado com uma boa qualidade de vida, o que obriga a um aumento da necessidade de prestação de cuidados às pessoas com mais idade (Almeida, 2013).

O novo enquadramento em que vivemos acarreta muitas preocupações sociais e financeiras, sendo imperativo dar resposta a esta “nova” geografia populacional, nomeadamente no âmbito do cuidado formal, já que o aumento do número de idosos requer cuidar formalmente dos mesmos, gerando a necessidade de haver instituições de acolhimento para os mesmos, assim como redes sociais de apoio domiciliário, com vista a que estes não percam precocemente a sua autonomia (Azeredo, 2011).

Cuidar de idosos é uma atividade complexa e multidimensional, na medida em que possui uma vertente clínica, técnica e comunitária, abrangidas por fatores éticos, psicológicos, sociais e demográficos, sendo que ao ato de cuidar de idosos está muitas vezes associado um conjunto de repercussões negativas resultantes da sua prática profissional, nomeadamente consequências para a saúde física e mental do cuidador, o que pode gerar desgaste e sobrecarga no mesmo e, conseqüentemente, desencadear *burnout*, uma síndrome psicológica que envolve uma resposta prolongada ao *stress* interpessoal crónico no trabalho, prejudicando o ato de cuidar (Monteiro et al, 2014).

Neste sentido, importa preparar os cuidadores formais de idosos, capacitando-os para a importância de ajustar os seus cuidados às necessidades daqueles que os recebem, ou seja, promover a prestação de cuidados individualizados e, ao mesmo tempo, diminuir a sobrecarga inerente ao ato de cuidar (Barbosa et al, 2011).

A gerontologia, como ciência que estuda as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento, visa a melhoria da qualidade de vida dos idosos, assim como a sua integração na sociedade, isto é, o seu bem-estar integral (Zimerman, 2000). A pertinência social da gerontologia associa-se aos fenómenos do envelhecimento demográfico das sociedades ocidentais e da exigência crescente da qualidade dos cuidados prestados aos idosos (Pereira & Pimentel, 2012), sendo que ambos contribuem sobremaneira para a emergência do fenómeno do *burnout*.

Face ao exposto, o estudo empírico posto em prática no âmbito desta dissertação desenvolveu-se com um público-alvo específico, Cuidadores Formais de Idosos, entenda-se Ajudantes de Ação Direta, fruto da escassez de estudos na área do *burnout* com este grupo de profissionais, sendo que a maioria é feita com médicos, enfermeiros, psicólogos, professores, entre outros.

Assim sendo, o objetivo principal da investigação levada a cabo é avaliar e comparar o *burnout* das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos com o das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário de uma instituição em particular, o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, pois, após uma pesquisa exaustiva de investigações acerca do *burnout*, que seja do meu conhecimento, não foi realizado nenhum estudo no nosso país sobre o *burnout* nos Cuidadores Formais que trabalham com idosos em diferentes valências de Instituições Particulares de Solidariedade Social. Portanto, pretende-se com esta investigação muito mais que apenas averiguar a prevalência ou não da síndrome de *burnout* nas Cuidadoras Formais envolvidas no estudo, pois a grande finalidade da mesma é detetar as semelhanças e as diferenças existentes entre os perfis de *burnout* de ambos os grupos de Cuidadoras Formais das respostas sociais estudadas, com base nas aparentes causas do problema.

Tendo em vista o alcance deste objetivo geral, pretende-se atingir os seguintes objetivos específicos: caracterizar sociodemograficamente as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário; identificar, por um lado, os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e, por outro, os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário para

posteriormente os comparar; por último, apontar as razões que podem estar na origem dos níveis de *burnout* apresentados por ambos os grupos de Cuidadoras Formais alvo do estudo.

Para tal efeito, foram utilizados dois diferentes mas complementares instrumentos de recolha de dados com vista a obter os resultados pretendidos: o Maslach Burnout Inventory, questionário de medição do *burnout* e a entrevista. O MBI permitiu alcançar dados quantitativos relativamente à prevalência ou não de *burnout* nas Cuidadoras Formais alvo do estudo, enquanto a entrevista possibilitou conseguir dados qualitativos no mesmo sentido, através do modo como estas percecionam o seu trabalho.

Do ponto de vista estrutural, a presente tese encontra-se dividida em dois capítulos: o primeiro em que é delineado o Enquadramento Teórico da investigação e o segundo em que é abordado tudo aquilo que concerne ao Estudo Empírico.

O primeiro capítulo, que envolve o Enquadramento Teórico, divide-se em três tópicos: Envelhecimento, Cuidar e *Burnout*, nos quais estes conceitos são abordados teoricamente. No tópico do Envelhecimento, explicita-se o modo como o envelhecimento demográfico da população portuguesa e a reestruturação social e familiar da sociedade portuguesa contribuíram para a emergência do envelhecimento como um problema social no nosso país hoje em dia. No tópico do Cuidar, define-se o conceito de cuidar, assim como o conceito de cuidador e distingue-se o cuidado formal do cuidado informal. No tópico do *Burnout*, esclarece-se a sua definição e perspetivas associadas, diferencia-se o seu significado de outros fenómenos, expõe-se as fases que o compreendem, indica-se a influência de variáveis demográficas e de personalidade na sua ou não prevalência, aponta-se tipos de desencadeadores e potenciadores da síndrome, enumera-se um conjunto de sintomas que o profissional por ele afetado pode apresentar, bem como as consequências que o mesmo pode sofrer.

O segundo capítulo, que abrange o Estudo Empírico, divide-se em dois tópicos: Metodologia e Resultados, sendo que no primeiro, da Metodologia, são referidos os objetivos do estudo, o tipo de estudo posto em prática e os instrumentos de recolha e tratamento de dados utilizados na investigação levada a cabo e, no segundo, dos Resultados, realiza-se a caracterização da população-alvo do estudo, a análise do

Maslach Burnout Inventory, a análise das entrevistas e a síntese dos resultados do estudo.

Por fim, apresenta-se uma conclusão, que sintetiza todo o trabalho efetuado, identifica, por um lado, os contributos do estudo e, por outro, as limitações do mesmo e aponta ainda sugestões para futuras investigações nesta área.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

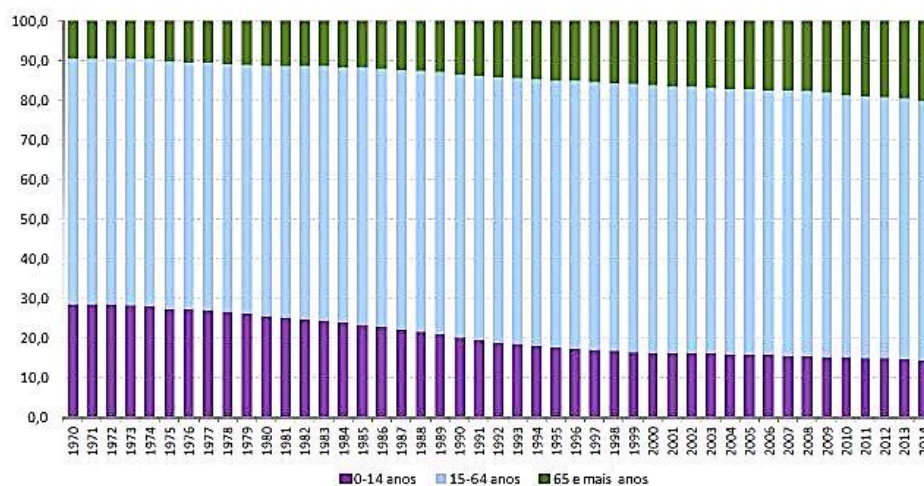
1. Envelhecimento

Nos últimos anos, temos assistido, em Portugal e não só, ao envelhecimento demográfico da população, que traduz alterações na distribuição etária da mesma, expressando uma maior proporção de pessoas em idades avançadas (INE, 2013).

O envelhecimento demográfico é considerado como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI, pelo que o termo “envelhecimento” está cada vez mais presente no quotidiano de todos nós, contribuindo para que o estudo dos processos de envelhecimento ganhe, no presente século, denominado o século dos idosos, um relevo e uma prioridade indiscutíveis (Fonseca, 2006).

Importa salientar, desde logo, que, segundo Fontaine (2000, p. 19), “o envelhecimento é antes de mais uma questão demográfica”. Posto isto, podemos entender melhor o fenómeno do envelhecimento por meio da demografia, que estuda as tendências das mudanças das populações e as técnicas para medi-las (Zimerman, 2000).

Figura 1: Estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal, 1970-2014



Fonte: INE (2015), Dia Mundial da População

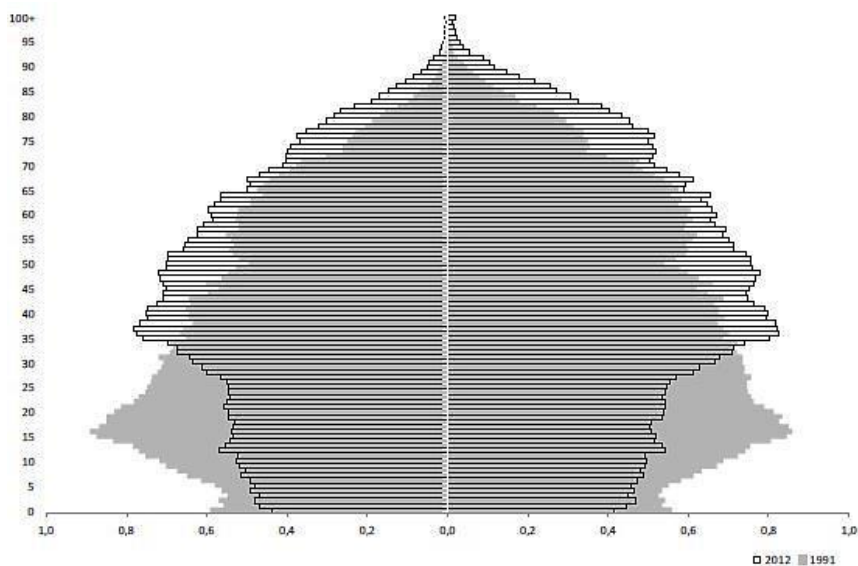
A Figura 1 exprime as transformações na distribuição etária da população portuguesa, entre 1970 e 2014. Verificou-se, por um lado, o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade) e,

por outro, o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Nesse período temporal, a população jovem diminuiu 14% (de 28,5% para 14,4%) enquanto a população idosa aumentou 11% (de 9,7% para 20,3%). Pela primeira vez em Portugal, em 2000, o número de idosos ultrapassou o número de jovens (INE, 2015).

Portugal era, em 2014, o 4º país da UE 28 com maior proporção de idosos. Nesse ano, a população residente no nosso país era constituída por 14,4% de jovens, 65,3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos, o que aponta para um aumento do índice de envelhecimento (relação entre o número de idosos e o número de jovens): 141 idosos por cada 100 jovens, tornando Portugal o 5º país com o índice de envelhecimento mais elevado da UE 28 (INE, 2015).

A proporção de pessoas com 65 e mais anos era 18,5% na UE 28 e 19,9% em Portugal, valor apenas ultrapassado pela Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e Itália (21,4%), sendo que a proporção mais baixa verificou-se na Irlanda (12,6%). Entre 2003 e 2013, ocorreu um aumento da proporção de idosos em todos os países da UE 28, assim como um decréscimo da proporção de jovens – excluindo a Irlanda e a Espanha –, e de população em idade ativa – com exceção da Polónia, Eslováquia, Luxemburgo e Chipre (INE, 2015).

Figura 2: Pirâmides etárias, 1991 e 2012, Portugal



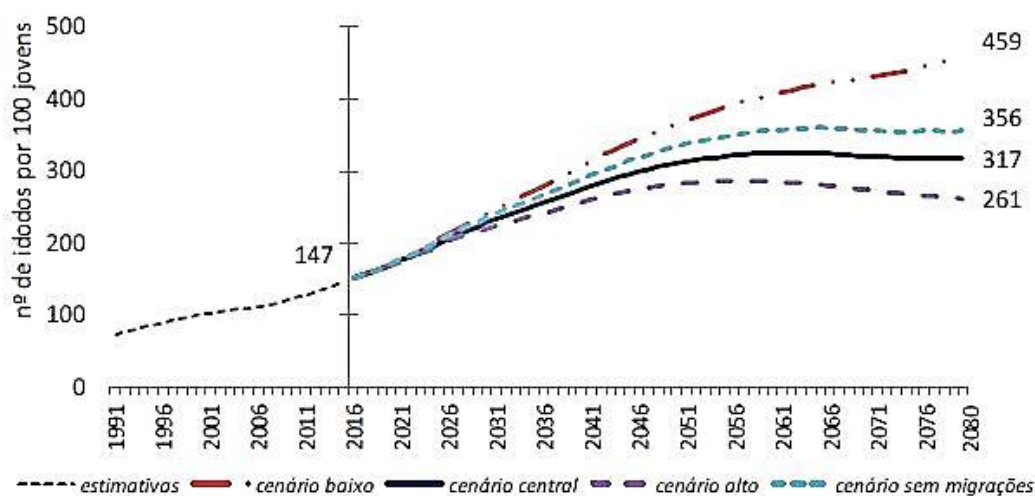
Fonte: INE (2013), Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança

Como demonstra a Figura 2, entre 1991 e 2012, sucedeu um duplo envelhecimento demográfico da população residente em Portugal, resultante da combinação de dois fenómenos: o declínio da natalidade e o aumento da longevidade, não esquecendo o decisivo impacto da redução da mortalidade, sobretudo infantil (INE, 2013).

Estes comportamentos demográficos alteraram-se significativamente, gerando uma mudança no perfil da sociedade, dado que a diminuição do número de jovens e pessoas em idade ativa, acompanhada pelo aumento do número de idosos, refletiu-se na inversão da pirâmide etária portuguesa, concretamente no estreitamento da base da pirâmide, bem como no alargamento do seu topo (INE, 2013).

Por outro lado, em termos futuros e segundo as projeções do INE, verificar-se-á, entre 2015 e 2080, um aumento da população idosa residente em Portugal, sendo que esta poderá passar dos 2,1 para 2,8 milhões de pessoas (INE, 2017).

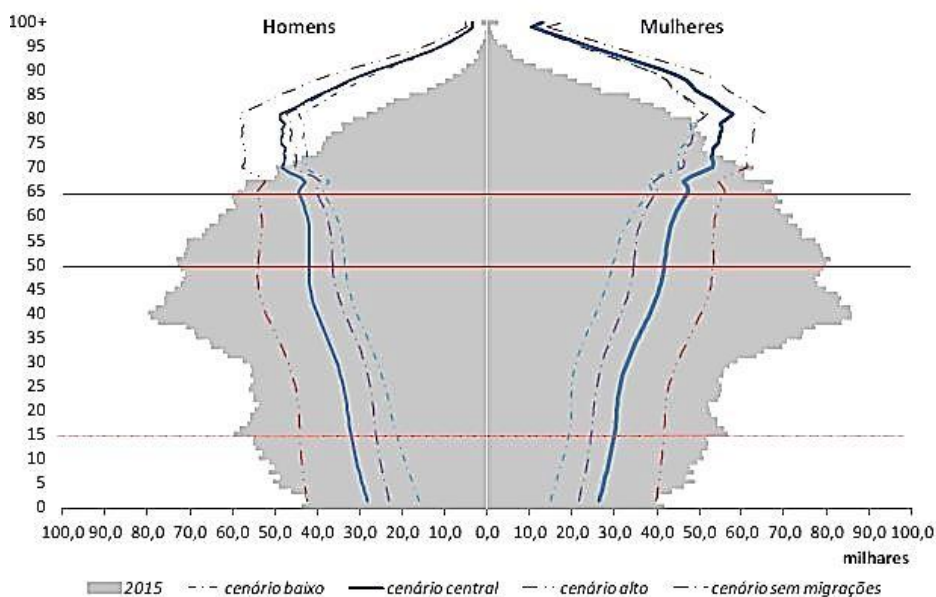
Figura 3: Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)



Fonte: INE (2017), Projeções de População Residente 2015-2080

Consequentemente, como ilustra a Figura 3, prevê-se, que, em Portugal, entre 2015 e 2080, fruto do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017).

Figura 4: Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)



Fonte: INE (2017), Projeções de População Residente 2015-2080

Por todos os motivos referidos anteriormente, à luz da Figura 4, a tendência futura aponta para o ainda maior alargamento do topo da pirâmide etária portuguesa, a par do igualmente maior estreitamento da sua base (INE, 2017).

Entre 2015 e 2080, prevê-se que ocorra, em Portugal, uma significativa diminuição da população (de 10,3 para 7,5 milhões de pessoas), pelo que esta será cada vez menor e mais envelhecida (INE, 2017).

Este envelhecimento demográfico traz consigo consequências a vários níveis, tais como: sociais (convivência de três ou quatro gerações, maior longevidade das mulheres, maior número de pessoas idosas a viver em instituições), médicas (crescimento na demanda por serviços de saúde, mais gastos com medicação, maior ocupação hospitalar e por maior período de tempo, aumento na incidência de transtornos mentais e das doenças típicas da terceira idade que provocam demência) e económicas (grande quantidade de pessoas com menos condições de auto-sustento, aumento das despesas com saúde, queda da renda devido à redução do número de indivíduos economicamente ativos) (Zimmerman, 2000).

Em função das transformações ocorridas no perfil demográfico e suas consequências, é indispensável toda uma reestruturação social, política e económica, já

que estas acarretam mudanças no estilo de vida das pessoas, tornando necessária a criação de novos espaços, produtos e serviços, sendo igualmente importante a reformulação de conceitos e de posturas face aos idosos (Zimmerman, 2000).

Porém, o processo de envelhecimento não é apenas um processo demográfico, ou seja, apesar da sua relevância, o problema geracional não se resume à sua dimensão demográfica (Osório & Pinto, 2007). Resulta, igualmente, da combinação de um conjunto de outros fatores associados ao desenvolvimento da sociedade portuguesa nos últimos anos (Rosa, 2012). Como defendem Osório e Pinto (2007, p. 7), “a importância que as gerações idosas têm vindo a adquirir deriva dos desafios que estão a lançar às diferentes formas de organização social, cultural, económica e política”.

Logo, o envelhecimento como problema social não é o resultado mecânico do crescimento do número de pessoas idosas, como sugere a noção de envelhecimento demográfico (Lenoir, 1990), pois este tem repercussões não só a nível individual e familiar, mas também no âmbito social (Azeredo, 2011), dado que se verificaram inúmeras mudanças em vários setores da sociedade, tais como: a maior instrução da população, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia, a urbanização, etc (Rosa, 2012).

Apesar de uma grande parte da população mundial ainda não ter acesso à alimentação e a condições de higiene adequadas, os avanços da ciência e da tecnologia, especialmente no campo da medicina, permitem que a sobrevivência tanto de crianças quanto de adultos seja, hoje em dia, cada vez maior. Com os investimentos em prevenção e educação para a saúde passou a existir uma maior atenção à saúde em geral e em particular, um maior controlo das doenças infecciosas e das doenças evitáveis (por exemplo, pela imunização e vacinação) e um maior cuidado relativamente às doenças degenerativas e crónicas, típicas dos velhos. A descoberta de vacinas, novos medicamentos e cura para diversas doenças permitiu que o ser humano ganhasse uma nova qualidade de vida, além da possibilidade de resistir a doenças que antes provocavam a morte em idade precoce. Tudo isto contribuiu, em grande medida, para a redução quer da morbilidade quer da mortalidade (Zimmerman, 2000).

Para além disso, a redução da natalidade deveu-se ao surgimento e à difusão de métodos anticoncepcionais, que levaram a que houvesse uma diminuição no número de nascimentos (Zimmerman, 2000).

