

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**“Cuidar para Apessoar”: Proposta de um programa de prevenção do
burnout e de promoção do *engagement* para Ajudantes de Ação Direta
que trabalham em Respostas Sociais para a População Idosa**

Andreia Sofia Soares Cardoso

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Maria Luísa Soares Almeida Pedroso de Lima, Professora Catedrática, ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Professora Doutora Geneviève Coudin, Maître de Conférences,
Université Paris Descartes

Outubro, 2015

Agradecimentos

Este trabalho de projeto foi a realização de um sonho que se transformou em realidade graças a um conjunto de pessoas, que contribuíram com um pouco de si, para que eu pudesse chegar ao fim. É a todas essas pessoas que quero expressar a minha enorme gratidão.

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Luísa Lima, pela sua infinita disponibilidade, generosidade, dedicação e capacidade em motivar-me, colocando-me no caminho certo. Foi a minha estrela guia nesta jornada, orientando-me com sabedoria e doçura.

À Professora Geneviève Coudin pelas suas sábias palavras e orientações pertinentes.

Às Auxiliares de Ação Direta que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e por mostrarem que são pessoas dedicadas e que se interessam daqueles que cuidam, dando o seu melhor diariamente.

Aos coordenadores das instituições envolvidas pelo interesse que demonstram neste estudo.

À psicóloga Lara Neves e ao psicólogo Tiago Silva pelo interesse e disponibilidade com que acarinharam este trabalho.

Aos meus queridos pacientes por terem sido compreensivos durante este último ano com as minhas “indisponibilidades”.

À Manuela Mariani e à Tânia Ramalho pela sua disponibilidade para ler este documento, e pelas palavras de apoio e incentivo dando-me alento para prosseguir a minha jornada.

À Marta Torres pela sua disponibilidade e pelas críticas pertinentes sobre os *Focus Group*.

À Cristina que foi um presente deste mestrado, pelo seu apoio e disponibilidade durante esta jornada, pela sua empatia, compreensão e pela partilha.

À minha colega Ângela Romão pelo seu rigor e exatidão na sua revisão de texto.

À minha querida e inspiradora amiga Inês Faustino, uma força da natureza, que tem uma fé inabalável e que me “segurou” com as suas palavras na reta final desta jornada.

Às minhas amigas Vanda e Susana pelo apoio à distância mas que soube sempre muito bem.

À Marta Moreno por ajudar-me a ser quem sou, aceitando as minhas virtudes e as minhas limitações, ajudando-me a aprimorar na jornada da Vida.

Ao “meu” querido Vasco, que como sempre está lá, nas alturas que é preciso, sendo que é o melhor revisor do mundo e que tem muita paciência para me aturar.

À minha mãe que é o meu eterno apoio, e que faz com que eu possa seguir os meus sonhos.

À minha avó pelas suas palavras de apoio e preocupação.

Por último, porque é a pessoa a quem mais tenho a agradecer, à minha querida filha Ísis. Obrigada por seres a filha maravilhosa que ÉS e por te interessares por aquilo que faço, apesar de saber que foi difícil a minha ausência.

Agradeço a tod@s por terem tomado possível esta jornada que parecia ser impossível de finalizar...obrigada pelo vosso cuidado.

Fábula - Mito do Cuidado

(Antiga Fábula de Higino)

Certo dia, ao atravessar um rio, o Cuidado (Cura) viu um terreno de barro. Pensativo, tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto refletia sobre o que tinha feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que lhe insuflasse espírito. Júpiter acedeu de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter proibiu-lho, exigindo que lhe fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu a Terra (Tellus). Mas quando também ela quis dar o seu nome à criatura, por ter sido feita de barro, que era um pedaço do seu corpo, começou uma grande discussão. De comum acordo, pediram a Saturno que fizesse de juiz. E ele tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: Júpiter, porque lhe deu o espírito, receberá de volta este espírito, por ocasião da morte dessa criatura. A Terra, que lhe deu o corpo, receberá, também de volta o seu corpo, quando a criatura morrer. Ao Cuidado, porém, que moldou a criatura, ficará esta entregue durante a sua vida. E uma vez que há entre vós acalorada discussão acerca do nome, decido eu que esta criatura será chamada Homem (homo), isto é, feita de humus, que significa terra fértil.

(Borges-Duarte, 2010, p. 118-119)

Resumo

A síndrome de *burnout* é um problema de saúde ocupacional com grande impacto na saúde dos profissionais, nomeadamente dos cuidadores formais de pessoas idosas (Ajudantes de Ação Direta ou AAD). Neste sentido, e dada a escassez de programas específicos para estes profissionais, pretendeu-se construir um programa piloto de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* para os AAD, denominado “Cuidar para Apessoar”, utilizando o Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho (JD-R). O desenho deste programa de intervenção grupal foi baseado na revisão de literatura e numa avaliação de necessidades que decorreu em três instituições diferentes do distrito de Setúbal que integram diversas respostas sociais.

Para a avaliação de necessidades recorreu-se a três técnicas distintas para a recolha de dados: o *Focus Group* (com as AAD), entrevistas semiestruturadas (com responsáveis pelas AAD nas instituições) e questionários de caracterização das AAD (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*; *Utrecht Work Engagement Scale*). Participaram neste estudo 21 AADs e 6 responsáveis institucionais. Da análise de conteúdo resultaram 438 unidades de análise, organizadas em quatro categorias: aspetos negativos das tarefas (22 subcategorias - sc); aspetos positivos das tarefas (6 sc); estratégias utilizadas no quotidiano para gerir o stresse (11 sc); sugestões para um programa de intervenção (7 sc). Os resultados por instituição são consistentes com os níveis de *burnout* e *engagement* identificados por questionário. Um dos resultados encontrados mais importantes neste estudo foi a presença de níveis elevados de *engagement* das AAD e baixos/moderados de *burnout*.

O programa foi desenhado utilizando o Modelo Lógico, e consiste em 12 sessões de quinquenais de noventa minutos cada. O programa inclui uma estratégia de avaliação, onde se esperam efeitos da aplicação do programa ao nível da saúde e bem-estar das AADs, nomeadamente ao nível do *burnout* e *engagement*.

Palavras-chave: Burnout, Engagement, Programa de Prevenção, AAD

Classificação nas categorias definidas pela *American Psychological Association* (PsycINFO Classification Categories and Codes): 3000 *Social Psychology*; 3020 *Group & Interpersonal Processes*, 3300 *Health & Mental Health Treatment & Prevention*, 3360 *Health Psychology & Medicine*.

Abstract

Burnout is an occupational health hazard with a major impact on health professionals, namely the formal caregivers of elderly people, who in Portugal are named “Ajudantes de Ação Direta” (AAD). AAD are vulnerable to the development of burnout due to the physical and emotional demands of this profession. In this sense, and because of the lack of specific programs for these professionals, this project aims to contribute with a proposal to develop a pilot program to prevent burnout for the AAD, called “Cuidar para Apessoar” using the Job Demands-Resources Model (JD-R). The design of this group intervention program was based on the literature review and a needs assessment, which took place in three different institutions of Setúbal district comprising diverse social responses.

To the needs assessment, three different techniques for data collection were applied: the Focus Group (with AAD), semi-structured interviews (with coordinators of AAD) and questionnaires of characterization of AAD (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*; *Utrecht Work Engagement Scale*). This study included 21 AAD and 6 institutional coordinators. Content analysis generated 438 units of analysis, organized into four categories: negative aspects of the tasks (22 subcategories - sc); positive aspects of the tasks (6 sc); strategies used in everyday life to manage stress (11 sc); suggestions for an intervention program (7 sc). The results in each institution are consistent with the levels of burnout and engagement identified by the questionnaire. One of the most important findings of this study was the presence of high levels of engagement of the AAD and low/moderate burnout.

The program was designed using the Logical Model, and it includes 12 ninety minutes sessions, to be delivered every two weeks. The program also includes an assessment strategy, where a positive impact of the program on the health and well-being of the AAD is expected, namely in the burnout and engagement levels.

Key words: Burnout, Engagement, Prevention Programs; AAD.

Classificação nas categorias definidas pela *American Psychological Association* (PsycINFO Classification Categories and Codes): 3000 *Social Psychology*; 3020 *Group & Interpersonal Processes*, 3300 *Health & Mental Health Treatment & Prevention*, 3360 *Health Psychology & Medicine*.

Resumé

Burnout est un danger pour la santé au travail avec un impact majeur sur les professionnels de la santé, à savoir les professionnels soignants des personnes âgées, qui sont au Portugal “Ajudantes de Ação Direta” (AAD). Les AAD sont vulnérables au développement d'épuisement en raison des exigences physiques et émotionnelles de cette profession. En ce sens, et en raison de l'absence de programmes spécifiques pour ces professionnels, ce projet vise à contribuer à une proposition visant à élaborer un programme pilote visant à prévenir l'épuisement de l'AAD, appelé “Cuidar para Apessoar” en utilisant les Demandes-Ressources Modèle (JD-R). La conception de ce programme d'intervention de groupe est fondée sur une revue de la littérature et une évaluation des besoins, qui a eu lieu dans trois institutions différentes du district de Setúbal.

Pour la évaluation des besoins, trois techniques différentes de collecte de données ont été appliquées: le groupe de discussion (avec AAF), des entretiens semi-structurés (avec les coordonnateurs de l'AAD) et les questionnaires de caractérisation de l'AAD (Maslach Burnout Inventory - Enquête sur les services humains, Utrecht travail Engagement échelle). Cette étude a inclus 21 AAD et 6 responsables institutionnelles. L'analyse du contenu généré 438 unités d'analyse, organisés en quatre catégories: les aspects négatifs des tâches (22 sous-catégories - sc); aspects positifs des tâches (6 ms); stratégies utilisées dans la vie quotidienne à gérer le stress (11 sc); suggestions pour un programme d'intervention (7 SC). Les résultats de chaque institution sont compatibles avec les niveaux de l'épuisement professionnel et l'engagement identifiés par le questionnaire. Une des conclusions les plus importantes de cette étude est la présence de niveaux élevés d'engagement de l'ADF et de faible/modérée épuisement.

Le programme a été conçu en utilisant le Modèle Logique, et il comprend 12 sessions de quatre-vingt dix minutes, à livrer toutes les deux semaines. Le programme comprend également une stratégie d'évaluation, où on prévoit un impact positif du programme sur la santé et le bien-être de l'AAD, à savoir dans les niveaux de l'épuisement professionnel et d'engagement.

Les mots clés: Burnout, Engagement, Programme de prevention, AAD.

Classification tel que défini par *American Psychological Association* (PsycINFO

Classification Categories and Codes): 3000 *Social Psychology*; 3020 *Group & Interpersonal Processes*, 3300 *Health & Mental Health Treatment & Prevention*, 3360 *Health Psychology & Medicine*.

Índice

	Página
Agradecimentos	I
Fábula – Mito do cuidado	III
Resumo	IV
<i>Abstract</i>	V
<i>Resumé</i>	VI
Índice	VIII
Índice de Quadros	XII
Índice de Figuras	XIII
Glossário de Siglas	XIV
Introdução	1
Parte I - ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA E CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA	3
Capítulo 1 – O Envelhecimento Demográfico e as Respostas Sociais em Portugal	5
1.1. O Envelhecimento Demográfico em Portugal	5
1.2. Respostas Sociais	8
1.2.1. Rede Nacional de Cuidados Integrados	9
1.2.2. Caracterização dos/das utentes das respostas para as pessoas idosas	10
1.3. A prestação de cuidados às pessoas idosas	11
1.3.1. O ato de cuidar	11
1.3.2. Os cuidadores formais de pessoas idosas	14
1.3.2.1. As limitações profissionais dos cuidadores formais de pessoas idosas	15
1.3.2.2. A realidade portuguesa dos/das AAD	16
1.3.2.3. O burnout nos cuidadores formais de pessoas idosas em Portugal	17
Capítulo 2 – Burnout & Engagement	19
2.1. O conceito do Burnout ao longo dos tempos	19
2.1.1. Definição de Burnout e suas dimensões	21
2.1.2. Fatores Preditores do Burnout	21
2.1.3. Prevenção do Burnout	23
2.2. Engagement	25
2.3. Modelo das Exigências e Recursos do Trabalho	26

Parte II - AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES	29
Capítulo 3 – Metodologia e Objetivos	31
3.1. Método	31
3.1.1. Problemática e questão de partida	31
3.1.2. Objetivos gerais e específicos	32
3.2. Instituições envolvidas	33
3.2.1. Instituição L	33
3.2.2. Instituição A	36
3.2.3. Instituição LG	38
3.3. Participantes	40
3.3.1. Participantes no FG	40
3.3.2. Ausências do trabalho	43
3.3.2. Participantes nas entrevistas individuais	44
3.4. Instrumentos	47
3.4.1. Os <i>Focus Groups</i>	47
3.4.2. Material	48
3.4.2.1 Questionários	48
3.4.2.2.As entrevistas individuais	50
3.5. Procedimento	50
Capítulo 4 – Resultados	55
4.1. Análise de conteúdo FG às AAD	55
4.2. Análise de conteúdo das entrevistas aos/as coordenadores/as das AAD	61
4.3. Análise de conteúdo das entrevistas ao/à psicólogo/a das instituições A e LG	62
4.4. Resultados globais	64
4.5. Resultados dos questionários	66
4.5.1. Resultados do questionário MBI-ES	66
4.5.2. Resultados do questionário UWES	68
4.6. Conclusões	69
PARTE III - PROGRAMA “CUIDAR PARA APESSOAR”	71
Capítulo 5 – Definição do Projeto Piloto	73
5.1. Enquadramento teórico	73

5.2. Modelo teórico de processo	75
5.2.1. Definição das variáveis de resultado	76
5.2.2. Definição da variável preditora	76
5.2.3. Hipóteses	78
5.3. Programa (Modelo Lógico)	78
5.3.1. Missão	80
5.3.2. Descrição dos componentes do modelo lógico	82
5.3.2.1. População-alvo – grupo	82
5.3.2.2. Objetivos	84
5.3.2.3. Planificação das sessões	84
5.3.2.4. Condições do Funcionamento	86
5.3.3. Custos do projecto	87
5.3.4. Riscos e ameaças ao projecto	87
5.3.5. Avaliação da intervenção	87
5.3.5.1. Plano de Avaliação	87
5.3.6. Implicações para o futuro	88
Discussão Final	89
Referências	93
Anexos	

Índice de Quadros

Quadro	Página
1.1. População Total (em milhares) de Portugal nos Anos 1950, 2015, 2030, 2050 e 2100	5
1.2. Indicadores de Envelhecimento Segundo os Censos - (A) Rácio e (B) Proporção (em percentagem)	7
1.3. Indicadores de Envelhecimento	7
3.1. Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição L	34
3.2. Descrição das Respostas Sociais da Instituição L.....	35
3.3. Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição A.....	36
3.4. Descrição das Respostas Sociais da Instituição A	37
3.5. Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição LG	38
3.6. Descrição das Respostas Sociais da Instituição LG	39
3.7. Dados Sociodemográficos das AAD	42
3.8. Dados Sociodemográficos dos/das Coordenadores/as e Psicólogos/as	46
3.9. Análise Psicométrica do MBI-ES	49
3.10. Fases do Trabalho de Projeto	51
4.1. Resultados Globais do <i>Burnout</i> nas AAD	67
4.2. Resultados Globais do UWES nas AAD	68
5.1. Modelo Lógico do Programa “Cuidar para Apessoar”	81
5.2. Resumo das Sessões e Respetivas Temáticas	85
5.3. Rúbricas dos custos do projecto	87
5.4. Plano de avaliação do programa de intervenção grupal	88

Índice de Figuras

Figura	Página
1.1. Índice de Envelhecimento, Portugal 1991-2060 (Estimativas e Projeções)	6
1.2. Distribuição Percentual das Respostas Sociais por População-alvo	8
1.3. Prestadores de Cuidados de Longa Duração por cada 100 Habitantes com 65 e/ou mais anos nos Países Seleccionados	13
2.1. Representação esquemática de diferentes níveis de prevenção	24
4.1. Subcategorias dos aspetos negativos das tarefas com maiores frequências	56
4.2. Subcategorias dos aspetos negativos das tarefas com maiores frequências – Coordenadores	62
4.3. Resultados Globais da Categoria 2 – Aspetos Negativos das Tarefas	65
4.4. Resultados Globais da Categoria 2 – Aspetos Positivos das Tarefas	65
4.5. Resultados Globais da Categoria 3 – Estratégias Utilizadas pelas AAD no seu Quotidiano	65
4.6. Resultados Globais da Categoria 4 – Sugestões para um Programa de Prevenção do <i>Burnout</i> e Promoção do <i>Engagement</i>	66
5.1. – Modelo teórico de processo - modelo JD-R.....	77

Glossário de Siglas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ANQEP - Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional

AVD - Atividades de Vida Diária

CC - Centro de Convívio

CD - Centro de Dia

CN - Centro de Noite

CNQ - Catálogo Nacional de Qualificações

CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

DP - Desvio Padrão

ED - Equipas Domiciliárias

EE - Exaustão Emocional

EH - Equipa Hospitalar

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

Eurofound - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho

FG - *Focus Group*

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

ILO - *Internacional Labour Organization*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto da Segurança Social

JD-R - Job Demands-Resources Model

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SNQ - Sistema Nacional de Qualificações

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

RCSSS - Relatório da Carta Social da Segurança Social

RNCCI ou Rede - Rede Nacional de Cuidados Integrados

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

RVCC-PRO - Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências Profissionais

UA - Unidades de Ambulatório

UI - Unidades de Internamento

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO - *World Health Organization*

Introdução

A esperança de vida foi um ganho civilizacional que aumentou enormemente nas últimas décadas. Segundo Paúl (1997), a espécie humana atingiu a sua longevidade máxima, contudo, este somar de anos nem sempre representa qualidade de vida porque uma vez que também aumentou a prevalência de doenças crónicas e degenerativas na população idosa.

Em Portugal, o aumento deste grupo etário tem levado, nos últimos anos, à criação de respostas sociais (por entidades lucrativas e não lucrativas) que pretendem suprir as necessidades destas pessoas e complementar o apoio prestado pela família. Assim, torna-se fundamental um enfoque na prestação de cuidados a esta população e, em particular, em torno dos cuidadores formais. A prestação de cuidados ao idoso transforma-se frequentemente, ao longo do tempo, numa tarefa difícil e complexa sendo geradora de sentimentos de angústia, insegurança e desânimo. Além de saberem lidar com a doença, os cuidadores formais têm de conviver com a subjetividade associada às relações humanas (Ribeiro et al., citado por 2008 Rodrigues, 2014). Neste sentido os/as Ajudantes de Ação Direta, enquanto cuidadores formais, são um grupo vulnerável ao desenvolvimento de *stress* profissional excessivo (designadamente sob a forma de síndrome de *burnout*) pela exigência física e emocional desta profissão.

A síndrome de *burnout* é um problema de saúde ocupacional com grande impacto na saúde dos profissionais. Castanheira (2013) refere, ainda, que o *burnout* traz igualmente consequências negativas ao nível da perda de qualidade no trabalho executado, levando ao absentismo e originando procedimentos negativos para com os que o rodeiam, afetando os que dependem da sua prestação de cuidados, os /as colegas de trabalho e a instituição. Por estas razões, têm vindo a ser realizados alguns estudos em Portugal sobre o *burnout* nos/nas AAD, focadas essencialmente na caracterização deste grupo profissional e nos respetivos níveis de *burnout*.

Este trabalho apresenta diversos aspetos inovadores. Primeiro, conjuga a recolha de dados qualitativos que permitem compreender as especificidades deste grupo profissional e os dados quantitativos em termos da medição dos níveis de *burnout* e do *engagement*. Em segundo lugar, apesar da amostra não ser significativa, apresenta elementos de três diferentes respostas sociais o que até agora, nos estudos efetuados, não tinha acontecido. Foram ainda auscultados responsáveis diretos das AAD, com o objetivo de obter-se uma visão mais abrangente desta problemática. Por último, o aspeto mais inovador deste trabalho é apresentação de uma proposta de um programa de prevenção de

burnout e promoção do *engagement* para os/as AAD baseado no modelo ocupacional de *Job Demands-Resources* (Bakker & Demerouti 2007, 2014; Demerouti et al. 2001).

A pertinência deste trabalho prende-se com a necessidade de valorizar esta categoria profissional, que cuida dos mais velhos que queremos que sejam bem cuidados, sendo, portanto, fundamental o foco naqueles que cuidam. Para além disso, é importante sensibilizar as instituições para medidas preventivas do *burnout* com o intuito de termos locais de trabalho mais saudáveis e trabalhadores mais motivados. Recentemente, foram publicados dados acerca de riscos psicossociais na Europa, onde se conclui que 25% dos trabalhadores referem sofrer de stresse no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário laboral, e uma percentagem idêntica indica que o trabalho afeta negativamente a sua saúde (EU-OSHA & Eurofound, 2014).

Esta proposta de programa pretende ir ao encontro do que a Organização Mundial de Saúde (2010) afirma: “*A healthy workplace is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement process to protect and promote the health, safety and well-being of all workers and the sustainability of the workplace (...)*” (WHO, pág. 11). Com o nosso programa, pretende-se promover o bem-estar dos cuidadores formais de idosos para que estes possam sentir-se capazes de cuidar das pessoas idosas e que, simultaneamente, se sintam realizados nesta profissão.

Relativamente à sua estrutura, o presente trabalho tem um carácter exploratório, baseado no diagnóstico de necessidades e na conceção de um projeto, sem realmente ser testado. Assim, este trabalho de projeto encontra-se dividido em três partes e numa discussão final:

- i) Parte I - Enquadramento do problema de investigação e conceptualização teórica sobre o *burnout* e o *engagement*;
- ii) Parte II – Avaliação das necessidades com descrição detalhada dos instrumentos, procedimentos e resultados;
- iii) Parte III – Proposta do Programa “Cuidar para Apessoar”, onde se apresenta a descrição do programa, enumerando as respetivas variáveis seguidas do modelo teórico, das hipóteses e planificação das atividades.
- iv) Discussão final, onde se analisam as principais conclusões deste trabalho, enumerando as limitações e implicações para o futuro.

Parte I

ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

E

CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1 – O Envelhecimento Demográfico e as Respostas Sociais em Portugal

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura”

Kofi Annan (2002)

1.1. O Envelhecimento Demográfico em Portugal

O envelhecimento é um processo natural, de diminuição progressiva e diferencial. No mundo contemporâneo as sociedades estão a envelhecer e, conseqüentemente, a esperança média de vida está a aumentar para ambos os géneros. Para além dos ganhos individuais que este fenómeno acarreta, existem igualmente desafios para as sociedades europeias, em particular para a portuguesa.

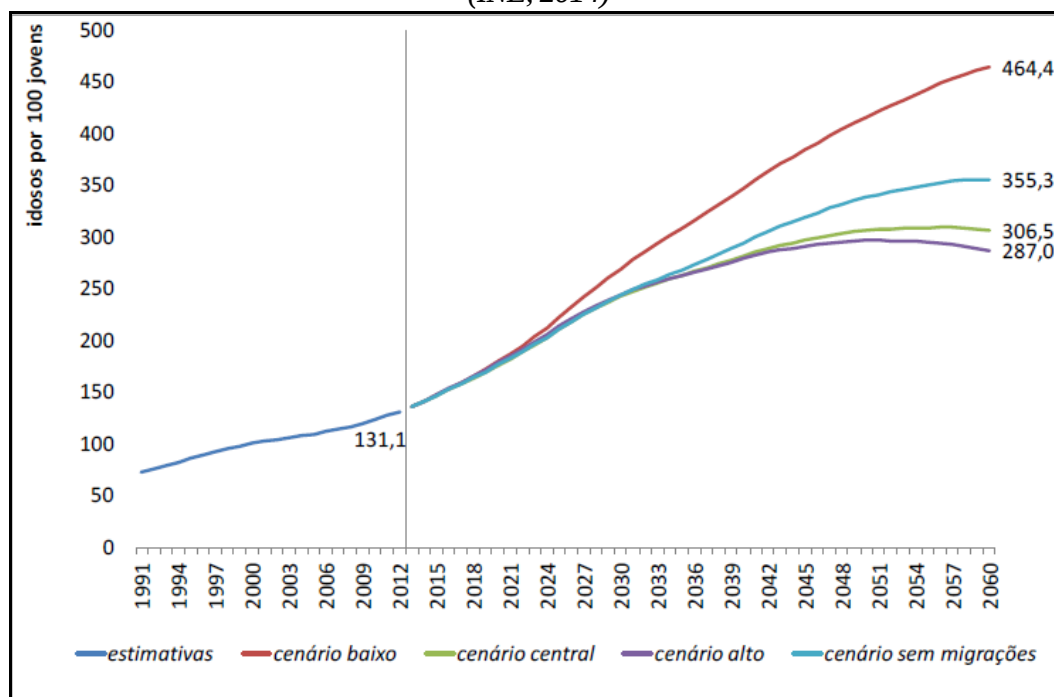
Segundo o Relatório das Nações Unidas (*United Nations*, 2015) na Europa, 24% da população já está com 60 anos ou mais e espera-se que alcance 34% em 2050 e 35% em 2100. Conforme os dados deste relatório, em 2030, Portugal será o terceiro país do mundo com a população mais envelhecida (50,2 anos em média), em segundo lugar será o Japão (51,5) e em primeiro lugar será a Itália (50,8).

Quadro 1.1. *População Total (em milhares) de Portugal nos Anos 1950, 2015, 2030, 2050 e 2100 (United Nations, 2015)*

População (milhares)					
País	1950	2015	2030	2050	2100
Portugal	8417	10350	9845	9216	7407

O Instituto Nacional de Estatística (INE) publicou em 2014 um estudo sobre a população portuguesa designado “As projeções da População Residente 2012-2060”. Neste estudo prevê-se que o número de portugueses vai continuar a diminuir até 2060, como aponta igualmente o relatório das Nações Unidas (2015). Segundo estas projeções entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumentou de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central, colocando desafios ao nível da política de cuidados da população idosa (INE, 2014). A figura 1.1. apresenta igualmente outros cenários, demonstrando que em qualquer um deles o aumento da população idosa será uma realidade.

Figura 1.1. – Índice de Envelhecimento, Portugal 1991-2060 (Estimativas e Projeções)
(INE, 2014)



Estas projeções mostram também que o envelhecimento populacional mantém-se ao longo de todo o período de projeção, resultando da conjugação do decréscimo da população jovem (pessoas com menos de 15 anos de idade) a par do aumento da população idosa (pessoas com 65 ou mais anos de idade). Para além disso, a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) residente em Portugal diminui em todos os cenários considerados, o que, associado ao aumento da população idosa conduz a uma forte diminuição do índice de sustentabilidade potencial (i.e., do quociente entre o número de pessoas em idade ativa por 100 pessoas idosas).

Existem ainda dois índices que também têm vindo a aumentar desde 1960, como o “Índice de Dependência na população idosa” e o “Índice de Longevidade” – cujos dados são apresentados no quadro 1.2.

Quadro 1.2. – *Indicadores de Envelhecimento Segundo os Censos - (A) Rácio e (B) Proporção (Em Percentagem) (INE, 2012)*

Anos	Índice de envelhecimento (A)	Índice de dependência total (A)	Índice de dependência idosos (A)	Índice de longevidade (B)
1960	27,3	59,1	12,7	33,6
1970	34,0	61,7	15,6	32,8
1981	44,9	58,6	18,2	34,2
1991	68,1	50,6	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	24,2	41,4
2011	127,8	51,6	28,8	47,9

Fonte: PORDATA

Os dados referentes ao último Censo também demonstraram uma tendência de crescimento destes indicadores como ilustra o quadro 1.3. Segundo Lima (2013) está a verificar-se um aumento do envelhecimento dentro do envelhecimento, ou seja, o chamado duplo envelhecimento da população. Este é um fenómeno característico dos países desenvolvidos.