Assim, o equilíbrio rompido entre a mortalidade e a fecundidade tem origem nas melhores condições de saúde atuais e deve-se a um conjunto de várias condições sociopsíquicas adversas à natalidade, como os novos meios de controlo da mesma, os novos valores familiares que não os filhos, o individualismo e egoísmo, as exigências no mundo do trabalho, o casamento mais tardio e outros fatores (Oliveira, 2008).

As tendências demográficas registadas nas últimas décadas (como o aumento da esperança média de vida e a queda da fecundidade já referidos), implicam um processo de mudança progressivo e persistente em direção a novas formas de viver em casal e em família (INE, 2013).

Como principais linhas de transformação é possível identificar: o adiamento da parentalidade, ou seja, o retardar do projeto da maternidade, dado que a idade média das mulheres aquando do nascimento do primeiro filho aumentou mais de cinco anos nas últimas duas décadas e meia, em Portugal, e situa-se, atualmente, próxima dos 29 anos; o aumento das uniões de facto e de divórcios; um padrão de vida doméstica assente, generalizadamente, em famílias de menor dimensão, devido ao menor número de filhos (que raramente ultrapassa os dois), sendo que, em Portugal, a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos; o decréscimo das famílias alargadas e o aumento das famílias unipessoais; o reforço da privacidade da vida conjugal, vivendo os casais (com ou sem filhos) cada vez menos em coresidência com outros familiares; um crescimento da autonomia residencial dos indivíduos, com mais pessoas a viver sozinhas, em todas as idades e em diferentes fases da vida (solteiros, separados e divorciados, viúvos); uma diversidade mais acentuada das formas de viver em família, quer em relação à conjugalidade (casamento “de direito” e “de facto”, casamento religioso ou civil), quer em relação à parentalidade (aumento das famílias monoparentais e recompostas), isto apesar de o casal (com e sem filhos) continuar a ser a forma predominante de organização da vida familiar (INE, 2013).

O comportamento destes indicadores denuncia as novas formas familiares alternativas da sociedade portuguesa, evidenciando a transformação das anteriormente famílias alargadas nas atualmente famílias nucleares, o que acarreta respostas institucionais via Estado-Providência, já que, graças à evolução social, deixaram de existir condições para a família funcionar como retaguarda (INE, 2013).

Em suma, todos os fatores supracitados justificam a complexidade e a diversidade dos fatores que estão na base da emergência do envelhecimento como um problema social e mostram que é, muitas vezes, a ordem social no seu conjunto que está em causa (Lenoir, 1990).

2. Cuidar

“Muitas das funções socializadoras e dos cuidados anteriormente prestados pela família, igreja, vizinhos e amigos, têm sido assumidas por instituições formais” (Cherniss, 1995, p. 3 citado por Pinto e Chambel, 2008, p. 17), na medida em que o aumento da longevidade da população, característico das sociedades contemporâneas, traz, inevitavelmente, consigo, uma maior prevalência de doenças crónicas e degenerativas (Chambel, 2016), isto é, existe uma estreita relação entre o aumento da longevidade e uma maior morbidade (Brito, 2000), o que acarreta um consequente aumento das necessidades de apoio e cuidados pessoais aos idosos (Almeida, 2013). Também o crescente aumento da proporção de idosos, a diminuição do número de elementos por agregado familiar e a dispersão do parque habitacional implicam uma sobrecarga familiar nos cuidados a prestar ao idoso, o que contribui para a necessidade de apoio por parte de outras instituições (Azeredo, 2011).

Importa, primeiramente, ressaltar a complexidade e multidisciplinaridade do conceito de cuidar, uma vez que este apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica (Ricarte, 2009).

Entende-se por cuidar “ajudar a pessoa idosa a realizar atividades que esta não consegue realizar por si própria, atividades estas que são fundamentais para a promoção e a manutenção do seu bem-estar” (José, 2012, p.127). Entende-se também que as práticas de cuidar incluem “ajudar a realizar atividades da vida diária – AVD’s (higiene corporal, mobilidade física, ingestão de refeições, etc); ajudar a realizar atividades instrumentais da vida diária – AIVD’s (fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc)” (ibidem) e, finalmente, “mostrar compreensão relativamente às preocupações do idoso e ajudar este último a lidar com tensões de natureza emocional; e, ainda, supervisionar os cuidados prestados por terceiros” (ibidem).

Ao ato de cuidar subjazem três objetivos fundamentais: ajudar o idoso a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspetos normais e patológicos; auxiliar o idoso a controlar o envelhecimento, através de intervenções promotoras da sua saúde e qualidade de vida; apoiar o idoso na solução de patologias que, por vezes, acompanham o processo de envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Cuidar é, assim, mais do que um ato – é uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, ou seja, o cuidado é a chave decifradora da essência humana (Caldas, 2004).

Por consequência, o conceito de cuidar remete-nos para um processo de interação entre o idoso e quem assume a responsabilidade de o cuidar, designado cuidador, visando, entre outros, a promoção da sua autonomia e independência, tendo como fim uma melhor qualidade de vida (Costa, 2017).

“Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano” (Floriani, 2004, p. 341). O cuidador desempenha, assim, a função de dar suporte ou assistir idosos com alguma fragilidade, tendo em vista uma melhoria de bem-estar e saúde (Rodrigues & Diogo, 2000). Quer seja no domicílio ou numa instituição, o cuidador deve conhecer as necessidades, as possibilidades e as limitações da pessoa idosa a ser cuidada, pois os cuidados devem ser ajustados à individualidade de cada idoso (Zimerman, 2000).

O tipo de cuidados prestados pelo cuidador aos mais velhos deverá compreender as componentes: biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual (Gomes, 2017).

Aliás, diz-se que “o cuidador é o ego auxiliar e a função do idoso” (Vieira, 1996 citada por Zimerman, 2000, p. 85).

No que concerne ao contexto da prestação de cuidados a idosos, este pode assumir duas tipologias distintas: no âmbito do cuidado formal e no âmbito do cuidado informal (Sequeira, 2010).

O cuidado formal é o tipo de prestação de cuidados que corresponde ao desempenho de uma atividade profissional. Este é geralmente executado por profissionais devidamente qualificados, os quais são designados por cuidadores formais, pois possuem uma preparação específica para o exercício desta função. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários inseridos em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc, podendo ser médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ajudantes de ação direta, entre outros (Sequeira, 2010).

“Este apoio formal está voltado para a prática de cuidados estruturados, que implicam procedimentos planeados, mobilização de recursos” (Costa, 2017, p.37).

Relativamente ao lado formal da prestação de cuidados a idosos, de acordo com a Carta Social (2015), as principais respostas sociais dirigidas às pessoas idosas são: a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia (CD) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Estas respostas têm como objetivos primordiais a satisfação das atividades da vida diária (AVD's) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), visando, ainda, a promoção, a inclusão e a participação dos utentes na comunidade, qualquer que seja o seu nível de autonomia e dependência e quer resida na sua habitação ou numa instituição (Carta Social, 2015).

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ou Lar como é mais comumente chamado) diz respeito ao estabelecimento que proporciona habitação através do alojamento coletivo (seja ele temporário ou permanente), em que são prestados um conjunto de serviços, tais como: fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, tratamento de roupa, apoio psicossocial e desenvolvimento de atividades de animação com o intuito de promover o convívio e ocupar os tempos livres dos utentes (Jacob, 2012).

O Centro de Dia é a resposta social que promove a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar, ao prestar os seguintes serviços: refeições, cuidados de higiene, tratamento de roupa, convívio e ocupação, sendo que pode funcionar como um serviço autónomo e independente ou como um serviço integrado numa estrutura já existente (lar, centro comunitário, etc) (Jacob, 2012).

O Serviço de Apoio Domiciliário tem na sua base a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e família, quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (Jacob, 2012).

No âmbito do cuidado formal e, nomeadamente, no âmbito das três respostas sociais dirigidas aos idosos mencionadas acima, o cuidador formal enquadra-se na categoria de Ajudante de Ação Direta, dado que este/a é o/a profissional a quem é

atribuído um conjunto de tarefas ligadas ao trabalho com pessoas idosas, designadamente, a prestação de cuidados básicos e pessoais às mesmas, quer individualmente, quer em grupo.

Segundo o Decreto-Lei n.º 419/99 de 15 de outubro, o/a Ajudante de Ação Direta exerce um conjunto de funções relacionadas com a satisfação das necessidades humanas básicas dos idosos, essenciais à sua qualidade de vida diária, isto é, responsabiliza-se pela sua alimentação, pela administração de medicação, pela sua higiene e conforto, pelo acompanhamento ao exterior, tendo em vista o seu bem-estar geral.

Para além disso, atualmente, o papel do/a Ajudante de Ação Direta abrange, cada vez mais, não só o lado fisiológico do cuidado aos idosos, mas também a responsabilidade de estar disponível para ouvir os seus problemas, assim como auxiliá-los a obter um maior controlo sobre as suas vidas e encorajá-los a atingir os seus desejos (Marques, 2013).

O cuidado informal é a outra forma que a prestação de cuidados pode assumir, sendo que é executado no domicílio e em ambiente familiar e que, normalmente, fica a cargo dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros significativos da comunidade, sendo estes designados por cuidadores informais. O cuidado informal é desenvolvido de forma não antecipada e não remunerada, podendo ser total ou parcial (Sequeira, 2010).

No que diz respeito ao tipo da prestação de cuidados, não existe grande disparidade entre o cuidado formal e o cuidado informal, no sentido em que o que distingue ambos é o vínculo laboral e a contribuição monetária pelos cuidados prestados (Gomes, 2017).

O ato de cuidar de idosos exige polivalência por parte do cuidador, já que os cuidados prestados aos mesmos são, simultaneamente, preventivos, curativos, paliativos e estão associados à cronicidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O processo de prestação de cuidados a idosos consiste, logo, num processo complexo e dinâmico e, por vezes, acarreta consequências para a saúde física e mental destes indivíduos, uma vez que as tarefas que desempenham envolvem um grande esforço a vários níveis (Costa, 2017).

Assim, verifica-se que o cuidar está associado a repercussões negativas e pode resultar no desgaste e na sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010).

Atendendo à especificidade da sua função, os cuidadores formais de idosos apresentam um conjunto de queixas psicológicas, como cansaço, *stress*, ansiedade e depressão e encontram-se, conseqüentemente, em risco de vivenciar a síndrome de *burnout* (Monteiro et al, 2014). Por este motivo, são considerados um grupo de risco no que toca ao *burnout* (Almeida, 2013).

3. *Burnout*

O conceito de *burnout*¹ surgiu em 1974, nos Estados Unidos da América, com Herbert Freudenberger (psiquiatra americano, nascido na Alemanha), considerado, por isso, o pai do *burnout*. Após os seus primeiros passos investigativos acerca deste tema, diferentes autores elaboraram teorias explicativas relacionadas com o fenómeno do *burnout* (Benevides-Pereira, 2002).

Assim sendo, entre as diversas conceptualizações acerca do *burnout*, importa destacar duas: a perspetiva clínica (que entende o *burnout* como um estado e tem em Freudenberger o autor mais representativo desta conceção) e a perspetiva psicossocial (que entende o *burnout* como um processo, proposta por Maslach e Jackson) (Benevides-Pereira, 2002).

A perspetiva clínica, com base nos estudos pioneiros de Freudenberger (1974), aborda o *burnout* como um estado de exaustão, caracterizado por esgotamento emocional, assim como perda da motivação e do empenhamento no que diz respeito ao trabalho. Esta proposta tem um enfoque estritamente individual, considerando que é fruto do trabalho intenso.

Freudenberger (1974) relata que ele próprio e muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde experienciaram este estado, os quais apresentavam um conjunto de sintomas físicos e mentais, argumentando que ao longo da sua atividade diária se apercebeu que “por vezes as pessoas são vítimas de incêndio tal como os edifícios; sujeitas ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob ação das chamas, não deixando senão um imenso vazio no interior, ainda que o invólucro exterior pareça mais ou menos intacto” (Freudenberger, 1980 citado por Delbrouck, 2006).

Segundo as conclusões a que chegou, o *burnout* manifesta-se de muitas maneiras sintomáticas diferentes, que variam de pessoa para pessoa. Na maior parte dos casos,

¹ Deriva da junção entre *burn* (queimar) e *out* (exterior), referindo-se àquilo que, devido à exigência excessiva de energia, força ou recursos, falhou, esgotou-se e, por ter chegado ao seu limite, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (Freudenberger, 1974).

ocorre cerca de um ano depois de alguém ter começado a trabalhar numa instituição, porque é exatamente nesse ponto que vários fatores entram em ação.

A perspetiva psicossocial, introduzida por Christina Maslach e Susan Jackson (1986), psicólogas e investigadoras na área da Psicologia Social, que estudaram as emoções no local de trabalho, contrasta com a perspetiva clínica, uma vez que entende o *burnout* como um processo gradual de perda do interesse pelo trabalho, em que o ambiente de trabalho é a principal determinante da tendência do indivíduo em desenvolver *burnout*.

Logo, apesar da diversidade de conceções atribuídas ao *burnout*, verifica-se uma unanimidade, entre os investigadores do tema, ao considerarem a influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação desta síndrome. Neste entendimento, com uma aceitação quase universal em termos de investigação, a sua definição assenta nesta ótica psicossocial, sendo a perspetiva mais frequentemente citada, encontrando-se operacionalizada no MBI (Maslach Burnout Inventory), instrumento de medição do *burnout*, elaborado pelas duas autoras (Carlotto, 2010).

De acordo com a sua proposta, o *burnout* é definido como sendo uma síndrome de carácter tridimensional, já que engloba três componentes relacionadas mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach et al, 1996).

A exaustão emocional refere-se a um sentimento de fadiga, desgaste e esgotamento emocional, sendo que, à medida que os recursos emocionais se esgotam, o profissional não se sente capaz de se entregar a nível psicológico (Maslach et al, 1996).

A despersonalização corresponde ao desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, distanciadas e “desumanizadas” e conseqüente tratamento distante e impessoal por parte do profissional face aos utentes, entendendo-os como merecedores dos seus problemas (Maslach et al, 1996).

A reduzida realização pessoal diz respeito à tendência do profissional em se avaliar negativamente, particularmente em relação ao seu trabalho com os utentes, mostrando-se insatisfeito com o seu desempenho profissional (Maslach et al, 1996).

Contudo, posteriormente, em publicações mais recentes, juntamente com Michael Leiter, psicólogo canadense, as autoras redefiniram o conceito de *burnout* e reconceptualizaram as suas três dimensões para: exaustão, cinismo e ineficácia (Maslach & Leiter, 1997).

A exaustão caracteriza-se pelo esgotamento tanto emocional como físico, que faz com que o indivíduo acorde tão cansado como no momento em que se deitou (Maslach & Leiter, 1997).

O cinismo reflete uma atitude de indiferença e distanciamento do indivíduo relativamente às pessoas com quem trabalha, minimizando o seu envolvimento com as mesmas. No fundo, significa alienação face ao trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

A ineficácia está associada à diminuição dos sentimentos de auto-eficácia no trabalho, isto é, à perda de confiança nas suas capacidades profissionais (Maslach & Leiter, 1997).

Nesta medida, o trabalhador fica cronicamente exausto, torna-se cínico e “desligado” do seu trabalho e sente-se ineficaz no mesmo (Maslach & Leiter, 1997).

Se, numa fase inicial, Maslach e Jackson (1986) entendiam o *burnout* como uma síndrome exclusiva dos profissionais de ajuda, ou seja, que apenas afetava profissionais envolvidos numa dinâmica relacional de ajuda a outrem (como por exemplo, médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc), foi possível mostrar claramente que o *burnout* não atinge apenas os profissionais de ajuda, embora seja uma síndrome própria das profissões de ajuda (pois são as mais afetadas e, por consequência, as mais envolvidas em estudos na área), e pode ocorrer em qualquer profissão.

Deste modo, verificaram-se avanços significativos no sentido de alargar este conceito a todas as profissões em geral, uma vez que, hoje em dia, o *burnout* trata-se de uma doença frequente, pelo que os doentes não se encontram apenas entre profissionais do domínio da saúde e da área social, mas também nouro tipo de profissões e ainda em domínios não profissionais, como é o caso do voluntariado (Delbrouck, 2006).

Nesta perspetiva, a síndrome de *burnout* consiste, portanto, numa doença profissional cujo denominador comum é a relação direta entre o emprego e o estado de fadiga do trabalhador, independentemente das suas dificuldades de vida nas outras

esferas da vida, sejam elas afetivas, familiares, desportivas, amicais, etc (Delbrouck, 2006).

Fruto dos estudos de Maslach e Leiter (1997), foi possível concluir que, ao contrário daquilo que a sabedoria convencional entendia, o esgotamento não é um problema do indivíduo, mas do ambiente social em que trabalha, dado que a estrutura e o funcionamento do local de trabalho definem como as pessoas interagem umas com as outras e como desempenham a sua profissão.

Em concordância com esta perspetiva, o *burnout* resulta do desajustamento entre o que as pessoas são e o que elas têm a fazer, ou seja, o *burnout* ocorre quando existe um desencontro entre as necessidades da pessoa e as exigências do seu trabalho (Maslach & Leiter, 1997). Deste modo, o *burnout* pode ser descrito como uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho, o que influencia o seu desempenho profissional (Carrera, 2011).

A síndrome de *burnout* é, por diversas vezes, confundida com outro tipo de fenómenos, pelo que importa diferenciá-la, por exemplo, da alienação, do *stress*, da ansiedade e da depressão (Tonon, 2003).

Enquanto a alienação ocorre quando um sujeito tem pouca liberdade para desenvolver uma tarefa, no caso do *burnout*, o sujeito tem demasiada liberdade para desenvolver a tarefa, mas a mesma é impossível de ser desenvolvida (Tonon, 2003).

Já o *stress* distingue-se do *burnout* porque este produz efeitos negativos na pessoa, ao contrário do primeiro que tanto produz efeitos negativos como positivos (Tonon, 2003). Se, por um lado, o *stress* constitui um processo de adaptação temporário, sendo acompanhado por sintomas físicos e mentais, por outro, o *burnout* refere-se a uma quebra na adaptação, acompanhado de um mal funcionamento crónico (Queirós, 2005).

Por sua vez, a ansiedade sucede quando a pessoa não tem capacidade para lidar com a situação na qual está imersa, sendo que se diferencia do *burnout* porque neste último existe uma exigência superior de capacidades relativamente às que a pessoa possui (Tonon, 2003).

Finalmente, a depressão compreende o conjunto de emoções e cognições que têm consequências sobre as relações interpessoais, ao passo que o *burnout* surge como consequência das relações interpessoais e organizacionais (Tonon, 2003).

Como processo de desilusão gradual, o *burnout* compreende quatro fases, que se apresentam por uma ordem quase habitual: inicia-se por uma fase de entusiasmo, caracterizada por grande energia, sentimentos positivos e aspirações elevadas; posteriormente, instaura-se uma fase de estagnação, em que o entusiasmo pelo trabalho diminui e surge o cansaço; esta, lentamente, dá lugar a uma fase de frustração, em que o profissional questiona não só a sua eficácia profissional como também o próprio valor do trabalho; finalmente, instala-se uma fase de apatia que leva a que o profissional desmoralize e se sinta cronicamente frustrado profissionalmente (Edlwich & Brodsky, 1980 citados por Pinto & Chambel, 2008).

No sentido de apurar a influência de certas variáveis demográficas na prevalência da síndrome de *burnout*, Maslach e Jackson (1981) estudaram designadamente, o sexo, a idade, o estado civil e o nível educacional como preditores do *burnout*.

A sua investigação foi desenvolvida nos Estados Unidos da América, em que a sua amostra era constituída por 1025 indivíduos profissionais de serviços, composta por 54% de mulheres e 46% de homens, de idade entre os 18 e os 70 anos, sendo que 60% eram casados e 40% não. Na sua maioria, eram de raça caucasiana e de estrato educacional elevado. Importa ressaltar que, em relação ao sexo, os médicos, os polícias e os psiquiatras são maioritariamente homens, enquanto as mulheres são sobretudo enfermeiras e assistentes sociais (Maslach & Jackson, 1981).

Estes autores chamam a atenção para a interpretação cautelosa dos resultados obtidos, dado que algumas variáveis poderão ser confundidas com o tipo de ocupação. Embora tendo em conta estas reservas, Maslach e Jackson (1981) chegaram às conclusões que se seguem.

No que se refere ao sexo, foram encontradas diferenças entre homens e mulheres em todas as subescalas do MBI. As mulheres apresentavam um valor de exaustão emocional maior que o dos homens. Estes, por seu turno, apresentavam um valor de

despersonalização maior que as mulheres. Na realização pessoal, os homens apresentavam valores mais elevados do que o das mulheres (Maslach & Jackson, 1981).

Quanto à idade, provou-se que é a variável que tem sido mais consistentemente relacionada com o *burnout* e que, de facto, os padrões de *burnout* variam com a idade. As pessoas jovens apresentavam valores mais elevados de despersonalização, denotando-se uma diminuição destes valores à medida que a idade avançava. Em relação aos mais velhos, os jovens apresentavam valores superiores de exaustão emocional, bem como menores valores de realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981). Esta tendência pode resultar do facto de os profissionais com mais idade construírem de alguma maneira estratégias para lidar com o trabalho quotidiano (Tonon, 2003).

Relativamente ao estado civil, este relaciona-se significativamente com a exaustão emocional, mas não com as outras duas subescalas. Os solteiros e divorciados apresentavam maior exaustão emocional face aos casados (Maslach & Jackson, 1981). No entanto, a variável estado civil deveria ser denominada de outra forma, pois não é a situação de casado/a ou solteiro/a que influencia mas o nível de apoio sócio-emocional que a família fornece ao profissional (Tonon, 2003).

No que toca ao nível de educação, foram descobertas diferenças em todas as subescalas do MBI. Os indivíduos de nível educacional mais elevado apresentavam valores de exaustão emocional mais elevados, sendo que aqueles que completaram a faculdade mostravam maiores níveis de exaustão emocional do que aqueles que não a completaram. Os valores de despersonalização decaíam com o nível de educação e os valores de realização pessoal aumentavam com o nível de educação (Maslach & Jackson, 1981).

Tonon (2003) considera ainda a existência de outras duas variáveis demográficas, sendo elas: a antiguidade no exercício profissional e a antiguidade no posto de trabalho. Estas apresentam características semelhantes à variável idade, no sentido em que os profissionais com menos anos de exercício profissional e de antiguidade no posto de trabalho apresentam valores mais elevados de *burnout*.

Para além das variáveis demográficas já referidas, Tonon (2003) defende a existência de outro tipo de variáveis facilitadoras da síndrome de *burnout*: as de

personalidade. Segundo as suas pesquisas, os profissionais mais dedicados, mais idealistas, mais sensíveis e com baixa autoestima são mais propensos ao *burnout* e, por outro lado, os profissionais com expectativas de eficácia e competência no trabalho apresentam maior pontuação na subescala do nível de realização pessoal no trabalho e menor pontuação nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização. Com base nos seus estudos, foi possível demonstrar que os profissionais considerados com uma personalidade resistente estão menos sujeitos a sofrer de *burnout* (Tonon, 2003).

Podem identificar-se, assim, quatro tipos de desencadeadores e potenciadores da síndrome de *burnout*: características pessoais, características do trabalho, características organizacionais e características sociais (Benevides-Pereira, 2002).

As características pessoais que podem facilitar o desenvolvimento da síndrome de *burnout* são: a idade, o sexo, o nível educacional, os filhos, a personalidade, o sentido de coerência, a motivação e o idealismo (Benevides-Pereira, 2002).

As características do trabalho que influenciam a prevalência ou não da síndrome de *burnout* são: o tipo de ocupação, o tempo de profissão, o tempo na instituição, o trabalho por turnos ou noturno, a sobrecarga, o relacionamento entre os colegas de trabalho, a relação profissional-cliente, o tipo de cliente, o conflito e a ambiguidade do papel, o suporte organizacional, a satisfação, o controlo, a responsabilidade, a pressão, a possibilidade de progresso, a perceção de desigualdade, o conflito com os valores pessoais e a falta de *feedback* (Benevides-Pereira, 2002).

As características organizacionais que têm impacto na maior ou menor predisposição para a incidência da síndrome de *burnout* são: o ambiente físico, as mudanças organizacionais, as normas institucionais, o clima social, a burocracia, a comunicação, a autonomia, as recompensas e a segurança (Benevides-Pereira, 2002).

As características sociais que podem potenciar o aparecimento da síndrome de *burnout* são: o suporte familiar e social, a cultura e o prestígio (Benevides-Pereira, 2002).

O profissional que sofre de *burnout* pode apresentar um conjunto de diversos sintomas, subdividindo-se em: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (Benevides-Pereira, 2002).

Como possíveis sintomas físicos destacam-se: fadiga constante e progressiva, dores e contrações musculares, insónias, enxaquecas, perturbações digestivas, perda de apetite, náuseas, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares (hipertensão, etc), distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e desequilíbrios hormonais (alterações menstruais nas mulheres, etc) (Benevides-Pereira, 2002).

Como possíveis sintomas psíquicos verificam-se: falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, alienação, solidão, impaciência, impotência, labilidade emocional, baixa autoestima, desânimo, paranóia (Benevides-Pereira, 2002).

Como possíveis sintomas comportamentais salientam-se: negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, agressividade, ansiedade constante, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias (medicamentos, alimentos, álcool e/ou tabaco), comportamento de alto risco e suicídio (Benevides-Pereira, 2002).

Como possíveis sintomas defensivos verificam-se: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho e consequente vontade de o abandonar, absentismo, ironia e cinismo (Benevides-Pereira, 2002).

Ainda assim, é importante deixar claro que um indivíduo com a síndrome de *burnout* não manifesta necessariamente todos estes sintomas, já que o grau, o tipo e o número de sinais apresentados dependem da configuração de fatores individuais e fatores ambientais, bem como a etapa em que o indivíduo se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome (Benevides-Pereira, 2002).

Decorrente desta sintomatologia, distinguem-se quatro grupos de consequências do *burnout*: físicas e pessoais (sintomas já referidos), no trabalho (diminuição na qualidade, predisposição a acidentes e abandono), sociais (isolamento e divórcio) e organizacionais (absentismo, rotatividade, baixa produtividade e acidentes de trabalho) (Benevides-Pereira, 2002).

De uma forma geral, o *burnout* revela um mal-estar existencial singular e social, engloba e excede o *stress* profissional e pode levar à depressão. Tem uma consequência grave: a perda de sentido do trabalho e coloca o sentido da vida em questão (Delbrouck, 2006).

Em síntese, o *burnout* é uma resposta ao *stress* profissional prolongado, apresentado por indivíduos inicialmente muito motivados, e que se caracteriza pela sua natureza multidimensional – pois, para além da exaustão emocional, inclui o desenvolvimento de atitudes negativas de despersonalização e perda de realização profissional – disfuncional e crónica (Pinto & Chambel, 2008).

Capítulo II: Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Objetivos do Estudo

Importa, antes de mais, clarificar quais os objetivos que se pretendem alcançar com o estudo levado a cabo.

De acordo com Fortin e Salgueiro (1999), os objetivos de um estudo indicam o porquê da investigação, bem como especificam as variáveis-chave, a população-alvo e o contexto em que o estudo é posto em prática. Estes devem ser formulados de forma concreta e com clareza, devendo ser proporcionais aos recursos disponíveis.

Segundo Serrano (2008), os objetivos podem ser gerais ou específicos, sendo que os objetivos gerais orientam a ação a desenvolver, constituindo as linhas de trabalho a seguir e os objetivos específicos caracterizam-se por detalhar os objetivos gerais, descrevendo diferentes situações a concretizar, ou seja, exprimem especificamente o que vai ser posto em prática.

Neste sentido, o objetivo geral desta investigação é avaliar e comparar os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia (embora sejam valências diferentes, não é feita distinção entre ambas devido ao facto de se encontrarem agregadas e o contexto e enquadramento laboral das Cuidadoras Formais ser idêntico) do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória com os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário da mesma instituição.

Neste seguimento, espera-se com esta investigação alcançar os seguintes objetivos específicos: primeiramente, caracterizar sociodemograficamente as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, clarificando a sua idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, exercício ou não de funções noutras instituições, carga horária semanal de trabalho, tipo de horário, tempo de exercício na função e tempo de exercício na instituição; seguidamente, identificar, através dos instrumentos de recolha de dados selecionados, por um lado, os níveis de

burnout das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e, por outro, os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário para posteriormente os comparar; finalmente, apontar as razões que podem estar na origem dos níveis de *burnout* apresentados por ambos os grupos de Cuidadoras Formais alvo do estudo.

1.2. Tipo de Estudo

No que diz respeito ao tipo de estudo, o estudo de caso foi o método de recolha de dados escolhido para o desenvolvimento desta investigação.

O método do estudo de caso representa uma das formas mais comuns de investigação em Ciências Sociais e constitui um dos referenciais metodológicos com maiores potencialidades para o estudo da diversidade de problemáticas que se colocam ao cientista social (Coutinho, 2013).

“A característica que melhor identifica e distingue esta abordagem metodológica é o facto de se tratar de um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o caso” (Coutinho, 2013, p. 334).

Deste modo, segundo Greenwood e Nunes (1965), o estudo de caso ou método intensivo como também pode ser chamado, corresponde, como o próprio nome indica, a uma análise intensiva, tanto em amplitude como em profundidade, e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, selecionada de acordo com determinado objetivo, de um fenómeno social. Assim, consiste na investigação detalhada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização ou de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico (Bogdan & Biklen, 1994).

O objetivo principal do estudo de caso centra-se na compreensão de um determinado processo ou acontecimento e, simultaneamente, no desenvolvimento de teorias mais genéricas a respeito dos aspetos característicos de um determinado fenómeno observado (Rodrigues, 2014). Assim, tenta, por um lado, compreender o fenómeno em estudo e, ao mesmo tempo, desenvolver afirmações teóricas mais gerais sobre regularidades nos fenómenos observados, supondo que se possa adquirir conhecimento do fenómeno através da exploração intensiva de um único caso (Fidel, 1984).

No estudo de caso, o objeto estudado é tratado como único, isto é, diz respeito a uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada, visando retratar a realidade de forma complexa e profunda mas não vasta

(André & Lüdke, 1986), objetivando a análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo (Rodrigues, 2014).

Nesta medida, o estudo de caso resume-se a uma observação pormenorizada de um contexto, evidenciando a sua unidade e identidade próprias, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico (Costa, 2017). Para além disso, possibilita a combinação de técnicas, fontes e instrumentos, sendo que a sua finalidade última prende-se com a obtenção de uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade, ou seja, compreender o caso no seu todo e na sua unicidade (Rodrigues, 2014).

Com efeito, uma das vantagens do estudo de caso é a informação detalhada que se obtém sobre um determinado fenómeno, ao passo que, uma das suas limitações prende-se com o facto de os resultados não poderem ser generalizados a outras populações ou situações (Fortin & Salgueiro, 1999).

André e Lüdke (1986) defendem que quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso, daí a minha escolha por este método de pesquisa.

Este estudo de caso foi então realizado numa instituição em particular, no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, local onde desenvolvi o meu estágio curricular final para a obtenção da minha Licenciatura.

O CSPNSV é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada no ano de 1987 e situada na freguesia da Vitória, no distrito do Porto (Manual de Acolhimento da Instituição, s/d).

A sua principal missão consiste em “ativar e mobilizar a participação de todos os atores tendo em vista reforçar uma identidade local capaz de, coletivamente, quebrar o ciclo de pobreza e exclusão social da população, promovendo o desenvolvimento sócio-económico da comunidade da freguesia da Vitória, em todas as dimensões e áreas de atividade”, pretendendo a “criação de respostas que visem melhorar as condições de vida da população local numa perspetiva de desenvolvimento integral da mesma” (Manual de Acolhimento da Instituição, s/d).

Assim, pauta-se pelos valores da identidade, da participação e da autonomia, tendo como fim contribuir para uma sociedade inclusiva, promovendo a participação de todos os atores (Manual de Acolhimento da Instituição, s/d).

Como respostas sociais direcionadas aos idosos, o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória possui: Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Manual de Acolhimento da Instituição, s/d).

1.3. Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados

No processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas, dado que a utilização de instrumentos distintos compõe uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, o que permite o cruzamento ou triangulação da informação. A utilização de diversas fontes de evidência ou dados possibilita, por um lado, obter “medidas” acerca do fenómeno e, por outro, assegurar as diferentes perspetivas dos participantes acerca desse mesmo fenómeno, criando condições para uma triangulação dos dados, durante a fase de análise dos mesmos (Coutinho, 2013).

De acordo com Yin (1994, p.92) citado por Coutinho (2013, p. 340), “a utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso permite-nos considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo permite corroborar o mesmo fenómeno”. “As conclusões e descobertas são assim mais convincentes e apuradas, já que advêm de um conjunto de confirmações” (Coutinho, 2013, p. 342).

No que toca aos instrumentos utilizados na recolha de dados, foi aplicado, primeiramente, um questionário sociodemográfico, autoadministrado, visando caracterizar sociodemograficamente a população-alvo do estudo. Através do mesmo, foi possível conhecer a sua idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, exercício ou não de funções noutras instituições, carga horária semanal de trabalho, tipo de horário, tempo de exercício na função e tempo de exercício na instituição (Anexo I).

Relativamente à seleção dos instrumentos para a avaliação da síndrome de *burnout* da população-alvo do estudo, foi aplicado um questionário, o MBI (Maslach Burnout Inventory) e foi ainda aplicada uma entrevista.

A entrevista e o questionário possibilitam a recolha de informação junto dos participantes relativas “aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (Fortin & Salgueiro, 1999, p. 245). Ambos baseiam-se nos testemunhos dos participantes, sendo que o investigador apenas tem acesso aos dados que os participantes lhe fornecem (Fortin & Salgueiro, 1999).

O questionário utilizado na recolha de dados para o estudo, tendo em vista avaliar e comparar os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória com o das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário da mesma instituição, foi o Maslach Burnout Inventory (Anexo II), elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1981, reconhecido como o principal instrumento de medida do *burnout* e desenhado para avaliar as três componentes desta síndrome: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach et al, 1996).

O MBI é usado por organizações e por investigadores para avaliar como os funcionários experienciam o seu trabalho, dado que consiste num questionário confiável, que fornece uma perspetiva concisa sobre a energia, o envolvimento e a eficácia dos funcionários no trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

Este questionário é aplicado em mais de 90% dos estudos empíricos sobre *burnout* concretizados a nível mundial, conferindo-lhe um estatuto de quase monopólio na área do *burnout* (Fonte, 2011).

Existem três versões do MBI (sendo que o que diferencia as versões é a terminologia empregada para a pessoa que recebe os serviços do profissional que é examinado): a versão original, projetada para profissionais nos serviços humanos: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) - Maslach, C. & Jackson, S. (1996); a versão adaptada do original para educadores: Maslach Burnout Inventory – Educators Survey (MBI-ES) - Maslach, C., Jackson, S. & Schwab, R. (1996); a nova versão do MBI desenhada para trabalhadores com outras ocupações: Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) - Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. & Jackson, S. (1996) (Maslach et al, 1996).

Uma vez que o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey é a versão mais apropriada para avaliar o *burnout* em prestadores de serviços, ou seja, é destinado àqueles que prestam algum tipo de serviço, cuidado ou tratamento a outrem (Maslach et al, 1996), foi o instrumento selecionado para a recolha de dados.

O MBI-HSS é constituído por 22 itens, numa escala de *Likert* de 7 pontos, que variam de 0 (“nunca”) a 6 (“todos os dias”). Os itens estão escritos na forma de frases

acerca de sentimentos ou atitudes pessoais (por exemplo, “Sinto-me frustrado/a pelo meu trabalho”, “Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes”), sendo que devem ser respondidos tendo em conta a frequência com que cada entrevistado experiencia esses sentimentos, estando divididos em três subescalas (Maslach et al, 1996).

Os nove itens da subescala de Exaustão Emocional avaliam sentimentos de exaustão emocional devido ao trabalho, enquanto os cinco itens da subescala da Despersonalização medem a resposta insensível e impessoal em relação aos destinatários dos serviços, cuidados, tratamento ou instrução. Para estas duas subescalas, pontuações elevadas correspondem a elevados níveis de *burnout* (Maslach et al, 1996).

Já os oito itens da subescala de Realização Pessoal avaliam sentimentos de competência e realização no trabalho com pessoas. Ao contrário das outras duas subescalas, pontuações baixas nesta subescala correspondem a elevados níveis de *burnout* (Maslach et al, 1996).

Recapitulando, elevados níveis de *burnout* refletem-se em pontuações elevadas nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e em pontuações baixas na subescala de realização pessoal; médios níveis de *burnout* refletem-se em pontuações médias nas três subescalas; baixos níveis de *burnout* refletem-se em baixas pontuações nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e em pontuações altas na subescala de realização pessoal; o que significa, de uma maneira geral, que pontuações elevadas nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e pontuações baixas na subescala de realização pessoal são indicadoras de *burnout* (Maslach et al, 1996).

Tabela 1: Padrão de pontuação das dimensões da síndrome de *burnout*, segundo o MBI

Dimensões	Itens	Pontuações Altas	Pontuações Médias	Pontuações Baixas
Exaustão Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	≥ 27	17 – 26	≤ 16
Despersonalização	5,10,11,15,22	≥ 13	7 – 12	≤ 6
Realização Pessoal	4,7,9,12,17,18,19,21	≤ 31	32 – 38	≥ 39

Fonte: Maslach et al (1996)

A Tabela 1 apresenta os detalhes da organização do MBI, ao explicar quais os itens correspondentes às diferentes subescalas, assim como os intervalos entre os quais as pontuações obtidas nessas subescalas são ou não indicadoras da prevalência de *burnout*.

Obtidas as respostas de cada cuidadora formal aos 22 itens do questionário (Anexo III), procedeu-se ao somatório dos pontos atribuídos às questões de cada subescala por cada cuidadora formal e foi, assim, possível averiguar de que modo as Cuidadoras Formais objeto de estudo são afetadas por este fenómeno.

Após a aplicação do Maslach Burnout Inventory, as Cuidadoras Formais do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, foram, numa segunda fase, alvo de entrevistas, no sentido de maior aprofundamento da temática em estudo.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), as entrevistas são um procedimento de recolha de informações que se distingue pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interação humana, sendo levadas a cabo por uma pessoa, que pode ou não ser o próprio investigador e tendo em conta que se processam normalmente face a face.

Com efeito, através das mesmas, o interlocutor exprime as suas percepções e interpretações acerca das suas experiências ou sobre uma determinada situação ou acontecimento, o que torna possível ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Como defende Coutinho (2013, p. 332), o objetivo das entrevistas “é sempre o de explicar o ponto de vista dos participantes, como pensam, interpretam ou explicam o seu comportamento no contexto natural em estudo”.

De um modo geral, as entrevistas são especialmente apropriadas quando a investigação tem como objetivos: “a análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências, etc; a análise de um problema específico: os dados do problema, os pontos de vista presentes, o que está em jogo, os sistemas de relações, o funcionamento de uma organização, etc; a reconstituição de um processo de ação, de experiências ou de acontecimentos do passado” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 193).