Quadro 1.3. – *Indicadores de Envelhecimento (INE, 2015)*

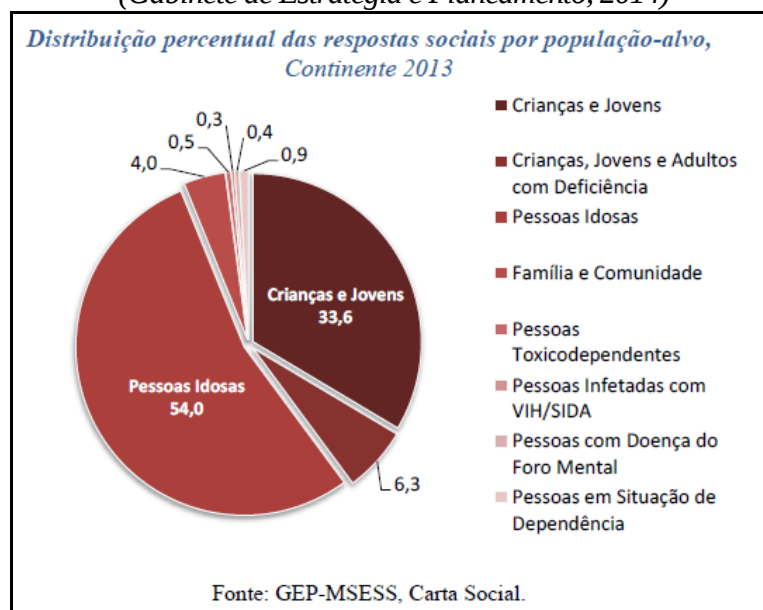
Anos	Índice de envelhecimento (A)	Índice de dependência total (A)	Índice de dependência idosos (A)	Índice de longevidade (B)
2012	129,4	51,7	29,1	48,7
2013	133,5	52,2	29,9	48,9
2014	138,6	52,8	30,7	49,0

Fonte: PORDATA

Este crescimento da população idosa em Portugal tem levado à diversificação das ofertas das respostas sociais para esta população. Anteriormente, a prestação de apoio e de cuidados às pessoas idosas era da responsabilidade exclusiva da família, sendo assegurados no domicílio. Contudo, nas últimas décadas, têm decorrido alterações sociais e demográficas que têm vindo a condicionar a ajuda das famílias aos seus idosos. As famílias tradicionalmente multigeracionais têm vindo a dar lugar a famílias nucleares, conduzindo a um isolamento cada vez maior dos mais velhos. Assim, na última década, a criação de equipamentos sociais (por entidades lucrativas e não lucrativas) para esta população é uma realidade que continua a crescer de modo a suprir as necessidades deste grupo etário e complementar o apoio prestado pela família.

Em 2014, o Relatório da Carta Social da Segurança Social (doravante designado RCSSS) revela que o grupo-alvo que constitui a maior percentagem da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) corresponde às pessoas idosas (54%), traduzindo as necessidades desta população na sociedade portuguesa.

Figura 1.2. – *Distribuição Percentual das Respostas Sociais por População-alvo*
(Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014)



Um equipamento social corresponde a toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem diretamente junto dos utentes (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014).

1.2. Respostas Sociais

De acordo com o Instituto de Segurança Social (ISS, 2015), os equipamentos sociais de apoio à população idosa são um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas com o objetivo de favorecer, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família. Em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas idosas, existem sete tipos de respostas sociais a que poderão aceder (ISS, 2015):

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** - Equipa que presta cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito;

- **Centro de Convívio (CC)** - Equipamento social onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade;

- **Centro de Dia (CD)** - Equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar;
- **Centro de Noite (CN)** - Equipamento social que visa o acolhimento noturno, dirigido prioritariamente a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que, por se sentirem sozinhas, isoladas ou inseguras, necessitam de acompanhamento durante a noite;
- **Acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência** - Alojamento, temporário ou permanente de pessoas idosas em casa de famílias idóneas, com competências para lhes proporcionar um ambiente estável e seguro, quando não possam permanecer em suas casas, por falta de condições familiares ou de outros apoios sociais;
- **Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)** - Equipamento social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

As respostas sociais do âmbito da RSES destinadas às pessoas idosas mostram no período de 2000 a 2013 um aumento de 47%, o que indica mais de 2300 novas respostas desde 2000. O SAD constitui a resposta que tem revelado o maior crescimento (66%) no âmbito deste grupo-alvo, seguindo-se a ERPI (55%) e finalmente o Centro de Dia (32%). Para além destas respostas sociais mais tradicionais, existe desde 2006 uma nova resposta designada como cuidados continuados integrados, pertencente à Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI ou Rede).

1.2.1. Rede Nacional de Cuidados Integrados

A RNCCI é um novo modelo organizacional criado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Segundo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009), este novo modelo de cuidados surge da necessidade de dar resposta a diferentes problemáticas:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

- A manutenção, no domicílio, das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação, em rede, dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

Existem quatro tipos de resposta, nomeadamente:

Unidades de internamento (UI) - constituídas pelas Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

Unidades de ambulatório (UA) - formadas por Unidades de dia e de promoção da autonomia.

Equipa hospitalar (EH) - composta pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas.

Equipas domiciliárias (ED) - Equipas de cuidados continuados integrados e Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos.

1.2.2. Caracterização dos/das utentes das respostas para as pessoas idosas

Segundo o RCSSS (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014) dentro do total de utentes que frequentava a resposta ERPI em 2013, 71% tinha mais de 80 anos, 47% dos quais tinha 85 ou mais anos, o que traduz uma institucionalização da população idosa. Quanto ao género, a proporção de utentes do género feminino acentua-se com o aumento da idade. Relativamente ao SAD, a maioria dos utentes tem 80 ou mais anos (55%), todavia os escalões etários abaixo dos 80 anos apresentam em conjunto uma representação bem mais significativa, por comparação à resposta ERPI, refletindo uma manutenção da pessoa idosa no domicílio por mais anos. Comparativamente aos utentes que

frequentavam a resposta CD em 2013, cerca de metade tinha até 80 anos de idade e pertencia ao género feminino.

Quanto ao grau de dependência dos utentes das respostas dirigidas à população idosa, esta difere de resposta para resposta, em função das idades dos utilizadores/as e das suas necessidades de apoio. Assim, em ERPI, cerca de 80% dos utentes apresenta alguma dependência, sendo que este valor desce para os 60% em SAD. Por outro lado, a maioria dos utentes em CD são autónomos (56%), (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014).

Em suma, estes dados mostram que caso não exista uma política de cuidados dirigidos às reais necessidades das pessoas idosas e suas famílias, como Kofi Annam (2002) refere: “(...) *teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura*”.

1.3. A prestação de cuidados às pessoas idosas

1.3.1. O ato de cuidar

No Dicionário Universal da Língua Portuguesa (1995, p. 431) o verbo cuidar apresenta-se como “*imaginar, cogitar, supor; fazer com cuidado; aplicar a atenção; reflectir, considerar; trabalhar, interessar-se por; tratar de (...)*.”

O ato de cuidar está presente na vida dos seres humanos desde o nascimento e torna-se vital para a sobrevivência da espécie. Segundo Collière (2003) o cuidar da nossa vida está na origem de todas as culturas, sendo necessário tomar conta da mesma com consciência e medida, desenvolvendo todas as maneiras de o fazer. A autora afirma ainda: “*Ser cuidado, cuidar-se e cuidar sucedem-se, sem se justapor, mas sobrepondo-se*” (Collière, 2003, p. 178).

Quando não se cuida promovemos o desequilíbrio que pode conduzir à morte. Por isso, podemos afirmar que cuidar é zelar pelo bem-estar do outro, atender às suas necessidades, promover a sua autonomia, respeitando igualmente as suas limitações. Cuidar pressupõe uma relação de confiança entre quem recebe os cuidados e quem os presta. Deste modo, é um ato que implica disponibilidade emocional para lidar com o outro nas suas várias dimensões (i.e., física, psicológica, social e espiritual).

Ao longo das várias etapas do ciclo vital, o indivíduo vai sendo alvo de cuidados ou prestador dos mesmos. Se, inicialmente quando somos bebés os níveis de cuidados necessários remetem para um nível de dependência máxima, esta vai diminuindo até quando nos tornamos adultos. Contudo, esta pode voltar a surgir quando estamos doentes e/ou quando somos mais velhos. Somos iminentemente

seres de e em relação com os outros. Segundo Heidegger este aspeto revela que a nossa existência advém da relação com os outros, ou seja, de sermos-com-os-outros (Santos, 2011).

Neste trabalho, o foco é sobre os prestadores de cuidados formais das pessoas idosas. A prestação de cuidados às pessoas idosas com dependência era, tradicionalmente, da responsabilidade dos familiares descendentes e desenvolvido no espaço privado do domicílio por figuras do género feminino e afetivamente próximas. Na atualidade esta função tem vindo a ser, aos poucos, transferida para as instituições públicas e privadas (Figueiredo, 2007), apesar de ainda ser a família que continua a assegurar maioritariamente os cuidados às pessoas idosas. De referir que os familiares que cuidam dos mais velhos são também, muito frequentemente, os responsáveis pelas gerações mais jovens, o que contribui para o termo “geração sandwich”, cunhado por Dorothy Miller em 1981. Consequentemente, as famílias procuram apoio junto das instituições para esta população, porque estas estão equipadas, quer em termos dos recursos materiais, quer humanos, necessários, permitindo que os seus familiares mais velhos tenham os cuidados que eles necessitam.

Assim, quando nos referimos à prestação de cuidados das pessoas idosas, temos dois tipos de cuidadores, os informais e os formais. Os cuidadores informais são os familiares ou amigos que ajudam a pessoa idosa no contexto familiar. Na literatura também encontramos a diferenciação entre cuidador primário e secundário, sendo que o primeiro é aquele que assume mais horas de cuidados, e o segundo corresponde ao elemento ou elementos que conferem uma ajuda adicional ao primeiro, aumentando o tipo e/ou quantidade de cuidados prestados, contribuindo para que as necessidades sejam melhor satisfeitas. Usualmente os cuidadores secundários são o cônjuge ou filho/a do cuidador primário (Moura, 2006, citado por Almeida, 2013).

Relativamente aos cuidadores formais, estes são uma categoria profissional indispensável nas respostas sociais para a população idosa. Estes profissionais têm ainda pouca visibilidade social. Contudo, serão uma profissão de futuro face à realidade demográfica do país e às necessidades da população idosa.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou a 1 de outubro deste ano, no âmbito das comemorações do Dia Internacional da Pessoa Idosa o estudo “*Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*” (Proteção continuada a idosos: uma revisão de défice de cobertura em 46 países). Esta investigação exaustiva demonstrou que há uma falta absoluta de cobertura de cuidados de longa duração na maioria dos sistemas de segurança social dos

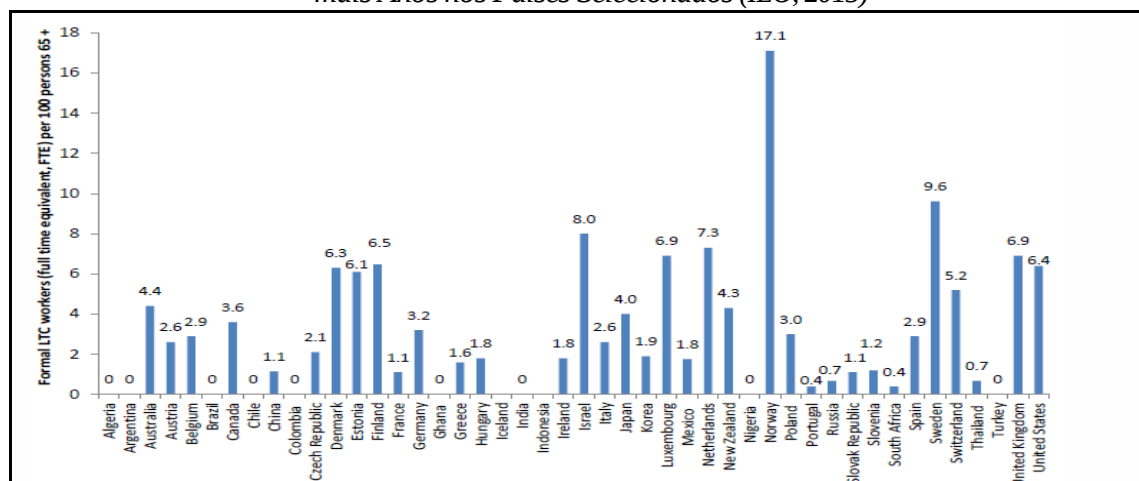
países do estudo, e que só 5,6 por cento da população mundial vive em países que oferecem uma cobertura universal de cuidados de longa duração (Scheil-Adlung – ILO, 2015).

Esta falta de proteção está também relacionada com a percentagem do PIB (Produto Interno Bruto) para os cuidados com a população idosa. No caso de Portugal, que apresenta uma das mais elevadas percentagens de pessoas idosas do mundo, dedica somente 0.1 do PIB, o valor mais baixo dos países europeus representados, seguindo-se a Estónia com 0.2, a República Checa com 0.3, e a Espanha com 0.5. Por outro lado estão a Holanda e a Dinamarca, que consagram 2.3 e 2.2 do PIB à proteção dos idosos.

Outro dado revelador foi acerca dos profissionais que prestam cuidados a pessoas idosas. Segundo este relatório são necessários no mundo cerca de 13,6 prestadores formais, para que haja uma cobertura universal de cuidados continuados para pessoas com 65 e mais anos.

No caso da Europa, Portugal é o país que apresenta das mais baixas taxas de cuidadores formais. A figura 1.3. apresenta de forma elucidativa a discrepância ao nível do número médio de prestadores de cuidados de longa duração por cada 100 pessoas com 65 e/ou mais anos entre os vários países do estudo.

Figura 1.3. – *Prestadores de Cuidados de Longa Duração por cada 100 Habitantes com 65 e/ou mais Anos nos Países Seleccionados (ILO, 2015)*



Os dados deste relatório ilustram que:

- Nos países europeus, o número mínimo de prestadores por cada 100 pessoas com 65 e/ou mais varia entre os 0,4 (de Portugal) e os 17,1 (da Noruega);

- O número de prestadores de cuidados de longa duração em Portugal é igual ao número de prestadores na África do Sul, enquanto é estimado em zero para outros países africanos.

Este trabalho da OIT aponta alguns caminhos ao nível de uma política de cuidados para as pessoas idosas, fazendo recomendações, nomeadamente:

- A existência de cuidadores formais em número suficiente - estimada em 4,2 prestadores de cuidados de longa duração por cada 100 habitantes com 65 e/ou mais anos, combinados com condições dignas de trabalho.
- A necessidade de formação para os cuidadores informais;
- O desenvolvimento de perspetivas de carreira para os prestadores de cuidados de longa duração;
- O aumento da proteção a longo prazo de cuidados para as pessoas idosas.

1.3.2. Os cuidadores formais de pessoas idosas

Segundo Sousa (2011), o crescente aumento do número de pessoas idosas, dependentes portadores de demências e doenças crónico-degenerativas, tem justificado o estudo científico do cuidado e dos cuidadores na área da gerontologia.

Na literatura gerontológica podemos encontrar diferentes definições e variadas tipologias de cuidadores. Quando nos referimos ao cuidador formal, este é o indivíduo que faz do ato de cuidar a sua profissão, exercendo as suas funções em instituições aptas para tal (Sommerhalder, 2001, citado por Castanheira, 2013).

Em Portugal, este tipo de cuidadores são usualmente designados como “Ajudantes de Ação Direta (AAD)”, profissão regulamentada pelo Decreto-Lei nº 414/1999. Exercem funções no âmbito das necessidades humanas básicas, ao nível dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, administração de medicação e acompanhamento ao exterior, com vista ao bem-estar da pessoa idosa (Almeida, 2013). Estes cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados em casa ou em vertente institucional (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Durante muitos anos esta função teve outras nomenclaturas legitimadas por legislação oficial, como ajudante familiar, auxiliar de lar, ajudante de lar, auxiliar de ação médica, agente em geriatria etc., dependendo da resposta social em que se encontravam, apesar das funções serem as referidas anteriormente.

Segundo a OMS, os cuidadores profissionais de pessoas idosas podem ser definidos enquanto trabalhadores auxiliares de apoio à pessoa idosa que na sua maioria, não detêm as qualificações

profissionais necessárias nesta área e são usualmente supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Para efeitos do presente trabalho de projeto, que incide sobre a prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* nas AAD, consideraremos aplicáveis as classificações de cuidador formal, remunerado e profissional.

1.3.2.1. As limitações profissionais dos cuidadores formais de pessoas idosas

São inúmeros os constrangimentos que estes profissionais enfrentam no seu quotidiano e que têm vindo a ser referenciados igualmente pela literatura:

- Grupo profissional constituído essencialmente por mulheres com idades entre os 25 e os 50 anos (Scott, Brannon, Vasey, Dansky, & Kemper, 2007).
- Profissionais com pouca escolaridade e que desempenham tarefas sem qualquer formação específica e com baixos salários (Ron & Lowenstein, 2002).
- Existência de uma imagem negativa sobre a prestação de cuidados às pessoas idosas e dos respetivos cuidadores, visto que o estatuto e a imagem social desta categoria profissional são socialmente pouco valorizados (Price, Alde, Provis, Harris, & Stack, 2004).
- O trabalho com pessoas idosas é percebido de modo positivo, contudo não é na maioria das vezes a primeira escolha. Este trabalho implica lidar diariamente com a fragilidade do outro, com a incapacidade, com a doença e o fim de vida, implicando um desgaste emocional (Price *et al.*, 2004).
- Esta categoria profissional está associada com trabalho pesado, baixas remunerações, quase ausência de benefícios e regalias (Coogle, Parham, Jablosnki, & Rachel, 2007). Também existem poucas perspetivas de evolução de carreira, a par de elevadas responsabilidades (Potter, Churilla, & Smith, 2006).
- O acesso à profissão tem requisitos mínimos variáveis e que acabam por ser insuficientes face às exigências do trabalho (Menne, Ejaz, Noelker, & Jones, 2007).

Apesar de muitos destes constrangimentos fazerem parte/estarem presentes na realidade portuguesa, existe uma evolução positiva, em particular ao nível da formação profissional que tem vindo a aumentar dentro deste grupo de trabalhadores.

1.3.2.2. A realidade portuguesa dos/das AAD

Anteriormente, estes profissionais tinham baixa escolaridade e pouca ou mesmo nenhuma formação profissional. Esta realidade tem vindo lentamente a ser alterada, devido às políticas de formação profissional que foram implementadas pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) e pelas exigências do ISS junto das instituições dirigidas à população idosa.

A Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (ANQEP), é a responsável pelo desenvolvimento dos referenciais específicos para futuros cuidadores formais de pessoas idosas com a designação de agentes em geriatria correspondendo ao 9º ano de escolaridade (nível 2) que constam no Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ).

Segundo a ANQEP, o CNQ é um instrumento de gestão estratégica de qualificações de nível não superior que integra o Sistema Nacional de Qualificações (ANQEP, 2015; Decreto-Lei n.º 396/2007, de 31 de dezembro).

O CNQ está organizado por áreas de educação e formação, de acordo com a Classificação Nacional de Áreas de Educação e Formação (Decreto de Lei n.º 256/2005, de 16 de março) e define para cada qualificação os respetivos referenciais:

- Perfil Profissional,
- Referencial de Formação,
- Referencial de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (componente de base e tecnológica).

O CNQ é criado de acordo com os trabalhos de implementação do Quadro Europeu de Qualificações - QEQ (Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008, relativa à instituição do QEQ para a Aprendizagem ao Longo da Vida (2008/C 111/01) e ainda do Quadro Nacional de Qualificações.

Deste modo, a formação na área da geriatria enquadra-se na Educação e Formação de Adultos e/ou Formação Contínua e tem vindo a ser destinada, sobretudo, a públicos desempregados e com baixa escolaridade, o que tem dado origem a um aumento de adultos certificados nesta área e criando novas oportunidades no mercado de trabalho. Por outro lado, estas formações começaram a ser reconhecidas pelas instituições como uma mais-valia para as mesmas, em particular as instituições do terceiro setor com acordos com o ISS.

Outra medida implementada pelo IEFEP esteve enquadrada no Programa Novas Oportunidades, com a designação de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências Profissionais (RVCC-PRO), prática que já era uma realidade em vários países europeus e da América do Norte. O objetivo deste programa, como o próprio nome indica, consiste em reconhecer, validar e certificar as competências dos adultos em várias áreas, nomeadamente na área da geriatria. Este processo é baseado nas tarefas que estes desempenham, nomeadamente na área da saúde, higiene, alimentação, em contexto de emergência e atividades de animação sociocultural, reconhecendo as aprendizagens e competências que já desenvolveram em contextos sobretudo não formais e informais.

Em suma, existe um antes e um depois destas políticas de formação, que tem permitido que os cuidadores formais de idosos tenham maiores níveis escolaridade e formação certificada, sabemos que este aspeto pode ter influência na prestação de cuidados, através da realização de tarefas como o auxílio na toma da medicação, acompanhamento da pessoa idosa a consultas médicas, capacidade para compreender e transmitir orientações médicas (Ferreira, 2012).

Quanto às instituições, estas valorizam a formação, mas continuam a preferir pessoas com experiência profissional, mesmo que sem formação. De mencionar ainda que, as instituições do terceiro setor são aquelas que têm vindo a apostar na formação contínua, de modo a aumentar os conhecimentos destes profissionais acerca do fenómeno do envelhecimento e suas especificidades.

1.3.2.3. O *burnout* nos cuidadores formais de pessoas idosas em Portugal

A prestação de cuidados a pessoas idosas é um trabalho que envolve múltiplas tarefas mas que exige, (igualmente), uma boa capacidade de relacionamento interpessoal. Vários estudos abordam a sobrecarga de trabalho como uma dificuldade na prestação de cuidados à pessoa idosa, sendo consensual que a sobrecarga de trabalho do cuidador (*caregiver burden*) ameaça a sua saúde física, psicológica, emocional e funcional (Zarit et al., 1980; Parks & Novielli 2000; Eters et al., 2008; Carretero et al., 2009, citados por Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012).

Os/As AAD são um grupo vulnerável ao desenvolvimento de *burnout* pela exigência física e emocional desta profissão, o que prejudica a qualidade de vida destes profissionais. Castanheira (2013) refere ainda que o *burnout* traz, (igualmente), consequências negativas ao nível da perda de qualidade no trabalho executado, levando ao absentismo e originando procedimentos negativos para com os que o rodeiam, afetando os que dependem da sua prestação de cuidados, bem como os/as colegas de trabalho e, consequentemente, a própria organização.

Por estas razões, têm vindo a ser realizados alguns estudos em Portugal sobre o *burnout* nos/nas AAD (Almeida, 2003; Castanheira, 2013; Marques, 2013), de modo a caracterizar este grupo profissional, avaliando os seus níveis de *burnout* e identificando variáveis preditoras deste fenómeno, nomeadamente, a empatia e o *engagement* (Monteiro, Queirós, & Marques, 2014).

Contudo, a pouca representatividade dos dados recolhidos, conduz à necessidade de se efetuarem mais estudos sobre esta temática. Em particular, os estudos que conhecemos são de índole quantitativa aplicando a este grupo escalas desenvolvidas noutros contextos. Dada a relevância do papel dos/das AAD na prestação de cuidados às pessoas idosas consideramos fundamental a recolha de dados qualitativos que permitam compreender especificidades deste grupo profissional.

Capítulo 2 – *Burnout & Engagement*

2.1. O conceito do *Burnout* ao longo dos tempos

O conceito de *burnout* surgiu nos anos setenta nos EUA, tendo sido considerado um fenómeno relacionado diretamente a profissionais de ajuda em que o desempenho profissional está associado ao cuidado com o outro (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001). A primeira referência efetuada a este conceito foi feita por Bradley em 1969, quando este sugeriu a necessidade de uma nova resposta para neutralizar os guardas prisionais que apresentam sinais de *burnout*.

O conceito de *burnout* ficou desde do início associado aos trabalhos do psiquiatra Herbert Freudenberger (1974) e da psicóloga social Christina Maslach (1976). Freudenberger (1974) identificou a sintomatologia de *burnout* durante o seu trabalho numa clínica de tratamento para a toxicodependência. Constatou que após um ano de trabalho, o grupo de voluntários com os quais trabalhava mostravam progressivamente uma perda de energia que conduzia a um estado de esgotamento, com a associação de sintomas de ansiedade e depressão. Assim, estas pessoas tornavam-se menos sensíveis e empáticas com os pacientes, tratando-os de forma mais desligada. Para o psiquiatra, o *burnout* seria a consequência do esgotamento, desilusão e perda de interesse pela atividade de trabalho que fosse virado para o contato direto com as pessoas (Freudenberger, 1974).

Porém, a contribuição de Christina Maslach foi crucial para a consolidação do *burnout* na literatura científica da psicologia. Esta investigadora realizou um conjunto de estudos com profissionais de ajuda (e.g., enfermeiros, médicos, psiquiatras, assistentes sociais e advogados) acerca da influência da sobrecarga emocional no comportamento destes profissionais, tendo percebido que a expressão *burnout* era utilizada de forma recorrente pelos profissionais para descrever o processo de exaustão gradual, cinismo e perda de implicação com os utentes envolvidos no decorrer do seu trabalho (e.g., Maslach & Schaufeli, 1993).

Assim, desde esse período foi criada uma linha de tensão entre duas tradições fundamentais, a da psicologia clínica e a da psicologia social, que moldaram a conceptualização, investigação e intervenção nesta área (Cox, Kuk & Leiter, 1993; Maslach et al., 2001, citado por Pinto & Chambel, 2008).

Podemos assim delimitar quatro grandes períodos na evolução do conceito de *burnout*, nomeadamente: 1) Abordagem clínica (1974-1980); 2) Abordagem empírica (década de oitenta); 3) Abordagem fundamentada na teoria (década de noventa) e abordagem positiva (2000 em diante).

Na abordagem clínica o enfoque foi essencialmente clínico, dirigido à intervenção e à descrição de sintomas. Schaufeli & Enzmann (1998) identificaram 5 grandes categorias de sintomas, nomeadamente: 1) os sintomas afetivos (i.e., humor depressivo, perda de controlo emocional e a irritabilidade); 2) sintomas cognitivos, como a baixa autoestima a nível profissional, dificuldades em tomar decisões e perceção clínica e desumanizada dos utentes/pacientes; 3) sintomas físicos, designadamente fadiga e perturbações psicossomáticas; 4) sintomas comportamentais, como a hiperatividade, a tendência para comportamentos agressivos, e a falta de eficácia e produtividade profissional; e por último 5) sintomas motivacionais, como a desilusão e perda de interesse pelas questões profissionais. Este período resultou numa fase confusa e dispersa, centrada essencialmente na compreensão dos fatores individuais subjacentes ao *burnout*.

O segundo período foi marcado pela sistematização deste conceito, através do desenvolvimento de instrumentos de medidas standardizadas, que permitiram a operacionalização da definição e respetivas metodologias, permitindo que o conceito de *burnout* se transformasse numa área de investigação científica bem definida. Foi nesta fase que surgiu o *Maslach Burnout Inventory* (Maslach et al., 1996, citado por Pinto & Chambel, 2008), que a investigação deste conceito se internacionalizou e que se iniciou o estudo de outro tipo de contextos, para além dos profissionais de ajuda.

Na década de noventa houve um aumento da investigação baseada na teoria e nos estudos longitudinais, alargando-se o campo de estudo do *burnout* a outras profissões.

A última década é marcada pelo advento da Psicologia Positiva que se foca nos recursos e forças dos indivíduos, Maslach e Leiter (1997) referem “*que o burnout se situa num contínuo de bem estar cujo pólo oposto se refere o engagement (...)*”. De referir que o desenvolvimento conceptual e metodológico e empírico desta nova perspetiva deve-se a Schaufeli e colaboradores (Pinto & Chambel, 2008, p.23), que defendem que o *engagement* não é um estado oposto, mas antes uma dimensão de bem-estar (Schaufeli et al., 2000).

Em seguida apresenta-se a definição de *burnout* e as respetivas dimensões deste constructo.

2.1.1. Definição de *Burnout* e suas dimensões

Tendo em conta a história deste conceito, existem dois grandes tipos de definições científicas: as que definem o *burnout* como um estado e as que definem como um processo. As primeiras seguem a tradição clínica apresentando um conjunto de sintomas que permitem identificar o *burnout* como uma síndrome (Pinto & Chambel, 2008). Exemplo desta linha é a definição de Freudenberg (1974) que refere a síndrome de *burnout* como um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e psicossociais inespecíficos, derivado a um gasto excessivo de energia no trabalho, fenómeno este que se manifesta através de uma verdadeira crise de identidade, colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional (Soares, 2010).

Outra definição de *burnout* como estado é a de Maslach e colaboradores aquando a operacionalização do MBI que definem o *burnout* como uma síndrome tridimensional que envolve Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D) e a Perda de Realização Pessoal (RP) originado pelo envolvimento prolongado, em situações emocionalmente desgastantes que ocorrem nos profissionais de ajuda. Deste modo, estes profissionais começam a sentirem-se esgotados, para em seguida manifestarem uma atitude negativa e desumanizada ao contexto laboral e aos colegas de trabalho, avaliando igualmente de forma negativa o seu desempenho profissional e sentindo-se frustrados e sem motivação profissional (Monteiro, Queirós & Marques, 2014).