As suas principais vantagens prendem-se com o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, que permitem conhecer aspetos qualitativos que, por exemplo, o inquérito não fornece (apenas quantitativo). As entrevistas servem, logo, para obter informação que não foi possível obter por outra via. Para além disso, o contacto entre entrevistador e entrevistado admite que o primeiro adapte as questões e/ou peça informação adicional sempre que seja pertinente e é justamente essa característica, a sua flexibilidade, que particulariza as entrevistas relativamente a outras técnicas (Coutinho, 2013).

No que respeita às suas desvantagens, as entrevistas tornam-se mais dispendiosas a nível de tempo e dinheiro, sendo, por esta razão, muitas vezes preteridas em favor do questionário (Coutinho, 2013).

De acordo com Guerra (2008), aquando da realização de entrevistas, é imprescindível explicar com clareza o objetivo das mesmas. Estas devem ser realizadas, de preferência, num local neutro ou de fácil controlo pelo entrevistado, pois o controlo do território da entrevista deixa o entrevistado mais confortável. Aliado a isso, a mesma

autora menciona que “as entrevistas devem ser marcadas com antecedência e o entrevistado deve ser avisado da duração média esperada. Não se deve esquecer as questões prévias a colocar no início das entrevistas, tais como a explicitação do objeto de trabalho, a valorização do papel do entrevistado no fornecimento de informações considerando o seu estatuto de informador privilegiado, a duração e a licença para gravar, etc” (Guerra, 2008, p. 60).

Previamente à concretização propriamente dita das entrevistas, é importante proceder à construção do guião da entrevista. O guião de entrevista contém as questões e a sequência de as colocar ao inquirido (Coutinho, 2013), devendo ser construído em função dos objetivos que decorrem da problematização e devendo ser claro em relação às dimensões de análise que a entrevista comporta (Guerra, 2008).

Consequentemente, antes de mais, foi construído o guião de entrevista (Anexo IV), onde estão elencadas as questões colocadas às entrevistadas. Pretendeu-se com a construção do guião de entrevista que este servisse como fio condutor da mesma, deixando, no entanto, margem de manobra ao entrevistador e às Cuidadoras Formais para explorarem os vários tópicos da entrevista. As questões incluídas no guião de entrevista foram elaboradas tendo em vista os objetivos essenciais do trabalho.

As entrevistas podem assumir várias variantes, isto é, podem ser classificadas de acordo com o seu nível de estruturação e tipo de questões utilizadas, aparecendo na literatura classificadas comumente como: estruturada, semi-estruturada e livre, sendo que no presente estudo foi utilizada a entrevista semi-estruturada (ou semidiretiva ou semidirigida), a mais utilizada em investigação social.

Quivy e Campenhoudt (2003, p. 192), descrevem-na do seguinte modo: “Não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas pela ordem em que as anotou e sob a formulação prevista. Tanto quanto possível, deixará andar o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar e por colocar as

perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível”.

“A entrevista adquire bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134 citados por Coutinho, 2013, p. 341).

A aplicação das entrevistas decorreu no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, local de trabalho das Cuidadoras Formais entrevistadas, especificamente num gabinete em que entrevistador e entrevistada puderam estar a sós, sendo que cada entrevista foi feita individualmente a cada Cuidadora Formal, sem interferência de outrem.

Em contacto prévio com a Diretora Técnica da instituição, as entrevistas foram marcadas com antecedência, conforme o horário laboral das Cuidadoras Formais e mediante a sua disponibilidade. Deste modo, a data e hora das mesmas foram agendadas com a Diretora Técnica e como sugerido por esta, as entrevistas foram realizadas durante uma pausa no horário laboral das Cuidadoras Formais.

Salienta-se o facto de todas as entrevistas terem sido realizadas pelo investigador, tendo o mesmo informado, quer a Diretora Técnica quer as Cuidadoras Formais objeto de estudo, do âmbito do desenvolvimento do trabalho de investigação. Com efeito, foram explicitados os objetivos da investigação, foi esclarecida qual a importância do contributo das Cuidadoras Formais, através da sua participação na entrevista, para o estudo posto em prática e foi ainda garantido que os resultados obtidos seriam-lhes devolvidos.

No início das entrevistas, foi sempre pedida autorização para a gravação áudio das mesmas como meio de registo, assegurando às entrevistadas a sua confidencialidade. O término das entrevistas deu-se com o agradecimento pela disponibilidade e participação das Cuidadoras Formais.

Após a realização das entrevistas propriamente dita, procedeu-se à transcrição das mesmas (Anexo V). As transcrições das entrevistas foram feitas no próprio dia da sua realização e resultam da escuta exaustiva da gravação áudio feita no momento da entrevista.

“Em investigação social, o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p. 195), ou seja, a análise dos dados recolhidos através das entrevistas compreende sobretudo em proceder a uma análise de conteúdo (Fortin & Salgueiro, 1999).

A análise de conteúdo consiste numa técnica de tratamento de informação e constitui uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais, tendo sido a utilizada neste estudo (Vala, 1986).

Para Berelson (1952) citado por Vala (1986), a análise de conteúdo corresponde a uma técnica de investigação que permite descrever objetiva, sistemática e quantitativamente o conteúdo manifesto da comunicação.

Bardin (1977, p. 42) definiu a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Coutinho (2013, p. 217) reforça que a análise de conteúdo diz respeito a “um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados chave”, tendo em conta que “o investigador busca estruturas e regularidades nos dados e faz inferências com base nessas regularidades” (Krippendorff, 1980; Myers, 1997 citados por Coutinho, 2013, p. 217).

Deste modo, a análise de conteúdo de uma entrevista tem como finalidade a compreensão das percepções e representações manifestas ou subjacentes ao discurso dos sujeitos, pois através das mesmas pretende-se que apareça o máximo possível de elementos de informação e de reflexão, que servirão de materiais para uma análise sistemática de conteúdo (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Assim sendo, a análise de conteúdo ocupa-se da medição da frequência, ordem, intensidade de certas palavras, frases, expressões, factos e/ou acontecimentos. A partir dos dados recolhidos, são estabelecidas categorias de acontecimentos, ainda que as características do conteúdo a medir sejam usualmente definidas e determinadas previamente pelo investigador (Fortin & Salgueiro, 1999).

De uma maneira geral, os procedimentos da análise de conteúdo incluem a definição dos objetivos e do quadro de referência teórico, a constituição de um corpus, a definição de categorias, a definição de unidades de análise, a quantificação (não obrigatório) e a interpretação dos dados obtidos (Carmo & Ferreira, 1998, p. 254 citados por Carrera, 2011).

2. Resultados

2.1. Caracterização da População-alvo

Importa, primeiramente, caracterizar brevemente a população-alvo do estudo, pois, segundo Fortin e Salgueiro (1999, p. 133) “as características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção”.

A população-alvo do estudo foi constituída pela totalidade das Cuidadoras Formais, entenda-se, Ajudantes de Ação Direta, a trabalhar no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória. Assim, foram envolvidas no estudo dez Cuidadoras Formais, pertencentes a dois grupos distintos, dado que quatro fazem parte da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário e seis das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia.

Através da aplicação do Questionário Sociodemográfico (Anexo I) aplicado a ambos os grupos de Cuidadoras Formais, foi possível apurar os dados que se seguem, designadamente algumas características sociodemográficas como a sua idade, sexo, estado civil e habilitações literárias, assim como outros dados relevantes como o exercício ou não de funções noutras instituições, carga horária semanal de trabalho, tipo de horário, tempo de exercício na função e tempo de exercício na instituição.

Por um lado, no que diz respeito às quatro Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, as suas idades variam entre os 27 e os 53 anos, sendo a sua média de 38,25 anos. Relativamente ao sexo, as Cuidadoras Formais do Serviço de Apoio Domiciliário são todas elas do sexo feminino. Quanto ao estado civil, apenas metade das Cuidadoras Formais do Serviço de Apoio Domiciliário são casadas, sendo uma solteira e outra divorciada. No que concerne às habilitações literárias, somente metade das Cuidadoras Formais do Serviço de Apoio Domiciliário possuem o Ensino Secundário, ao passo que as restantes ficam-se pelo Ensino Básico.

Para além disso, nenhuma das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário desempenha funções noutras instituições. A sua carga horária semanal de trabalho varia entre as 7,5 horas e as 37,5 horas por semana, o que resulta

numa média de 29,25 horas semanais de trabalho, sendo que todas elas possuem um horário fixo. Em relação ao tempo de exercício na função, as Cuidadoras Formais do Serviço de Apoio Domiciliário são-no, em média, há 9,5 anos e desempenham esse papel na instituição, em média, há 7 anos.

Por outro lado, no que toca às seis Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia, as suas idades são compreendidas entre os 32 e os 55 anos, sendo a sua média de 44,33 anos. Quanto ao sexo, à semelhança das Cuidadoras Formais do Serviço de Apoio Domiciliário, também as Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia são todas do sexo feminino. No que respeita ao estado civil das Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia, quatro são casadas, uma é solteira e a outra é divorciada. Em relação às habilitações literárias, quatro Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia possuem o Ensino Secundário, ao contrário das restantes duas que apenas têm o Ensino Básico.

Aliado a isso, no que concerne ao exercício de funções noutras instituições, somente uma das Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia o faz. A carga horária semanal de trabalho das Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia varia entre as 37 horas e as 40 horas por semana, o que resulta numa média de 37,5 horas semanais de trabalho, sendo que só uma possui um horário fixo e as restantes desenvolvem o seu trabalho em horário rotativo. Relativamente ao tempo de exercício na função, as Cuidadoras Formais da Estrutura Residencial para Idosos e do Centro de Dia são-no, em média, há 8,5 anos e desempenham esse papel na instituição, em média, há 7,8 anos.

Uma vez que é necessário ter em conta considerações éticas relativas à proteção dos direitos das pessoas (Fortin & Salgueiro, 1999) e, no sentido de garantir o seu anonimato, a identidade das Cuidadoras Formais alvo deste estudo não é, em nenhuma parte do mesmo, revelada. Estas aparecem, assim, identificadas por um número, de 1 a 10 (as Cuidadoras Formais 1, 2, 3 e 4 pertencem à resposta social de SAD, enquanto as Cuidadoras Formais 5, 6, 7, 8, 9 e 10 pertencem às respostas sociais de ERPI e CD) no que diz respeito à análise dos resultados do questionário aplicado (MBI) e por uma letra, de A a J (as Cuidadoras Formais A, B, C e D pertencem à resposta social de SAD,

enquanto as Cuidadoras Formais E, F, G, H, I e J pertencem às respostas sociais de ERPI e CD) aquando da análise das entrevistas às quais as mesmas foram submetidas.

2.2. Análise do Maslach Burnout Inventory

De acordo com o padrão de pontuação das dimensões da síndrome de *burnout* segundo o Maslach Burnout Inventory, explicitado na Tabela 1 do ponto 3 do Capítulo I, a classificação das três subescalas define-se pelos intervalos entre os quais as pontuações obtidas em cada subescala são ou não indicadoras da prevalência de *burnout*.

Como referido anteriormente, conforme Maslach et al (1996) expõe no Manual do MBI, os profissionais com pontuações elevadas nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização apresentam graus elevados de experiência da síndrome de *burnout*. Ainda que existam pequenas correlações entre a exaustão emocional e a despersonalização, e sendo embora medidas separadas, estão relacionadas e apresentam-se como aspetos da síndrome. A realização pessoal contrasta com estas duas subescalas, já que pontuações baixas são indicativas de *burnout*. No entanto, a realização pessoal é independente da exaustão emocional e da despersonalização, isto é, observam-se baixas correlações com essas subescalas, o que faz de si uma dimensão autónoma.

Importa ressaltar que a leitura dos resultados do MBI é feita através da pontuação das três subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, não havendo uma escala global de *burnout*, devido à independência da subescala de realização pessoal face às subescalas de exaustão emocional e de despersonalização.

Tabela 2: Resultados do MBI das Cuidadoras Formais de SAD

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Cuidadora Formal 1	13 pontos	3 pontos	47 pontos
Cuidadora Formal 2	33 pontos	0 pontos	47 pontos
Cuidadora Formal 3	8 pontos	0 pontos	43 pontos
Cuidadora Formal 4	35 pontos	9 pontos	46 pontos

Assim sendo, a Tabela 2 mostra os resultados obtidos através da soma das pontuações atribuídas a cada item das três subescalas do Maslach Burnout Inventory, correspondentes às três componentes da síndrome de *burnout*, pelas Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário.

A Cuidadora Formal 1 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (13 pontos) e baixos níveis de despersonalização (3 pontos), bem como altos níveis de realização pessoal (47 pontos). Assim, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 1 apresenta resultados não indicativos de *burnout*.

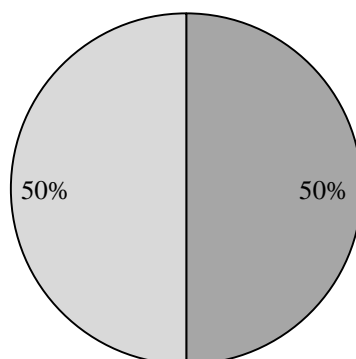
A Cuidadora Formal 2 apresenta altos níveis de exaustão emocional (33 pontos), baixos níveis de despersonalização (0 pontos) e altos níveis de realização pessoal (47 pontos). Por conseguinte, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 2, embora apresente uma baixa despersonalização e uma alta realização pessoal, a sua alta exaustão emocional aponta para a experiência de *burnout*.

A Cuidadora Formal 3 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (8 pontos), baixos níveis de despersonalização (0 pontos) e altos níveis de realização pessoal (43 pontos). Deste modo, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 3, graças à sua baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal, apresenta resultados não indicativos de *burnout*.

A Cuidadora Formal 4 apresenta altos níveis de exaustão emocional (35 pontos), médios níveis de despersonalização (9 pontos) e altos níveis de realização pessoal (46 pontos). Logo, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 4, apesar da sua alta realização pessoal, devido à sua alta exaustão emocional e média despersonalização evidencia a prevalência de *burnout*.

Gráfico 1: Prevalência de *burnout* nas Cuidadoras Formais de SAD, com base no MBI

■ Resultados indicativos de *burnout* □ Resultados não indicativos de *burnout*



Com base nos resultados obtidos das quatro Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, constata-se que, como elucida o Gráfico 1, duas delas, as Cuidadoras Formais 1 e 3, ou seja, 50% apresentam resultados não indicativos de *burnout*, ao passo que as outras duas, as Cuidadoras Formais 2 e 4, isto é, as restantes 50% apresentam resultados indicativos de *burnout*.

Para além disso, verifica-se que o grupo das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, apresenta, em média, médios níveis de exaustão emocional (22,25 pontos), baixos níveis de despersonalização (3 pontos) e altos níveis de realização pessoal (45,75 pontos).

Tabela 3: Resultados do MBI das Cuidadoras Formais de ERPI e CD

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Cuidadora Formal 5	41 pontos	11 pontos	36 pontos
Cuidadora Formal 6	2 pontos	12 pontos	48 pontos
Cuidadora Formal 7	13 pontos	6 pontos	28 pontos
Cuidadora Formal 8	9 pontos	6 pontos	45 pontos
Cuidadora Formal 9	18 pontos	18 pontos	47 pontos
Cuidadora Formal 10	11 pontos	16 pontos	48 pontos

A Tabela 3 evidencia, por sua vez, os resultados obtidos através da soma das pontuações atribuídas a cada item das três subescalas do Maslach Burnout Inventory, correspondentes às três componentes da síndrome de *burnout*, pelas Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia.

A Cuidadora Formal 5 apresenta altos níveis de exaustão emocional (41 pontos), médios níveis de despersonalização (11 pontos) e altos níveis de realização pessoal (36 pontos). Neste sentido, pode-se concluir que, a Cuidadora Formal 5, ainda que apresente uma alta realização pessoal, a sua também alta exaustão emocional e a sua média despersonalização aparentam a existência de *burnout*.

A Cuidadora Formal 6 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (2 pontos), médios níveis de despersonalização (12 pontos) e altos níveis de realização pessoal (48 pontos). Por consequência, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 6, com base na sua baixa exaustão emocional, média despersonalização e alta realização pessoal, parece indicar níveis médios de *burnout*.

A Cuidadora Formal 7 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (13 pontos), baixos níveis de despersonalização (6 pontos) e baixos níveis de realização pessoal (28 pontos). Nesta medida, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 7, embora apresente uma baixa exaustão emocional e uma baixa despersonalização, apresenta também uma baixa realização pessoal, o que, por si só, já é indicativo da vivência de *burnout*.

A Cuidadora Formal 8 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (9 pontos), baixos níveis de despersonalização (6 pontos) e altos níveis de realização pessoal (45 pontos). Portanto, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 8 exhibe resultados claramente não indicativos de *burnout*.

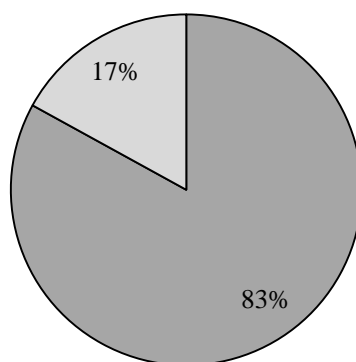
A Cuidadora Formal 9 apresenta médios níveis de exaustão emocional (18 pontos), altos níveis de despersonalização (18 pontos) e altos níveis de realização pessoal (47 pontos). Assim sendo, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 9, com base na sua média exaustão emocional e na sua alta despersonalização, apesar da sua também alta realização pessoal, evidencia a prevalência de *burnout*.

A Cuidadora Formal 10 apresenta baixos níveis de exaustão emocional (11 pontos), altos níveis de despersonalização (16 pontos) e altos níveis de realização

peçoal (48 pontos). Consequentemente, pode-se concluir que a Cuidadora Formal 10, ainda que apresente uma baixa exaustão emocional e uma alta realização pessoal, apresenta uma alta despersonalização, o que é indicativo da experiência de *burnout*.

Gráfico 2: Prevalência de *burnout* nas Cuidadoras Formais de ERPI e CD, com base no MBI

■ Resultados indicativos de *burnout* □ Resultados não indicativos de *burnout*



Com base nos resultados obtidos das seis Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, constata-se que, como ilustra o Gráfico 2, apenas uma delas, a Cuidadora Formal 8, ou seja, 17% apresenta resultados não indicativos de *burnout*, ao contrário das outras cinco, as Cuidadoras Formais 5, 6, 7, 9 e 10, isto é, 83% que apresentam resultados indicativos de *burnout*.

Para além disso, verifica-se que o grupo das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia apresenta, em média, baixos níveis de exaustão emocional (15,67 pontos), médios níveis de despersonalização (11,5) e altos níveis de realização pessoal (42 pontos).

Após a avaliação dos níveis de *burnout* dos dois grupos de Cuidadoras Formais do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, importa comparar os dados alcançados.

Desde logo, é patente a enorme diversidade de “perfis” de *burnout* entre o universo das dez Cuidadoras Formais objeto de estudo, uma vez que os resultados são muito distintos entre si no que toca às pontuações obtidas para cada subescala, não havendo dois “perfis” de *burnout* iguais.

Relativamente à comparação dos dados de um grupo de Cuidadoras Formais com o outro, a diferença entre ambos os grupos de Cuidadoras Formais do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória estudados é clara e evidente.

Numa primeira análise, conclui-se que as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia apresentam maiores níveis de *burnout* que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (83% contra 50%, respetivamente).

Numa segunda análise, são visíveis outros aspetos que distinguem um grupo de Cuidadoras Formais do outro, concretamente em relação às três subescalas do MBI, isto é, às três componentes do *burnout*.