A exaustão emocional caracteriza-se por sentimentos de desgaste e esgotamento dos recursos emocionais; a despersonalização/cinismo refere-se à adoção de atitudes negativas e distanciadas face ao trabalho; por último, a falta de realização pessoal em que o indivíduo tem sentimentos de incompetência e profissional (Maslach, 1999).

Relativamente à definição de *burnout* como um processo este é visto como resposta/ resultado do stress profissional, das exigências ambientais (i.e., fontes de stress) e da discrepância entre exigências e recursos, e tendo consequências a diferentes níveis, individual e organizacional (Gonçalves, 2013).

2.1.2. Fatores Preditores do *Burnout*

Para entendermos o fenómeno do *burnout* debruçamo-nos em seguida sobre os fatores preditores do mesmo e das respetivas consequências que o referido fenómeno produz.

Os fatores preditores do *burnout* são multifatoriais. Maslach e Leiter (1997) referiram-se inicialmente seis preditores de *burnout*:

- Carga excessiva no trabalho (tarefas de elevada intensidade que exigem mais tempo, conduzindo à exaustão emocional física);
- Falta de controlo;
- Baixos salários;
- Falha na equidade e justiça;
- Fadiga;
- Fragmentação das relações interpessoais trabalha-se isoladamente;
- Conflito de valores.

Contudo, mais tarde estes autores que encaram o *burnout* como uma experiência individual específica dos contextos de trabalho dividiram os fatores preditores deste conceito em dois tipos: fatores individuais e situacionais (Soares, 2010). Entre os individuais distinguem:

- Características demográficas como a idade, sexo, estado civil.
- Características da personalidade.
- Atitudes para com o trabalho.

Entre os situacionais salientam-se:

- As características do trabalho;
- As características das ocupações;
- As características organizacionais.

Apresentamos em seguida alguns dos preditores mais referenciados na literatura, nomeadamente (Gonçalves, 2013):

- 1) Ambiente físico do trabalho, por exemplo, o nível de ruído (Topf & Dillon, 1988) e o conforto físico percebido (Savicki & Cooley, 1987) revelam-se preditores significativos do *burnout*;
- 2) Conteúdo do posto de trabalho;
- 3) Desempenho de papéis e à ambiguidade e conflitos de papel;
- 4) Relações interpessoais, pois os estudos demonstram que a qualidade das relações formais e a ausência de coesão de grupo, podem desencadear *burnout* (e.g., Gaines & Jermier, 1983; Wade, Cooley & Savicki, 1986; Savicki & Cooley, 1987);
- 5) Novas tecnologias (Salanova, 2003);
- 6) Variáveis de clima organizacional, nomeadamente, a participação na tomada de decisão, autonomia, apoio social percebido, associam-se de forma negativa com o *burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Convém ainda salientar que têm vindo a ser estudadas variáveis de carácter pessoal (e.g., variáveis sociodemográficas, de personalidade e estratégias de *coping*) que promovem o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Relativamente às consequências do *burnout* estas não se centram unicamente nos indivíduos, atingem igualmente as organizações. Segundo Gonçalves (2013) são inúmeras as referências destas na literatura, nomeadamente:

- 1) Relações significativas e negativas entre *burnout*, satisfação laboral;
- 2) Aumento do absentismo
- 3) Há ainda estudos que apontam a intenção de abandono da organização;
- 4) Deterioração da qualidade de serviço;
- 5) Aumento do número de erros e acidentes de trabalho.

O *burnout* é um problema de saúde pública que pode ser devidamente prevenido. Apresentamos em seguida, as principais estratégias de prevenir este fenómeno.

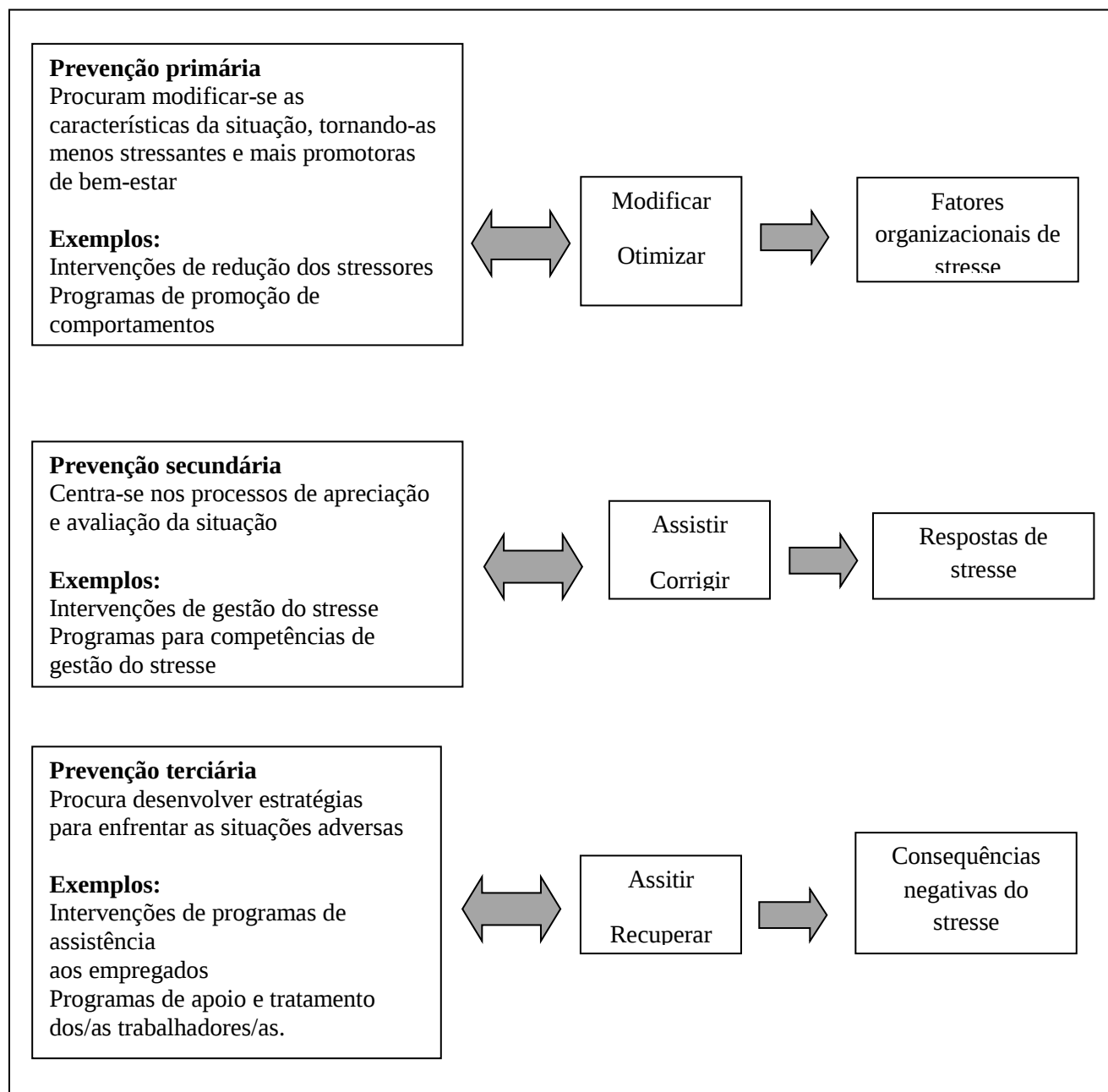
2.1.3. Prevenção do *Burnout*

Por estas razões tem vindo a ser criados programas de prevenção do *burnout*, a qual pode centrar-se ao nível das organizações, mudando, por exemplo, as condições de trabalho e das características das tarefas, como sobre os indivíduos, aumentando, por exemplo, as capacidades do trabalhador para lidar com as exigências do trabalho, desenvolvendo as suas competências, atitudes e comportamentos (Kompier, 2003, citado por Gonçalves, 2013).

As estratégias de prevenção podem ser primárias, secundárias ou terciárias consoante os objetivos a atingir. A figura 2.1. apresenta uma representação esquemática dos diferentes níveis de prevenção (Quick et al., 1992; Quick et al., 1997, 1987; Ramos, 2001; Murphy, 1988; Murphy & Sauter, 2004, citado por Gonçalves 2013).

Qualquer que seja o tipo de programa de prevenção este deve ser alicerçado numa fundamentação teórica e científica credível. Sendo igualmente importantes as fases subsequentes, de conceção, implementação e avaliação, implicando todos os intervenientes da organização ao longo do processo (Noblet & LaMontagne, 2009), para que o programa tenha sucesso e a eficácia pretendida.

Figura 2.1. – Representação esquemática de diferentes níveis de prevenção, adaptada de Gonçalves, 2013



2.2. *Engagement*

Mais recentemente o conceito de *burnout* tem sido frequentemente associado ao conceito de *engagement*, e é objeto de estudo no âmbito da psicologia da saúde ocupacional. Mas tal como o conceito de *burnout*, a definição do *engagement* não é ainda consensual na literatura. Coexistem duas perspetivas, a primeira oriunda do trabalho de Maslach e Leiter (1997) no qual o *engagement* é percecionado como o oposto do *burnout*. Ao contrário dos que sofrem de *burnout*, os/as trabalhadores/as com *engagement* tem maior vitalidade, sentem-se mais ligados ao trabalho, e sentem-se capazes em lidar com as condições adversas e exigentes do seu trabalho.

A outra perspetiva conceptualiza o *engagement* de forma independente e diferenciada em que se relaciona negativamente com o *burnout* (Schaufeli & Bakker, 2010). Este conceito remete para um estado mental positivo, preenchedor que se caracteriza por três dimensões: 1) Vigor; 2) Dedicção e 3) Absorção (Schaufeli, Salanova, González-Romá, and Bakker, 2002a).

Entende-se por *vigor* o elevado nível de energia e resiliência mental para continuar a investir esforço na realização das tarefas e resistir face às dificuldades.

A dimensão da *dedicção* é referente à atribuição de significado ao trabalho, que envolve entusiasmo, inspiração e orgulho e ainda no facto do trabalho constituir-se como um desafio constante.

Por último, a absorção é referente ao estado de *imersão* no trabalho, sendo algo que deixa feliz os indivíduos, sendo difícil que estes se distanciem do mesmo.

O *engagement* é um constructo que tem uma componente motivacional positiva com implicações no desempenho profissional dos indivíduos que se sentem mais inspirados, enérgicos e entusiastas (Schaufeli & Van Rhenen, 2008). Segundo Bakker (2009) existem quatro consequências para os indivíduos que têm “work engagement”, nomeadamente: 1) Sentem emoções positivas que originam novas ideias e a construção de recursos; 2) Têm uma melhor saúde permitindo-lhes canalizar toda a energia para o seu trabalho; 3) Procuram feedback e apoio para criarem novos recursos; e 4) Têm a capacidade de transmitir o seu envolvimento aos outros e aumentar o desempenho da equipa.

Em suma, é importante salientar que este conceito é relativamente recente e as suas explicações teóricas e empíricas são ainda reduzidas (Pinto & Chambel, 2008). Um dos modelos teóricos que faz a integração do *burnout* e do *engagement* é o Modelo das Exigências e dos Recursos (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001b), procurando explicar o desenvolvimento de cada um destes conceitos. Este modelo serve igualmente de base à construção do programa de prevenção que é apresentado neste trabalho na parte III.

2.3. Modelo das Exigências e Recursos do Trabalho

O Modelo de Exigências e Recursos do Trabalho (*Job Demands- Resources Model – JD-R*) foi desenvolvido em parceria por Wilmar Schaufeli e pelo Professor Arnold Bakker com o objetivo de demonstrar que as características do trabalho podem ter repercussões na saúde e bem-estar dos indivíduos. Este modelo procurou responder às limitações de modelos anteriores, explicando de forma integrada do *burnout* e do *engagement* (Jesus, 2009).

Este modelo tem como premissa central a ideia de que independentemente do tipo de trabalho e respetivas características do ambiente do trabalho estas podem ter implicações sobre o estado de saúde dos indivíduos, podendo dividir-se em duas grandes categorias opostas, constituindo os conceitos chave deste modelo: quer as exigências do trabalho e os recursos do trabalho (Bakker & Demerouti, 2007).

As exigências do trabalho referem-se aos aspetos físicos e psicológicos, sociais e/ou organizacionais do trabalho que exigem esforço continuado físico ou psicológico (cognitivo ou emocional) e estão desta forma associadas a determinados custos fisiológicos e ou psicológicos (Bakker & Demerouti, 2007). As exigências do trabalho podem constituir-se como stressores laborais quando o cumprimento dessas exigências requer um esforço elevado do qual os indivíduos não tenham recuperado adequadamente (Jesus, 2009).

Os recursos no trabalho caracterizam-se pelos aspetos físicos psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho, e que possibilitam a execução dos objetivos do trabalho e que possibilitam a redução das exigências do trabalho e consequentemente os custos físicos e psicológicos associados. Para além disso, esta categoria estimula o crescimento pessoal, a aprendizagem e o desenvolvimento (Bakker & Demerouti, 2007). Uma das características principais deste modelo é que enfatiza os recursos como importantes e necessários para lidar com as exigências do trabalho mas são promotores do desenvolvimento do próprio indivíduo. Deste modo, os recursos do trabalho podem ser postos não apenas ao serviço da organização no seu todo, mas também nas relações sociais e interpessoais, na organização do trabalho, e ainda ao nível da tarefa, facto que está em concordância com o Modelo das Características do Trabalho de Hackman e Oldham (1980), que salienta o fator motivacional dos recursos do trabalho a um nível de tarefa, incluindo a autonomia, o feedback e a relevância da tarefa (Gonçalves, 2013, Jesus, 2009). Encontra-se igualmente em consonância com a teoria da conservação dos recursos de Hobfoll, no sentido que a principal motivação do indivíduo é para a manutenção e acumulação dos recursos. É por esta razão que os recursos são valorizados por si

só nesta teoria, porque constituem-se meios para alcançar ou proteger outros recursos importantes (Jesus, 2009).

Uma das proposições centrais deste modelo é que existem dois processos psicológicos diferentes evocados pelas exigências do trabalho e os recursos do trabalho, nomeadamente:

- 1) o processo de deterioração de saúde, que se origina com as exigências do trabalho contínuas poderem esgotar os recursos de energia dos indivíduos e conduzir ao *burnout* e por sua vez conduzirem a um fraco desempenho profissional com impacto na organização;
- 2) o processo motivacional, que se inicia com a disponibilidade dos recursos do trabalho que estimulam a motivação, a criatividade dos indivíduos na forma de *engagement*, levando a um desempenho profissional positivo e com sentido de realização para os indivíduos.

Outra premissa deste modelo prende-se com o efeito interativo entre as variáveis no desenvolvimento do bem-estar dos indivíduos, visto que os recursos podem funcionar como amortecedores do efeito das exigências no bem-estar, como por exemplo, reduzindo o *burnout* (Demerouti et al., 2001). Voltamos a falar deste modelo no capítulo 5, aquando a apresentação do modelo teórico de processo.

A aplicabilidade deste modelo é vasta e permite-nos vários níveis de análise: nível das tarefas, social e organizacional, podendo esta torna-se exaustiva (Llorens et al., 2009).

O Modelo JD-R tem vindo também a ser alvo de diversas críticas por focalizar-se essencialmente ao nível das características do ambiente de trabalho. Por esta razão Bakker e Demerouti (2008) reformularam o modelo proposto acrescentando que os recursos do trabalho se relacionam, mutuamente, com os recursos pessoais (e.g., optimismo, auto-eficácia, resiliência e autoestima). Estes últimos são capazes de mobilizar os recursos do trabalho e originar resultados positivos para a saúde e para o desempenho do indivíduo (Gonçalves, 2013, Llorens et al., 2009).

Parte II

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

Capítulo 3 – Metodologia e Objetivos

Depois do enquadramento conceptual e teórico considerado relevante para a compreensão da temática em estudo, transita-se para o capítulo dedicado à avaliação de necessidades.

Após a revisão de literatura conclui-se que existem diferentes modalidades de intervenção ao nível do *burnout*, apesar dos resultados ainda não serem totalmente consistentes. No entanto, Awa, Plaumann e Walter (2010) referem, na sua revisão sobre programas de intervenção no *burnout*, que estes são benéficos para os participantes. Deste modo, consideramos que seria pertinente conceber uma avaliação de necessidades, com vista à conceção de um programa dirigido às AAD, e em simultâneo envolver igualmente as suas chefias.

3.1. Método

A metodologia qualitativa foi a escolhida, porque esta permite a recolha de informações culturalmente específicas sobre os valores, opiniões, comportamentos e contextos sociais de populações particulares. Sendo igualmente adequada aquando um diagnóstico de necessidades para a construção de uma proposta de um programa de intervenção.

3.1.1. Problemática e questão de partida

Enquanto psicóloga tenho trabalhado no contexto da psicogerontologia e desde do início constatei que os/as profissionais que mais tempo estão em contato com a população idosa nas respostas sociais são os/as AAD. Estes são responsáveis pela execução de tarefas de apoio às Atividades de Vida Diária¹, mas fornecem também suporte social e emocional.

Podemos afirmar que os/as AAD ao lidarem diariamente com pessoas idosas e em grande parte dependentes correm o risco de desenvolver a síndrome de *burnout*. Este risco advém do desgaste físico provocado pela satisfação das necessidades diárias dos/das utentes. Para além disso, desempenham ainda um papel complementar, visto que família em muitos casos é inexistente, ouvindo os problemas dos/das utentes e tentando arranjar uma solução que os deixe minimamente satisfeitos/as. Muitas vezes, com o acumular de esforço físico e psicológico estes/estas profissionais chegam a um estado de exaustão, afetando igualmente a componente organizacional – aparecimento

¹ Atividades de Vida Diária (AVD) - São atividades relacionadas com o autocuidado, a mobilidade, a alimentação, a higiene pessoal (banho, idas à casa de banho, controle de esfíncteres) e o vestir, despir, e calçar.

da síndrome de *burnout* – predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão (Benevides-Pereira, 2002, citado por Marques, 2013).

Por estas razões, torna-se imperioso criar soluções quer para os indivíduos quer para as organizações de modo a criar ambientes de trabalho saudáveis, diminuindo igualmente os níveis de absentismo dos colaboradores. Com este intuito este trabalho de projeto visa contribuir com uma proposta de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* junto destes profissionais.

3.1.2. Objetivos gerais e específicos

Os objetivos gerais deste trabalho de projeto consistem:

- a) **Desenvolver** uma proposta de um programa de prevenção de *burnout* e promoção do *engagement* baseado no modelo ocupacional de *Job Demands-Resources* (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014; Demerouti et al., 2001), para AAD que trabalham em Respostas Sociais para a população idosa.
- b) **Sensibilizar** as instituições que participam neste projeto para a temática do *burnout* e do *engagement* nos AAD.

Pretende-se com esta investigação conseguir atingir os seguintes objetivos específicos:

- a) **Caraterizar** em termos sociodemográficos as AAD.
- b) **Identificar** os níveis de *burnout* das AAD relativamente à Exaustão, à Despersonalização e à Realização Pessoal.
- c) **Identificar** os níveis de *engagement* das AAD.
- d) **Caracterizar** os aspetos negativos e positivos das tarefas realizadas pelas AAD.
- e) **Identificar** as principais estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano.
- f) **Enumerar** as sugestões dadas pelas AAD e elementos da coordenação técnica para um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*.

Para garantir a possibilidade de generalização da avaliação de necessidades, recolheram-se dados em três instituições diferentes, que se descrevem em seguida. Recorreu-se a três técnicas distintas para a recolha de dados, nomeadamente: o *Focus Group* (com as AAD), entrevistas semiestruturadas (com

responsáveis pelas AAD nas instituições) e questionários de caracterização das AAD e dos respetivos responsáveis que continham o consentimento informado.

Primeiramente apresentarei o enquadramento institucional, seguidamente farei a caracterização dos/das participantes envolvidos, o material utilizado, os respetivos procedimentos e finalmente será apresentada a análise de resultados.

3.2. Instituições envolvidas

As três instituições escolhidas para realizar os FG às AAD e as entrevistas aos/às respetivos técnicos/as localizam-se no distrito de Setúbal. A escolha recaiu sobre estas instituições por serem IPSS e por estarem obrigadas a critérios de qualidade (quer ao nível dos recursos materiais e humanos) pelo ISS.

A caracterização de cada instituição será focada sobre as respostas sociais e respetivos serviços que disponibilizam aos/às clientes e recursos humanos envolvidos, apresenta-se ainda o número de utentes por cada resposta social, o número de AAD e a média de idades dos utentes. Optou-se por não identificar cada instituição para garantir a confidencialidade dos dados.

3.2.1. Instituição L

A Instituição L. é uma IPSS e de Utilidade Pública, com sede em Setúbal, fundada em 1979. Presta apoio prioritariamente às pessoas mais carenciadas, através de diversas respostas sociais dirigidas a crianças e jovens, às famílias e à população idosa.

As respostas sociais para a população idosa funcionam num edifício construído de raiz, de forma a prestar um serviço de qualidade aos utentes. Esta área funciona sete dias por semana e divide-se em quatro tipos de apoio – Lar, Centro de Dia, SAD e Internamento na UCCI.

O quadro 3.1. apresenta os dados numéricos das diferentes respostas sociais.

Quadro 3.1. - *Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição L*

Respostas Sociais	Nº de AAD	Nº de utentes	Média de idades dos utentes
Lar Residencial	17 (incluiu as que só fazem a limpeza)	48	≥ 83 anos
C.D.	4	80	≥ 80 anos
SAD	10	60	Sem dados disponíveis
UCCI - UMDR	18	24	≥ 72 anos

No quadro 3.2. apresentamos uma breve descrição comparativa das quatro respostas sociais.

Quadro 3.2. - Descrição das Respostas Sociais da Instituição L

Respostas Sociais	Horário de funcionamento	Serviços disponibilizados (objetivos)	Grau de dependência (Patologias dos utentes)
Lar Residencial	365 dias por ano 24 horas	Assistir em permanência ou disponibilizar uma vigília noturna, impossível de obter no seu meio social, na sua habitação. Serviços de apoio às AVD e de enfermagem; apoio psicossocial. Atividades socioculturais e recreativas.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
C.D.	Segunda-feira a domingo 08h30 - 19h30	Disponibilizar diversos serviços, nomeadamente alimentação diária cuidados de higiene pessoal, o tratamento de roupas e a assistência médica e de enfermagem, o convívio e atividades ligadas à ocupação da pessoa idosa.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
SAD	Segunda-feira a sábado 08h00- 20h00	Prestar uma ajuda doméstica na residência da pessoa idosa, de acordo com as suas necessidades mantenha no domicílio. Contudo, esta resposta não é exclusiva para a população idosa.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
UCCI – UMDR	365 dias por ano 24 horas	Dirigida a pessoas com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, que necessitam de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, em regime de internamento de média duração, por situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico.	Elevado nível de dependência física Patologias: Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças oncológicas, acidentes de viação, úlceras de pressão

A principal diferença entre as quatro respostas sociais prende-se com a assistência de enfermagem, que no caso do Lar residencial e C.D. existe apenas durante a semana, sempre que identificada e solicitada pelas AAD. Enquanto no SAD esta assistência não se encontra disponível. Por outro lado, tendo em conta as características da UCCI que tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa, exige uma equipa técnica composta por enfermeiros, médicos, terapeutas, técnicas da área psicossocial e auxiliares de ação médica. As AAD trabalham em articulação direta com a equipa de enfermagem, sendo que as suas tarefas são essencialmente ao nível do apoio das AVD. Enquanto as AAD do Lar, C.D. e SAD para além das tarefas de apoio às AVD,

são responsáveis diariamente por dar a medicação, medir as glicémias e limpar feridas (neste caso ao fim de semana).

De referir que esta instituição disponibiliza formação anual às AAD de modo a responder às principais necessidades da instituição e das AAD. Estas AAD nunca tiveram qualquer formação no âmbito do *burnout* ou gestão de stresse.

3.2.2. Instituição A

A Instituição A. foi fundada por um grupo de trabalhadores da fábrica do concelho após esta ter fechado as portas. Este grupo de trabalhadores tinha como objetivo lutar pela construção de um lar para pessoas idosas, de modo, a promover a qualidade de vida da população idosa da freguesia da Amora. Neste momento, esta é uma associação de reformados e idosos do concelho do Seixal.

Ao longo de 28 anos esta instituição desenvolveu cinco respostas sociais destinadas em particular à população idosa, nomeadamente: Lar, C.D., C.C., SAD e UCCI.

O quadro 3.3. apresenta os dados numéricos das diferentes respostas sociais.

Quadro 3.3. - Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição A

Respostas Sociais	Nº de AAD	Nº de utentes	Média de idades dos utentes
Lar Residencial	18 + 1 encarregada ²	76	87
C.D.	18 + 1 encarregada	36	77
SAD	15	70	70
UCCI- ULDM	12	30	≥ 70 anos e 9 meses

No quadro 3.4. apresentamos uma breve descrição comparativa das quatro respostas sociais.

² O número de auxiliares nas respostas Lar e C.D. é igual, porque estas prestam apoio nas duas respostas.

Quadro 3.4. - Descrição das Respostas Sociais da Instituição A

Respostas Sociais	Horário de funcionamento	Serviços disponibilizados (objetivos)	Grau de dependência (Patologias dos utentes)
Lar Residencial	365 dias por ano 24 horas	Utilização temporária ou permanente, para a população idosa em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Serviços de apoio às AVD, assistência médica e de enfermagem; apoio psicossocial. Atividades socioculturais e recreativas.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
Centro de dia	Segunda-feira a sexta-feira 08h00 - 21h00	Disponibilizar diversos serviços de apoio às AVD, o tratamento de roupas e o convívio em atividades ligadas à ocupação e animação da pessoa idosa.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
SAD	Segunda-feira a sexta-feira 9:30h-17:30h	Prestar cuidados individualizados a pessoas idosas dependentes e/ou isolados ou inseridos em famílias, que por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou AVD.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
UCCI – ULDM	365 dias por ano 24 horas	Prestar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.	Elevado nível de dependência física Patologias: <i>Status</i> pós-AVC, Demências, Traumatismos Cranioencefálico (e de outros tipos), Psicoses Orgânicas

A principal diferença entre as quatro respostas sociais prende-se com a composição das equipas, sendo que tal como na instituição L., a UCCI é a resposta em que as AAD trabalham em conjunto com a equipa de enfermagem.

De referir que nesta instituição em todas as respostas ocorrem reuniões entre os responsáveis técnicos da resposta e as respetivas AAD. Para além disso, existe um plano de formação de modo a responder às necessidades da instituição e das AAD. Nesta instituição ocorreu inclusive uma formação sobre o *burnout* dirigida às AAD realizada por uma psicóloga.

3.2.3. Instituição LG

A Instituição LG. é uma I.P.S.S. desde 1991 do concelho de Almada. Tem como principais objetivos apoiar os doentes mais carenciados, apoiar o hospital local e assegurar proteção a grupos mais vulneráveis, jovens deficientes e população idosa.

A primeira resposta social a ser criada foi o SAD, posteriormente foram criadas outras respostas sociais de apoio à comunidade, nomeadamente às famílias.

Mais recentemente foram criadas três novas respostas sociais, uma UCCI (ULDM e UMDR) e Unidade Residencial.

Para além destas respostas sociais, a instituição disponibiliza uma clínica de ambulatório e vários serviços complementares como duas lojas de artigos de ortopédicos; uma parafarmácia e um gabinete de psicologia com seis psicólogas.

O quadro 3.5. apresenta os dados numéricos das diferentes respostas sociais.

Quadro 3.5. - Dados Numéricos das Respostas Sociais da Instituição LG

Respostas Sociais	Nº de AAD	Nº de utentes	Média de idades dos utentes
Unidade Residencial	23	64	80
SAD	15	105	82
UCCI - ULDM	11	30	76
UCCI –UMDR	11	30	76

No quadro 3.6. apresentamos uma breve descrição comparativa das quatro respostas sociais.