Por um lado, o grupo de Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário é mais afetado pela componente da exaustão emocional, ao apresentar maiores níveis de exaustão emocional (22,25 pontos contra 15,67 pontos), o que manifesta a maior fadiga, desgaste e esgotamento emocional vividos por este grupo de Cuidadoras Formais face ao outro grupo.

Por outro lado, o grupo de Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia é mais afetado pela componente da despersonalização, ao apresentar maiores níveis de despersonalização (11,5 pontos contra 3 pontos), o que revela que este grupo de Cuidadoras Formais desenvolve um maior número de sentimentos e atitudes negativas, distanciadas e “desumanizadas” face aos utentes e conseqüentemente, trata-os de forma mais distante e impessoal que o outro grupo.

Todavia, ambos os grupos de Cuidadoras Formais apresentam uma alta realização pessoal, embora se denote uma ligeira superioridade do nível das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário face ao nível das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia (45,75 pontos contra 42 pontos), o que demonstra que avaliam positivamente o seu trabalho e estão satisfeitos com o seu desempenho profissional. No fundo, ao contrário do que acontece com os diferentes graus de exaustão emocional e despersonalização apresentados por ambos os grupos de Cuidadoras Formais, o seu grau

de realização pessoal é semelhante, o que significa que, tanto um grupo como o outro, se sente realizado pessoalmente no seu trabalho.

2.3. Análise das Entrevistas

Tal como referido anteriormente, a análise das entrevistas foi feita com recurso à técnica da análise de conteúdo. Depois da transcrição e leitura exaustiva das entrevistas, e de acordo com os objetivos da investigação, foram definidas as dimensões e as categorias de análise e procedeu-se à quantificação do número de casos, consoante a frequência das respostas das Cuidadoras Formais entrevistadas.

A dimensão de análise definida foi a “Perceção do trabalho” das Cuidadoras Formais, uma vez que o mundo do trabalho tem uma influência direta, ou melhor, é uma condição para a determinação da síndrome de *burnout*, sendo que, decorrente do discurso das Cuidadoras Formais, foi possível apurar qual a sua perceção acerca do seu trabalho e da sua profissão.

Tabela 4: Perceção do trabalho das Cuidadoras Formais de SAD

Cansativo e Gratificante	Gratificante
II	II
50%	50%

Nesta medida, a Tabela 4 reflete a perceção que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário têm sobre o seu trabalho, tendo sido definidas duas categorias de análise: “cansativo e gratificante” e “gratificante”.

Das quatro Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, duas delas (50%) percecionam o seu trabalho como simultaneamente “cansativo e gratificante”, ao passo que as outras duas (50%) o percecionam como apenas “gratificante”.

As Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário que caracterizam o seu trabalho como “cansativo e gratificante” são a Cuidadora Formal C e a Cuidadora Formal D, como comprovam os seus depoimentos.

Por um lado, consideram o seu trabalho cansativo: Cuidadora Formal C - “é desgastante, tanto psicologicamente como fisicamente”, “lidamos com realidades duras,

só quem trabalha fora é que sabe”, “às vezes chego ao final do dia supercansada”, “temos que ter muita paciência também e saber lidar com eles”, “tentar às vezes ultrapassar situações se calhar mais stressantes”; Cuidadora Formal D - “é cansativo, não vou dizer o contrário, tanto a nível físico como psicológico”, “nem sempre os dias são todos maravilhosos”, “às vezes temos situações muito críticas, não só a nível das casas dos idosos, das condições em que eles vivem”, “não vou dizer que é tudo fácil, não”, “nós vemos os idosos a morrer”, “por vezes sinto-me um pouco afetada porque apego-me demasiado”, “às vezes vou mais cansada a nível psicológico do que físico porque lidamos com pessoas com demência e temos que repetir várias vezes a mesma coisa durante o dia e claro que isso tudo desgasta”.

Por outro lado, consideram-no gratificante: Cuidadora Formal C – “é uma área que eu gosto”, “sempre trabalhei com idosos, portanto acho que não me vejo a fazer mais nada se não isto, portanto é uma profissão, para mim, gratificante”, “no final do dia é gratificante, é o que eu sinto”, “também lidamos com as famílias... temos que saber lidar... há casos que nos ajudam e nos facilitam, portanto... para já a relação é boa, não tenho nada que dizer”; Cuidadora Formal D - “para mim é ótimo”, “eu nem me imagino a fazer outra coisa”, “é compensador”, “é pacífico, muito tranquilo”, “sou muito feliz naquilo que faço”.

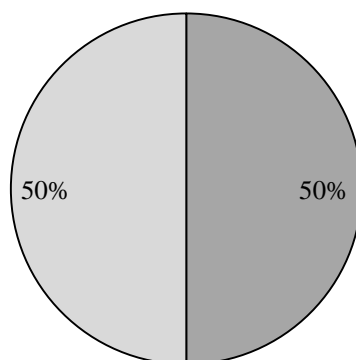
As Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário que qualificam o seu trabalho como “gratificante” são a Cuidadora Formal A e a Cuidadora Formal B, à luz dos seus testemunhos: Cuidadora Formal A - “é uma área que eu descobri que tenho vocação e que gosto imenso daquilo que faço”, “que me sinto realizada com aquilo que eu faço, como pessoa principalmente porque ajudar o próximo, para mim, é importante e portanto, de um modo geral, gosto daquilo que faço”, “é gratificante”, “a relação com eles (idosos) é muito positiva”, “eu gosto de trabalhar com os idosos porque os idosos para mim dão-nos lições de vida”, “apesar de eles estarem a desaprender ao contrário das crianças, já tiveram o seu tempo que, para mim, tem valor... para mim, valorizo muito isso”, “venho todos os dias trabalhar com boa-disposição”, “não me sinto saturada, de modo algum”, “não me sinto desgastada”, “não me sinto psicologicamente afetada com o meu trabalho, muito honestamente”; Cuidadora Formal B - “é muito gratificante”.

Com base nas perceções das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário acerca do seu trabalho, interpreta-se que quando o descrevem como cansativo aludem à componente da exaustão emocional do *burnout* e quando o definem como gratificante aludem à componente da realização pessoal do *burnout*, não havendo referência no seu discurso à componente da despersonalização do *burnout*.

Por conseguinte, pode-se concluir que as Cuidadoras Formais A e B, ao caracterizarem o seu trabalho como apenas gratificante, apresentam baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal, contrariamente às Cuidadoras Formais C e D que, ao considerarem o seu trabalho simultaneamente cansativo e gratificante, apresentam alta exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal.

Gráfico 3: Prevalência de *burnout* nas Cuidadoras Formais de SAD, com base nas entrevistas

■ Resultados indicativos de *burnout* □ Resultados não indicativos de *burnout*



Com base nos dados recolhidos através da aplicação das entrevistas, concluiu-se a prevalência ou não de *burnout* nas Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário.

À luz do Gráfico 3, das quatro Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, duas delas (50%) apresentam resultados indicativos de *burnout*, enquanto as outras duas (50%) apresentam resultados não indicativos de *burnout*.

As Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário que apresentam resultados indicativos de *burnout* são a Cuidadora Formal C e a Cuidadora

Formal D. Devido ao facto de classificarem o seu trabalho como cansativo (embora gratificante, ao mesmo tempo), as Cuidadoras Formais C e D apresentam altos níveis de exaustão emocional, o que aponta para a experiência de *burnout*, ainda que apresentem baixos níveis de despersonalização e altos níveis de realização pessoal.

A partir do seu discurso, decifram-se quais as razões que contribuem para o facto de as Cuidadoras Formais C e D da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário experienciarem *burnout*, sendo elas: a multidimensionalidade do seu trabalho, nomeadamente a diversidade e pluralidade de tarefas que têm a desempenhar, o contacto com realidades difíceis, seja as condições habitacionais muitas vezes limitadas e limitadoras dos idosos, seja com situações de isolamento em que alguns idosos se encontram; o contacto com as doenças dos idosos e, em certos casos, com a sua morte.

As Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário que apresentam resultados não indicativos de *burnout* são a Cuidadora Formal A e a Cuidadora Formal B. Tendo em conta que qualificam o seu trabalho como apenas gratificante (e não cansativo, ao contrário do outro grupo de Cuidadoras Formais), as Cuidadoras Formais A e B apresentam baixos níveis de exaustão emocional, baixos níveis de despersonalização e altos níveis de realização pessoal, o que é demonstrativo da inexistência de *burnout*.

Com base no seu discurso, as Cuidadoras Formais A e B da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário elencam algumas vantagens da valência em que desenvolvem o seu trabalho face à resposta social do outro grupo de Cuidadoras Formais estudado, a Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, sendo elas: o apoio da família dos idosos, que surge como elemento facilitador do seu trabalho; a maior liberdade que possuem, isto é, a quebra de rotina que o trabalho lhes proporciona, devido ao facto de não estar circunscrito a um espaço fechado; a colaboração entre colegas, já que, por trabalharem aos pares, existe uma maior entajuda e cooperação entre si. Os seus depoimentos são a prova disso mesmo: Cuidadora Formal A - “raramente tenho um dia em que diga assim «não me apetece ir trabalhar», muito raramente... talvez por ser também apoio domiciliário, não estou fechada num sítio”, “quebra a rotina”, “gosto dessa liberdade”, “não me sinto saturada nem cansada do meu trabalho porque também se calhar porque é lá fora”, “acho que concentrado aqui (no lar)

é mais penoso”; Cuidadora Formal B - “é um pouco diferente, uma coisa da outra”, “aqui, pronto, é mais fechado”, “a gente sente mais dificuldades”, “não temos tanta ajuda como lá fora”, “enquanto lá fora nós temos sempre uma colega a dar-nos apoio, aqui às vezes falta esse apoio”, “as próprias noites”, “os turnos”, “no SAD não é tanto porque andamos mais por fora”, “enquanto aqui vivemos aqui dentro, é mais sobrecarregado, mais fechado”, “enquanto lá fora, como a gente anda mais acompanhada, neste caso, se eu não puder fazer tudo, faz a outra colega”, “psicologicamente acho que não sobrecarrega tanto o psicológico da pessoa, enquanto aqui dentro acho que carrega mais um bocadinho”.

Tabela 5: Perceção do trabalho das Cuidadoras Formais de ERPI e CD

Cansativo e Gratificante
IIIIII
100%

A Tabela 5 ilustra a perceção que as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia têm sobre o seu trabalho, tendo sido definida uma categoria de análise: “cansativo e gratificante”.

Das seis Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, todas elas (100%) percecionam o seu trabalho como simultaneamente “cansativo e gratificante”, como confirmam os seus depoimentos.

Por um lado, descrevem o seu trabalho como cansativo: Cuidadora Formal E - “eu tento sempre lidar da melhor maneira, porque nós estamos aqui a lidar com pessoas”, “as senhoras às vezes são um bocadinho delicadas no seu feitio e temos que moldar o nosso feitio ao feitio delas”, “é um trabalho muito cansativo”, “causa desgaste porque se nós nos afeiçoarmos demais a eles”, “há um desgaste emocional que às vezes temos porque morrem senhoras que nós estamos habituadas a elas e que gostamos muito delas”, “eu levo mais os problemas daqui para casa do que de casa para aqui”, “quando vejo alguém doente, que está às portas da morte como se costuma dizer, levo isso para casa”, “não consigo gerir muito bem as minhas emoções quando saio daqui”; Cuidadora Formal F – “quando um dia mais tarde eles (idosos) partem, a gente sente muito”, “há senhoras mais complicadas, que exigem mais ou que querem mais atenção e demoramos

mais um pouco de tempo com elas”, “como temos sempre horas a cumprir, temos que andar um bocado mais a correr”, “às vezes sinto-me cansada de andar sempre de um lado para o outro”, “às vezes há alturas em que saio daqui a pensar se fiz bem o serviço, se me esqueci de alguma coisa, se ficou alguma coisa por dizer à colega, passar recados”, “a gente sai daqui às vezes cansada e stressada por causa do trabalho”, “às vezes devia ter mais pessoal a ajudar”, “há falta de pessoal”, “sendo muitos utentes (...) há sempre problemas e eles põem-nos os problemas e claro que a gente às vezes entra um bocadinho em *stress*”; Cuidadora Formal G - “às vezes é um bocado complicado lidar com algumas idosas”, “às vezes é um bocado cansativo”, “só para uma pessoa é cansativo, é cansativo para uma pessoa”, “as idosas querem sempre tomar o pequeno-almoço cedo (...) são coisas que demoram o seu tempo”, “temos que nos despachar, mas também temos de ter um bocado de calma porque eles não são bonecos, são seres humanos”, “aqui as colegas podiam colaborar mais umas com as outras e não colaboram”, “fico muito triste com as colegas”, “a colega da noite tem um certo serviço para fazer e não faz, algumas não fazem e depois sobra para a da manhã”, “fico esgotada da cabeça mas como disse é com as colegas”, “é preciso ter paciência”, “às vezes parece que estamos a lidar com crianças ou pior”; Cuidadora Formal H - “uma coisa é uma pessoa tirar o teórico, outra coisa é a prática (...) aí é que se vê as dificuldades que temos (...) os banhos das senhoras, as doenças das senhoras”, “no fim do dia já se sabe que uma pessoa fica um bocadinho cansada”, “às vezes as senhoras estão mais debilitadas”, “já se sabe que há dias que os idosos (...) a doença deles não é para melhorar, é para piorar”, “para nós é um bocadinho desgastante”; Cuidadora Formal I - “é cansativo, é psicológico, é físico”, “torna-se um bocado cansativo porque por exemplo a população vai ficando mais velha (...) quanto mais velhos, mais necessidades precisam”, “é um bocado difícil porque (...) há sempre coisas para fazer, totalmente diferentes umas das outras”, “a gente quando trabalha com idosos assim como com crianças, a responsabilidade é maior (...) são seres humanos”, “é óbvio que cansa porque depois há alturas em que vem um e pede uma coisa e vem logo outro a seguir e nos pede outra”, “são pessoas que precisam de alguém para”; Cuidadora Formal J - “é muito cansativo”, “temos que pegar nas senhoras, temos poucas empregadas”, “precisamos de mais empregadas porque ficamos cansadas”, “no fim do dia é muito complicado mesmo e quando ficamos uma só é muito difícil”, “quando fico sem ajudante, uma só é muito complicado”, “fico muito cansada e aqui no nosso trabalho é mais psicologicamente do que fisicamente”, “lidar com senhoras com Alzheimer, com

demência, não é fácil”, “muitas vezes nós ficamos aqui sozinhas sem ajuda e é muito difícil”, “temos muito trabalho mesmo”, “chego a casa e a minha cabeça está a explodir”, “tem que ser duas a trabalhar, uma só é complicado”.

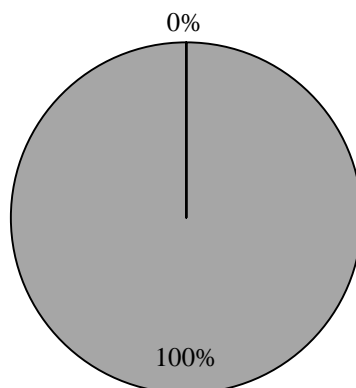
Por outro lado, avaliam-no como gratificante: Cuidadora Formal E - “é gratificante quando gostamos das pessoas”, “dou-me bem com toda a gente”, “tenho uma boa relação com as senhoras, tenho uma boa relação com as doutoras, tenho uma boa relação com as colegas”; Cuidadora Formal F- “é uma coisa gratificante porque as senhoras dão-nos muito, ensinam-nos coisas da vida delas”, “é gratificante, gosto deste trabalho”, “a gente arranja amizades, eles são como família para nós”, “sinto-me satisfeita e realizada”; Cuidadora Formal G - “é gratificante (...) ajudar as pessoas que não podem”, “eu gosto do que faço”; Cuidadora Formal H - “eu gosto do trabalho que faço”, “gosto do que estou a fazer, gosto de lidar com os idosos”; Cuidadora Formal I - “gosto muito daquilo que faço”, “é gratificante pelos idosos”, “é uma área muito interessante mesmo”; Cuidadora Formal J - “gosto muito do meu trabalho”, “prefiro trabalhar com senhoras idosas do que com crianças (...) para mim é mais fácil”, “gosto de trabalhar com pessoas”.

Com base nas perceções das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia acerca do seu trabalho, interpreta-se que, à semelhança das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, quando o descrevem como cansativo aludem à componente da exaustão emocional do *burnout* e quando o definem como gratificante aludem à componente da realização pessoal do *burnout*, não havendo também referência no discurso deste grupo à componente da despersonalização do *burnout*.

Logo, pode-se concluir que, as Cuidadoras Formais E, F, G, H, I e J, ao avaliarem o seu trabalho como simultaneamente cansativo e gratificante, apresentam alta exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal.

Gráfico 4: Prevalência de *burnout* nas Cuidadoras Formais de ERPI e CD, com base nas entrevistas

■ Resultados indicativos de burnout □ Resultados não indicativos de burnout



Com base nos dados recolhidos através da aplicação das entrevistas, conclui-se a prevalência ou não de *burnout* nas Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia.

À luz do Gráfico 4, das seis Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, todas delas (100%) apresentam resultados indicativos de *burnout*.

As Cuidadoras Formais E, F, G, H, I e J, ao adjetivarem o seu trabalho como cansativo (ainda que gratificante, ao mesmo tempo), apresentam altos níveis de exaustão emocional, o que indica experiência de *burnout*, apesar de apresentarem baixos níveis de despersonalização e altos níveis de realização pessoal.

Assente no seu discurso, compreende-se quais as razões que colaboram para o facto de a totalidade de as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia experienciarem *burnout*, sendo elas: à semelhança dos motivos referidos pelas Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, a multidimensionalidade do seu trabalho, nomeadamente a diversidade e pluralidade de tarefas que têm a desempenhar, o contacto com as doenças dos idosos e, em certos casos, com a sua morte; para além disso, a pouca colaboração e entreajuda entre colegas; a falta de recursos humanos para dar resposta às necessidades dos idosos; o trabalho por turnos e noturno, o próprio contexto institucional que é mais fechado em si mesmo e ainda o maior envolvimento e exigência emocional, já que pelo facto de os idosos se encontrarem institucionalizados e

longe dos seus familiares, estas sentem-se “mais família” dos mesmos, pois estes têm, muitas vezes em si os únicos elos emocionais.

Deste modo, à semelhança do que foi possível concluir através da aplicação do Maslach Burnout Inventory, também os resultados obtidos com base nas entrevistas, apontam para a o facto de as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia apresentarem maiores níveis de *burnout* que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (100% contra 50%, respetivamente).

2.4. Síntese dos Resultados

Esta investigação sobre o *burnout* em Cuidadores Formais de idosos, muito embora se baseie em apenas dez profissionais, permitiu tirar algumas ilações relevantes sobre o tema em análise.

Com base nos dados recolhidos através da aplicação do Maslach Burnout Inventory e das entrevistas, é possível afirmar que os mesmos se complementam e apontam no mesmo sentido.

Tendo em conta o objetivo de avaliar, numa primeira fase, os níveis de *burnout* das Cuidadoras Formais alvo do estudo, apurou-se que ambos os grupos de Cuidadoras Formais apresentam resultados indicativos de *burnout*, o que já seria de esperar, uma vez que constituem profissionais de ajuda, com empregos com elevados níveis de contacto interpessoal e, segundo Maslach (2003) citada por Almeida (2013, p. 36), as profissões de assistência são as que mais sofrem da síndrome de *burnout*, pois é a estas que se solicita “um tempo considerável de relação intensa, com pessoas, que não poucas vezes se encontram em situações problemáticas, com as quais as relações são carregadas de sentimentos de frustração, medo ou desespero. Relações nas quais, a tensão ou o *stress* resultante podem ter um efeito de “dessecação emocional”, deixando os profissionais vazios e emocionalmente predispostos à síndrome de *burnout*.”