Quadro 3.6. - *Descrição das Respostas Sociais da Instituição LG*

Respostas Sociais	Horário de funcionamento	Serviços disponibilizados (objetivos)	Grau de dependência (Patologias dos utentes)
Unidade Residencial	365 dias por ano 24 horas	Destinada a pessoas com necessidades de acompanhamento e de cuidados diferenciados. Disponibiliza estadias diárias, temporárias ou permanentes, com a oferta de diversos serviços, apoio nas suas atividades diárias e de reabilitação: - Reabilitação pós AVC e Ortopédica; - Cuidados pós-operatórios com necessidades de convalescença; - Pós-internamento na sequência de episódios de doença aguda, crónica ou oncológica; - Descanso do cuidador.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas
SAD	Segunda-feira a sexta-feira 9:30h-17:30h	Prestar cuidados individualizados a pessoas idosas dependentes e/ou isolados ou inseridos em famílias, que por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária. Para além das AVD, são disponibilizados ainda os seguintes serviços: - Colaboração na prestação de cuidados de saúde; - Diligências ao exterior; - Acompanhamento Social; - Acompanhamento Psicológico; - Articulação com o Serviço de Fisioterapia da LAHGO; - Atividades de Animação Socioculturais; - Voluntariado; - Serviço de análises clínicas, através da recolha no domicílio.	Elevado nível de dependência física Patologias variadas

Quadro 3.6. - Descrição das Respostas Sociais da Instituição LG (Cont.)

Respostas Sociais	Horário de funcionamento	Serviços disponibilizados (objetivos)	Grau de dependência (Patologias dos utentes)
UCCI – UMDR	365 dias por ano 24 horas	Dirigida a pessoas com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, que necessitam de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, em regime de internamento de média duração, por situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico.	Elevado nível de dependência física Patologias: AVC, Fratura da anca, Úlceras de Pressão
UCCI - ULDM	365 dias por ano 24 horas	Prestar cuidados de saúde, de reabilitação, manutenção e reinserção social a pessoas com doenças crónicas, com diferentes graus de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.	Elevado nível de dependência física Patologias: AVC, insuficiência cardíaca, diabetes

Em relação ao SAD, a instituição optou por ter duas equipas com tarefas distintas, uma para as AVD e outra para as higiènes habitacionais. Como nas instituições anteriores a UCCI é a resposta em que as AAD trabalham em conjunto com a equipa de enfermagem.

É de referir que nesta instituição todas as AAD recebem uma formação inicial de 30 horas, de modo, a uniformizar os cuidados e a interiorizar a cultura organizacional. Para além disso, em cada resposta social existem reuniões periódicas com os responsáveis técnicos. A Unidade Residencial e a UCCI aproveitam o momento da passagem de turno para terem momentos formativos, enquanto o SAD tem reuniões semanais.

3.3. Participantes

3.3.1. Participantes no FG

Foi utilizada uma amostra por conveniência, composta por 21 AAD, pertencentes a três instituições de prestação de cuidados a pessoas idosas existentes no distrito de Setúbal, nas suas respostas sociais de Lar/C.D., SAD e UCCI.

A distribuição das participantes foi feita da seguinte forma nas três instituições: 1) L ($N=7$); 2) A ($N=6$) e 3) LG ($N=8$). O facto do número de participantes não ser homogéneo prendeu-se com a disponibilidade dos recursos humanos indicados por cada instituição. Os critérios de inclusão definidos foram: a) trabalharem há mais de um ano na instituição; b) trabalharem numa das seguintes

respostas sociais para a população idosa: i) SAD; ii) Estrutura residencial/lar iii) UCCI; c) estarem representadas AAD de cada uma das respostas sociais referidas anteriormente; d) a participação ser voluntária. Os critérios de exclusão foram: a) apresentação de limitações físicas ou cognitivas que impossibilitassem a resposta aos instrumentos que foram aplicados.

Quanto ao tratamento e a análise estatística dos dados estes foram realizados através do programa informático *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.

O objetivo visou a caracterização da amostra recorrendo-se à estatística descritiva que descreve sumariamente algumas características de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados. As estatísticas descritivas mais comuns incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão (Hill & Hill, 2002).

Relativamente às características sociodemográficas estas são apresentadas no quadro 3.7., em função do estado civil, habilitações, situação face ao emprego, etnia, número de filhos/as, dependentes a cargo, situação de emprego cônjuge e presença ou ausência de doença crónica.

Quadro 3.7. - Dados Sociodemográficos das AAD

Dados Sociodemográficos		
	Nº	%
Estado Civil		
Solteiro/a	2	9,5%
Casado/a - União de facto	15	71,4%
Divorciada/o ou Separado/a	4	19,0%
<i>Total</i>	21	100%
Habilitações		
1º Ciclo	3	14,3%
2º Ciclo	8	38,1%
Ensino Secundário	10	47,6%
<i>Total</i>	21	100%
Situação face ao emprego		
Empregado/a com contrato a termo certo	9	42,9%
Empregado/a efetiva	12	57,1%
<i>Total</i>	21	100%
Filhos		
Sim	20	95,2%
Não	1	4,8%
Nº de Filhos		
1		
2	11	52,4%
3	6	28,6%
	3	14,3%
<i>Total</i>	21	100%
Dependentes		
Sim		
Mãe	2	9,5%
Neta	1	4,8%
Não	18	85,7%
<i>Total</i>	21	100%
Cônjuge trabalha		
Sim	11	52,4%
Não	4	19,0%
<i>Total</i>	15	100%
Doença Crónica		
Sim		
Asma, Bronquite, HTA	1	4,8%
Lúpus	1	4,8%
Osteogénese imperfeita	1	4,8%
Rinite alérgica, asma, HTA	1	4,8%
Não	17	81,0%
<i>Total</i>	21	100%

Todas as participantes pertencem ao género feminino e são caucasianas. A idade mínima das participantes é de 26 anos e a idade máxima é de 58 anos (*Média*= 42,81; *SD*= 8,07). A maioria das AAD são casadas, tem como habilitações o ensino secundário e encontram-se efetivas nas respetivas instituições onde trabalham.

Relativamente à caracterização das AAD pelas respetivas respostas sociais estas distribuem-se do seguinte modo: a) SAD (*N*=7); b) Lar residencial (*N*=8) e c) UCCI (*N*=6). Em termos de anos de experiência nesta profissão, apresenta-se intervalo com um mínimo de 1 ano e um máximo de 24 anos, sendo que 10 anos de experiência é o tempo com maior percentagem nesta amostra (19%). Cerca de 52,4% (*N*=11) das AAD já tinha trabalhado numa outra resposta social anteriormente, enquanto 47,6% (*N*=10) nunca tinham trabalhado nesta área.

Quanto ao horário semanal, o número médio de horas semanais situa-se no intervalo de 35 a 38 horas, sendo que as 37 horas semanais é o horário com maior percentagem (47,6%). Quanto ao tipo de horário em que trabalham, 66,7% (*N*=14) das AAD trabalham em horário rotativo, enquanto 33,3% (*N*=7) em horário fixo.

3.3.2. Ausências do trabalho

Perspetiva das AADs

No que respeita a baixas médicas derivadas a problemas relacionados com o stresse profissional nos últimos 12 meses, 14,3% (*N*=3) das AAD responderam positivamente. O período de baixa encontra-se situado no intervalo entre 5 dias a 4 meses. As restantes AAD 85,7% (*N*=18) responderam que não estiveram de baixa médica devido a problemas de stresse profissional. Relativamente a irem trabalhar doentes no último ano, responderam do seguinte modo: 1) Nunca - 47,6% (*N*=10); 2) Raramente - 23,8% (*N*=5); 3) Algumas vezes – 19% (*N*=4); e - d) Bastantes vezes – 9,5% (*N*=2). As razões de irem trabalharem são diversas, nomeadamente: Alergias, bronquite, asma, dores crónicas, Febre. Gripe Náuseas, febre Rinite alérgica, asma.

Em termos de absentismo a maioria das AAD responderam que no último ano nunca faltaram ao serviço 76,2% (*N*=16), sendo que 4,8% (*N*=1) respondeu que no último ano faltou raramente e 19% (*N*=4) responderam que no último ano faltaram algumas vezes ao serviço. Existem diversas razões que motivaram estas ausências, nomeadamente: a) Assistência à família (filho) – 4,8%; b) Doença/apoio à família – 4,8%; c) Neurocirurgia canal cárpico – 4,8%; e d) Operação às varizes – 4,8%. Quando questionadas se tinham faltado ao trabalho no último mês 90,5% (*N*=19) das AAD,

responderam que nunca o tinham feito e apenas 9,5% ($N=2$) das AAD responderam que raramente tinham faltado ao trabalho no último mês.

Quanto a deixar a instituição caso possível, a maioria das AAD respondeu que não o faria, ou seja, 95,2% ($N=20$), em contrapartida, apenas uma AAD respondeu que estaria disposta a deixar a instituição 4,8% ($N=1$). Por último, à questão se mudariam de profissão, 85,7% ($N=18$) das AAD responderam de modo negativo em contraponto com 14,3% ($N=3$) das AAD estariam dispostas a mudar de profissão.

Perspetiva da Coordenação das AAD

Em termos de absentismo segundo os/as oito coordenadores/as no último mês, 50% respondeu que raramente faltaram ao serviço, sendo que 10% respondeu algumas vezes. Os/As restantes coordenadores/as não responderam. São várias as razões que levam as AAD a faltarem, nomeadamente: a) assuntos pessoais; b) baixa médica; c) consultas/baixas médicas; d) doença e e) acidente de serviço.

No que respeita às AAD irem trabalhar doentes no último ano, os/as 8 coordenadores/as referiram que esta situação aconteceu algumas vezes (40%). As doenças com que as AAD foram trabalhar segundo os/as coordenadores/as foram as seguintes: a) constipações; b) gripes c) dores musculares; d) viroses; e) dores lombares e f) ombro doloroso.

Por último, quando questionados acerca da possibilidade das AAD poderem sair da instituição apenas metade dos/das coordenadores responderam a essa questão. Sendo que a maioria (30%) que respondeu afirmou que se manteriam na mesma instituição.

Trata-se assim de uma amostra de profissionais experientes, empenhadas ao trabalho que realizam e que representam bem a diversidade das respostas sociais existentes em Portugal.

3.3.2. Participantes nas entrevistas individuais

De modo a obter uma visão mais abrangente acerca do *burnout* nas AAD que trabalham com a população idosa, foi decidido auscultar os/as coordenadores/as das respetivas respostas sociais e ainda dois psicólogos de cada instituição.

Apresenta-se em seguida a sua respetiva caracterização.

Os/as entrevistados/as foram no total 10, 8 coordenadores/as respetivamente e 2 psicólogos, que se disponibilizaram igualmente a participar neste projeto. A distribuição dos/das participantes foi feita da seguinte forma nas três instituições: 1) L ($N=2$); 2) A ($N=4$) e 3) LG ($N=4$). O facto do número de participantes não ser homogéneo prendeu-se com a disponibilidade dos/das coordenadores/as de cada instituição.

Relativamente às características sociodemográficas estas são apresentadas na quadro 3.8., em função do estado civil, habilitações, situação face ao emprego e resposta social em que trabalham na atualidade.

A maioria dos/das entrevistados/as pertencem ao género feminino (80%), sendo que os restante 20% são do género masculino. A totalidade destes participantes são caucasianos. Quanto à idade, a mínima é de 28 anos e a máxima é de 51 anos ($Média= 38,4$; $SD= 8,4$). A maioria é são casada e tem como habilitações o ensino superior.

Relativamente ao tempo em que trabalham na respetiva resposta social o tempo mínimo é de 2 anos e o máximo de 17 anos ($Média=7,1$; $SD= 6,1$).

Quadro 3.8. - Dados Sociodemográficos dos/das Coordenadores/as e Psicólogos/as

Dados Sociodemográficos		
	Nº	%
Estado Civil		
Solteiro/a	2	20,0%
Casado/a - União de facto	6	60,0%
Divorciada/o ou Separado/a	2	20,0%
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0%</i>
Habilitações		
Ensino Secundário	1	10,0%
Ensino Superior	9	90,0%
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0%</i>
Área do Curso Superior		
Especialidade em enfermagem de reabilitação	1	10,0%
Licenciatura - Psicologia Clínica	2	20,0%
Licenciatura Enfermagem médico-cirúrgica	1	10,0%
Licenciatura Serviço Social	2	20,0%
Licenciatura Serviço Social/Mestrado Psicologia	1	10,0%
Mestrado Integrado em Psicologia Clínica	1	10,0%
Não respondeu	9	100,0%
<i>Total</i>		
Situação face ao emprego		
Empregado/a a recibos verdes	1	10,0%
Empregado/a com contrato a termo certo	2	20,0%
Empregado/a efetiva	7	70,0%
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0%</i>
Resposta Social em que trabalha atualmente		
SAD	3	30,0%
Centro de Dia/Lar residencial	1	10,0%
Centro de Dia/UCCI	1	10,0%
Lar residencial	1	10,0%
Lar residencial/UCCI	1	10,0%
UCCI	2	20,0%
UCCI+Recrutamento	1	10,0%
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0%</i>

3.4. Instrumentos

3.4.1. Os *Focus Groups*

A escolha da técnica de *Focus Groups* (FG) prende-se com o facto de esta técnica permitir a discussão com tópicos específicos e de modo estruturado entre os participantes e o/a investigador/a.

Masadeh (2012) refere que esta técnica tem como mais-valia a sua capacidade de gerar em profundidade *insights* sobre um tópico de uma maneira eficiente e oportuna. Apesar de algumas das limitações e obstáculos logísticos envolvidos, esta é vista como eficaz em comparação com outros métodos.

Foram realizados três FG com 21 AAD de três instituições com respostas sociais para a população idosa, tendo-se realizado um Guião do FG. O Guião do FG (ver Anexo A) incluía 3 partes. A primeira parte consistiu na apresentação dos objetivos do FG [e.g.: “(...) vamos concentrar-nos sobre as exigências do vosso trabalho e sobre os respetivos recursos disponibilizados pela instituição, mas igualmente sobre os vossos recursos pessoais. Falaremos ainda sobre o que vocês pensam sobre um programa de prevenção do burnout e promoção do engagement direcionado a profissionais que desempenham as mesmas funções. (...)”].

A segunda parte centra-se na caracterização das exigências e recursos das AAD. As primeiras questões colocadas foram relativas à caracterização das tarefas desempenhadas [e.g.: “O que pensam acerca das tarefas que envolvem o vosso trabalho?; Podem indicar quais os aspetos mais negativos referentes às tarefas que desempenham no vosso trabalho?; Que aspetos positivos encontram no vosso trabalho?; (...) quais são as principais necessidades que sentem ao desempenhar as vossas funções?]. A seguir foram colocadas as questões relativas aos recursos da organização [e.g.: “Podem indicar-me quais os recursos (físicos e materiais) que a vossa instituição disponibiliza-vos para o desempenho das vossas funções?”]. Continuando a aprofundar as questões dos recursos as AAD foram convidadas a discutir/refletir acerca dos seus recursos pessoais [e.g.: “O que é que fazem para lidar com o stress profissional?; Que atividades prazerosas realizam no vosso dia a dia?(...)”]. Por último foram colocadas questões sobre o programa de intervenção [e.g.: “(...) na vossa opinião, como deveria ser um programa de prevenção do burnout e promoção do engagement (que atividades deveria ter; com que frequência; em que modalidade (presencial, à distância, ou em ambos os formatos)... ”].

A última parte do guião é dedicada ao encerramento do FG. Os FG tiveram em média a duração de 60 minutos, foram gravados através de um gravador áudio e com permissão das AAD e posteriormente transcritas (Anexo A). Posteriormente realizou-se a respetiva codificação das

principais categorias e das respectivas subcategorias que apresentam-se num respetivo dicionário que se encontra no Anexo D. Esta codificação permitiu orientar a análise de conteúdo.

3.4.2. Material

3.4.2.1 Questionários

Foram passados três questionários às AAD: Questionário Sociodemográfico AAD, *Maslach Burnout Inventory* e *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). Todas as participantes foram informadas no que respeita a investigação do estudo e esclarecidos sobre a confidencialidade dos dados (Anexo B).

a) Questionário Sociodemográfico AAD

Este instrumento foi construído com base na revisão de literatura efetuada, com o objetivo de uma caracterização sociodemográfica destas profissionais. Este questionário integra questões com vista à recolha de dados biográficos dos/das participantes: idade, sexo, habilitações literárias, profissão, estado civil e existência de filhos/as e informação relativa à sua formação e experiência profissional.

O questionário sociodemográfico consta no Anexo B.

b) *Maslach Burnout Inventory* – (MBI- ES)

Utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI, de Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), constituído por 22 itens numa escala de *Likert* de 7 pontos, que variam de 0 (“nunca”) a 6 (“todos os dias”). Este inventário abrange três dimensões: a exaustão emocional, despersonalização e a realização pessoal (Anexo B).

O *burnout* é conceptualizado enquanto variável contínua, podendo ser classificado como baixo, médio e alto. Deste modo, as pontuações baixas indicam valores abaixo dos 34 e a fiabilidade da escala ronda os 0,9.

A obtenção de pontuações elevadas nas subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e de pontuações baixas na subescala de “Realização Pessoal” é indicadora de *burnout* de nível alto. O nível médio de *burnout* é representado por valores médios nos scores das três subescalas. Resultados baixos nas subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e resultados elevados na subescala de “Realização Pessoal”.

O *Alpha de Cronbach*, visa avaliar a estabilidade interna do MBI-ES, revelando no total das 25 questões um valor de 0,90, na subescala “Exaustão Emocional” 0,79 para a subescala “Despersonalização” 0,77, e para a “Realização Pessoal” 0,71 (Maslach & Jackson, 1986).

Os resultados da consistência interna (Quadro 3.9) do presente estudo são semelhantes aos obtidos pelos autores do respetivo instrumento (“Exaustão Emocional”= 0,881; “Despersonalização”= 0,755 e na “Realização Pessoal”= 0,723).

Quadro 3.9. - Análise Psicométrica do MBI-ES

Subescalas	N	Média	DP	Nº Itens	α
Exaustão Emocional	21	17,2	11,5	9	0,881
Despersonalização Pessoal	21	6,5	6,9	5	0,755
Realização Pessoal	21	37,8	6,09	8	0,723

c) *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES)

Com o advento da psicologia positiva os aspetos positivos da saúde e bem-estar começaram a ser alvo de investigação na Psicologia da Saúde Ocupacional. Um desses aspetos positivos é o *engagement* no trabalho, que é considerado o oposto do *burnout*. Enquanto os/as profissionais que possuem *burnout* sentem-se exaustos e desumanizados, os seus semelhantes sentem-se vigorosos e entusiasmados em relação ao trabalho, ou seja, com *engagement* pelo trabalho.

Tendo em conta estes aspetos, Schaufeli & Bakker (2003) construíram um questionário de autoresposta para avaliar o *engagement* - *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) que inclui os três aspetos constituintes: vigor, dedicação e absorção. Segundo os autores, os resultados psicométricos confirmam a validade fatorial do UWES – nomeadamente ao nível das três escalas que estão altamente relacionadas. Para além disso, esse padrão de relacionamento é observado entre amostras de diferentes países. Isto significa que o *engagement* é um constructo que consiste em três aspetos intimamente relacionados e que pode ser usado um *score* total.

A versão portuguesa é denominada questionário de bem-estar e trabalho (UWES) constituído por 17 itens de resposta tipo *Likert*, de 7 pontos, que variam desde 0 (“nenhuma vez”) a 6 (“todos os dias”) e estão organizados em três subescalas, de acordo com as dimensões do construto: vigor, dedicação e absorção. A presença de *engagement* implica pontuações elevadas nas três subescalas. O *Alpha* de *Cronbach* encontrado para este questionário foi de 0,881.

Este instrumento encontra-se no Anexo B.

3.4.2.2.As entrevistas individuais

As entrevistas individuais foram realizadas a oito coordenadores/as e a dois psicólogos. O tipo de entrevista escolhida foi a semiestruturada. Este tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, onde o/a entrevistado/a tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Em geral, são conduzidas a partir de um guião que constitui o instrumento de gestão da entrevista.

O guião de entrevista quer para os coordenadores quer para os psicólogos foi o mesmo e encontra-se no Anexo C.

A duração média das entrevistas foi de 45 minutos.

Por indisponibilidade de tempo de cinco das pessoas a entrevistar foi-lhes fornecido o guião em formato de questionário, sendo respondido por escrito (Anexo C). As restantes entrevistas foram gravadas através de um gravador áudio e com a permissão dos/das entrevistados/as e posteriormente transcritas para análise.

Para além da entrevista, todos/as os/as coordenadores/as preencheram um questionário sociodemográfico com vista à recolha de alguns dados biográficos dos mesmos.

3.5. Procedimento

Este trabalho de projeto consistiu em 5 fases que se encontram apresentadas de modo sucinto no quadro 3.10.

Quadro 3.10. – *Fases do Trabalho de Projeto*

Fases	Objetivo	Procedimento	Prazo de execução
Fase 1	Realizar revisão de literatura	Revisão de literatura e construção dos guiões de FG, guiões de entrevista semiestruturada dos/das coordenadores/as e psicólogos e guiões sociodemográficos para as AAD e coordenadores/as.	2 meses
Fase 2	Contactar instituições alvo	Ocorreram os primeiros contatos institucionais via <i>email</i> onde se apresentaram os objetivos do trabalho de projeto, a solicitação dos/das participantes e os respetivos critérios de inclusão e exclusão dos participantes.	1 mês
Fase 3	Solicitar a autorização para a realização dos FG	A autorização da realização dos FG às AAD, não foi obtida do mesmo modo. Na instituição L, bastou o envio do <i>email</i> e autorização foi dada pela direção da instituição. Nas outras duas instituições, A e LG foram realizadas reuniões prévias de modo a esclarecer os responsáveis das mesmas sobre os propósitos deste trabalho de projeto.	2 meses
Fase 4	Realizar 3 FG às AAD	O recrutamento dos/as participantes foi baseada nos critérios de inclusão enviados previamente a cada instituição. Os FG foram realizados em datas indicadas por cada instituição e no horário de maior conveniência.	3 meses

Quadro 3.10. – *Fases do Trabalho de Projeto (Cont.)*

Fases	Objetivo	Procedimento	Prazo de execução
Fase 4 (cont.)	Realizar 3 FG às AAD	A todos/as participantes foram apresentados os objetivos do estudo, garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e efetuada a recolha das assinaturas do consentimento informado e respetivas autorizações para gravar o FG. Foi no final da sessão dos FG que foram passados os seguintes Questionário Sociodemográfico AAD, <i>Maslach Burnout Inventory</i> e <i>Utrecht Work Engagement Scale</i> (UWES). Após a realização dos FG foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos/das coordenadores/as e psicólogos as entrevistas semiestruturadas. Não foi possível entrevistar todos/as coordenadores/as por indisponibilidade de tempo destes/as. A todos/as os/as participantes foram apresentados os objetivos do estudo, garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e efetuada a recolha das assinaturas do consentimento informado e respetivas autorizações para gravar as entrevistas.	3 meses
Fase 5	Realizar entrevistas aos coordenadores/as das AAD e psicólogos	Transcrever as entrevistas e os <i>Focus Group</i>. Análise de resultados – construção dos dicionários de categorias e subcategorias.	2 meses

De referir que o período mais alargado prendeu-se com a recolha dos dados. Assim, os primeiros contactos institucionais iniciaram-se no mês de março de 2015. Sendo que na instituição L, bastou o contacto por *email* para se realizar todo o processo, e já nas restantes instituições foram necessárias reuniões presenciais com os respetivos psicólogos, de modo, a explicar os objetivos deste trabalho. Estes elementos foram uma mais-valia em toda a fase de recolha de dados, e funcionaram como elementos de ligação entre a investigadora e as respetivas instituições.

Os *Focus Group* foram realizados entre abril e junho de 2015. A recolha de dados junto dos coordenadores das AAD ocorreu entre o mês de junho e julho de 2015. Estes períodos temporais deveram-se essencialmente à disponibilidade das próprias instituições.

Capítulo 4 - Resultados

4.1. Análise de conteúdo FG às AAD

De acordo com a análise de conteúdo dos dados dos FG, resultaram 438 unidades de análise. Estas foram organizadas em quatro categorias, que dizem respeito às temáticas das questões que constituíram o guião do FG, nomeadamente:

- 1) aspetos negativos das tarefas;
- 2) aspetos positivos das tarefas;
- 3) estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano;
- 4) sugestões para um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*.

Para cada uma destas categorias foram definidas um total de 46 subcategorias, estas dizem respeito à categorização das respostas das participantes a cada uma das categorias destacadas anteriormente. Estas distribuem-se da seguinte forma, para a *categoria 1* referente aos aspetos negativos das tarefas foram definidas 22 subcategorias, para a *categoria 2* relativa aos aspetos positivos das tarefas foram criadas 6 subcategorias, para a *categoria 3* pertencente às estratégias foram definidas 11 subcategorias e por último a *quarta categoria* relativa às sugestões foram criadas 7 categorias. As unidades de análise são os exemplos de resposta das participantes da amostra a cada das subcategorias, de modo, a ser possível contabilizar as respetivas frequências.

O quadro com o sistema de categorias e subcategorias definido encontra-se no Anexo D.

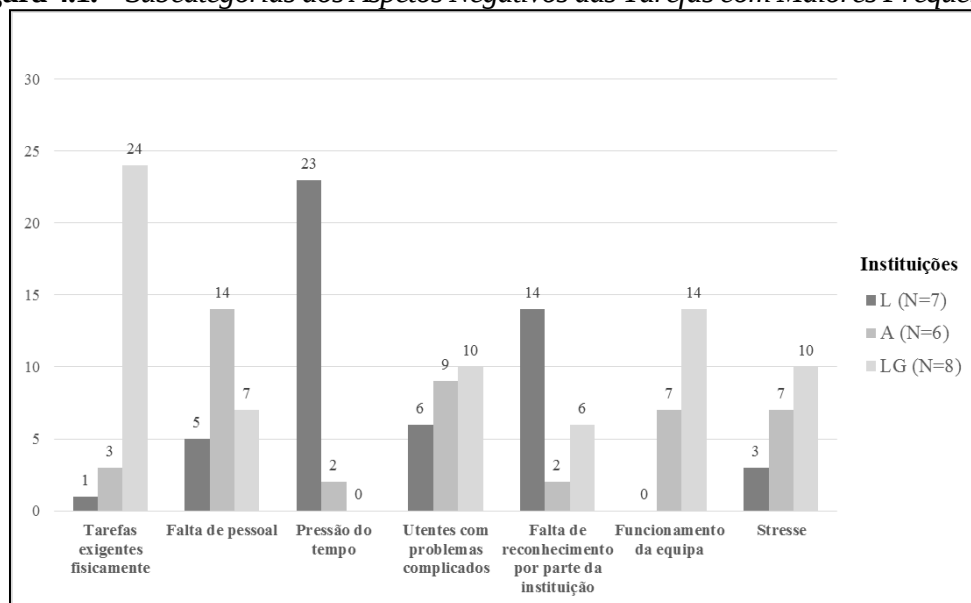
Categoria 1 – Aspetos negativos das tarefas

Considerando esta categoria passaremos a descrevê-la tendo em conta os seus conteúdos e frequências, descrevendo as suas respetivas subcategorias.

Relativamente aos aspetos negativos das tarefas esta categoria apresenta o maior número de subcategorias ($N=22$) que totalizam 260 unidades de análise (59,4%).

As sete subcategorias com maior número de frequências foram por ordem decrescente: 1) Tarefas exigentes fisicamente; 2) Falta de pessoal; 3) Utentes com problemas complicados; 4) Pressão do tempo; 5) Falta de reconhecimento por parte da instituição; 6) Funcionamento da equipa; e 7) Stresse.

Figura 4.1. – Subcategorias dos Aspetos Negativos das Tarefas com Maiores Frequências



Os resultados de todas as subcategorias da categoria 1 encontram-se no Anexo 5.

Estes dados são consonantes com uma realidade profissional exigente física e psicologicamente e que provoca baixas médicas com alguma frequência. Segundo Monteiro, Queirós & Marques (2014) os cuidadores formais de pessoas idosas exercem uma atividade que implica um trabalho direto e de continuidade com pessoas que estão numa situação de dependência e vulnerabilidade física, cognitiva e social ou de doença crónica ou terminal (Cocco, 2010; Zamora & Sánchez, 2008). Deste modo, podemos afirmar que esta profissão ao longo do tempo pode transformar-se numa tarefa árdua e complexa resultante das exigências do ato de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, podendo surgir situações de stresse no trabalho (Ribeiro et al., 2009, citado por Monteiro, Queirós & Marques 2014). Nos FG este aspeto foi a subcategoria com maior frequência dos mais referidos ($N=28$), tendo a instituição LG o maior contributo para este resultado: [e.g.: “*Além dos utentes, as próprias tarefas são exigentes (...).*” - Instituição LG.].

Outro dos aspetos referidos de forma muito frequente foi a falta de recursos humanos ($N=26$) que condiciona a ação das AAD. Este aspeto fá-las sentirem-se numa espécie de linha de montagem, e deste modo, sentem-se por isso pressionadas, sem tempo para tudo o que tem de fazer, acrescentando o facto de os utentes terem um nível de dependência muito elevado nas diferentes respostas sociais, algo que tem vindo a sentir-se nos últimos anos: [e.g.: “*(...) eu acho que antigamente as pessoas vinham para o lar ainda autónomas, agora devido à crise os filhos vão mantendo em casa. Só quando chega aquela altura em que não podem cuidar deles, já nem com o apoio domiciliário é que recorrem aos lares.*” - Instituição A.]. Foram as AAD da instituição A. que mais ênfase deram a este aspeto, tão

pertinente e que leva a outro fator com grande relevância que é a pressão do tempo face ao número de tarefas a desempenhar. A pressão do tempo teve uma frequência de ($N=25$), que conduz a situações geradoras de stresse. As AAD da instituição L. foram as que mais contribuíram para este valor.

Este aspeto influencia a prestação de cuidados, algo que as AAD referem, mencionando que tem pouco tempo para o que é mais importante que é estar com os utentes: [e.g.: “*Falta de tempo para cuidar do utente, ele tem de ter mais tempo, para nós podermos dar mais atenção, mais carinho... que é o que ele deve de ter!*” - Instituição LG], [e.g.: “*(...) Nós devíamos de ter tempo para dar mais atenção e não conseguimos.*” - Instituição A.]. Para além da falta de tempo, outro aspeto negativo apontado foi relativo aos utentes terem diversas problemáticas e níveis de dependência muito elevados ($N=25$): [e.g.: “*(...) nós temos muitos utentes de oncologia e, portanto, com AVC, pessoas que estão inutilizadas há 16 anos.*” - Instituição LG].

Outro aspeto com destaque foi a falta de reconhecimento por parte da instituição do trabalho desenvolvido pelas AAD ($N=22$). Estas sentem que não tem voz, e que as hierarquias superiores (nomeadamente os membros da direção destas organizações) não querem saber delas nem do seu bem-estar: [e.g.: “*(...) Estamos desmotivadas porque não nos dão valor.*” - Instituição L.], [e.g.: “*(...) não existe disponibilidade de proporcionar esse bem estar aqui ao profissional, (...).*” - Instituição LG.].

A penúltima subcategoria com maior frequência foi o funcionamento da equipa ($N=21$) que neste caso é considerado como um aspeto negativo porque a dinâmica dos diversos elementos, contribui para sobrecarregar apenas algumas das AAD, como foi relatado em dois FG, nomeadamente nas instituições A e LG, sendo nesta última aquela em que as AAD mais se queixaram acerca deste aspeto: [e.g.: “*(...) não vamos aqui a fingir que são todas umas grandes equipas e todas para o bom, não. E às vezes acho que as auxiliares deveriam colaborar todas da mesma forma, e não fazem isso. Há auxiliares que têm o cuidado de fechar o turno, mas outras auxiliares que empurram com a barriga e as que vêm a seguir que façam.*” – Instituição LG].

A última subcategoria com maior frequência foi relativa ao stresse ($N=20$), o que nesta profissão é algo que pode surgir derivado ao número de tarefas a executar e face às exigências físicas e psicológicas que estas tarefas remetem.

É ainda de salientar que existiram mais quatro subcategorias com frequências significativas, particularmente: 1) Tarefas para as quais não tem formação; 2) Falta de equipamentos; 3) Controlo da instituição; e 4) Relação com as famílias.

As três subcategorias referidas anteriormente tiveram essencialmente o contributo da instituição L., em que as AAD referiram de modo muito enfático e como algo muito negativo e contribuindo para terem muito stress. A subcategoria que diz respeito às tarefas para as quais não tem formação ($N=16$) foi mencionada muitas vezes pelas AAD da instituição L, como uma preocupação e uma responsabilidade: [e.g.: “(...) a gente faz: damos medicação, damos insulina, fazemos tudo.”]. Para estas profissionais o ideal seria que estas tarefas ficassem a cargo da enfermagem.

Relativamente, à falta de equipamentos ($N=14$) esta foi apontada quer pelas AAD das instituições L e A, sendo que as necessidades ao nível de recursos materiais é sentida de modo diferentes pelas AAD destas duas instituições: [e.g.: “(...) há poucos carros para ir para a rua. Na maior parte das vezes andamos a pé.” - Instituição L.], [e.g.: “À segunda-feira há falta de material também (...).” - Instituição A.].

Quanto à subcategoria acerca do controlo da instituição esta é uma particularidade sentida pelas AAD da instituição L, que sentem que esse controlo é feito ao nível da execução das suas tarefas: [e.g.: “(...) fazes 2 idosos num terminal, e fica tudo registado (...). É o controlo, o gps (...).” - Instituição L.]. Este aspeto é vivenciado em particular pelas AAD que trabalham no lar e no SAD.

Categoria 2 – Aspetos positivos das tarefas

Relativamente aos aspetos positivos das tarefas esta categoria apresenta o menor número de subcategorias ($N=6$) comparativamente com as outras três categorias, totalizando apenas 75 unidades de análise (17,1%).

As duas subcategorias com maiores frequências foram por ordem decrescente: 1) Contato com os utentes ($N=38$) e 2) e Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD ($N=12$).

Estes resultados espelham o que foi verbalizado nos FG com as AAD. Apesar de desempenharem tarefas exigentes do ponto de vista físico e psicológico, foi evidente que estas profissionais sentem-se especiais por poderem ajudar os seus utentes: [e.g.: “Fazemos alguma diferença pelo menos na vida das pessoas.” - Instituição L.], [e.g.: “É como se fizéssemos uma boa ação todos os dias, vou para casa com essa sensação, não é?” - Instituição A.]. Foi referido ainda que sentem pena de não poderem estar mais tempo com eles, derivado à pressão de tempo que tem. De referir que, esta subcategoria é a que apresenta a frequência mais elevada em relação a todas as outras categorias. Podemos inferir que, apesar das dificuldades que a prestação de cuidados às pessoas idosas acarreta, isso não impede que estas profissionais gostem da sua profissão e se sintam realizadas: [e.g.: “Já tive várias profissões, neste momento é a que eu gosto mais. Não trocava por mais

nenhuma”; *“Sinto, sinto-me também realizada (...) finalmente! Estou aqui há 4 anos e estive antes no apoio domiciliário, a fazer limpezas no particular, durante muito tempo, e não trabalhei nesta área, mas não me sentia tão realizada como me sinto agora, faço o que gosto de fazer.”* – Instituição A.]

A segunda subcategoria com maior frequência e com um contributo exclusivo da instituição LG refere-se à “Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD”. Este aspeto é claramente uma particularidade desta instituição, visto que quer as AAD quer os seus respetivos coordenadores revelam ser uma estratégia com eficácia no sentido de transmitir informações relevantes sobre como melhorar o desempenho profissional das AAD, mas serve igualmente para estas serem ouvidas pelas chefias intermédias, dando-lhes a sensação que elas são importantes, algo que contrasta com o que estas sentem relativamente à direção da instituição: [e.g.: *“Os nossos superiores logo junto de nós, sim. Preocupam-se connosco porque vivem o dia a dia, os nossos problemas, estão no terreno. A partir daí existe um fosso.”*].

Categoria 3 – Estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano

Quanto às estratégias utilizadas esta categoria apresenta o segundo maior número de subcategorias ($N=11$), totalizando 45 unidades de análise (10,3%).

As duas subcategorias com maiores frequências foram por ordem decrescente: 1) Atividade física ($N=9$) e 2) Estar com a família e/ou com amigos/as ($N=7$).

Tendo em conta que a rotina profissional das AAD é extremamente exigente e provoca-lhe stresse, é francamente positivo verificar que estas utilizam diferentes estratégias no seu quotidiano para lidar com o stresse profissional. Estes resultados mostram que os seus recursos pessoais estão ativados, e de que podem contribuir como fatores protetores do desgaste contínuo da sua profissão.

Doravante, uma das estratégias mais referenciada foi a atividade física, nomeadamente caminhadas: [e.g.: *“(...)fazer uma caminhada”* – Instituição LG], [*“Eu saio, vou caminhar, ou vou ao ginásio (...)”*; *“É uma coisa que me alivia, eu estou muito cansada vou fazer exercício físico e saio de lá com outra energia que não tinha antes. Pilates principalmente”* – Instituição A], sendo que foram as AAD da instituição A, que maior contribuíram para este resultado.

Tem sido desenvolvidas diversas teorias para explicar os fatores que fazem a mediação entre o exercício físico e o estado psicológico. Estas teorias sugerem que a realização de atividade física provoca uma libertação de endorfinas e um aumento dos níveis da norepinefrina do cérebro que se supõe serem causa da depressão, ou seja, a prática regular de exercício físico conduz a uma boa saúde

psicológica (Ogden, 2004). Por outro lado, também é sugerido nestes estudos que a melhoria no estado psicológico está correlacionada com a atividade social frequentemente ligada ao exercício físico.

Deste modo, esta estratégia utilizada pelas AAD pode contribuir como fator protetor relativo ao stress profissional.

A segunda subcategoria com maior frequência foi relativa às AAD estarem com a família e/ou amigos/as. De referir que as relações sociais são uma necessidade básica e fundamental para o bem-estar dos indivíduos. Esta estratégia na literatura é referenciada como apoio social, e existem evidências de como este aspeto contribui de modo positivo para a saúde, nomeadamente ao nível da função imunológica (Sousa, Lima, & Barbosa, 2014; Cohen, 2004; Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin, & Gwaltney, 1998) e doenças cardiovasculares (Wang, Mittleman, Orth-Gomer, 2005).

Para além deste aspeto, o apoio social tem sido relacionado com um decréscimo da resposta de stress e consequentemente redução de doença (Ogden, 2004). A Teoria da Conservação dos Recursos (Hobfoll, 1989, 2002) mostra ainda que quem tem mais recursos (neste caso recursos situacionais), tem mais capacidade para adquirir mais (“espiral de ganhos”) (Hobfoll, 2002) aumentando o seu bem-estar. Assim, as AAD que tem um maior apoio social podem ter um maior bem-estar.

Categoria 4 – Sugestões para um programa de prevenção do burnout e promoção do engagement

Quanto às sugestões para a criação de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*, esta categoria apresenta 7 subcategorias ($N=7$), totalizando 58 unidades de análise (13,2%).

As duas subcategorias com maiores frequências foram por ordem decrescente: 1) Atividades de bem-estar ($N=26$) e 2) Apoio psicológico ($N=12$).

Relativamente à subcategoria Atividades de bem-estar, esta teve o contributo das AAD das três instituições, sendo que o maior contributo veio das AAD da instituição A: [e.g.: “*Tanto yoga, como pilates, essas coisas assim.*”; “*Podíamos ter hidroginástica (...)*” – Instituição A.]. De referir que foram estas AAD que também mais referiam o exercício físico como estratégia que utilizam no seu dia-a-dia. De referir que esta subcategoria diz respeito não apenas a atividades físicas, mas também atividades de relaxamento como massagens e técnicas de meditação.

Quanto ao apoio psicológico, apesar de ser a segunda subcategoria com maior frequência contou apenas com o contributo da instituição L.: [e.g.: “(...) *era mesmo só a psicóloga.*.”; “*Mais vale ficar uma psicóloga para cada uma.*.” “ (...) *acho que nós devíamos ter uma psicóloga para nos ouvir (...).*.” – Instituição L.].

Estas duas subcategorias sugeridas nos FG são referenciadas na literatura sobre programas de prevenção do *burnout*. Ao nível das intervenções focadas nos indivíduos, as atividades de bem-estar, nomeadamente a meditação, ou técnicas de *mindfulness* demonstram um potencial eficaz para reduzir os sintomas de *burnout*, promovendo o relaxamento, e melhoram a satisfação com a vida (Mackenzie, Poulin, & Sidman-Carlson, 2006).

Relativamente ao apoio psicológico também é referenciado na literatura, nomeadamente intervenções cognitivo-comportamentais (Bergerman, Corabian, & Harstall, 2009).

4.2. Análise de conteúdo das entrevistas aos/as coordenadores/as das AAD

De acordo com a análise de conteúdo dos dados das entrevistas *aos/as coordenadores/as das AAD*, resultaram 112 unidades de análise. Estas foram organizadas segundo as quatro categorias dos FG.

Categoria 1 – Aspectos negativos das tarefas

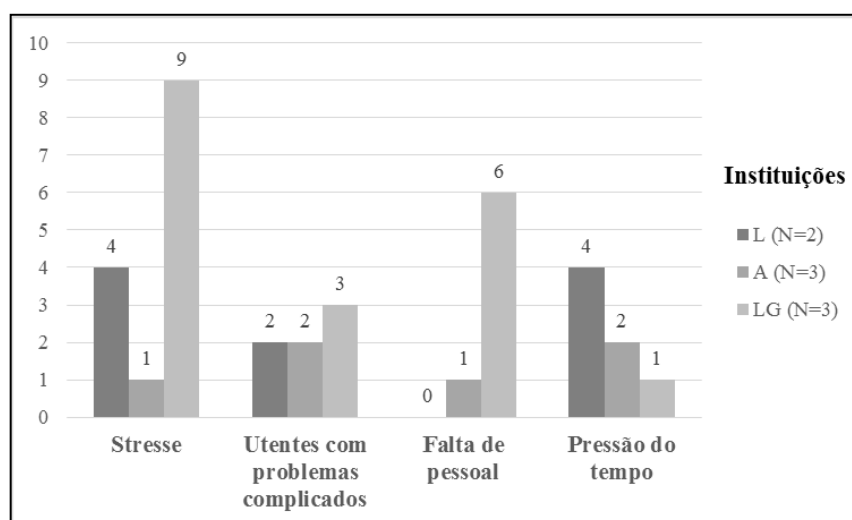
Nesta categoria foram quatro as subcategorias com maior número de frequências foram por ordem decrescente: 1) Stresse; 2) Utentes com problemas complicados; 3) Falta de pessoal; e 4) Pressão do tempo.

A subcategoria com maior frequência referida pelos coordenadores foi o Stresse ($N=14$), tendo sido os/as coordenadores/as da instituição LG que mais referenciaram este aspeto: [“*O stresse delas é o excesso de trabalho (...)*” – coordenadora do SAD da Instituição LG].

As outras três subcategorias tiveram o mesmo nível de frequência ($n=7$), em que todos/as os/as coordenadores/as revelam a existência de utentes com diversas problemáticas, em particular nas UCCI e com níveis elevados de dependência o que traz enorme desafios às AAD, nomeadamente na gestão do tempo que tem para realizar as tarefas e ainda o rácio de funcionárias/os serem o mínimo exigido por lei.

De referir que a falta de pessoal foi essencialmente verbalizada pelos coordenadores da instituição LG, enquanto a pressão de tempo foi mais referida pela instituição L.

Figura 4.2. – *Subcategorias dos Aspetos Negativos das Tarefas com Maiores Frequências - Coordenadores*



Categoria 2 – Aspetos positivos das tarefas

Esta categoria teve três subcategorias com maior número de frequências, nomeadamente: 1) Definição de papéis ($N=8$); 2) Trabalho em equipa ($N=7$) e 3) Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD ($N=7$).

De referir que o contributo para estas frequências foi dos/das coordenadores/as da instituição LG, que nas suas entrevistas enfatizaram muito estes aspetos, sendo que a disponibilidade para ouvir as AAD foi igualmente referida pelas AAD nos FG, como elemento positivo.

Categoria 3 – Estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano

Nesta categoria não existiram referências significativas nomeadas pelos/as coordenadores/as.

Categoria 4 – Sugestões para um programa de prevenção do burnout e promoção do engagement

Relativamente a esta última categoria, a subcategoria que obteve maior frequência foi a intervenção grupal ($N=9$), tendo tido o contributo essencialmente dos/das coordenadores/as da instituição A.

4.3. Análise de conteúdo das entrevistas ao/à psicólogo/a das instituições A e LG

De acordo com a análise de conteúdo dos dados das entrevistas *ao/à co psicólogo/a das instituições A e LG*, resultaram 104 unidades de análise. Estas foram organizadas segundo as quatro categorias dos FG.

Categoria 1 – Aspectos negativos das tarefas

Nesta categoria foram quatro as subcategorias com maior número de frequências foram por ordem decrescente: 1) Utentes com problemas complicados; 2) Pressão do tempo; 3) Falta de pessoal; e 4) Falta de reconhecimento por parte da instituição.

A subcategoria com maior frequência referida pelos psicólogos foi relativa aos utentes com problemas complicados ($N=13$), tendo sido a psicóloga da instituição LG que mais referenciou este aspeto, talvez por esta dar mais apoio a UCCI: [e.g.: “(...) numa UCCI, devido ao esforço físico que é necessário ter para conseguir, portanto, tratar dos utentes. Há utentes que nós temos que são obesos, depois há alturas em que eles ganham imenso peso por causa da medicação, por causa da alimentação, porque estão parados, porque estão acamados e, portanto, é muito mais difícil de mexer neles porque faz-se a higiene no leito, nós temos a maca-banheira mas que lá está, em termos de recursos humanos é muito difícil” – Instituição LG]. Relativamente à segunda subcategoria com maior frequência foi a pressão de tempo ($N=9$) que também foi muito referida pela psicóloga da LG.

Quanto à terceira subcategoria que aborda a falta de pessoal, esta foi mais referida pelo psicólogo da instituição A: [e.g.: “(...)nós aqui trabalhamos com mínimos na unidade e é verdade que há alturas em que temos o serviço mais facilitado por via do tipo de utente que cá temos (...); “(...) um grande esforço físico diariamente aqui, pela questão dos mínimos, elas trabalham com mínimos (...)” – Instituição A].

A mencionar que foram as AAD da instituição A que também mais abordaram este aspeto como algo de negativo no seu dia-a-dia.

A quarta subcategoria relativa à falta de reconhecimento por parte da instituição teve unicamente o contributo do psicólogo da instituição A: [e.g.: “(...) depois falta o reconhecimento de cima ou o reconhecimento que é de umas figuras que aparecem, uma vez por ano numa reunião, onde se fala muito de coisas que eu penso que nem sempre se percebe verdadeiramente, porque apesar de a direção achar que reconhece muito bem a dinâmica da instituição, nem sempre isso é bem assim, nem sempre isso é bem assim.” – Instituição A].

De referir que esta subcategoria foi uma das que teve maior frequência nos FG das AAD.

Categoria 2 – Aspetos positivos das tarefas

Esta categoria teve duas subcategorias com maior número de frequências, nomeadamente: 1) Reuniões de equipa ($N=11$) e 2) Trabalho em equipa ($N=8$).

De referir que o contributo para estas frequências foi essencialmente da psicóloga da instituição LG, mostrando que nesta instituição existe uma coerência nos seus diversos intervenientes demonstrando igualmente que o diálogo existe entre as AAD e as chefias intermédias.

Categoria 3 – Estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano

Nesta categoria não existiram referências significativas nomeadas pelos/as coordenadores/as.

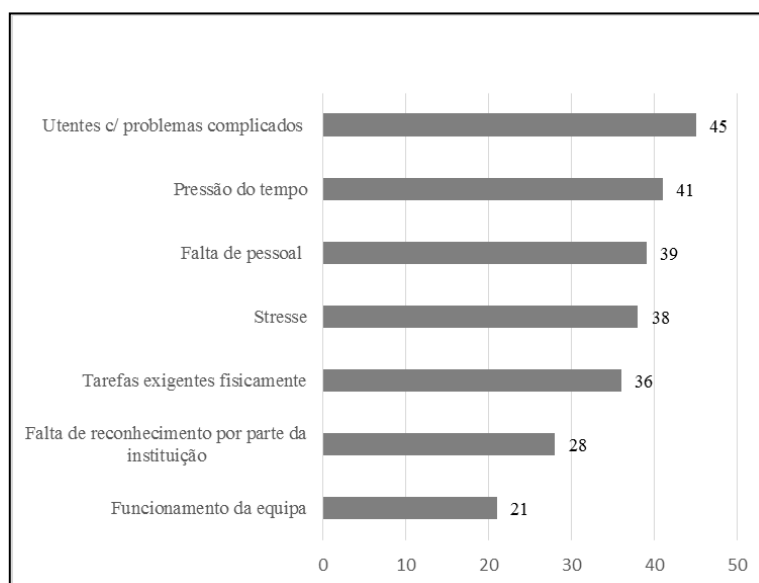
Categoria 4 – Sugestões para um programa de prevenção do burnout e promoção do engagement

Relativamente a esta última categoria, tal como aconteceu com os/as coordenadores/as a subcategoria que obteve maior frequência foi a intervenção grupal ($N=5$), tendo tido também o maior contributo do psicólogo da instituição A.

4.4. Resultados globais

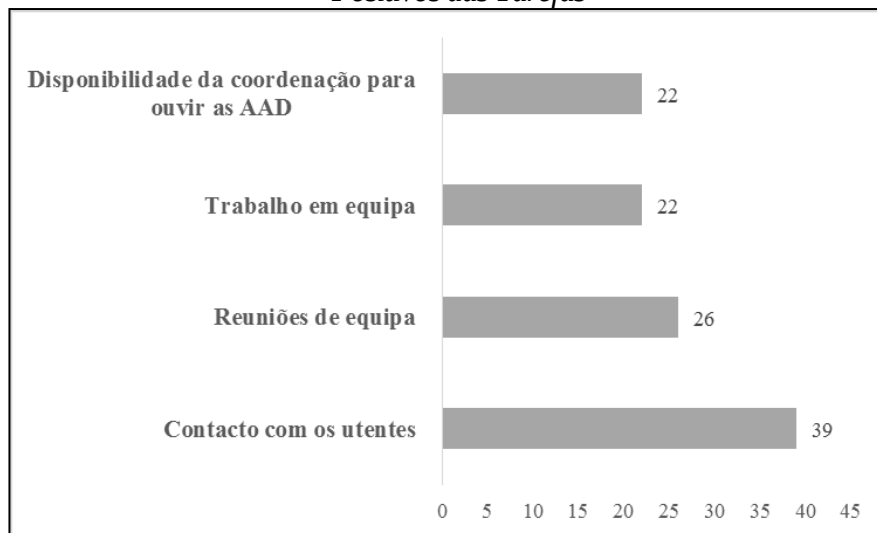
Apresentam-se os dados globais referentes à categoria 1 – Aspetos negativos das tarefas na figura 4.3., onde surgem as subcategorias com maior representatividade na amostra.

Figura 4.3. – Resultados Globais da Categoria 1 – Aspetos Negativos das Tarefas



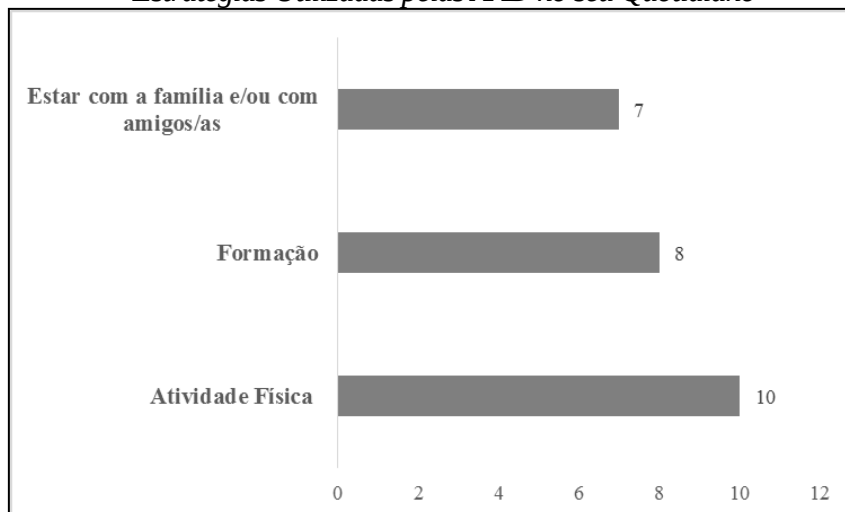
Quanto à categoria 2 – Aspectos positivos das tarefas, as subcategorias mais representativas foram as apresentadas na figura 4.4..

Figura – 4.4. Resultados Globais da Categoria 2 – Aspectos Positivos das Tarefas



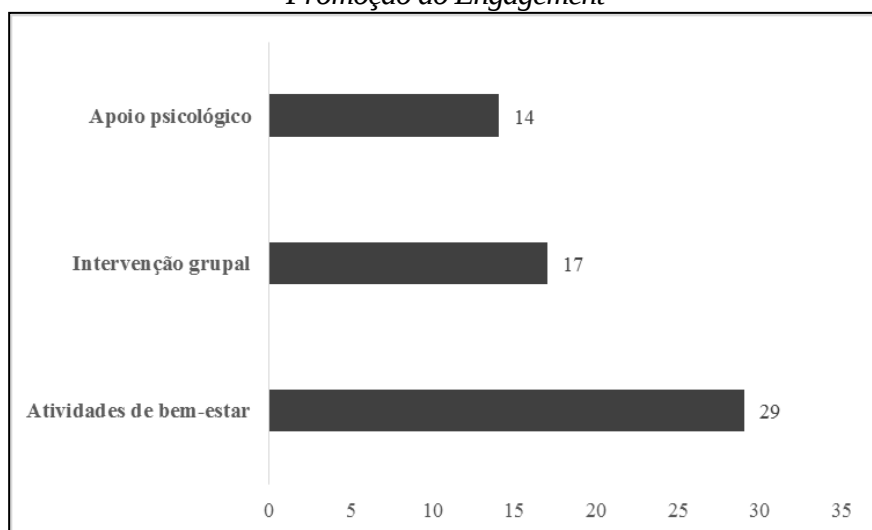
Relativamente à categoria 3 - Estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano, esta apresentou três subcategorias mais representativas nomeadamente e por ordem decrescente.

Figura 4.5. – Resultados Globais da Categoria 3 – Estratégias Utilizadas pelas AAD no seu Quotidiano



Finalmente a categoria 4 relativa às Sugestões para um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* foram três as subcategorias mais representativas, que surgem na figura 4.6..

Figura 4.6. – *Resultados Globais da Categoria 4 – Sugestões para um Programa de Prevenção do Burnout e Promoção do Engagement*



Estes resultados globais permitem-nos constatar que parece ser mais fácil elencar os aspetos negativos acerca das tarefas desempenhadas pelas AAD, que enumerar os aspetos positivos, estratégias e sugestões.

Em seguida serão apresentados os resultados relativos aos questionários MBI- ES e UWES aplicados às AAD nos FG.

4.5. Resultados dos questionários

4.5.1. Resultados do questionário MBI-ES

Comparativamente à avaliação do *burnout* segundo o MBI-ES foi contabilizado o somatório das questões que contribuem para a composição de cada fator, que leva à obtenção dos seguintes valores mínimos e máximos: Exaustão emocional (0-63), Despersonalização (0-35) e Realização Pessoal (0-56).

Os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as instituições. Contudo, ao analisarmos individualmente cada dimensão do *burnout* verifica-se que as instituições L e A apresentam níveis moderados nas dimensões de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”, em contraponto com a instituição LG que apresenta valores baixos nessas dimensões. Na subescala da realização pessoal, os valores indicam de modo geral que estas profissionais se sentem realizadas na sua profissão, em particular pelo contacto positivo que tem com a

generalidade dos/das utentes. Este aspeto foi essencialmente verbalizado pelas AAD das instituições L e LG (consultar Anexo E) aquando a realização dos FG.

Os resultados encontram-se em consonância com estudos realizados na população portuguesa (Almeida, 2013; Marques, 2013). Podemos concluir que os níveis de *burnout* nas AAD destas três instituições encontra-se entre o nível baixo a moderado. Estes resultados são particularmente importantes, se relacionados com a análise qualitativa dos FG, em que foram identificadas mais subcategorias sobre os aspetos negativos das tarefas, do que positivos. Há ainda que salientar que a instituição que tem níveis mais baixos de *burnout*, é aquela em que as AAD apresentaram resultados elevados na subescala de “Realização Pessoal” e em que a “Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD” parece ser uma estratégia eficaz e protetora do desenvolvimento do *burnout*. Em contraponto, as AAD da instituição A são aquelas que podem estar em maior risco (dentro da amostra) para aumentar os seus níveis de *burnout*.

Apresenta-se no quadro 4.1. os resultados globais das três subescalas obtidos pelas AAD das três instituições.