Deste modo, o trabalho com idosos, por se desenvolver com uma faixa etária muito vulnerável a doenças e incapacidades características do próprio processo de envelhecimento, potencia a prevalência de *burnout* nos profissionais que exercem a sua atividade profissional junto de população idosa, sendo que a responsabilidade dos profissionais é maior quando se responsabilizam por pessoas e não por coisas (Carrera, 2011).

Em suma, o ato de cuidar de idosos, ao exigir atenção permanente e tensão emocional constante, torna os Cuidadores Formais de idosos um grupo de risco no que diz respeito ao *burnout* (Almeida, 2013).

Tendo em conta o objetivo de comparar, numa segunda fase, os níveis de *burnout* dos dois grupos de Cuidadoras Formais alvo do estudo, averiguou-se a existência de diferenças entre ambos os grupos, o que encontra fundamento nas palavras

de Maslach e Leiter (1997) quando referem que respostas sociais diferentes implicam igualmente diferente estrutura e funcionamento do local de trabalho, que definem como as pessoas interagem umas com as outras e como desempenham a sua profissão, tornando-as mais ou menos predispostas a sofrer de *burnout*.

Concluiu-se, assim, que as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia alvos do estudo apresentam maiores níveis de *burnout* que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário envolvidas no mesmo estudo.

Por um lado, os resultados obtidos através da aplicação do Maslach Burnout Inventory evidenciam que 83% das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia apresentam resultados indicativos de *burnout*, enquanto apenas 50% das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário apresentam resultados indicativos de *burnout*.

Por outro lado, os resultados obtidos através da aplicação das entrevistas demonstram que 100% das Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia apresentam resultados indicativos de *burnout*, ao passo que somente 50% das Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário apresentam resultados indicativos de *burnout*.

Para além disso, a partir da informação recolhida através dos dois instrumentos de recolha de dados utilizados, verificou-se, no que toca às três dimensões do *burnout*, de um modo geral, a maior incidência de *burnout* na dimensão da exaustão emocional, o que revela o cansaço, desgaste e sobrecarga sentidos por ambos os grupos de Cuidadoras Formais objeto de estudo.

Relativamente à dimensão da despersonalização, constatou-se que foi a dimensão do *burnout* que ficou mais sub-representada neste estudo, uma vez que as Cuidadoras Formais envolvidas no mesmo apresentam, em média, valores baixos de despersonalização, o que leva a crer que não desenvolvem sentimentos e atitudes negativas, distanciadas e desumanizadas face aos idosos.

Quanto à dimensão da realização pessoal, concluiu-se que, em média, as Cuidadoras Formais dos dois grupos estudados manifestam níveis altos de realização

peçoal, o que manifesta que avaliam positivamente o seu trabalho e estão satisfeitas com o seu desempenho profissional.

Com efeito, embora a notória gratificação e realização pessoal sentidas pelas Cuidadoras Formais estudadas no seu trabalho, a exaustão emocional provocada pela sua prática profissional, torna o *burnout* numa realidade cada vez mais presente no seio da atividade profissional dos Cuidadores Formais de idosos.

De acordo com o que esta investigação permitiu conhecer, as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória evidenciam maior prevalência de *burnout* que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, sendo que esta diferença parece residir numa série de razões também elas distintas. Através dos depoimentos conseguidos por meio das entrevistas realizadas às Cuidadoras Formais envolvidas no estudo, foi possível depreender um conjunto de fatores que parecem potenciar a maior prevalência de *burnout* nas Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia que nas Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário.

Em primeiro lugar, é unânime entre todas as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia a falta de recursos humanos do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória para dar resposta às necessidades dos idosos, sendo que estas, ao trabalharem muitas vezes sozinhas, sem a ajuda de uma colega, têm o dobro do trabalho e não conseguem atender às exigências do seu quotidiano profissional, o que as torna mais propensas ao desgaste e, conseqüentemente, ao *burnout*. O mesmo já não acontece com as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, uma vez que, por trabalharem sempre aos pares, têm a sua tarefa mais facilitada, estando mais protegidas da sobrecarga sentida pelas Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e conseqüentemente, inibindo a hipótese de experienciarem *burnout*.

Em segundo lugar, aliada à insuficiência de recursos humanos da instituição, também a pouca colaboração e entreaajuda existente entre as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia colabora para que

estas sejam mais suscetíveis a sofrer de *burnout* que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário.

Em terceiro lugar, o próprio contexto institucional em que as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia desenvolvem o seu trabalho, ao ser dentro de quatro paredes, ou seja, mais fechado em si mesmo, parece torná-las mais predispostas ao *burnout* do que as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, que gozam de uma maior liberdade por executarem o seu trabalho no exterior da instituição, mais concretamente no domicílio dos idosos, o que quebra um pouco a rotina do ambiente institucional.

Em quarto lugar, o tipo de horário desempenhado pelas Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, ao ser rotativo, isto é, por turnos e, por vezes, noturno, contrariamente ao tipo de horário cumprido pelas Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, fixo e apenas de dia, afigura-se como outro fator potenciador de desgaste, convertendo este grupo de Cuidadoras Formais a uma maior probabilidade de experienciarem *burnout*.

Em quinto lugar, as Cuidadoras Formais da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, caso os idosos não se encontrem isolados no seu domicílio, têm nas suas famílias um elemento facilitador do seu trabalho, o que já não se verifica com as Cuidadoras Formais das respostas sociais de Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia, pois a institucionalização dos idosos mantém-nos longe dos seus familiares, exigindo um maior envolvimento emocional por parte deste grupo de Cuidadoras Formais, já que, por serem, muitas vezes, as únicas a contactar dia-a-dia com os mesmos, sentem-se a sua família e tendem a agir como tal, sobrecarregando-as emocionalmente e por consequência, tornando-as mais propensas a sofrer de *burnout*.

Importa, por último, destacar que, embora esta investigação tenha permitido alcançar novos contributos na temática do *burnout* no âmbito dos Cuidadores Formais de idosos, visto que se trata de um estudo de caso, desenvolvido num contexto específico e com um público-alvo também ele específico, os resultados obtidos têm de ser entendidos num sentido institucional, pois espelham a realidade única e irrepetível do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória. Devido ao facto de este estudo ter sido realizado a um nível micro, os seus resultados não são representativos e não podem ser generalizáveis, dado que as características próprias do contexto

influenciam e determinam a incidência do *burnout* na profissão de Cuidador Formal, ainda que possa constituir um importante ponto de partida para investigações futuras a nível mais macro, no ramo do *burnout* dos Cuidadores Formais de idosos das diferentes respostas sociais a si dirigidas.

Conclusão

A emergência do *burnout* como problema social de primeira ordem resulta do facto de este, ao prejudicar a qualidade de vida laboral do profissional, repercutir-se na sociedade em geral, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida da população. Por outras palavras, o *burnout*, embora se manifeste individualmente em cada um dos sujeitos que o sofrem, afeta a sociedade no seu conjunto, correspondendo, assim a um fenómeno coletivo, porque as suas implicações não são só individuais, mas também institucionais e socioculturais (Tonon, 2003).

Como síndrome característica das profissões de ajuda, o *burnout*, especificamente na categoria profissional dos Cuidadores Formais de idosos, surge, entre outros fatores, associado aos fenómenos do envelhecimento demográfico da população, assim como à exigência crescente da qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

Com efeito, é indispensável conhecer cada vez melhor não só a sua prevalência e efeitos, mas também a forma como se pode intervir, com vista à resolução e, se possível, prevenção destes problemas (Carrera, 2011), pois uma melhor prevenção leva a um diagnóstico mais precoce e a um conseqüente acompanhamento mais eficaz (Delbrouck, 2006).

Nos últimos anos, a literatura tem evidenciado o desenvolvimento de alguns programas de formação para Cuidadores Formais de idosos, focados principalmente na informação e na aquisição de conhecimentos e competências, sendo que alguns autores destacam que aqueles que complementam a informação com o suporte emocional são os mais eficazes no que respeita à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos Cuidadores Formais, porém não é dada importância à sobrecarga emocional sentida por estes profissionais (Barbosa et al, 2011).

Logo, tendo em conta que o *burnout* é característico do meio laboral, importa focar a prevenção e a intervenção no contexto em que este se verifica e sobretudo apostar em programas centrados na interação do indivíduo com o seu contexto profissional, visto que o *burnout*, desde uma perspetiva psicossocial, é entendido como fruto da relação do sujeito com o seu meio laboral. Na prática, trata-se de procurar modificar a perceção do trabalhador acerca do seu trabalho, as suas condições

profissionais e a forma de lidar com as situações de *stress* no trabalho, de modo integrado (Benevides-Pereira, 2002).

Aliás, é necessário investir em projetos capazes de responder às necessidades dos cuidadores e, simultaneamente, dos idosos, contribuindo para a melhoria do bem-estar de ambos e para a prestação de cuidados de qualidade, tornando-os mais individualizados, personalizados e humanizados, dado que o ser humano, ao envelhecer de forma autónoma, apresenta não só um bom estado de saúde física e mental, mas também bem-estar social (Azeredo, 2011).

Um bom exemplo é o projeto “cuidar de quem cuida” que, embora seja dirigido a Cuidadores Informais de idosos, pode ser adaptado e servir de inspiração para um projeto no âmbito dos Cuidadores Formais.

O “cuidar de quem cuida” orientou-se especificamente para os Cuidadores Informais de pessoas com demência, mais especificamente doença de Alzheimer, cujo objetivo consistiu em ajudar os Cuidadores Informais a cuidar da pessoa com demência, promovendo a saúde e bem-estar de ambos, com base na criação de respostas específicas ao Cuidador Informal de pessoas com doença de Alzheimer, através de um programa psicoeducativo, da formação e criação de bolsas de Cuidadores Formais e voluntários de apoio a este público.

O projeto “cuidar de quem cuida” foi reconhecido por todos como um projeto inovador e bem-sucedido no que toca à intervenção junto de Cuidadores Informais de pessoas com demência, dado que se verificaram resultados positivos na saúde e qualidade de vida dos Cuidadores Informais de pessoas com doença de Alzheimer, assim como dos próprios doentes.

Importa salientar que, apesar dos contributos que este estudo pode trazer no campo do *burnout*, como qualquer trabalho de investigação, também este estudo apresenta algumas limitações.

Em primeiro lugar, importa destacar o facto de o número reduzido de sujeitos envolvidos no estudo impedir a generalização dos resultados e a representatividade da população analisada para a população em geral, ainda que, segundo Fortin e Salgueiro (1999), se o objetivo do estudo é descrever e explorar fenómenos, o tamanho da amostra pode ser reduzido, pois, em estudos exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa

que busquem novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado. No entanto, a investigação em causa delimitou-se a um contexto específico: o trabalho com idosos numa Instituição Particular de Solidariedade Social e, nesse sentido, os resultados obtidos têm de ser lidos dentro duma lógica organizacional, uma vez que o contexto da intervenção profissional poderá influenciar e determinar a perceção e dimensão da experiência do *burnout* na profissão.

Em segundo lugar, um dos instrumentos de recolha de dados utilizados, o Maslach Burnout Inventory, por ser autoadministrado, pode provocar erros, sendo que a escala de *Likert* aplicada no questionário, ao apresentar opções algo vagas, permite diferentes interpretações por parte dos sujeitos.

Em terceiro lugar, a escassa literatura e particularmente os escassos estudos existentes no campo do *burnout* nos Cuidadores Formais de idosos, não possibilitaram uma base de comparação, já que os estudos desenvolvidos centram-se maioritariamente em profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros.

Em quarto lugar, importa ressaltar que variáveis não incluídas no estudo podem exercer influência sobre a variação da medida das variáveis estudadas (Fortin & Salgueiro, 1999).

Não obstante, apesar das limitações enumeradas acima, pode-se afirmar que a investigação levada a cabo permitiu uma maior compreensão do fenómeno do *burnout* no âmbito da atividade profissional dos Cuidadores Formais, sendo que, em trabalhos futuros poderá ser enriquecedor realizar estudos alargados a um maior número de sujeitos e em diferentes contextos de intervenção.

Por fim, importa refletir sobre o percurso por mim percorrido durante a realização desta tese.

Fazendo uma retrospectiva, posso afirmar que o caminho foi longo e difícil, já que exigiu inúmeras horas de trabalho autónomo e se tratou de um processo trabalhoso e desafiante, que requereu muita dedicação, empenho e rigor. Dado que tinha pouco conhecimento acerca do tema do *burnout* e nunca antes tinha conduzido uma investigação, parti quase do zero e necessitei de fazer uma pesquisa exaustiva da literatura existente nesta área. Quando me deparei com a escassez de estudos realizados

com Cuidadores Formais de idosos, decidi investigar sobre o modo como o *burnout* afeta estes profissionais de ajuda nas diferentes respostas sociais dirigidas à população idosa, designadamente Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, pois, que seja do meu conhecimento, não existe nenhum estudo neste âmbito e nesse sentido, procurei colmatar essa lacuna na bibliografia existente no campo do *burnout*, o que me obrigou a um esforço acrescido.

Em contrapartida, a concretização desta tese foi um momento de grande aprendizagem, tanto a nível teórico como a nível prático e constituiu uma experiência muito enriquecedora, visto que possuo agora uma bagagem maior e sinto-me melhor preparada para desempenhar a minha profissão enquanto Educadora Social e futura Gerontóloga Social.

Desta forma, apesar dos avanços e recuos próprios de um processo como este, faço um balanço extremamente positivo de todo o meu trajeto, sendo que todas as pequenas vitórias conquistadas ao longo do mesmo deram sentido ao trabalho por mim desenvolvido. Atentando no resultado final, é sobremaneira gratificante dar conta da imensidão de conhecimentos que adquiri, que me permitiram alcançar os objetivos a que me propus com a investigação que levei a cabo.

A realização deste trabalho possibilitou compreender a realidade de uma instituição, particularmente a prevalência, as causas e os efeitos do *burnout* nos seus cuidadores, ficando claro que a tarefa de cuidar de idosos é difícil mas compensadora, o que me deu um maior *know-how* sobre como eu própria, na minha presente atividade profissional de Cuidadora Formal (também designada Auxiliar de Geriatria ou Assistente Familiar) de uma idosa dependente em Serviço de Apoio Domiciliário, devo lidar com o meu quotidiano profissional.

Sabendo antemão que, por estar a desempenhar uma profissão de ajuda, estou incluída num grupo de risco no que toca ao *burnout* e por isso, mais propensa a sofrer desta síndrome, estou mais alerta para essa possibilidade e adoto um conjunto de estratégias para superar as situações de *stress* que surgem no meu meio laboral, com vista a evitar o *burnout*.

Assim sendo, estou segura de que esta etapa por mim ultrapassada consistiu numa grande mais-valia quer a nível pessoal como profissional, na medida em que

evolui em diversos aspetos. Considero, aliás, que foi, sem sombra de dúvidas, o expoente máximo da minha formação académica.

Bibliografia e Webgrafia

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

André, M., & Lüdke, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU. (consultado em <http://www.lite.fe.unicamp.br/papet/2003/ep145/pesq.htm>).

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). *Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

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

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Brito, M. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Coimbra, Portugal.

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

Carrera, J. (2011). *Stress e Burnout: Um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS's*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Carlotto, M. (2010). *Síndrome de Burnout em professores: o estresse ocupacional do professor*. Canoas: Editora da ULBRA.

Carta Social (2015). *Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório*. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2015.pdf>

Chambel, D. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados - Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Costa, S. (2017). *Um serviço de apoio domiciliário: a complementaridade entre cuidadores formais e cuidadores informais de idosos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.

- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. (2^a ed.) Coimbra: Edições Almedina.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.
- Fidel, R. (1984). *The case study method: a case study*. *Library and Information Science Research*, 6(3), 273-288.
- Floriani, C. (2004). *Cuidador familiar: sobrecarga e proteção*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (4), 341-345.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R., & Almeida, J. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Fortin, M. & Salgueiro, N (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gomes, E. (2017). *Cuidadores formais em serviço de apoio domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Greenwood, E., & Nunes, M. (1965). *Métodos de investigação empírica em Sociologia*. *Análise social*, 313-345.
- Guerra, I. (2008). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípia.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2013). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira. *Teoria e prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (129-141). Viseu: Psicosoma.
- José, J. (2012). *Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso*. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 123-150.
- Lenoir, R. *Objet sociologique et problème social*. In Champagne, P. et al. (1990). *Initiation à la Pratique Sociologique*. Paris: Dunod.

Manual de Acolhimento da Instituição (s/d).

Marques, C. (2013). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portugal, Viseu, Portugal.

Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3^a ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

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

Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). *Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos*. Psicologia, Saúde & Doenças, 15 (1), 2 – 11.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.

Osório, A., & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Pereira, F. & Pimentel, H. (2012). Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo. In Pereira, F. *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.

Pinto, A., & Chambel, M. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.

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

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Rodrigues, R., & Diogo, M. (2000). *Como cuidar dos idosos*. Campinas: Papyrus Editora.

Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Saldanha, A., & Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2^a ed). Rio de Janeiro: Editora Interciência.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de projetos sociais - casos práticos*. Porto: Porto Editora.

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In Silva, A. & Pinto, J. *Metodologia das ciências sociais* (101-115). Porto: Edições Afrontamento

Veras, R. (2004). A Era dos Idosos: Desafios Contemporâneos. In Saldanha, A., & Caldas, C. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Interciência.

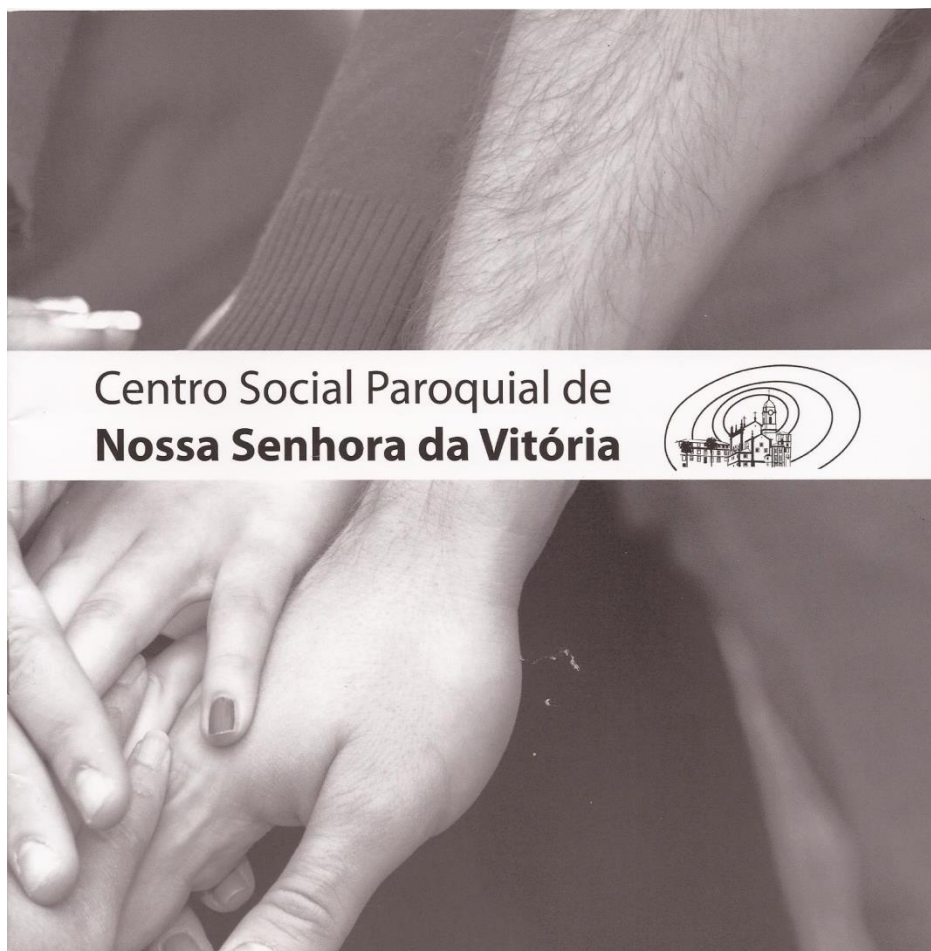
Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

<https://dre.tretas.org/dre/106715/decreto-lei-414-99-de-15-de-outubro>

<http://www.cuidardequemcuida.com/>

Anexos

Anexo I – Manual de Acolhimento da Instituição (CSPNSV)



A nossa Missão

↓
Activar e mobilizar a participação de todos os actores tendo em vista reforçar uma identidade local capaz de, colectivamente, quebrar o ciclo de pobreza e exclusão social da população, promovendo o desenvolvimento sócio-económico da comunidade da freguesia da Vitória, em todas as dimensões e áreas de actividade

Pautada pelos valores da: **IDENTIDADE**, **PARTICIPAÇÃO** e **AUTONOMIA**

Em suma, a origem e desenvolvimento da Organização foi sempre pautada pela criação de respostas que visem melhorar as condições de vida da população local, numa perspectiva de desenvolvimento integral da mesma, surgindo, assim, novas formas, práticas e dimensões de actuação em função de "novas" necessidades manifestadas.