Quadro 4.1. – Resultados Globais do Burnout nas AAD

		<i>N</i>	Média	DP	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional	L	7	17,7143	10,43574	6,00	30,00
	A	6	23,0000	12,74363	4,00	35,00
	LG	8	12,5000	10,77033	2,00	29,00
	Total	21	17,2381	11,52781	2,00	35,00
Despersonalização	L	7	7,2857	9,17813	,00	21,00
	A	6	10,3333	6,53197	3,00	20,00
	LG	8	3,0000	2,72554	,00	7,00
	Total	21	6,5238	6,93267	,00	21,00
Realização Pessoal	L	7	35,7143	6,60087	25,00	44,00
	A	6	37,1667	7,46771	25,00	44,00
	LG	8	40,1250	4,25735	34,00	46,00
	Total	21	37,8095	6,09606	25,00	46,00

4.5.2. Resultados do questionário UWES

Relativamente aos resultados do questionário UWES estes são apresentados no quadro 4.2., de realçar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as instituições que participaram no estudo.

Quadro 4.2. – Resultados globais do UWES nas AAD

Instituições	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
L	7	4,7479	0,70237	3,29	5,41
A	6	4,4902	0,65044	3,65	5,41
LG	8	4,9779	0,55265	4,06	5,59
Total	21	4,7619	0,63368	3,29	5,59

Estes resultados evidenciam níveis elevados de *engagement* nas três instituições, em particular na LG. O que reforça os resultados obtidos pelas AAD no questionário MBI-ES. As explicações para estes resultados podem estar relacionados com as próprias dinâmicas institucionais. Por exemplo, na instituição LG existem os/as coordenadores/as que fazem muitas reuniões de equipa com as AAD e encontram-se também disponíveis para as escuta. Estes dois aspetos são fatores protetores e que previnem o *burnout*. Por outro lado, estas profissionais referenciaram como aspeto positivo do seu trabalho foi o contacto direto com os/as utentes como sendo algo de extrema importância, e que sentiam que faziam a diferença. Neste sentido, podemos constatar que estas profissionais apesar de desempenharem tarefas exigentes física e psicologicamente, e lidarem com diferentes situações de stress estas encontram-se realmente comprometidas com o seu trabalho.

Para além disso, estes resultados quantitativos vão ao encontro dos resultados de três estudos realizados com esta população em Portugal (Castanheira, 2013; Ferreira, 2012; Domingues, 2010). O primeiro comprovou que este grupo profissional está satisfeito de modo global com o trabalho e que a relação emocional cuidador- pessoa idosa-família têm uma influência positiva ao nível da satisfação profissional (Castanheira, 2013). O segundo estudo avaliou o nível de satisfação do cuidador formal de idosos, sendo que os resultados evidenciaram que a satisfação no exercício da profissão está diretamente relacionada com o aspeto de saberem que estão a ajudar alguém que necessita de cuidados (Ferreira, 2012), este dado foi igualmente encontrado nos FG realizados às AAD. O último estudo avaliou os graus de comprometimento organizacional e as intenções de abandono destes profissionais (Domingues, 2010) concluindo que “esta classe de trabalhadores está comprometida com as

instituições em que trabalham, quer a nível afectivo, calculativo e normativo” (pág.55). Por outro lado, estes estudos também vão encontro dos dados qualitativos obtidos neste trabalho.

4.6. Conclusões

A amostra de cuidadores formais de pessoas idosas (AAD) analisada neste estudo, ainda que reduzida, apresentou características sociodemográficas semelhantes às de outros estudos realizados em Portugal (Almeida, 2013; Castanheira; Marques, 2013), nomeadamente o facto desta categoria profissional ser desempenhada maioritariamente por mulheres, com idades compreendidas 26 anos e a idade máxima é de 58 anos. Neste estudo, a maioria das AAD são casadas, tem como habilitações o ensino secundário e encontram-se efetivas nas respetivas instituições onde trabalham. Em termos das respostas sociais, as três instituições apresentam características semelhantes em termos do número médio de utentes e idades, sendo que relativamente ao número de AAD por resposta diverge consoante a instituição.

Relativamente à caracterização das tarefas executadas pelas AAD, este estudo mostra que há um maior número de aspetos negativos que positivos relativos às mesmas. Parecendo que as AAD tem uma perceção negativa acerca do seu trabalho, nomeadamente das tarefas que tem de desempenhar e do seu grau de exigência. Contudo, esta perceção não se traduz efetivamente em níveis elevados de *burnout*, como os resultados do MBI-ES mostram. Por outro lado, os dados relativos às ausências no trabalho, mostraram que no que respeita a baixas médicas derivadas a problemas relacionados com o stresse profissional nos últimos 12 meses, atingiu apenas 14,3% das AAD da amostra, o que de algum modo, pode também explicar os níveis baixos/moderados de *burnout*. A opinião dos/das coordenadores/as entrevistados/as consideraram que o seu grupo de AAD não teria *burnout*, referindo apenas que podiam ter “picos de stresse”, o que vai ao encontro destes resultados.

Os resultados obtidos neste trabalho são corroborados por outros estudos que demonstram que apesar das vicissitudes desta profissão e dos tempos de austeridade que atravessamos, estas profissionais parecem continuar motivadas e comprometidas com o trabalho (Almeida, 2013).

O dado mais importante que este estudo apresenta é relativo aos níveis elevados de *work engagement* das AAD. Este resultado pode ser explicado por fatores individuais e organizacionais. Em termos individuais, a importância que estas dão individualmente à sua relação com os/as utentes, dando um significado maior ao seu trabalho, e ainda ao facto de terem recursos pessoais e sociais suficientes que contribuem para o seu bem-estar. Há outros dois aspetos igualmente importantes a realçar, quando questionadas se deixariam a instituição em que trabalham, a maioria das AAD

respondeu que não o faria (95,2%); e à questão se mudariam de profissão, 85,7% das AAD responderam de modo negativo em contraponto com 14,3%; o que vai ao encontro de um estudo sobre comprometimento organizacional e das intenções de abandono em cuidadores formais de idosos (Domingues, 2010).

Por outro lado, este resultado pode ser igualmente explicado pelas próprias dinâmicas institucionais, que apresentam diferentes abordagens para lidar com estas profissionais. A disponibilidade dos elementos da coordenação para ouvir as AAD é elemento muito importante, mas que apenas parece existir com maior evidência na instituição LG.

No futuro será importante que se continue a estudar este grupo profissional com amostras significativas, bem como os respetivos elementos de coordenação para que haja uma visão sistémica desta profissão. Outro aspeto que deve ser aprofundado será compreender o que é que contribui para que estas profissionais tenham níveis elevados de *engagement* e como é que estes podem ser potenciados pelas organizações.

PARTE III

PROGRAMA “CUIDAR PARA APESÇOAR”

Capítulo 5 – Definição do Projeto Piloto

Depois das conclusões chegadas através do diagnóstico de necessidades às instituições, iremos apresentar uma proposta de projeto piloto com o principal objetivo de prevenir o *burnout* e promover o *engagement* nas AAD que trabalham em respostas sociais destinadas à população idosa. Este tem por base a revisão teórica referida anteriormente, apoiando-se igualmente nos resultados do diagnóstico. Neste ponto, serão aprofundados todos os detalhes relativos à concretização do projeto, com base no nosso modelo teórico de processo.

5.1. Enquadramento teórico

Para que os cuidadores formais de pessoas idosas, nomeadamente os/as AAD possam prestar cuidados de qualidade, é fundamental que estes sejam igualmente “cuidados” sendo imprescindível envolver as respetivas organizações neste processo, de modo a promover locais de trabalho saudáveis.

Nos últimos anos o aumento da esperança média de vida dos indivíduos e o consequente envelhecimento populacional fizeram com que se comesse a investigar o papel e qualidade do serviço exercido por parte das instituições e profissionais na prestação de cuidados às pessoas idosas (Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin, & Güldal, 2012; Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009). Como já foi referido os/as AAD são um grupo profissional vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Na literatura desta área são enumerados vários fatores que podem fazer com que este grupo profissional venha a desenvolver esta síndrome. Nomeadamente, 1) as características do trabalho (i.e., pressão de tempo, trabalho físico exigente, trabalho por turnos, rotatividade, stresse físico, escassez de recursos humanos, pouca influência nas decisões, confronto com a doença e o sofrimento, e lidar com pessoas com necessidades de cuidados de longa duração); 2) a falta de apoio dos colegas e a falta de reconhecimento por parte das chefias bem como 3) fatores não relacionados com o trabalho podem levar igualmente ao desenvolvimento do *burnout* nomeadamente aspetos da personalidade dos indivíduos e as relações sociais (Westermann, Kozak, Harling, & Nienhaus, 2014). Os estudos apontam ainda para as consequências negativas que esta síndrome tem nos profissionais que ficam emocionalmente exaustos, e afastam-se psicologicamente do trabalho, tendo um impacto negativo ao nível do seu desempenho profissional, acabando por ter resultados negativos para as organizações.

Por estas razões, foram desenvolvidas, nos últimos anos, intervenções para prevenir e reduzir o *burnout* em diferentes categorias profissionais. Na revisão de literatura sobre estes programas, Westermann e colegas (2014) referem que estes podem ser agrupados em três categorias:

- 1) Intervenções centradas nos indivíduos/grupos (“person-directed interventions”);
- 2) Intervenções centradas na organização (“organization-directed intervention”);
- 3) Intervenções combinadas (“combined interventions”).

Segundo Marine et al., (2006) as intervenções centradas nos indivíduos podem envolver, por exemplo, a redução dos efeitos do stress através da aprendizagem de técnicas de gestão de stress (i.e., técnicas de relaxamento, de *mindfulness*) ou através de técnicas cognitivo-comportamentais que aumentam as estratégias de *coping* dos indivíduos. As intervenções centradas na organização focam-se no grupo de colaboradores com o objetivo de mudar o ambiente de trabalho, a natureza das tarefas ou os métodos de trabalho.

As intervenções que se centram, quer no indivíduo quer na organização, têm como objetivo o treino de competências pessoais, incluindo igualmente medidas para alterar o ambiente de trabalho ou melhorar os métodos de trabalho (Westermann et al., 2014).

Numa revisão de literatura sobre programas de *burnout* (Awa et al., 2010), avaliou-se a eficácia de diferentes programas na redução do *burnout*, numa primeira fase, avaliando-se a eficácia do método de intervenção (dirigido aos indivíduos; ou dirigido às organizações ou combinando aspetos individuais e organizacionais) para prevenir o *burnout* e, posteriormente, avaliando a eficácia destes mesmos programas ao nível da redução desta síndrome a curto, médio e longo prazo. Os autores concluíram que, na generalidade, estes programas são benéficos para os participantes. No entanto, algumas intervenções foram mais eficazes na geração dum efeito positivo sobre os níveis de *burnout* dos indivíduos. As intervenções centradas na organização e as combinadas pareceram evidenciar ter mais efeitos a longo prazo ao nível da redução dos níveis do *burnout* quando comparadas com as intervenções centradas nos indivíduos.

Uma revisão de literatura mais recente identificou e analisou programas de *burnout* dirigidos a cuidadores profissionais que trabalham com população idosa institucionalizada. Concluiu-se que as intervenções centradas nos indivíduos alcançam benefícios a curto prazo ao nível da redução do *burnout*, enquanto as intervenções centradas na organização, e as que se centram quer no indivíduo quer na organização, parecem ser mais potenciadoras de efeitos a longo prazo na redução dos níveis de *burnout*, (Westermann et al., 2014). Contudo, segundo os autores, são necessários mais estudos longitudinais com amostras representativas, de modo a poderem ser efetuadas recomendações mais precisas sobre a prevenção do *burnout* em profissionais. Para além disso, referem que a intervenção combinada deve ser mais investigada e otimizada. Segundo os autores, as instituições devem

reconhecer a necessidade de intervenção ao nível do *burnout* e disponibilizar programas para os respetivos colaboradores.

O programa proposto nesta secção assenta no Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho (JD-R) proposto por Demerouti e colaboradores (Bakker & Demerouti, 2007; 2014; Demerouti et al., 2001).

5.2. Modelo teórico de processo

Um dos pressupostos deste modelo é a flexibilidade, ou seja, todas as características do trabalho podem ser modeladas utilizando duas categorias diferentes, nomeadamente as exigências e os recursos do trabalho. Assim, as exigências do trabalho são o principal preditor do *burnout*, que conduz a uma deterioração das condições de saúde dos indivíduos, levando igualmente a resultados negativos para as organizações. Enquanto os recursos do trabalho constituem-se como os principais preditores do *work engagement*, que por sua vez leva a um aumento do bem-estar dos indivíduos que, consequentemente, se sentem mais motivados, entusiasmados com o trabalho, o que leva a efeitos positivos para as organizações, (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014).

O segundo pressuposto do modelo é a existência de dois processos psicológicos independentes, (a) o processo de deterioração da saúde e (b) o processo motivacional. Assim, o primeiro define que a presença de exigências de trabalho contínuas contribui para o desgaste dos recursos energéticos dos profissionais, levando ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* e, consequentemente, à deterioração das condições de saúde dos indivíduos. O segundo decorre da disponibilidade constante de recursos do trabalho que satisfazem as necessidades psicológicas básicas, tais como as necessidades de autonomia, relacionamento, e competência (Bakker, 2011; Deci & Ryan, 2000; Nahrgang et al., 2011, citados por Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014).

De referir que no âmbito deste modelo, há ainda que considerar a existência dos efeitos de interação (moderação) entre as exigências e os recursos. Assim, os recursos têm um efeito tampão nos efeitos negativos das exigências, o que faz aumentar o *engagement*. Por sua vez, as exigências do trabalho amplificam o impacto dos recursos no processo motivacional (aumentando o *engagement*).

O modelo JD-R possibilita quatro tipos de intervenção, nomeadamente: 1) Reorganização do trabalho; 2) “Job crafting”; 3) Programas de formação e 4) Intervenção baseada em pontos fortes (*strengths-based intervention*). Estas intervenções podem ser organizadas em função de duas dimensões: 1) nível de intervenção - individual versus organizacional e 2) intervenção alvo –

Ambiente de trabalho (exigências do trabalho e recursos) versus individual (recursos pessoais) (Baker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014).

5.2.1. Definição das variáveis de resultado

O programa “Cuidar para Apessoar” assenta numa intervenção combinada, para prevenir o *burnout* e promover o *engagement* nos/nas AAD. As variáveis resultado do programa são nomeadamente o *engagement* das AAD que promoverá consequências positivas em termos dos processos motivacionais destes profissionais; e diminuir os níveis de *burnout*, em particular a dimensão da exaustão emocional nos/nas AAD através do aumento dos recursos do trabalho.

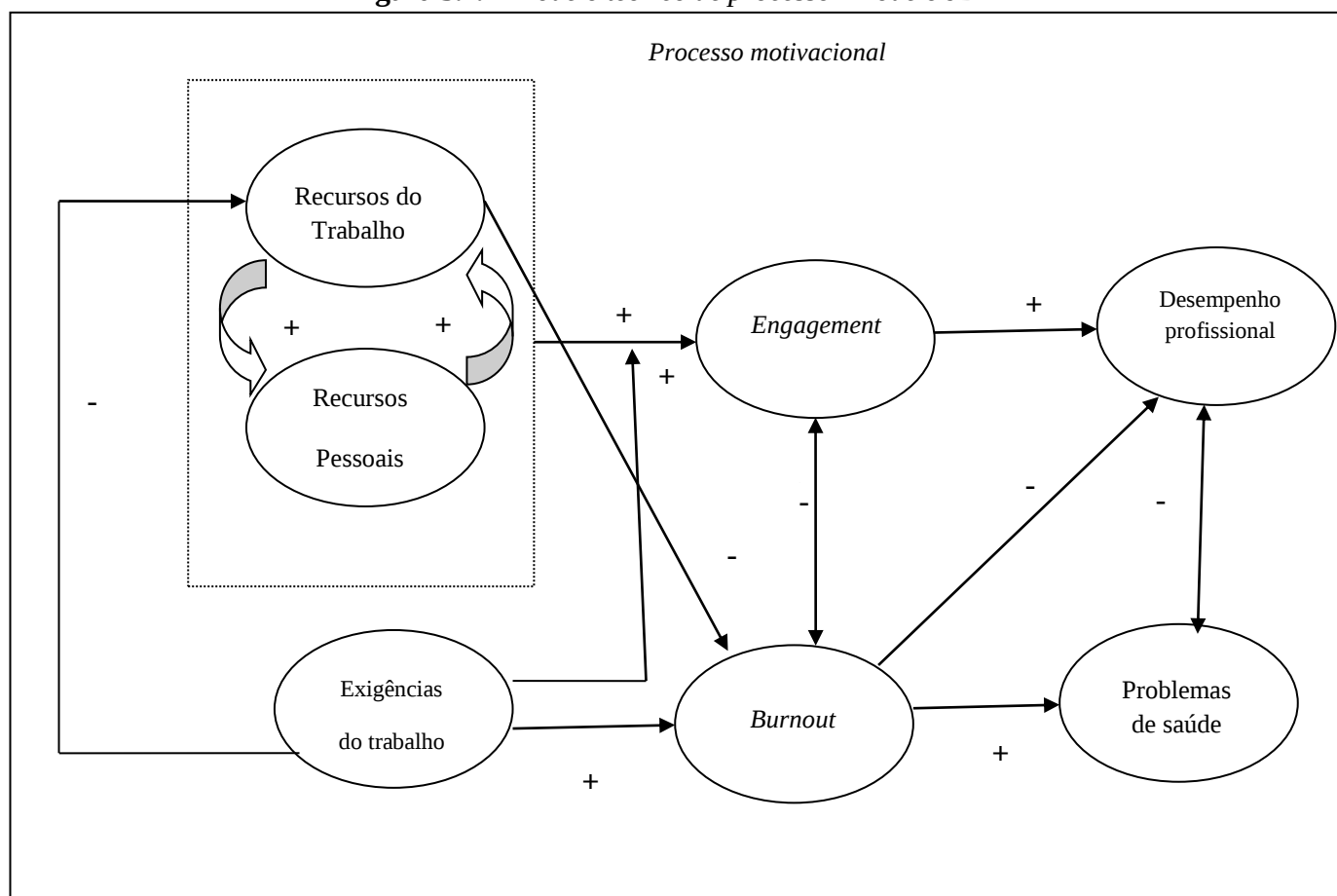
5.2.2. Definição da variável preditora

A variável preditora deste programa são os recursos do trabalho, que são o melhor preditor do *engagement*, e, conseqüentemente, do desempenho profissional, tendo um impacto positivo quer nos indivíduos quer nas organizações.

No modelo que sustenta o programa de intervenção, os recursos pessoais são uma variável que medeia parcialmente a relação entre os recursos de trabalho e o *engagement*, sendo que os recursos do trabalho potenciam o desenvolvimento de recursos pessoais. Para além disso, estudos mais recentes mostram que ao longo do tempo existe uma relação recíproca entre os recursos pessoais e os recursos do trabalho e o *engagement* (Xanthopoulou *et al.*, 2009a; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007).

Com o objetivo de ter uma visão global e sistematizada do modelo teórico de processo, apresentamo-lo com as respetivas variáveis:

Figura 5.1. – Modelo teórico de processo - modelo JD-R



Na avaliação de necessidades podemos identificar categorias que estão relacionadas com as dimensões das exigências do trabalho e dos recursos do trabalho e pessoais. No que diz respeito às exigências no trabalho, estas traduzem-se em: 1) Tarefas exigentes fisicamente; 2) Falta de pessoal; 3) Utentes com problemas complicados; 4) Pressão do tempo; 5) Funcionamento da equipa.

Em termos dos recursos no trabalho identificámos as seguintes categorias: 1) Reuniões de equipa; 2) Trabalho em equipa; e 3) Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD. Relativamente aos recursos pessoais surgiram duas categorias com maior frequência, nomeadamente: 1) Atividade física e 2) Estar com a família e/ou com amigos/as (Suporte social).

O programa de intervenção proposto teve por base a articulação entre o modelo teórico de processo e a respetiva avaliação de necessidades.

5.2.3. Hipóteses

H1: Espera-se que a participação no programa “Cuidar para Apessoar” permita baixar os níveis de *burnout* das AAD no final do programa, nomeadamente a dimensão da EE, quando comparados com o grupo controlo.

H1.1.: Espera-se que os níveis de *burnout*, nomeadamente a dimensão da EE, mantenham valores baixos após seis meses da conclusão do programa.

H2: Espera-se que a participação no programa “Cuidar para Apessoar” aumente os recursos pessoais e do trabalho, aumentando nomeadamente os níveis de *engagement* e, consequentemente, melhorando o desempenho profissional das AAD no final do programa.

H2.1.: Espera-se que com o aumento dos recursos do trabalho, a perceção das exigências do trabalho diminuam.

H2.2.: Espera-se o aumento da autoestima e da identidade profissional.

H2.3.: Espera-se que os recursos pessoais adquiridos no programa “Cuidar para Apessoar” continuem a ser utilizados após seis meses da conclusão do programa.

5.3. Programa (Modelo Lógico)

Os modelos lógicos permitem apresentar os principais elementos de um programa, de modo conciso e claro. Estes permitem a articulação entre os resultados do programa, com as respetivas atividades, *ouputs* e *inputs* (Carvalhosa, Domingos, & Sequeira, 2010; Marques & Calheiros, 2006).

O programa denomina-se “Cuidar para Apessoar”, uma vez que cuidar é uma necessidade básica humana sendo fundamental que quem cuida continue a sentir-se uma pessoa no verdadeiro sentido da palavra e não apenas um autómato que presta cuidados a terceiros. A origem do nome deste programa é inspirado nas palavras de Boff (2004, p. 35): “*O ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, a sua essência se encontra no cuidar. Colocar o cuidado em tudo o que projeta e faz.*” E neste sentido, é importante que os cuidadores formais, neste caso os/as AAD, também sejam alvo de cuidado, sendo esta a razão da proposta de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*.

O desenho do programa baseou-se na revisão da literatura acerca das abordagens psicoeducativas, stresse ocupacional dos cuidadores formais, nos resultados dos *focus group* realizados às AAD e às entrevistas realizadas aos elementos de coordenação das AAD e aos

psicólogos para conhecer as suas necessidades, dificuldades e expectativas em relação ao programa. Relativamente às expectativas sobre um programa de intervenção, foram apresentadas as seguintes sugestões: 1) Melhorar a comunicação interna; 2) Disponibilizar apoio psicológico; 3) Promover Atividades de bem-estar; 4) Promover Atividades lúdicas para colaboradores; 5) Desenvolver Ações de Formação em Gestão de Stresse; e 6) Promover um programa de intervenção grupal. Sendo que destas sugestões, três tiveram um maior número de referências nos *focus group*, nomeadamente as atividades de bem-estar; intervenção grupal e apoio psicológico.

Nesse sentido, esta proposta pretende, em primeiro lugar, responder a estas três sugestões, visto que se apresenta um programa de intervenção grupal de carácter psicoeducativo que contempla atividades de bem-estar, e que neste caso se consubstanciam em exercícios relacionados com o corpo e a mente (i.e., exercícios respiratórios, exercícios de consciência corporal e de *mindfulness*).

As abordagens psicoeducativas têm sido apontadas na literatura como um contributo positivo na redução do stresse e *burnout* dos cuidadores formais, pois conjugam nas suas intervenções a componente formativa e de suporte que atende às necessidades psicológicas e emocionais desses profissionais (Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012; Kravits, McAllister-Black, Grant, & Kirk, 2010). Todavia, este tipo de abordagem direcionada para o contexto institucional não tem ainda muitos contributos. Pretende-se, assim, dar um contributo através desta proposta.

O programa propõe disponibilizar ainda acompanhamento psicológico individual para os/as AAD que não entrem no programa por causa dos critérios enumerados no ponto 5.4.2.1. Para além disso, em situações de crise o apoio psicológico ficará disponível e os seus trâmites serão acordados com a respetiva instituição.

Paralelamente ao programa de intervenção grupal será fornecido um conjunto de recomendações gerais direcionadas para a organização (em particular para os elementos da direcção/gestão e coordenação das AAD) com o intuito de prevenir o *burnout* e aumentar o *engagement* tendo em conta a análise de necessidades efetuada (consultar “*Recomendações para uma organização saudável*” no Anexo F).

Em seguida será apresentada a estrutura do modelo lógico do nosso programa. O modelo lógico deste programa assenta em oito componentes, nomeadamente (1) Missão, (2) Recursos, (3) Atividades, (4) Produtos – *outputs*, (5) Clientes, (6) Resultados a curto prazo, (7) Resultados a médio prazo, (8) Resultados a longo prazo.

5.3.1. Missão

O programa “Cuidar para Apessoar” tem como missão dar visibilidade aos cuidadores formais de pessoas idosas, nomeadamente os/as AAD, porque estes são os profissionais que estão mais tempo em contato direto com esta população. Para termos uma excelência de cuidados, necessitamos de cuidar de quem cuida, potencializando os seus recursos pessoais, de modo a aumentar a sua motivação e entusiasmo pelo cumprimento desta profissão. Por outro lado, pretende-se que as organizações onde estes profissionais trabalham sejam locais de trabalho saudáveis, onde os recursos humanos contam e são uma mais-valia.

Apresenta-se em seguida no quadro 5.1. o modelo lógico do programa.

Quadro 5.1. – Modelo Lógico do Programa “Cuidar para Apessoar”

Atividade	Recursos	Produtos	Clientes	Objetivos			Duração
				Curto prazo (final do programa)	Médio prazo (3 meses após o fim do programa)	Longo prazo (6 meses após o fim do programa)	
Programa psicoeducativo	Humanos: 1 Psicóloga Clínica ³ 1 Supervisora (professora universitária com experiência em intervenções grupais no contexto da saúde) Materiais e logística: Sala com 12 cadeiras, uma mesa, videoprojector, computador, bloco de notas, canetas, material específico para cada sessão	Manual de formação Bloco de atividades CD de técnicas de relaxamento Ficha técnica com as recomendações	Instituições com respostas sociais dirigidas à população idosa	Aumentar o nível de consciência dos cuidadores formais sobre os problemas no trabalho. Desenvolvimento de competências pessoais, nomeadamente a autoeficácia, resiliência e otimismo. Aumentar os níveis de <i>engagement</i> das AAD.	Manter níveis de <i>engagement</i> moderados. Evitar o surgimento de níveis de <i>burnout</i> moderados e/ou elevados nomeadamente nas dimensões EE e DP.	Manter níveis de <i>engagement</i> moderados. Evitar o surgimento de níveis de <i>burnout</i> moderados e/ou elevados nomeadamente nas dimensões EE e DP.	6 meses
Recomendações para uma organização saudável							

³ A psicóloga clínica que implementará o programa tem uma especialização em psicoterapia cognitivo-comportamental e tem experiência em condução de grupos há mais de 10 anos.

5.3.2. Descrição dos componentes do modelo lógico

A) Atividade – Programa Psicoeducativo

A atividade principal do “Cuidar para Apessoar” consiste na implementação de um programa psicoeducativo, em que o nível de intervenção é o organizacional (os/as AAD) sendo que o alvo da intervenção dá-se ao nível individual (recursos pessoais).

5.3.2.1. População-alvo - grupo

Os destinatários deste programa são os/as AAD que trabalham com a população idosa. Os critérios de inclusão para poderem participar são os seguintes:

- a) Trabalhar há mais de um ano na instituição;
- b) Trabalhar numa das seguintes respostas sociais para a população idosa: i) SAD; ii) Estrutura residencial/Lar; iii) UCCI;
- c) A participação ser de carácter voluntário.

Após a inscrição das AAD neste programa, realizar-se-á uma entrevista de avaliação aos/às candidatos/as para determinar as motivações e suas expectativas face à participação neste programa. Esta entrevista servirá, ainda, para avaliar a existência de psicopatologia nos/nas participantes. Caso existam candidatos com psicopatologia identificada, far-se-á a recomendação de acompanhamento psicológico individual.

O programa de intervenção seguirá o modelo grupal. O grupo é um local de encontro em que se produzem trocas afetivas entre todos e que desempenha um papel relevante de suporte e apoio face às adversidades, partilha de problemas, de experiências, expectativas, perspetivas sobre a realidade (Guerra & Lima, 2005).

Apresentamos a caracterização do grupo tendo em conta os seguintes critérios: Tamanho, Homogeneidade versus Heterogeneidade quanto ao problema, Processo; Orientação; e Duração.

Tamanho

O número mínimo de elementos será cinco e o máximo de dez. A razão para que o número mínimo seja cinco, deve-se à importância de se desenvolver uma maior dinamização das próprias atividades, e o número máximo dez porque, tratando-se de um grupo onde haverá partilha, é fundamental que todos possam ter a palavra.

Homogeneidade

O grupo é homogêneo em termos do carácter relacional da profissão, mas difere em termos das características sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações) e da resposta social em que trabalham.

Processo

Relativamente ao processo, trata-se de um grupo fechado, ou seja, após a seleção dos/das participantes é previsível que este continue até ao fim, não estando prevista a entrada de participantes durante a implementação do programa.

Orientação

Tendo em conta a população-alvo e os objetivos a atingir a orientação adequada seria a baseada no modelo internacional de Yalom. Este psicoterapeuta é um adepto convicto da eficácia superior da intervenção grupal sobre a individual. Refere que o grupo oferece uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que ocorrem individualmente. Segundo Yalom (2000) existem doze fatores terapêuticos que não são considerados como etapas sequenciais, pressupondo-se uma interligação dinâmica entre eles (Guerra & Lima, 2005): 1) Incutir esperança; 2) Universalidade; 3) Informação participada; 4) Altruísmo; 5) Recapitulação corretiva do grupo familiar primário; 6) Desenvolvimento de competências sociais; 7) Modelagem; 8) Catarse; 9) Fatores existenciais; 10) Coesão de grupo; 11) Aprendizagem interpessoal; 12) O grupo como microcosmo social.

Outro elemento essencial neste tipo de orientação é o enfoque no aqui e agora, dando, nas sessões sobre acontecimentos exteriores e vida passada, prioridade aos acontecimentos e interações entre os membros do grupo. A abordagem na condução do grupo será semi-diretiva, no sentido de responder às próprias características do programa e do grupo.

Duração do grupo e das sessões

O programa terá um total de doze sessões, com periodicidade quinzenal com a duração de noventa minutos (seis meses). Entre as sessões, cada AAD receberá lembretes, em formato *sms*, de dicas a adotarem no seu dia-a-dia, de modo a estimular a implementação das competências adquiridas nas sessões grupais.

5.3.2.2. Objetivos

Objetivos gerais

Pretende-se prevenir o *burnout* e promover o *engagement* nas AAD que trabalham em respostas sociais para a população idosa, através de um programa de intervenção combinada com a duração de 6 meses.

Objetivos específicos

1. Aumentar o nível de consciência dos cuidadores formais, nomeadamente dos/das AAD acerca dos problemas no trabalho que podem desencadear *burnout*.
2. Aumentar os conhecimentos e competências dos cuidadores formais (AAD), ajudando-os a desenvolver estratégias eficazes de autocuidado, as quais têm demonstrado um efeito positivo no bem-estar dos indivíduos (Westermann et al., 2014; Kravits et al., 2010; Mackenzie et al., 2006).
3. Evitar o surgimento de níveis de *burnout* moderados e/ou elevados, nomeadamente nas dimensões EE e DP.
4. Sensibilizar as instituições alvo de intervenção para a temática do *burnout* e do *engagement* nos AAD através da partilha de recomendações para a promoção de um ambiente de trabalho saudável.

5.3.2.3. Planificação das sessões

Cada sessão terá uma componente educativa e outra de suporte (Quadro 5.2.). A componente educativa procurará dotar os/as AAD com conhecimentos especializados acerca do fenómeno do *burnout*, saúde mental no envelhecimento; importância da comunicação cuidadores-utentes; cuidadores-familiares dos utentes; morte e luto e estratégias de gestão de comportamentos problemáticos dos utentes e gestão do comportamento com a instituição. A componente de suporte terá como objetivo ajudar os/as participantes a lidar com as exigências emocionais associadas ao processo da prestação de cuidados. Destacar-se-á a importância do autocuidado e da promoção do bem-estar com a aprendizagem e treino de técnicas de relaxamento e de *mindfulness*.

Durante as sessões da componente educativa a metodologia será ativa, recorrendo-se à discussão de casos práticos baseados na experiência dos/das participantes, discussão em grupo, *role play*, técnicas de *brainstorming*, recurso a histórias. No fim de cada sessão, os participantes receberão um folheto informativo sumariando os principais temas abordados, sendo-lhes fornecido um manual de formação e de atividades que serão utilizados durante o programa.

A facilitadora deverá assumir uma postura ativa e empática, encorajando a partilha de experiências, validando e normalizando sentimentos (exaustão, frustração, impotência), e facilitando a expressão de dúvidas e questões (Figueiredo et al., 2012).

Apresenta-se no quadro 5.2. uma síntese das temáticas que serão abordadas nas sessões. As atividades propostas encontram-se no Anexo F.

Quadro 5.2. – Resumo das Sessões e Respetivas Temáticas

Sessão	Componente	Temáticas
1	Educativa	Apresentação do programa e estabelecimento das regras de funcionamento
	Apoio emocional	Apresentação da facilitadora e participantes
2	Educativa	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (1ª parte)
	Apoio emocional	A arte de cuidar: A anatomia do cuidado
3	Educativa	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (2ª parte)
	Apoio emocional	A arte de cuidar: A anatomia do cuidado
4	Educativa	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (3ª parte)
	Apoio emocional	Gestão de emoções – O arco-íris emocional
5	Educativa	A arte de bem comunicar (Cuidadores-família)
	Apoio emocional	Gestão de emoções - O arco-íris emocional
6	Educativa	A arte de bem comunicar (Cuidadores-utentes)
	Apoio emocional	Autoestima – “Quero aprender a gostar de mim!”

Quadro 5.2. – Resumo das Sessões e Respetivas Temáticas (Cont.)

Sessão	Componente	Temáticas
7	Educativa	Saúde mental e envelhecimento
	Apoio emocional	O Autocuidado
8	Educativa	Utentes problemáticos? O que fazer?
	Apoio emocional	Arte de ser Paciente
9	Educativa	Como preparar-me para a Morte & Luto
	Apoio emocional	Revisão de vida
10	Educativa	“O inferno são os outros!” – Gestão de conflitos (1ª parte)
	Apoio emocional	Eu & Os Outros
11	Educativa	“O inferno são os outros!” – Gestão de conflitos (2ª parte)
	Apoio emocional	Como superar as adversidades – A resiliência
12	Educativa	Incutir a Esperança! - Encerramento
	Apoio emocional	Viver com Esperança

A estrutura de cada sessão seguirá uma sequência (não necessariamente rígida), ou seja, no início de cada sessão (exceto na primeira) haverá um momento inicial em que será registado num papel colorido a emoção/pensamento que os/as participantes trazem consigo naquele momento. Depois seguir-se-á uma sessão com a primeira parte dedicada à componente educativa, e a segunda parte dedicada à componente emocional com enfoque na partilha. As sessões terminaram com uma avaliação do estado emocional e termina-se com práticas de relaxamento e de *mindfulness*.

5.3.2.4. Condições do Funcionamento

Local e horário

Este programa de prevenção decorrerá nas instalações das instituições por razões de ordem prática de modo a facilitar aos participantes o cumprimento do horário indicado pelas organizações.

5.3.3. Custos do projeto

Apresentam-se as rubricas relativas aos custos deste projeto (Quadro 5.3.).

Quadro 5.3. – Rúbricas dos custos do projeto

Recursos
Psicóloga
Supervisora
Registo de autoria na Sociedade Portuguesa de Autores
Deslocações
Manual de formação + Bloco de atividades
CD (12)
Material de desgaste (vários)
Pacote de <i>sms</i>

5.3.4. Riscos e ameaças ao projeto

O desenvolvimento de um projeto piloto comporta sempre riscos. Um dos riscos que pode ser, desde já antecipado, é a duração do projeto que pode conduzir à desistência por parte de alguns participantes. Uma ameaça prende-se com o financiamento do projeto, visto que a maioria das instituições tem pouca disponibilidade financeira, e poderá ser importante procurar um patrocinador de modo a diminuir os custos do programa.

5.3.5. Avaliação da intervenção

Após a apresentação da planificação da atividade e de todos os pormenores da implementação, resta-nos elucidar sobre o plano de avaliação adotado para esta intervenção piloto.

5.3.5.1. Plano de Avaliação

De seguida, apresenta-se o plano de avaliação que medirá o impacto da intervenção junto da população-alvo. Na primeira aplicação do programa, a sua eficácia será testada contra um grupo de controlo, constituído por AAD da mesma instituição que estejam em lista de espera para a participação no programa. Este grupo fará a primeira avaliação ao mesmo tempo que o grupo piloto (*antes da intervenção*) e uma segunda avaliação que coincide com o *final da intervenção* no grupo piloto.

Quadro 5.4. – *Plano de avaliação do programa de intervenção grupal*

Momentos da Avaliação	Técnicas e instrumentos de avaliação
Antes da intervenção	Entrevista individual Aplicação dos questionários MBI e UWES aos/às AAD
Final da intervenção	Ficha de avaliação do programa – AAD (Anexo 6) Realização de <i>focus group</i> com dos/das AAD Aplicação dos questionários MBI e UWES aos/às AAD <i>Feedback</i> dos coordenadores dos/das AAD
Avaliação após três meses do fim do programa	Aplicação dos questionários MBI e UWES aos/às AAD Avaliação do Programa Individual de Mudança dos/das AAD (<i>Follow-up</i>).
Avaliação após seis meses do fim do programa	Aplicação dos questionários MBI e UWES aos/às AAD Avaliação do Programa Individual de Mudança dos/das AAD (<i>Follow-up</i>).

5.3.6. Implicações para o futuro

Este programa visa sensibilizar as organizações que prestam cuidados à população idosa, de modo, a valorizarem o capital humano, neste caso concreto as AAD. Esta proposta pretende salientar a importância da saúde física e psicológica dos/das profissionais que prestam cuidados a uma população vulnerável. A implementação de um programa com estas características visa que os/as AAD sejam profissionais se sintam realizados no desempenho das suas funções sabendo que esta realização profissional tem impactos na própria organização. Como afirma Maria Neira (WHO, 2010): “*The wealth of business depends on the health of workers.*”

Discussão Final

Interessa aqui fazer uma reflexão conclusiva sobre o que foi realizado. Foi feita uma revisão de literatura sobre a temática, seguindo-se a análise de necessidades que foi realizada em três instituições do distrito de Setúbal, e onde participaram 21 AAD, 8 coordenadores e 2 psicólogos. Utilizou-se a metodologia qualitativa para permitir compreender as perceções que as AAD tinham acerca do seu trabalho. Tendo sido possível identificar os aspetos positivos e negativos das tarefas que realizam, identificar o tipo de recursos que utilizam no quotidiano para estarem em equilíbrio e, finalmente, elencar as sugestões dos/das participantes para o desenho de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*. As categorias que surgiram em maior número foram os aspetos negativos acerca das tarefas realizadas, sendo igualmente o aspeto que tomou mais tempo nos *Focus Groups*. Foi possível constatar que as AAD tinham mais facilidade em identificar o que não funciona no seu trabalho do que em enumerar os aspetos positivos do mesmo. Compreende-se este facto porque estas participantes estão pouco habituadas a serem escutadas e que as suas opiniões sejam levadas em conta na vida institucional.

Para além da avaliação qualitativa, foram aplicados questionários para avaliar os níveis do *burnout* e do *engagement* (*Maslach Burnout Inventory* e *Utrecht Work Engagement Scale*) e realizou-se, ainda, a caracterização sociodemográfica das AAD. Os resultados obtidos vão ao encontro dos estudos realizados nos últimos anos (Castanheira, 2013; Ferreira, 2012; Domingues, 2010). Podemos concluir que a prestação de cuidados continua a ser efetuada essencialmente pelo género feminino, como a nossa amostra exemplifica, com idades entre os 26 e os 58 anos, sendo a maioria casada. Em termos de habilitações, apesar de existir a ideia preconcebida de que estas profissionais têm baixa escolaridade, essa realidade tem vindo a mudar. No caso da nossa amostra, a maioria tem o ensino secundário, sendo que a formação profissional, na maior parte das vezes é fornecida, *à posteriori*, pelas entidades. Contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer. É fundamental que se considere, num futuro próximo, que estes/estas profissionais, para prestarem cuidados à população mais envelhecida, necessitam de ter uma formação específica e certificada, e que abarque os aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do envelhecimento, de modo a dignificar o papel dos cuidadores formais de idosos. Com os desafios demográficos que Portugal vai enfrentar nos próximos anos, é crucial ter cuidadores que aliem o saber-saber (ou seja, o conhecimento), ao saber-fazer e ao saber ser e estar, para que se possam oferecer cuidados de excelência à população idosa, bem como proporcionar uma maior qualidade de vida nos anos que restam (Sousa, 2011).

Quanto aos resultados do *burnout* (que é um problema que condiciona em grande medida a ação dos indivíduos e que limita a sua interação com os outros), obtiveram-se níveis baixos a moderados, o que é surpreendente se tivermos em conta a enumeração dos aspetos negativos acerca das tarefas desempenhadas. Diariamente, estas profissionais enfrentam condições exigentes que podem levar ao stresse, mas apesar disso não tem níveis elevados de *burnout*. Aliás, cuidar é um ato muito exigente e, como Boff afirma (2004, p. 97): “O grande desafio do ser humano é combinar o trabalho com o cuidado.” Este aspeto é fundamental e, para que as AAD não se sintam “máquinas de cuidado”, é necessário que quem as coordene tenha noção destes aspetos e que, em particular, entenda quais as principais exigências que têm de enfrentar, e que recursos é que lhes poderão ser disponibilizados em termos organizacionais e como potenciar os seus recursos pessoais.

Curiosamente, um dos dados mais interessantes foi ao nível do *engagement* das AAD, que evidencia que este grupo profissional é comprometido com a sua profissão e que este aspeto funcionará como fator protetor no que respeita ao desenvolvimento do *burnout*.

O modelo ocupacional de *Job Demands-Resources* (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014; Demerouti et al., 2001) demonstra que esta relação é inversa. Foi este modelo que norteou, igualmente, o desenho do respetivo programa de prevenção de *burnout* e promoção do *engagement*, que teve em conta as sugestões fornecidas pelos elementos da amostra, bem como pela literatura nesta área. O programa denomina-se “Cuidar para Apessoar”, que é baseado numa intervenção combinada de carácter psicoeducativo, de doze sessões de noventa minutos com frequência quinzenal.

Implicações Práticas

Uma das implicações práticas deste programa, é o de possibilitar um ponto de partida para que possa vir a ser implementado junto das entidades interessadas. Para além disso, levanta novas questões para a investigação, nomeadamente, quais os preditores que conduzem aos níveis elevados de *engagement* nesta categoria profissional. Demonstra ainda a importância da conjugação das metodologias quantitativas e qualitativas, para uma melhor compreensão dos fenómenos a estudar.

Outra implicação prática foi o alertar as instituições, e em particular os coordenadores das AAD, para a temática do *burnout* e do *engagement*. Investir na saúde mental dos colaboradores é uma boa prática recomendada por diversas organizações nacionais e internacionais, que tem efeitos ao nível do desempenho das profissionais (melhor prestação de cuidados às pessoas idosas), com consequências positivas para as respectivas organizações.

É, pois, fundamental promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis com trabalhadores felizes, de modo a diminuir os níveis de stresse profissional e aumentar os níveis do bem-estar dos profissionais.

Limitações

As limitações deste trabalho prenderam-se, essencialmente, com o facto de existir apenas uma investigadora a efetuar a recolha de dados e respectiva análise, o que pode ter feito com que a respectiva análise não seja tão aprofundada. Por outro lado, a amostra das AAD é reduzida, logo os dados não poderão ser generalizáveis. Apesar da existência de algumas limitações neste trabalho, este constitui um contributo acerca do *burnout* e do *engagement* nas AAD.

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012). Promoção da saúde mental no local de trabalho: Resumo de um relatório de boas práticas. Espanha: Bilbao. Retirado de <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets>
- Agência Nacional para a Qualificação. (2015). *Catálogo nacional de qualificações*. Retirado de <http://www.anqep.gov.pt/default.aspx?access=1>
- Almeida, A. (2013). *A Síndrome de burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados* (Tese de Mestrado). Retirado de uBiblorum.
- Annan, K. (2002). *Towards a sustainable future*. New York: American Museum of Natural History Annual Environmental Lecture.
- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184–190. doi:10.1016/j.pec.2009.04.008
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A.I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bakker, A.B. (2009). Building engagement in the workplace. In R. J. Burke & C.L. Cooper (Eds.), *The peak performing organization* (pp. 50-72). Oxon, UK: Routledge. Retirado de: http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_204.pdf
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bergerman, L., Corabian, P., & Harstall, C. (2009). Effectiveness of Organizational Interventions for the Prevention of Workplace Stress. *IHE Report*. Alberta, Canada: The Institute of Health Economics.
- Boff, L. (Eds.). (2004). *Saber cuidar: Ética do humano, compaixão da terra* (9ª edição). Petrópolis: Vozes.
- Borges-Duarte, I. (2010). A fecundidade ontológica da noção de cuidado. *Ex aequo*, 21, 115-131.
- Carvalhosa, S., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). O modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica*, 28(3), 479-490.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2014). *Carta social – Rede de serviços e equipamentos: Relatório 2013*. Retirado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal.pdf>

- Castanheira, C. (2013). *Auxiliar de acção directa: Um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional* (Tese de Mestrado). Retirado de Repositório UL.
- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71. doi:10.2174/1745017901006010066
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney Jr, J. M. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17(3), 214-23. doi:10.1037/0278-6133.17.3.214
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da Vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Coogler, C., Parham, I., Jablonski, R., & Rachel, J. (2007). The value of geriatrics care enhancement training for direct care service workers. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 109-131. doi:10.1300/J021v28n02_08
- Decreto Lei nº 414/1999, de 15 de Outubro. *Diário da República: I série* Nº 241. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Decreto Lei nº 256/2005, de 16 de Março. *Diário da República: I série-B* Nº 53. Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho.
- Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. *Diário da República: I série-B* Nº 109. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Decreto Lei nº 396/2007, de 31 de Dezembro. *Diário da República: I série* Nº 251. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Demerouti E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands - Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512. Dicionário Universal da Língua Portuguesa (1995). Porto: Texto Editora.
- Domingues, A. C. (2010). Comprometimento Organizacional e Intenções de Abandono dos Agentes em Geriatria (Tese de Mestrado). Retirado de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45733/2/ANA%20DOMINGUES.pdf>
- EurofoundEU-OSHA & Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for Prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://eurofound.europa.eu/publications/report/2014/eumember-states/working-conditions/psychosocial-risks-in-europeprevalence-and-strategies-for-prevention>.

- Ferreira, M. E. (2012). *Ser cuidador: Um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* (Tese de Mestrado). Retirado de Instituto Politécnico de Bragança: Biblioteca digital.
- Figueira, C. (2013). *Bem-estar nos estudantes do ensino superior: Papel das exigências e dos recursos percebidos no contexto académico e das atividades de voluntariado* (Tese de Doutoramento). Retirado de Repositório da Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 31-55.
- Gaines, J. & Jermier, J. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of Management Journal*, 26(4), 567-586.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Guerra, M.P. & Lima, L. (coord.) (2005). *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, S.P. (2013). Stress e bem-estar no trabalho: da definição aos modelos teóricos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- Hill, M. & Hill A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513.
- Hobfoll, S. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. doi:10.1037/1089-2680.6.4.307.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque*. Retirado de:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Instituto da Segurança Social. (2015). *Guia prático: Apoios sociais - Pessoas idosas*. Retirado de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos
- Jesus, T. (2009). *Burnout e engagement dos técnicos de ambulância de emergência do instituto nacional de emergência médica*. (Tese de Mestrado). Retirado de Repositório da Universidade de Lisboa.

- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012) Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 846–855.
doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research* 23(3), 130-138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Lima, M. F. M. (2013). *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de Vila Verde* (Tese de Mestrado). Retirado de RepositoriUm.
- Llorens, S., Líbano, M., & Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. In M. Salanova (Dir.), *Psicología de la salud ocupacional* (pp.63-93). Madrid: Editorial Síntesis.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Sidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. doi:10.1016/j.apnr.2005.08.002
- Marques, C. (2013). *O Burnout nos ajudantes de ação direta que trabalham em lares residenciais para idosos no distrito de Viseu* (Tese de Mestrado). Retirado de Repositório UCP.
- Marques, S. & Calheiros, M.M (2006). O Modelo Lógico como Instrumento de Avaliação da Qualidade: o Centro de Dia para Pessoas Idosas. *Revista Kairós Gerontologia*, 9(2), 147-167.
- Masadeh, M. A. (2012). Focus group: Reviews and practices. *International Journal of Applied Science and Technology*, 2(10), 63-68.
- Maslach, C. (1999). Progress in understanding teacher burnout. In R.Vandenberghe & A.M. Huberman (Eds.). *Understanding and preventing teacher burnout* (pp.211-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1998). Burnout. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 347-357). San Diego, CA: Academic Press.
- Maslach, C.; Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3ª ed). California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research* (pp.1-16).UK: Taylor & Francis.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2nd ed). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. In The Cochrane Collaboration, & A. Marine (Eds.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p.CD002892). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L., & Jones, J. (2007). Direct care workers recommendations for training and continuing education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 91-108. doi:10.1300/J021v28n02_07
- Miller, D. (1981). The 'sandwich' generation: Adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419-423. doi:10.1093/sw/26.5.419
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e *engagement* como preditores do *burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-12.
- Noblet, A. & LaMontagne, A.D. (2009). The challenges of developing, implementing, and evaluating interventions. In S. Cartwright & C.L. Cooper (Eds), *The Oxford Handbook Of Organizational Wellbeing* (pp. 466-496). Oxford: Oxford University Press.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15, 266-272. Retirado de : http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_662.pdf
- Parker, D., MSocSci, Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 137-172.
- Potter, S. J., Churrilla, A., & Smith, K. (2006). An examination of full-time employment in the direct-care workforce. *Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 356-374.
- Pinto, A.M. & Chambel, M.J. (organização) (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional – Estudos com Amostras Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Price, K., Alde, P., Provis, C., Harris, R., & Stack, S. (2004). What hinders and what helps? Searching for solutions to mature aged unemployment and the residential aged care workforce crisis. *Australasian Journal on Ageing*, 23(4), 177-183. doi:10.1111/j.1741-6612.2004.00046.x
- Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de abril de 2008. Retirado de: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/90DBE647-5CB6-4846-B88F-101180D9E425/4882/OfficialJournaloftheEuropeanUnion_C111_1_2008_PT.pdf

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Cuidados continuados: Saúde e apoio social*. Retirado de <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019596011>
- Ron, P. & Lowenstein, A. (2002). In-service training of professional and para-professional staff in institutions for the aged. *Educational Gerontology*, 28(7), 587-597. doi:10.1080/03601270290099787
- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 225-247.
- Santos, E. S. (2011). Em busca de uma ética do cuidado à luz de Heidegger, Nishitani e Winnicott. *Winnicott E-prints*, 6(1). Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1679-432X2011000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Savicki, V. & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In G. Bauer & O. Hämmig (Eds), *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Dordrecht: Springer.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A.B. Bakker & M.P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp.10-24). New York: Psychology Press.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being?. *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173–203. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology: An International Review* 57 (2), 173–203. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x

- Schaufeli, W. , Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92. Kluwer Academic Studies Publishers.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual*. Department of Psychology, Utrecht University, The Netherlands (available from www.schaufeli.com).
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. & Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement: una nueva perspectiva. *Revista de Psicología del Trabajo e de las Organizaciones*, 16, 117-134. Retirado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/152.pdf>
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice – A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care (LCT) protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries* (Relatório No. 50 Internacional Labour Organization). Geneva: International Labour Office. Retirado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf
- Scott, A., Brannon, S., Vasey, J., Dansky, K., & Kemper, P. (2007). Baseline management practices at providers in better jobs better care. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 17-36. doi:10.1300/J021v28n02_03
- Soares, J. I. (2010). *Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos Eficácia de uma Intervenção de grupo* (Tese de Doutoramento). Retirado de U. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice* (1.ª ed.). Porto: Ambar.
- Sousa, F., Lima, M.L., & Barbosa, A. (2014). Stress, Apoio Social e Função Imunitária em Mulheres com Neoplasia Mamária. In M.L. Lima, S. Bernardes & S. Marques (Eds.), *Psicologia Social da Saúde: Estudos, Programas e Instrumentos* (pp. 107-126). Lisboa: Sílabo.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas* (1.ª ed.). Cascais: Príncipe Editora, Lda.
- Topf, M & Dillon, E (1988). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart and Lung*, 17(5), 567-574.

- Wang, H. X., Mittleman, M. A., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 60(3), 599-607. doi:10.1016/j.socscimed.2004.05.021
- World Health Organization (2010). *Healthy workplaces: a model for action For employers, workers, policy-makers and practitioners*. Switzerland: WHO Press.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2015). *World Population Prospects: The 2015 revision - Key findings & advance tables*. Retirado de <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
- Wade, D.C., Cooley, E. & Savicki, V. (1986). *A longitudinal study of burnout. Children and Youth Service Review*, 8(2), 161-173.
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 51(1), 63–71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009a). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 235-244.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of *personal* resources in the Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. doi:10.1037/1072-5245.14.2.121
- Yalom, I.D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo* (trad. José Bayo Margalef). Barcelona, Paidós Ibérica (Obra original publicada em 1998 [Yalom Reader]).
- Zamora, Z. & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142.

Anexos

Anexo A

GUIÃO DO FOCUS GROUP DAS AAD

Material:

- ✓ Gravador (verificar pilhas e cartão de memória)
- ✓ Folha de consentimento informado
- ✓ Questionário sociodemográfico/ MBI- ES/ UWES
- ✓ Material para tomar notas

A. Introdução

Tema	Guião
Agradecimentos, apresentação dos objetivos Discussão de Grupo Focalizado e consentimento informado	Agradecer a presença e disponibilidade. Sou psicóloga e frequento atualmente o Mestrado de Psicologia Social da Saúde no ISCTE, nesse âmbito estou a realizar um trabalho de projeto que visa a criação de um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> para Ajudantes de Ação Direta a trabalhar em Respostas Sociais para a população idosa. No nosso grupo de discussão de hoje, vamos concentrar-nos sobre as exigências do vosso trabalho e sobre os respetivos recursos disponibilizados pela instituição, mas igualmente sobre os vossos recursos pessoais. Falaremos ainda sobre o que vocês pensam sobre um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> direcionado a profissionais que desempenham as mesmas funções. Neste sentido, este grupo focalizado de discussão terá a duração máxima de 1 hora. Existe algum impedimento em que gravarmos esta entrevista? Isto é necessário para que possamos analisar e representar os vossos pontos de vista com precisão. No entanto será anónimo e os vossos nomes não vão aparecer na transcrição. As vossas respostas são confidenciais, poderão desistir a qualquer momento e, ao longo do focus group, se não quiserem responder a alguma das perguntas ou queiram saber a razão por que as coloquei, estão à vontade para o fazer. Para poder analisar a informação é essencial que a mesma seja gravada, por isso, gostaria de ter o vosso consentimento para o poder fazer (assinatura do consentimento informado). Antes de começarmos, há alguma questão que possamos esclarecer?

B. Caracterização das Exigências e Recursos das AAD

Tema	Questões Gerais
Caracterização das tarefas desempenhadas	1. O que pensam acerca das tarefas que envolvem o vosso trabalho? 2. Podem indicar quais os aspetos mais negativos referentes às tarefas que desempenham no vosso trabalho? 2.1. O que é que os faz serem aspetos negativos? Até que ponto os aspetos negativos referidos interferem na vossa vida pessoal? 3. Consideram que esses aspetos mudam se trabalharem em lar, residência, SAD ou numa unidade de cuidados continuados? 4. Que aspetos positivos encontram no vosso trabalho? 4.1. O que é que os faz serem aspetos positivos? 5. Consideram que esses aspetos mudam se trabalharem em lar, residência, SAD ou numa unidade de cuidados continuados? 6. E neste momento, quais são as principais necessidades que sentem ao desempenhar as vossas funções? 7. Os vossos superiores hierárquicos estão a par das vossas necessidades? 8. O que é que geralmente fazem quando no vosso trabalho se defrontam com acontecimentos difíceis ou geradores de stresse?
Recursos da organização	1. Podem indicar-me quais os recursos (físicos e materiais) que a vossa instituição disponibiliza-vos para o desempenho das vossas funções? 2. Consideram esses recursos suficientes? O que gostariam de ter mais?
Recursos Pessoais	1. O que é que fazem para lidar com o stresse profissional? 2. Que atividades prazerosas realizam no vosso dia a dia? 3. Têm para convosco atitudes de auto-cuidado (e.g. dieta saudável, higiene do sono, atividade física, etc..)? 4. Em que medida a vossa rede social é um recurso em situações de stresse profissional? Como podia ajudar mais?
Programa de intervenção	1. Para terminar, gostaria que me dissessem, na vossa opinião, como deveria ser um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> (que atividades deveria ter; com que frequência; em que modalidade (presencial, à distância, ou em ambos os formatos)... 2. O que os faria querer participar num programa de prevenção do <i>burnout</i>...