Lar

Esta resposta social, em funcionamento desde 2008, veio colmatar uma lacuna que há muito se exigia na freguesia da Vitória. Com elevada qualidade de equipamento e com um atendimento personalizado, no auge das suas vidas valorizamos e homenageamos cada cliente com o nosso cuidado, hospitalidade, acolhimento e afecto.

Com capacidade para apenas 10 idosos, embora integrando a resposta social de Centro de Dia, o Lar do CSPNSV, é um espaço muito familiar e acolhedor, onde se geram dinâmicas ocupacionais ao longo da semana que se dividem em várias áreas: **Espaço Memória**; **Espaço Movimento**; **Espaço Artes**; **Espaço Cultural**, etc.

Serviços Prestados:

- Serviço de refeições;
- Cuidados de saúde, higiene e conforto;
- Tratamento de roupas
- Apoio psicossocial
- Actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional

Local: Rua de S. Miguel nº9 / 11



Centro de Dia

Com esta resposta social, queremos contribuir para que as pessoas encontrem, uma alternativa à solidão e isolamento, sendo um espaço de acolhimento e de participação. Tem como preocupação prestar serviços adaptados às necessidades básicas pessoais, como a alimentação, a higiene, e actividades sócio-culturais, num ambiente de conforto e verdadeiro calor humano.

Esta estrutura tem capacidade para 25 pessoas, com as quais, de forma dedicada e trabalhando no sentido de se garantir a máxima qualidade, temos uma perspectiva pró-activa, dinâmica e contínua, encarando o sénior como igual, como alguém que tem todo um conjunto de somatérios importantes, com respeito e apostando na possibilidade de construção de novos projectos de vida. Desta forma valorizamos o reforço da cidadania das pessoas idosas envolvendo-as num leque variado de actividades ocupacionais, recreativas e culturais, às quais têm acesso ao integram esta estrutura.

Serviços prestados:

- Fornecimento e apoio na alimentação
- Assistência medicamentosa;
- Apoio psicossocial;
- Tratamento de Roupas
- Higiene pessoal
- Actividades sócio-culturais

Local: Rua de S. Miguel nº9 /11



Serviço de Apoio Domiciliário

Com uma equipa dedicada e empenhada que deixa em cada lar, diariamente, um sorriso e boa disposição, o Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.) é uma resposta social que presta cuidados personalizados no domicílio, a peçoas e famílias que se encontram em situação de especial vulnerabilidade ou com autonomia limitada.

Funcionando todos os dias do ano, sem interrupção, esta resposta é considerada por muitas peçoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afectos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelas nossas colaboradoras, podendo constituir para muitas dessas peçoas o único elo de ligação com o exterior, onde a qualidade da intervenção é uma exigência tida em conta permanentemente.

Serviços Prestados:

- Cuidados de imagem e higiene pessoal;
- Fornecimento e apoio na alimentação;
- Higiene habitacional;
- Tratamento de roupas;
- Apoio psicossocial



Dados Gerais

Nome da Organização: **Centro Social Paroquial de Nossa Senhora da Vitória**

Representante legal: **Pe. Agostinho Cesário Jardim Moreira (Presidente da Direção)**

Fundação: **28 de Maio de 1987**

Natureza jurídica: **Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)**

Caracterização Jurídica: **Pessoa Colectiva Religiosa.**

Morada da Sede: **Rua de S. Bento da Vitória, n.º 2 - 4050-542 Porto**

Telefone: **22 332 30 29**

Telemóvel: **96 792 7843** (Serviços Administrativos) / **96 792 74 16** (Casa Jovem)

Fax: **22 203 07 69**

E-mail: **cspnsv@cspnsv.org** - Web page: **www.cspnsv.org**

Código de Actividade Económica (CAE) Principal: **88990: Infante Juvenil s/ Alojamento**

Secundário: **88101: Apoio Social p/ Pessoas Idosas**

NISS: **200 089 412 59**

NIF: **502 050 888**

NIB: **0036 0260 99100014943-91 (MG) / 0033 0000 00046965914-04 (Millenium)**

Anexo II – Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ anos

Sexo:

- Feminino Masculino

Estado Civil:

- Solteiro Casado Divorciado

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico Ensino Secundário Bacharelato Licenciatura

Valência onde exerce funções:

- Lar e Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário

Exercício de funções noutras instituições:

- Sim Não

Carga horária semanal de trabalho: _____ horas

Tipo de Horário:

- Fixo Rotativo

Tempo de exercício na função: _____ meses/anos

Tempo de exercício na instituição: _____ meses/anos

Anexo III – Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas

- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana

Todos os dias

9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.

Nunca

Algumas vezes por ano

Todos os meses

Algumas vezes por mês

Todas as semanas

Algumas vezes por semana

Todos os dias

10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.

Nunca

Algumas vezes por ano

Todos os meses

Algumas vezes por mês

Todas as semanas

Algumas vezes por semana

Todos os dias

11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.

Nunca

Algumas vezes por ano

Todos os meses

Algumas vezes por mês

Todas as semanas

Algumas vezes por semana

Todos os dias

12 – Sinto-me cheio(a) de energia.

Nunca

Algumas vezes por ano

Todos os meses

Algumas vezes por mês

Todas as semanas

Algumas vezes por semana

Todos os dias

13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

20 – Sinto que esgotei todos os recursos.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.

- Nunca

- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Todos os meses
- Algumas vezes por mês
- Todas as semanas
- Algumas vezes por semana
- Todos os dias

(Maslach et al, 1996)

Anexo IV – Resultados do MBI das Cuidadoras Formais do CSPNSV

MBI – Cuidadora Formal 1

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	5
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	1
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	1
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	5
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	3

MBI – Cuidadora Formal 2

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	1
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	5
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	5
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	5
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	5
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	1
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	5
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	5
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	6
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 3

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	3
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	1
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	3
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	1
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 4

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	3
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	6
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	5
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	3
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	6
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	5
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	6
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	3
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	3
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	5
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	3

MBI – Cuidadora Formal 5

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	5
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	6
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	5
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	5
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	5
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	5
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	5
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	5
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	6
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	5
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	5
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	5
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	5
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	0
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	5
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	5
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	5
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 6

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	0
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	1
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	6
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	1
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	6
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	6

MBI – Cuidadora Formal 7

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	1
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	1
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	1
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	1
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	1
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	3
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	6
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	1
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	1
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 8

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	1
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	3
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	3
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	1
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	6
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	3
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 9

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	0
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	5
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	6
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	6
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	6
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	6
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	6
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	6
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0

MBI – Cuidadora Formal 10

1 – Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0
2 – Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	0
3 – Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0
4 – Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	6
5 – Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos.	0
6 – Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	6
7 – Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	6
8 – Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	1
9 – Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	6
10 – Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	6
11 – Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	4
12 – Sinto-me cheio(a) de energia.	6
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0
14 – Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado.	4
15 – Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0
16 – Trabalhar em contacto direto com o público stressa-me demasiado.	0
17 – Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	6
18 – Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	6
19 – Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	6
20 – Sinto que esgotei todos os recursos.	0
21 – No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	6
22 – Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	6

Anexo V – Guião de Entrevista aplicada às Cuidadoras Formais

1 – Como percebe o seu trabalho?

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Anexo VI – Transcrição das Entrevistas

Entrevista Cuidadora Formal A (SAD)

Data: 29-06-2018

Hora: 14h15

Duração: 13 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal A: “O meu trabalho? É assim... Eu trabalho aqui há quinze anos, na área dos idosos... É uma área que eu descobri que tenho vocação e que gosto imenso daquilo que faço... Que me sinto realizada com aquilo que eu faço, como pessoa principalmente porque ajudar o próximo, para mim, é importante e portanto, de um modo geral, gosto daquilo que faço. Cada dia é diferente porque os idosos... As pessoas não estão sempre da mesma forma, portanto é um trabalho que no dia-a-dia muda, vai mudando de dia para dia porque nunca nenhum dia é igual. Digamos que não acho que seja um trabalho... É repetitivo porque fazemos sempre o mesmo mas há sempre algo que muda, as pessoas em si... Nunca encontramos as pessoas da mesma forma. Há desafios no sentido em que num dia estão bem, noutra dia estão mal... E quando nós conseguimos ultrapassar os desafios... Eles estão mal e nós conseguimos ultrapassar isso, acho que é gratificante. A relação com eles é muito positiva porque acho que por exemplo... Eu gosto de trabalhar com os idosos porque os idosos para mim dão-nos lições de vida, são pessoas que já viveram a sua vida e que muitas vezes nos dão lições de vida a nós... Portanto apesar de eles estarem a desaprender ao contrário das crianças, já tiveram o seu tempo que, para mim, tem valor... Para mim, valorizo muito isso.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal A: “É assim... Ao longo dos anos, eu acho que nós vamos começando a gerir de forma diferente porque no início quando eu comecei a trabalhar nesta área, acho que levamos muito os problemas deles connosco para casa. Mas com os

anos... Eu costumo dizer, ficamos um bocadinho calejadas com a situação e depois já... Eu já consigo separar digamos as águas como se diz porque muitas vezes vivia muito o drama deles, vivia muito o problema deles... E preocupo-me na mesma. Se for com alguém para casa na cabeça que não está bem... Mas já consigo gerir de melhor forma. Fui aprendendo a lidar com a situação, é pacífico. Gosto muito do que faço como lhe digo, sinto-me realizada naquilo que faço. Venho todos os dias trabalhar com boa-disposição. Raramente tenho um dia em que diga assim “não me apetece ir trabalhar”, muito raramente. Talvez por ser também apoio domiciliário, não estou fechada num sítio... Como andamos na rua, a saltar, vamos para aqui, vamos para ali... Isso também quebra a rotina, não é? O facto de andarmos na rua, há muito mais relação... Relação até com as pessoas, com a comunidade... Eu gosto disso, gosto disso. Se calhar... Pronto, eu nunca trabalhei no lar mas não me estou a ver fechada, sinceramente. São quinze anos que bato perna lá fora e então gosto dessa liberdade e do facto de... Hoje andamos ali, vamos ali, percebe? Eu acho que não cai tanto na rotina e é se calhar também por isso que eu gosto de vir trabalhar e gosto muito do meu trabalho, pronto. Acho que também tem um bocadinho a haver com isso. Gosto do que faço mas se calhar não estou cansada... Ao fim destes quinze anos não me sinto saturada nem cansada do meu trabalho porque também se calhar porque é lá fora. Acho que concentrado aqui é mais penoso, digamos.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal A: “Não me sinto saturada, de modo algum. Não mesmo. Sinto algum desgaste físico no sentido em que ao longo dos anos o nosso corpo vai-se ressentindo pelo esforço que fazemos no nosso trabalho mas psicologicamente não... Não me sinto desgastada. Eu acho que sou uma pessoa que também tem uma capacidade psicológica de aguentar com as coisas... Acho que aguento bem as coisas... Mas não me sinto psicologicamente afetada com o meu trabalho, muito honestamente... E não é demagogia aquilo que estou a dizer.”

Entrevista Cuidadora Formal B (SAD)

Data: 2-07-2018

Hora: 14h

Duração: 11 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal B: “Eu acho que é muito gratificante, não é... Tanto para nós como para as senhoras... É muito gratificante em relação a este trabalho. Na altura eu estava no lar e entretanto eu fui para o apoio domiciliário... Estive oito anos aqui dentro e agora é que fui lá para o apoio domiciliário... É um pouco diferente, uma coisa da outra porque aqui a gente lida com as senhoras... Lá fora lidamos com os utentes e com os familiares. A perspetiva é um bocadinho diferente... Só que aqui, pronto, é mais fechado, pronto... A gente sente mais dificuldades em relação... Como é que hei-de explicar... Não temos tanta ajuda como lá fora. Enquanto lá fora nós temos sempre uma colega a dar-nos apoio, aqui às vezes falta esse apoio mas não é pelas doutoras... É mesmo em si a instituição que funciona assim, não é... Devia ter mais apoio... Além de colegas, não é... Porque por exemplo... A gente devia ter mais apoio... Mas também gostei muito de estar aqui dentro, gostei... Foi aqui que iniciei o meu trabalho, não é... E gostei. Lá fora é uma questão... A gente, pronto... É diferente porque lá está, a gente lida com... Aqui a gente ganha mais aquela... Como é que hei-de explicar... Aqui a gente ganha mais amor às pessoas, às senhoras porque sentimos que os familiares praticamente somos nós, não é... Há pessoas que estão aqui que os familiares nem os vêm visitar, não é... E sentimos que nós aqui somos mais importantes para eles do que qualquer outra pessoa. Nós como empregadas somos mais importantes porque eles não vêm mais ninguém praticamente, não é... É com quem lidam diariamente. Lá fora, temos uma relação boa com os utentes mas lá está, há certas pessoas que têm familiares sim, há outras que não. Alguns... Eu quando fui a primeira vez lá para fora, quando cheguei à beira da doutora, a primeira coisa que eu disse foi que as senhoras também estavam presas nas casas delas. Estão isolados... E depois é tudo com escadaria, é tudo nos terceiros andares... As pessoas também estão isoladas. Realmente alguns se não

formos nós a lá ir também não têm ninguém mas pronto, lá está... É diferente, é um bocadinho diferente mas gosto de ambas as partes.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal B: “É assim... Eu pelo menos não transmito tanto a minha vida pessoal, não tento transmitir em casa nem trago os meus problemas de casa para o trabalho. Tento não misturar... Mas aprendi isso aqui no lar porque eu era muito stressada na altura quando eu vim para o lar... Qualquer coisa eu stressava muito e ao longo do tempo, eu fui aprendendo a gerir isso porque com stress não vale a pena nem vamos a lado nenhum. E não vale a pena nós levarmos os nossos problemas daqui para casa como trazer de casa para aqui porque aqui é aqui e casa é casa, porque se não... Nós psicologicamente começamos a não nos gerir a nós próprias, não é... Eu ao longo da... Pronto, ao longo do trabalho... Eu ao longo dos anos fui aprendendo isso... Fui aprendendo que cada coisa no seu... Trabalho é trabalho... Família é em casa, porque se não entramos todos em stress, tanto em casa... Levar os problemas daqui para casa ou de casa para aqui não vale a pena. Tento lidar, lá está... Aprendi, com os anos de trabalho fui aprendendo. Mas nem era com as senhoras... Era em stress comigo mesma. Como a gente trabalha sozinha, não é... A gente tem de fazer tanta coisa, depois chamam-me daqui, chamam-me dali... E aí começava mesmo a stressar e eu disse “não, se isto é para mim eu tenho que levar e vou fazendo, não vou levar os problemas daqui para casa porque não vale a pena, nem trazer de casa para aqui porque ninguém me resolve nada aqui” por isso aqui entro sempre com boa cara, não é... E da porta para fora, pronto... Tentar separar é a melhor coisa que a gente faz. E nem as senhoras têm que levar com os nossos problemas em casa, não têm... Porque problemas já têm elas, não é... Por isso tanto aqui dentro como lá fora é igual. Os problemas deles, eles já os têm que resolver... Se nós vimos com uma má cara de casa ou... Não ajuda nada, só complica, portanto...”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal B: “É assim... Sim, desgasta. Desgasta um pouco, não é... Desgasta sempre. Aqui, enquanto estive aqui, até as próprias noites, não é... Vai desgastando

uma pessoa porque lá está, uma noite, outra noite... A gente... Os turnos, não é... Vão acabando por nos desgastar um pouco mas isso é normal. No SAD isso já não existe mas... Existe noutra sentido, por exemplo a gente andar de casa em casa, andar a correr, às vezes a querer fazer isto, fazer aquilo... É... Não é tanto... Digo sinceramente, não é tanto porque andamos mais por fora, não é... Enquanto aqui vivemos aqui dentro, é mais sobrecarregado, mais fechado, não é... Lá fora, pode haver qualquer coisa mas a gente tenta arranjar doutra forma porque se não for agora, é daqui a bocado. Enquanto aqui dentro não, aqui dentro é diferente... Porque tem de ser, por exemplo, quando é um jantar, quando é... Se não tem aquelas pessoas, tem outras pessoas para servir... E se estiver uma pessoa sozinha, não sei como é que a gente faz... As outras pessoas estão sempre à espera, percebe? Eu estou a pôr esse caso, como um lanche, outra coisa, é um exemplo, não é... Enquanto lá fora, como a gente anda mais acompanhada, neste caso, se eu não puder fazer tudo, faz a outra colega, pronto. Psicologicamente, acho que não sobrecarrega tanto o psicológico da pessoa, enquanto aqui dentro acho que carrega mais um bocadinho. Não é que as senhoras tenham culpa, não é... Tem a haver com o nosso trabalho mas o psicológico da pessoa fica mais sobrecarregado.”

Entrevista Cuidadora Formal C (SAD)

Data: 28-06-2018

Hora: 14h15

Duração: 7 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal C: “É assim... É uma área que eu gosto, portanto... Sempre trabalhei com idosos, portanto acho que não me vejo a fazer mais nada se não isto, portanto é uma profissão, para mim, gratificante. Claro que é desgastante, tanto psicologicamente como fisicamente, mas ao final do dia saber que eles estão bem... Também fico, por isso é muito bom. Mas também lidamos com realidades duras, só quem trabalha fora é que sabe.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal C: “Cada dia é diferente, portanto... A gente não pode dizer que todos os dias são iguais, não. Todos os dias são diferentes mas todos os dias gosto do que faço. Claro que às vezes chego ao final do dia supercansada mas sinto que dei o meu melhor, portanto... É... No final do dia é gratificante, é o que eu sinto.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal C: “Sim. Há situações... Cada idoso é um idoso, não é? A gente tem que arranjar maneiras de lidar com eles de maneira diferente porque nem todos são iguais. Depois temos que ter muita paciência também e saber lidar com eles... Tentar às vezes ultrapassar situações se calhar mais stressantes, não é... Temos que saber lidar com isso porque nesta área é preciso gostar daquilo que se faz porque se não... Também lidamos com as famílias... Temos que saber lidar... Há casos que nos ajudam e nos facilitam, portanto... Para já a relação é boa, não tenho nada que dizer.”

Entrevista Cuidadora Formal D (SAD)

Data: 28-06-2018

Hora: 14h30

Duração: 9 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal D: “Para mim é ótimo. É uma profissão que... Eu nem me imagino a fazer outra coisa, não é... É cansativo, não vou dizer o contrário, tanto a nível físico como psicológico. Nem sempre os dias são todos maravilhosos, não é... Às vezes temos situações muito críticas, não só a nível das casas dos idosos, das condições em que eles vivem... A gente por mais que queira separar a nossa profissão... Muitas vezes levamos estas situações para casa e nem sempre é tudo maravilhoso... Mas é compensador. No SAD também temos que nos gerir muito pelas famílias, não é... Porque não querem que lave assim, querem que lave doutra maneira... A gente por vezes tem que jogar um pouco com a família mas de resto é pacífico, muito tranquilo. Às vezes gostava de ter mais tempo para lhes poder dar mais atenção... Porque muitos nem precisam de nada, apenas precisam de nos ver... Que a gente se sente lá a conversar um bocadinho com eles e é tempo que a gente infelizmente não tem, não é... Perco muito tempo com as viagens e esse tempo é tempo que eu não lhes posso dar, não é? E sinto que muitos às vezes têm muita necessidade de nos ter mais tempo um bocadinho.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal D: “Eu por norma sou uma pessoa muito bem-disposta e então também lhes transmito muito isso. Acabo por ter uma afinidade... De todas as funcionárias não sou diferente mas sinto que sou a que tem até mais afinidade com a maior parte deles porque mantenho contacto fora das minhas horas de trabalho... Muitas vezes estou em casa e precisam de alguma coisa, telefonam-me... Já não é a primeira vez que eu me dirijo à noite a casa das pessoas, ou porque estão aflitas ou porque a esposa se sujou e o que é que eu faço, não consigo mudá-la... E eu como vivo

aqui perto, acabo por ser um bocadinho a mais achacada, não é? Lá está, tenho uma afinidade muito grande... Eu também faço por isso porque a gente entra em casa das pessoas todos os dias e se a gente entra de cara feia, se a gente vai mal-disposta, também lhes transmite isso... Já basta a tristeza em que muitos vivem porque passam dias e dias enfiados numa cama, não é? Mas sou muito feliz naquilo que faço.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal D: “É assim... Eu estou nesta profissão há quatro anos, não é... Se calhar daqui a uns anos vou ter outra opinião da que tenho agora, não é... Não vou dizer que é tudo fácil, não. Nós vemos os idosos a morrer... Muitas das vezes chegamos a casa e eles estão mortos... Muitas das vezes eles morrem nas nossas mãos... Nem sempre... Nem todos os dias as coisas são... Por vezes sinto-me um pouco afetada porque apego-me demasiado... Se calhar não sei separar às vezes, pronto... Não sei separar que são apenas utentes, não é? Eu estou ali para tratar e por vezes acabo por me sentir um pouco afetada a nível psicológico porque realmente custa-me às vezes ver certas situações, não é? E às vezes isso também não é muito bom. Muitas vezes vou para casa a pensar e não devia, não é? Devia chegar a casa e desligar por completo. Sinto que às vezes vou mais cansada a nível psicológico do que físico porque lidamos com pessoas com demência e temos que repetir várias vezes a mesma coisa durante o dia e é claro que isso tudo desgasta mas depois tudo passa.”

Entrevista Cuidadora Formal E (ERPI e CD)

Data: 29-06-2018

Hora: 14h

Duração: 9 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal E: “É assim... Eu tento sempre lidar da melhor maneira, porque nós estamos aqui a lidar com pessoas... Lidar da melhor maneira que sabemos, o que nos foi ensinado mas pronto... A nossa maneira de ser, também acho que conta um bocadinho para as pessoas, não é? Temos que ser... Porque as senhoras às vezes são um bocadinho delicadas no seu feitio e temos que moldar o nosso feitio ao feitio delas, não é? E temos que saber compreendê-las porque também estão numa fase de envelhecimento e vêem que vão ficando sem forças e eu da minha parte tento ajudar naquilo que mais posso. É um trabalho muito cansativo, é... Mas é gratificante quando gostamos das pessoas. É a maneira que eu vejo este trabalho, para mim... Tento sempre fazer o melhor que posso, cada dia mais e melhor. Corrigir os erros que às vezes toda a gente os comete, não é? Também os cometo... Mas a minha perspetiva aqui no lar é estar de boa vontade a fazer aquilo que faço.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal E: “É assim... Dou-me bem com toda a gente. Mesmo o meu feitio já dá para me dar bem com toda a gente, até gostar de toda a gente. Mas relaciono-me bem tanto com as superiores como com as colegas. Claro que há sempre alguma coisa que às vezes uma pessoa não gosta e pronto, tenta-se moldar... Mas gosto... Tenho uma boa relação com as senhoras, tenho uma boa relação com as doutoras, tenho uma boa relação com as colegas, não tenho que dizer... Se houver alguma dificuldade, o diálogo é muito importante, eu acho. Se uma pessoa estiver chateada comigo e não fala comigo a dizer que está chateada sem eu saber, não há consenso, não é? Se houver diálogo chegamos a uma resolução ou peço desculpa se for o meu erro ou então tentamos

melhorar cada dia mais o relacionamento com colegas ou com outras pessoas. Até visitas que vêm cá, tentamos ser sempre amáveis para as visitas. Acho que não têm razão de queixa, portanto acho que é isso...”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal E: “Sim, causa desgaste porque se nós nos afeiçoarmos demais a eles, não é... Porque acho que quem passa por esta profissão se afeiçoa às pessoas. Há um desgaste de morte, quando somos separados das pessoas que gostamos, não é... E às vezes amamos, não é só gostar. Estamos aqui... Lidamos com as pessoas... É como se fosse nossa família. Há um desgaste emocional que às vezes temos porque morrem senhoras que nós estamos habituadas a elas e que gostamos muito delas... Com quem temos muito convívio, muita afinidade e claro, temos que gerir as emoções, não podemos estar... Eu levo mais os problemas daqui para casa do que de casa para aqui. Os de casa tento gerir, claro que toda a gente tem problemas por mais feliz que seja, não é? Mas pronto, tento gerir às vezes com os filhos, não sei quê, depois passa. Mas quando vejo alguém doente, que está às portas da morte como se costuma dizer, levo isso para casa... Não consigo gerir muito bem as minhas emoções quando saio daqui porque pensamos... “e se a senhora amanhã morre e já não a vejo mais?”. Levamos sempre um bocadinho do trabalho para casa. Comigo é mais levar o trabalho para casa do que trazer os problemas ou alguma coisa de casa para aqui. Globalmente, gosto do que faço, sinto-me bem aqui, há camaradagem, há compreensão... Claro que há sempre alguma coisa que nos afeta mas vamos superando.”

Entrevista Cuidadora Formal F (ERPI e CD)

Data: 27-06-2018

Hora: 15h

Duração: 8 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal F: “Ora bem... Como é que eu hei-de explicar... É uma coisa gratificante porque as senhoras dão-nos muito, ensinam-nos coisas da vida delas... É gratificante, gosto deste trabalho. A gente arranja amizades, eles são como família para nós e quando um dia mais tarde eles partem, a gente sente muito. Pronto, temos mais afinidade com umas senhoras do que com outras mas tratamo-las todas por igual. Agora há algumas que nos cativam mais do que outras e quando essas partem, a gente sente muito mais a falta delas. De resto, tem de se ter calma para o trabalho correr bem mas há senhoras mais complicadas, que exigem mais ou que querem mais atenção e demoramos mais um pouco de tempo com elas. Como temos sempre horas a cumprir, temos que andar um bocado mais a correr mas vai-se fazendo bem.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal F: “Às vezes sinto-me cansada de andar sempre de um lado para o outro, mas sinto-me satisfeita e realizada. Sinto que fiz o meu trabalho, que o fiz bem, que ajudei as pessoas e sinto-me contente por isso, por elas estarem satisfeitas por aquilo que eu faço com as senhoras. Às vezes há alturas em que saio daqui a pensar se fiz bem o serviço, se me esqueci de alguma coisa, se ficou alguma coisa por dizer à colega, passar recados... Quando vou pelo caminho, vou a pensar se disse tudo, se não me esqueci de nada, mas vendo que fiz tudo direitinho fico sossegada e vou à minha vida normal.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal F: “Sim, a gente sai daqui às vezes cansada e stressada por causa do trabalho. Às vezes devia ter mais pessoal a ajudar. Há falta de pessoal. Sendo muitos utentes... Internos são dez mais os vinte e cinco de centro de dia, há sempre problemas e eles põem-nos os problemas e claro que a gente às vezes entra um bocadinho em stress mas tenta lidar o melhor possível para eles também não sentirem que a gente está nervosa e que não consegue resolver a situação.”

Entrevista Cuidadora Formal G (ERPI e CD)

Data: 27-06-2018

Hora: 14h

Duração: 10 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal G: “Como é que eu hei-de dizer... Não sei as palavras... É gratificante, não é... Ajudar as pessoas que não podem, fazer-lhes a higiene... Todos os dias são diferentes. Eles todos os dias estão diferentes, não estão sempre iguais. Só que às vezes é um bocado complicado lidar com algumas idosas. Algumas idosas são um bocado complicadas, percebe? Eu gosto do que faço, só que às vezes é um bocado cansativo. Nós às vezes também não estamos bem mas eles também não têm culpa e nós não podemos demonstrar que estamos mal... Mas às vezes é cansativo, às vezes é cansativo... E depois só para uma pessoa é cansativo, é cansativo para uma pessoa. As idosas querem sempre tomar o pequeno-almoço cedo e depois algumas é “meta-me aqui os brincos, meta-me isto, meta-me aquilo”, percebe? E são coisas que demoram o seu tempo mas elas não têm culpa, gostam de andar assim. Agora temos as estagiárias mas as estagiárias não desenvolvem, percebe? A gente tem que mandar e também temos que nos despachar, mas também temos de ter um bocado de calma porque eles não são bonecos, são seres humanos, não é?”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal G: “Isto às vezes afeta-me e é em questão não é dos idosos, é em questão da colaboração das colegas porque aqui não há colaboração. Aqui o trabalho é em grupo mas às vezes não parece, percebe? Aqui as colegas podiam colaborar mais umas com as outras e não colaboram. É isso que eu fico triste, percebe? Eu nunca pensei, fico muito triste com as colegas. A colega da noite tem um certo serviço para fazer e não faz, algumas não fazem e depois sobra para a da manhã. Acho que devia haver mais colaboração com as colegas. Não é pelos idosos que os idosos não têm

culpa, percebe? É com as colegas, haver mais colaboração com as colegas... Ou eu sou muito exigente ou então não sei... Elas têm uma maneira diferente de trabalhar.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal G: “Eu fico esgotada da cabeça mas como disse é com as colegas. O trabalho a mim não me mete medo. É um bocado desgastante e é preciso ter um bocado... um bocado não... é preciso ter paciência. Às vezes parece que estamos a lidar com crianças ou pior... Que eles são piores que as crianças. Às crianças damos uma sapatada, aos idosos não e às vezes é um bocado complicado, percebe? Mas fico mais desanimada é com as colegas porque elas tem uma maneira, pronto... diferente de trabalhar. E eu não gosto de trabalhar assim, percebe? Eu não gosto de trabalhar como elas trabalham e há certas coisas que não deve ser assim porque isto é a casa deles e há coisas que é falta de higiene. Isto é a casa dos idosos. Hoje são eles, amanhã somos nós, não é... Há pessoas que estão aqui a trabalhar por trabalhar, para receber ao fim do mês e não estão aqui por gosto, percebe? A maior parte delas estão aqui para chegar ao fim do mês e receber. Não têm brilho com as senhoras, podiam ter mais brilho com elas, assim arranjá-las e tudo. E quando estão duas colegas a trabalhar empurram, às vezes fogem ao trabalho e fazem o que lhes interessa. É complicado trabalhar com mulheres, percebe? Faço o meu trabalho, só que às vezes tenho que falar, não posso engolir. Depois elas ficam um bocado chateadas...”

Entrevista Cuidadora Formal H (ERPI e CD)

Data: 28-06-2018

Hora: 14h

Duração: 6 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal H: “Eu gosto do trabalho que faço. É assim... Eu na altura tirei o curso de geriatria... Uma coisa é uma pessoa tirar o teórico, outra coisa é a prática. Aí é que se vê as dificuldades que temos e aí é que depois desenvolvemos o nosso trabalho. Os banhos das senhoras, as doenças das senhoras... Uma coisa é a teoria mas não é igual. No início tem-se mais dificuldades mas agora já é mais fácil.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal H: “No fim do dia já se sabe que uma pessoa fica um bocadinho cansada, não é? Mas gosto do que estou a fazer, gosto de lidar com os idosos. Há dias mais complicados que outros. Às vezes há dias, aqui, como todos, não é... Mais fáceis que outros. Às vezes as senhoras estão mais debilitadas... Mas lido bem com isso.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal H: “Já se sabe que há dias que os idosos... A doença deles não é para melhorar, é para piorar, neste caso, não é... Há dias que eles estão piores que outros e mesmo para nós é um bocadinho desgastante mas pronto... É o nosso trabalho e entre colegas, ajudamo-nos umas às outras.”

Entrevista Cuidadora Formal I (ERPI e CD)

Data: 2-07-2018

Hora: 14h15

Duração: 8 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal I: “O meu trabalho por norma é... De manhã subo e ajudo as colegas nas higiene e nas limpezas... Pronto, depois de tarde é um bocadinho ao calhas... Tão depressa estou na lavandaria como há qualquer coisa que é preciso e sou chamada para ir apoiar... É um bocadinho por aí... Conforme o serviço que surja... Sempre que seja necessário apagar um fogo... Inicialmente quando vim para aqui, não era bem isto que eu pretendia, não era o que eu queria por isso já por aí eu não gostava, antes pelo contrário. Pronto, depois... É assim... Os anos vão passando, a gente vai conhecendo melhor a área em si, o trabalho e... Hoje gosto muito daquilo que faço. Lógico que é cansativo, claro que é... Mas é gratificante pelos idosos, assim como crianças que era a área que eu queria... Acho que é uma área muito interessante mesmo. É cansativo, é psicológico, é físico... Torna-se um bocado cansativo porque por exemplo a população vai ficando mais velha, não é... E pronto, quanto mais velhos, mais necessidades precisam. Isso torna um bocado... O corpo começa a ressentir o peso do dia-a-dia, pegar nos idosos...”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal I: “Ui... Isso é um bocado difícil de lhe responder... Não, é um bocado difícil porque lá está, nunca tenho uma tarefa seguida e se eu... Lá está, antes causava-me um bocado confusão porque eu era um bocado “o que começo tenho que acabar”, agora o que aparece vai-se fazendo. Há sempre coisas para fazer, totalmente diferentes umas das outras. Não dá para a gente dizer “eu vou trabalhar e vou estar o dia todo na lavandaria ou vou trabalhar e vou estar o dia todo a fazer limpeza nos quartos”,

está fora de questão. Isto é dia-a-dia, hora-a-hora... É o que vai aparecendo... Mas agora giro bem. Já tive a fase de entrar em stress mas agora não, é tranquilo.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal I: “Acho que sim, acho que sim... Porque lá está, a gente quando trabalha com idosos assim como com crianças, a responsabilidade é maior... É maior do que eu trabalhar com uma máquina. São seres humanos, não é? É óbvio que cansa porque depois há alturas em que vem um e pede uma coisa e vem logo outro a seguir e nos pede outra... Quer dizer, não nos dá tempo de a gente conseguir acabar a tarefa para um... Já temos outro a pedir outra coisa mas isso eu acho que é como os idosos, é como as crianças, é exatamente igual. Não são máquinas, não é... São pessoas que precisam de alguém para... Por isso eu acho que sim, torna-se cansativo, sim.”

Entrevista Cuidadora Formal J (ERPI e CD)

Data: 26-06-2018

Hora: 17h

Duração: 7 mins

1 – Como perceciona o seu trabalho?

Cuidadora Formal J: “Eu gosto muito do meu trabalho. Prefiro trabalhar com senhoras idosas do que com crianças. Para mim é mais fácil. Como eu tenho, tinha diploma de enfermeira no meu país, trabalhei num hospital, gosto de trabalhar com pessoas. Antes de vir para cá, eu já mudei muitas vezes de emprego e este é o melhor de todos, acho eu. Gosto de trabalhar com senhoras, só que é muito cansativo... Temos que pegar nas senhoras, temos poucas empregadas, pronto... Hoje em dia acontece, em muitas empresas é assim. Precisamos de mais empregadas porque ficamos cansadas. No fim do dia é muito complicado mesmo e quando ficamos uma só é muito difícil. Dói a coluna, já fui operada a uma hérnia, à coluna cervical e tudo e é por causa da nossa profissão.”

2 – Como caracteriza a sua relação com o trabalho?

Cuidadora Formal J: “Quando fico sem ajudante, uma só é muito complicado. Fico muito cansada e aqui no nosso trabalho é mais psicologicamente do que fisicamente. Lidar com senhoras com Alzheimer, com demência, não é fácil e pronto... Muitas vezes nós ficamos aqui sozinhas sem ajuda e é muito difícil. Temos muito trabalho mesmo.”

3 – Considera o seu trabalho um desencadeador de *burnout*? Porquê?

Cuidadora Formal J: “Quando eu sei que... Como é que eu hei-de explicar... Quando eu sei que tenho ajuda, que fica alguém comigo, já estou mais calma, estou mais sossegada. Se não também ficamos... Trabalhar com stress também... Às vezes controlar é muito difícil porque temos muito trabalho... As senhoras quando começam a falar todas ao mesmo tempo, quero isto, quero aquilo, não dá... Depois, eu estou a falar

por mim, chego a casa e a minha cabeça está a explodir... Às vezes descarrego em cima da minha família, por isso é difícil... Quando eu tenho alguém, olho para o horário e vejo que tenho uma colega a trabalhar comigo, fico mais descansada, porque quando temos ajuda... Tem que ser duas a trabalhar, uma só é complicado.”

Anexo VII – Pedido de consentimento (Cuidadoras Formais)

Eu, Filipa Ferreira, aluna do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto e ex-estagiária no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Vitória, venho, por este meio, solicitar a sua participação, no que diz respeito à elaboração da minha tese, cuja temática assenta no *Burnout* (exaustão profissional, sobrecarga no trabalho) em Cuidadores Formais de idosos.

O objetivo principal da minha investigação é averiguar os níveis de *burnout* dos Cuidadores Formais das diferentes respostas sociais: Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário para, posteriormente, os comparar.

Assim sendo, necessito de proceder a uma recolha de dados, para a qual conto com o seu importante contributo.

Importa salientar que o questionário é anónimo e a confidencialidade da informação recolhida está garantida.

Mais se informa que no final da investigação, serão disponibilizados todos os resultados à instituição.

Grata pela colaboração,

Assinatura da Mestranda: _____

Assinatura do Participante: _____

____ / ____ / ____

Anexo VIII – Autorização (Direção Técnica)

Eu, Filipa Oliveira Figueiredo Gomes Ferreira, aluna do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, encontro-me a elaborar uma dissertação cuja temática assenta no *Burnout* em cuidadores formais de idosos.

O objetivo principal da minha investigação é averiguar os níveis de *burnout* dos Cuidadores Formais das diferentes respostas sociais: Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário para, posteriormente, os comparar.

Assim sendo, no âmbito do desenvolvimento deste estudo, necessito de proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a colaboração da vossa instituição.

Importa salientar que será garantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida.

Mais se informa que no final da investigação, serão disponibilizados todos os resultados à instituição.

Nome da Instituição: _____

Nome e cargo de quem deu consentimento: _____

Assinatura e Carimbo: _____

Data: ____ / ____ / ____