C. Encerramento do *Focus Group*

Tema	Questões Gerais	Questões de aprofundamento/específicas
Encerramento	Breve síntese do que foi dito durante o FG.	– Existe alguma coisa que queira perguntar? – Alguma dúvida?
	Finalização	– Comunicar que o <i>Focus Group</i> terminou – Agradecer a participação, reforçando a qualidade da informação recolhida e a importância da participação dos/das participantes.
	Preenchimento dos instrumentos	

Consentimento Informado

Focus Group AAD

Instruções

Este *Focus group* insere-se no âmbito do trabalho de projeto do Mestrado de Psicologia Social da Saúde. Este visa a criação de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* para Ajudantes de Ação Direta a trabalhar em Respostas Sociais para a população idosa.

Este grupo focalizado de discussão realizar-se-á numa sessão única com a duração máxima de 1 hora e meia.

A participação neste *focus group* é voluntária. Caso aceite participar, deverá antes de mais prestar o seu consentimento (cf. baixo - Consentimento Informado). Apenas a entrevistadora envolvida neste grupo focalizado de discussão terá acesso aos dados e, por isso, as respostas são totalmente confidenciais.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado/a e estar ciente dos objetivos e dos termos em que decorrerá o presente grupo focalizado de discussão, de participação voluntária na mesma, dos limites da confidencialidade e das demais questões. Deste modo, disponho-me a participar neste grupo focalizado de discussão e a responder de forma sincera.

Assinatura da participante: _____

Data: / /

Muito obrigada pela sua colaboração!

Lista de Presenças

Instituição: _____ Data: _____

Nome:

Rubrica:

Anexo B

Consentimento Informado

Instrumentos

No âmbito do trabalho de projeto do Mestrado de Psicologia Social da Saúde. Este visa a criação de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* para Ajudantes de Ação Direta a trabalhar em Respostas Sociais para a população idosa. Procura-se através deste trabalho, contribuir para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos fatores que podem afetar a saúde física e psicológica destes profissionais

Neste sentido, solicitamos a sua participação nesta investigação, concedendo-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados alguns instrumentos de avaliação.

A sua participação é voluntária e os dados que fornecer serão estritamente confidenciais, sendo unicamente utilizados para os objetivos desta investigação.

Eu _____ dou o meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Nome da Aluna: Andreia Sofia Soares Cardoso

Orientadora: Professora Doutora Luísa Lima (ISCTE, Lisboa)

Questionário Sociodemográfico das AAD

Identificação Individual

Feminino ☐₁ Masculino ☐₂

1. Qual é a sua idade? _____

2. Qual é o seu estado civil?

☐₁ Solteiro/a

☐₂ Casada/o ou União de facto

☐₃ Divorciada/o ou Separado/a

☐₄ Viúvo/a

3. Quais são as suas habilitações académicas:

☐₁ Sem escolaridade

☐₂ 1º Ciclo

☐₃ 2º Ciclo

☐₄ Ensino Secundário

☐₅ Ensino Superior. Área: _____

4. Situação face ao emprego:

☐₁ Empregada/o sem contrato de trabalho

☐₂ Empregada/o a recibos verdes

☐₃ Empregada/o com contrato a termo certo

☐₄ Empregada/o com contrato a termo incerto

☐₅ Empregada/o efetiva

☐₆ Outra: Qual _____

5. Qual é a sua etnia:

☐₁ Caucasiana (branca)

☐₂ Africana

☐₃ Cigana

☐₄ Asiática

☐₅ Outra: _____

6. Tem Filhos:

Sim ☐₁ Não ☐₂

Se respondeu sim, quantos _____

Outros Dependentes: Sim ☐₁ Não ☐₂

Quantos? _____ Quem? _____

7. O/A cônjuge trabalha?

Sim ☐₁ Não ☐₂

8. Tem alguma doença crónica

(hipertensão/tensão alta, colesterol, diabetes, etc.):

Sim ☐₁ Não ☐₂

Qual? _____

9. Resposta Social em que trabalha atualmente:

☐₁ Serviço de apoio domiciliário

☐₂ Centro de dia/convívio

☐₃ Lar residencial

☐₄ Unidade de Cuidados Continuados

☐₅ Outra: Qual _____

10. Há quanto tempo trabalha na resposta social indicada na questão anterior: _____

11. Trabalhou em outra resposta social?

Sim ☐₁ Não ☐₂

11.1. Se, sim indique qual foi a Resposta Social em que trabalhou:

☐₁ Serviço de apoio domiciliário

☐₂ Centro de dia/convívio

☐₃ Lar residencial

☐₄ Unidade de Cuidados Continuados

☐₅ Outra: Qual _____

11.2. Quanto tempo trabalhou na resposta social indicada na questão anterior: _____

12. Nº médio de horas de trabalho por semana: _____ horas

12.1. Horário de trabalho:

Horário rotativo ☐₁ Horário fixo ☐₂

13. Nos últimos **12 meses**, teve de pedir **baixa médica** devido a problemas relacionados com o *stress* profissional?

Sim ☐₁ Não ☐₂

13.1. Se sim, quanto tempo? _____ meses

14. No último ano faltou ao serviço?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Indique a razão

15. No último mês faltou ao serviço?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes

☐₄ Bastantes vezes

Indique a razão

16. No último ano foi alguma vez trabalhar estando doente?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Se assinalou a opção 2,3 ou 4 indique que doença tinha na altura

17. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?

Sim ☐₁
Não ☐₂

18. Se pudesse mudaria de profissão?

Sim ☐₁
Não ☐₂

Questionário Sociodemográfico das AAD

Identificação Individual

Feminino ☐₁ Masculino ☐₂

1. Qual é a sua idade? _____

2. Qual é o seu estado civil?

- ☐₁ Solteiro/a
☐₂ Casada/o ou União de facto
☐₃ Divorciada/o ou Separado/a
☐₄ Viúvo/a

3. Quais são as suas habilitações académicas:

- ☐₁ Sem escolaridade
☐₂ 1º Ciclo

☐₃ 2º Ciclo
☐₄ Ensino Secundário
☐₅ Ensino Superior. Área: _____

4. Situação face ao emprego:

- ☐₁ Empregada/o sem contrato de trabalho
☐₂ Empregada/o a recibos verdes
☐₃ Empregada/o com contrato a termo certo
☐₄ Empregada/o com contrato a termo incerto
☐₅ Empregada/o efetiva
☐₆ Outra: Qual _____

5. Qual é a sua etnia:

- ☐₁ Caucasiana (branca)
☐₂ Africana
☐₃ Cigana
☐₄ Asiática
☐₅ Outra: _____

6. Tem Filhos:

Sim ☐₁ Não ☐₂

Se respondeu sim, quantos _____

Outros Dependentes: Sim ☐₁ Não ☐₂

Quantos? _____ Quem? _____

7. O/A cônjuge trabalha?

Sim ☐₁ Não ☐₂

8. Tem alguma doença crónica

(hipertensão/tensão alta, colesterol, diabetes, etc.):

Sim ☐₁ Não ☐₂

Qual? _____

9. Resposta Social em que trabalha atualmente:

- ☐₁ Serviço de apoio domiciliário
☐₂ Centro de dia/convívio
☐₃ Lar residencial
☐₄ Unidade de Cuidados Continuados
☐₅ Outra: Qual _____

10. Há quanto tempo trabalha na resposta social indicada na questão anterior: _____

11. Trabalhou em outra resposta social?

Sim ☐₁ Não ☐₂

11.1. Se, sim indique qual foi a Resposta Social em que trabalhou:

- ☐₁ Serviço de apoio domiciliário
☐₂ Centro de dia/convívio
☐₃ Lar residencial
☐₄ Unidade de Cuidados Continuados
☐₅ Outra: Qual _____

11.2. Quanto tempo trabalhou na resposta social indicada na questão anterior: _____

12. Nº médio de horas de trabalho por semana: _____ horas

12.1. Horário de trabalho:

Horário rotativo ☐₁ Horário fixo ☐₂

13. Nos últimos **12 meses**, teve de pedir **baixa médica** devido a problemas relacionados com o *stress* profissional?

Sim ☐₁ Não ☐₂

13.1. Se sim, quanto tempo? _____ meses

14. No último ano faltou ao serviço?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Indique a razão

15. No último mês faltou ao serviço?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Indique a razão

16. No último ano foi alguma vez trabalhar estando doente?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Se assinalou a opção 2,3 ou 4 indique que doença tinha na altura

17. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?

- Sim ☐₁
Não ☐₂

18. Se pudesse mudaria de profissão?

- Sim ☐₁
Não ☐₂

Questionário do bem-estar e Trabalho (UWES) ©

As seguintes perguntas referem-se aos sentimentos de algumas pessoas em relação ao seu trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos seguintes itens e responda se já experimentou o que é relatado, em relação ao seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma Vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1. No meu trabalho sinto-me pleno/a de energia.	0 1 2 3 4 5 6
2. O meu trabalho é pleno de significado e propósito.	0 1 2 3 4 5 6
3. O “tempo voa” quando estou a trabalhar.	0 1 2 3 4 5 6
4. Sou forte e vigoroso/a no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
5. Estou entusiasmado/a com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
6. Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa ao meu redor.	0 1 2 3 4 5 6
7. O meu trabalho inspira-me.	0 1 2 3 4 5 6
8. Quando levanto-me de manhã, tenho vontade em ir trabalhar.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sou feliz quando estou envolvido/a no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
10. Estou orgulhoso/a com o trabalho que faço.	0 1 2 3 4 5 6

11. Estou imerso/a no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
12. Posso continuar a trabalhar durante longos períodos de tempo.	0 1 2 3 4 5 6
13. Para mim, o meu trabalho é desafiador.	0 1 2 3 4 5 6
14. “Deixo-me levar” pelo meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. Sou muito persistente no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
16. É difícil para mim, desconectar-me do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
17. Eu continuo a trabalhar, mesmo quando as coisas não vão bem.	0 1 2 3 4 5 6

¹ UWES (Schaufeli & Bakker 2003).

Anexo C

Consentimento Informado

No âmbito do trabalho de projeto do Mestrado de Psicologia Social da Saúde. Este visa a criação de um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* para Ajudantes de Ação Direta a trabalhar em Respostas Sociais para a população idosa. Procura-se através deste trabalho, contribuir para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos fatores que podem afetar a saúde física e psicológica destes profissionais

Neste sentido, solicitamos a sua participação nesta investigação, enquanto coordenadores/as das Ajudantes de Ação Direta, concedendo-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados alguns instrumentos de recolha de informação.

A sua participação é voluntária e os dados que fornecer serão estritamente confidenciais, sendo unicamente utilizados para os objetivos desta investigação.

Eu _____ dou o meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Nome da Aluna: Andreia Sofia Soares Cardoso

Orientadora: Professora Doutora Luísa Lima (ISCTE, Lisboa)

Questionário
Coordenadores/as das Ajudantes de Ação Direta

Instituição: _____ **Data:** _____

Resposta Social que coordena _____

I. Caracterização das tarefas desempenhadas

1.1. Como caracteriza as tarefas das AAD no que respeita ao grau de exigência das mesmas?

1.2. Na sua opinião qual a relação entre as tarefas desempenhadas e o nível de stresse das vossas AAD?

II. Recursos da organização

2.1. Podem indicar-me quais os recursos (físicos e materiais) que a vossa instituição disponibiliza para o desempenho das tarefas das AAD?

2.2. Consideram esses recursos suficientes? O que gostariam de ter mais?

III. Recursos Pessoais

3.1. Que recursos pessoais consideram importantes para se desempenhar as funções de Ajudante de Ação Direta?

3.2. Que atividades são desenvolvidas pela instituição no sentido do aumento dos recursos pessoais das Ajudantes de Ação Direta?

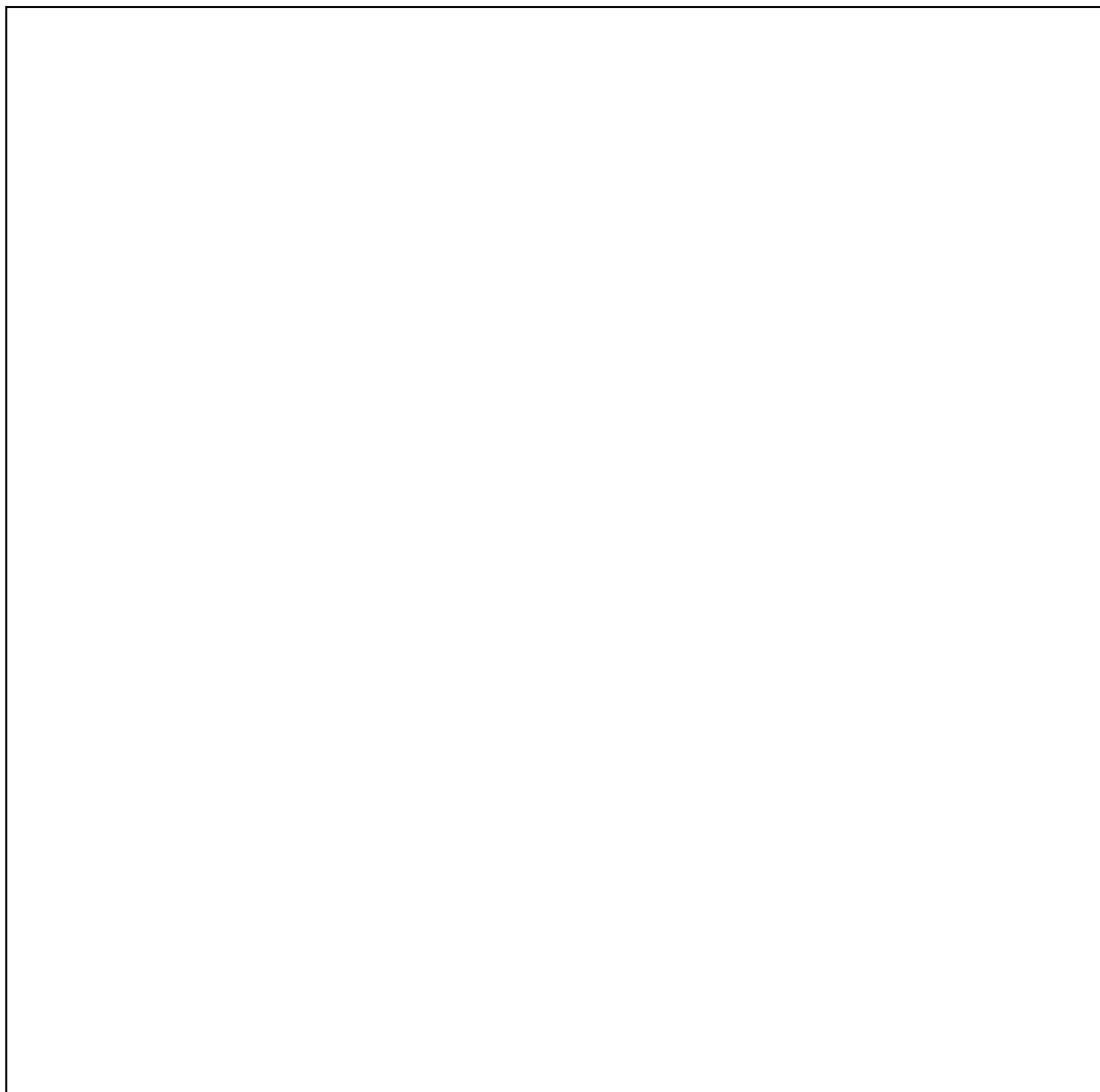
IV. Programa de intervenção

4.1. Consideram que o *burnout* é um problema nesta área de intervenção com a população idosa?

E como é que é sentido nos/as vossos/as colaboradores/as tendo em conta a resposta social em que trabalham?

4.2. Na vossa opinião, como deveria ser um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement* (que atividades deveria ter; com que frequência; em que modalidade (presencial, à distância, ou em ambos os formatos)).

4.3.O que os faria sensibilizar a equipa de AAD a participar num programa de prevenção do *burnout*.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a written response to the question above.

Questionário Sociodemográfico

Identificação Individual – Coordenadores/as das AAD

Feminino ☐₁ Masculino ☐₂

1. Qual é a sua idade? _____

2. Qual é o seu estado civil?

- ☐₁ Solteiro/a
☐₂ Casado/a ou União de facto
☐₃ Divorciado/a ou Separado/a
☐₄ Viúvo/a

3. Quais são as suas habilitações académicas:

- ☐₁ Sem escolaridade
☐₂ 1º Ciclo
☐₃ 2º Ciclo
☐₄ Ensino Secundário
☐₅ Ensino Superior. Área: _____

4. Situação face ao emprego:

- ☐₁ Empregado/a sem contrato de trabalho
☐₂ Empregado/a a recibos verdes
☐₃ Empregado/a com contrato a termo certo
☐₄ Empregado/a com contrato a termo incerto
☐₅ Empregado/a efetiva
☐₆ Outra: Qual _____

5. Qual é a sua etnia:

- ☐₁ Caucasiana (branca)
☐₂ Africana
☐₃ Cigana
☐₄ Asiática
☐₅ Outra: _____

6. Resposta Social em que trabalha atualmente:

- ☐₁ Serviço de apoio domiciliário
☐₂ Centro de dia/convívio
☐₃ Lar residencial
☐₄ Unidade de Cuidados Continuados

☐₅ Outra:

Qual _____

7. Há quanto tempo trabalha na resposta social indicada na questão anterior: _____

8. Trabalhou em outra resposta social?

Sim ☐₁ Não ☐₂

8.1. Se, sim indique qual foi a Resposta Social em que trabalhou:

- ☐₁ Serviço de apoio domiciliário
☐₂ Centro de dia/convívio
☐₃ Lar residencial
☐₄ Unidade de Cuidados Continuados
☐₅ Outra:

Qual _____

8.2. Quanto tempo trabalhou na resposta social indicada na questão anterior: _____

9. Indique qual a Resposta Social que coordena atualmente:

- ☐₁ Serviço de apoio domiciliário
☐₂ Centro de dia/convívio
☐₃ Lar residencial
☐₄ Unidade de Cuidados Continuados
☐₅ Outra:

Qual _____

10. No último mês as Ajudantes de Ação Direta que coordena faltaram ao serviço?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Indique a razão

11. No último ano teve conhecimento que as AAD que coordena foi alguma vez trabalhar estando doente?

- ☐₁ Nunca
☐₂ Raramente
☐₃ Algumas vezes
☐₄ Bastantes vezes

Se assinalou a opção 2,3 ou 4 indique que doença tinha na altura

12. Tem conhecimento se as AAD que coordena se pudessem deixariam a instituição onde trabalha?

- Sim ☐₁
Não ☐₂

GUIÃO DE ENTREVISTA

COORDENADORES DAS AAD

Material:

- ✓ Gravador (verificar pilhas e cartão de memória)
- ✓ Folha de consentimento informado
- ✓ Questionário sociodemográfico
- ✓ Material para tomar notas

A. Introdução

Tema	Guião
Agradecimentos, apresentação dos objetivos da Entrevista e consentimento informado	Agradecer a presença e disponibilidade. Sou psicóloga e frequento atualmente o Mestrado de Psicologia Social da Saúde no ISCTE, nesse âmbito estou a realizar um trabalho de projeto que visa a criação de um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> para Ajudantes de Ação Direta a trabalhar em Respostas Sociais para a população idosa. Os objetivos desta entrevista são avaliar do ponto de vista da coordenação e dos profissionais de psicologia as exigências das tarefas das AAD, bem como os respetivos recursos disponibilizados pela instituição, e ainda recursos pessoais destas profissionais. No final gostaria de ouvir as vossas sugestões para um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> direcionado às AAD. Esta entrevista terá a duração máxima de 1 hora. Existe algum impedimento em que gravarmos esta entrevista? As vossas respostas são confidenciais, e podemos parar a qualquer momento e, ao longo da entrevista, se não quiserem responder a alguma das perguntas ou queiram saber a razão por que as coloquei, estão à vontade para o fazer. Para poder analisar a informação é essencial que a mesma seja gravada, por isso, gostaria de ter o vosso consentimento para o poder fazer (assinatura do consentimento informado). Antes de começarmos, há alguma questão que possa esclarecer?

B. Caracterização das Exigências e Recursos das AAD

Tema	Questões Gerais
Caracterização das tarefas desempenhadas	1. Como caracteriza as tarefas das AAD no que respeita ao grau de exigência das mesmas? 2. Na sua opinião qual a relação entre as tarefas desempenhadas e o nível de stresse das vossas AAD?
Recursos da organização	1. Podem indicar-me quais os recursos (físicos e materiais) que a vossa instituição disponibiliza para o desempenho das tarefas das AAD? 2. Consideram esses recursos suficientes? O que gostariam de ter mais?
Recursos Pessoais	1. Que recursos pessoais consideram importantes para se desempenhar as funções de AAD? 2. Que atividades são desenvolvidas pela instituição no sentido do aumento dos recursos pessoais das AAD?
Programa de intervenção	1. Consideram que o <i>burnout</i> é um problema nesta área de intervenção com a população idosa? E como é que é sentido nos/as vossos/as colaboradores/as tendo em conta a resposta social em que trabalham? 2. Na vossa opinião, como deveria ser um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> (que atividades deveria ter; com que frequência; em que modalidade (presencial, à distância, ou em ambos os formatos). 3. O que os faria sensibilizar a equipa de AAD a participar num programa de prevenção do <i>burnout</i>.

D. Encerramento da Entrevista

Tema	Questões Gerais	Questões de aprofundamento/específicas
Encerramento	Breve síntese do que foi dito durante a entrevista	– Existe alguma coisa que queira perguntar? – Alguma dúvida?
	Finalização	– Comunicar que a entrevista terminou – Agradecer a participação, reforçando a qualidade da informação recolhida e a importância da participação dos/das participantes.
	Preenchimento do questionário sociodemográfico	

Anexo D

Dicionário de Categorias

Quadro D.1. – Dicionário de Categorias

Categorias	Definição
Aspetos negativos acerca das tarefas	Referência aos elementos negativos acerca das tarefas realizadas segundo a perspetiva das AAD.
Aspetos positivos acerca das tarefas	Referência aos elementos positivos acerca das tarefas realizadas segundo a perspetiva das AAD.
Estratégias	Referência a estratégias que são utilizadas pelas AAD no seu quotidiano.
Sugestões	Referência às sugestões das AAD, coordenadores/as das respostas sociais e do/a psicólogo/a para um programa de prevenção do <i>burnout</i> e promoção do <i>engagement</i> .

Dicionário de Subcategorias

Quadro D.2. – Dicionário de Subcategorias da Categoria 1

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 1 Aspetos negativos acerca das tarefas	Utentes com problemas complicados	Referência às dificuldades do contacto direto com pessoas com doenças e/ou problemas físicos e/ou psicológicos.	<i>“(…) a parte psicológica deles está muito afetada e que nos transmite a nós porque eles estão muito em baixo (…).”</i> [Instituição L.; UCCI] <i>“(…) nós temos muitos utentes de oncologia e, portanto, com AVC, pessoas que estão inutilizadas há 16 anos.”</i> [Instituição LG.; SAD]
	Impotência	Referência às dificuldades em dar resposta aos problemas dos/das utentes e/ou de situações relacionadas com os utentes.	<i>“(…) Nós estarmos a pedir ajuda e eles também quererem e não conseguirem, essa parte é frustrante para nós também.”</i> [Instituição L.; UCCI] <i>“Sim, porque eles pedem, há sempre mais qualquer coisinha que eles pedem, mas às vezes é assim, ultrapassa-nos.”</i> [Instituição LG.; SAD]
	Comportamentos desajustados dos utentes	Referência a comportamentos de violência verbal e/ou física por parte dos/das utentes face às AAD.	<i>“Uma grita por um lado, outra grita por outro (…).”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“Temos idosos que a gente leva porrada. Até para fazer uma barba. Eu levei dois socos aqui no peito, (…).”</i> [Instituição L.; Lar]
	Relação com as famílias	Referência a situações de conflito com os familiares dos/das utentes.	<i>“(…) ter família e não quererem saber, temos muitas pessoas assim.”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“(…) nós não conseguimos tratar essas situações derivado às exigências, não do utente, mas sim de familiares.”</i> [Instituição A; SAD]
	Lidar com a perda	Referência a situações de morte dos utentes e que afeta as AAD.	<i>“(…) no caso das situações de morte leva a um sentimento de perda pelo facto de se estabelecer vínculo afetivo entre os utentes/ajudantes de ação direta.”</i> [Instituição A; SAD] <i>“(…) falo dos paliativos. Isso deixou a equipa muito... sem chão, no sentido em que estavam preparados para uma realidade e foi começando a surgir outra completamente oposta. E isso mexeu com a equipa (…).”</i> [Instituição LG.; UCCI]

Quadro D.2. – Dicionário de Subcategorias da Categoria 1 (Cont.)			
Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 1 Aspetos negativos acerca das tarefas (Cont.)	Tarefas exigentes fisicamente	Tarefas que exigem força e robustez física e que podem inclusive criar lesões nas AAD.	“(…) é um trabalho que requer muita gente, a gente às vezes chega ali às vezes com 2, 3 idosos já levantamos, já não temos força para mais (…).” [Instituição L.; Lar] “Além dos utentes, as próprias tarefas são exigentes (…).” [Instituição LG.; UCCI]
	Pressão do tempo	Referência à exigência de cumprir horários e sensação de trabalhar numa linha de montagem.	“Às vezes andamos ali a mil (…).” [Instituição L.; Lar] “(…) temos que fazer esses utentes num espaço de tempo muito curto, (…).” [Instituição LG.; Lar]
	Cansaço	Referência a situações de fadiga, lassidão derivada de trabalho excessivo realizado pelas AAD.	“Cansaço psicológico ao fim do turno, para mim.” [Instituição LG.; UCCI] “Isto para mim acaba por ser um desgaste físico e psicológico.” [Instituição A.; Lar]
	Stresse	Referência a situações geradoras de stresse.	“(…) o que acontece sempre, baixas principalmente, isso então tornam as coisas muito mais complicadas e que se torna às vezes... um stresse, uma pressão física e psicológica (…).” [Instituição A.; Lar] “Porque eu tenho a UR onde dormem e depois temos ali uma hora de pico que é terrível (…).” [Instituição LG.; Lar]
	Presentismo laboral	Referência a situações em que as AAD estão presentes no local de trabalho mas, devido a dificuldades de ordem física ou psicológica, não conseguem cumprir na totalidade as suas funções.	“(…) temos pessoas que vem trabalhar doentes, especialmente na resposta lar, onde temos funcionárias mais velhas e que já trabalham há mais anos nesta profissão.” [Instituição L.; Lar]
	Tarefas para as quais não tem formação	Realização de tarefas pertencentes a outras categorias profissionais, nomeadamente enfermagem.	“Às vezes fazemos as coisas, mas com um certo receio... Nós achamos que estamos a fazer bem mas por vezes com receio (…).” [Instituição L.; SAD] “(…) a gente faz: damos medicação, damos insulina, fazemos tudo.” [Instituição L.; Lar]

Quadro D.2. – Dicionário de Subcategorias da Categoria 1 (Cont.)			
Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 1 Aspetos negativos acerca das tarefas (Cont.)	Sinalização de problemas	Responsabilidade por identificar situações de saúde, social a outros profissionais.	“(…) a gente vamos à frente (...) nós é que temos de dizer à enfermeira (...)” [Instituição L.; Lar] “(…) temos de estar sempre mais atentos a qualquer tipo de alteração do utente, para podermos transmitir ao enfermeiro (...)” [Instituição LG.; UCCI]
	Trabalhar sozinhas	Referência a situações em que as AAD executam as suas tarefas sozinhas.	“(…) morre um utente, nós é que resolvemos (...). Nós é que vamos para a frente.” [Instituição L.; Lar] “(…) mas nós trabalhamos praticamente sozinhas.” [Instituição LG.; Lar]
	Relação conflituosa entre colegas	Referência a situações de conflito entre as AAD.	“Também provoca o stresse entre as colegas e o conflito entre as colegas também não ajuda.” [Instituição A; SAD] “(…) depois há aqueles conflitos entre colegas (...)” [Instituição A; SAD]
	Funcionamento da equipa	Referência a situações em que o funcionamento da equipa é negativo prejudicando a sua dinâmica.	“(…) não vamos aqui a fingir que são todas umas grandes equipas e todas para o bom, não.” [Instituição LG.; Lar] “(…) às vezes estamos pessoal suficiente só que anda uma metade a trabalhar para a outra metade (...)” [Instituição A; Lar]
	Interferência na vida pessoal	Referência a situações do trabalho das AAD que interferem com a sua vida pessoal e/ou familiar.	“Que afeta a nossa vida pessoal, sim. Ver os casos (...) que tem aparecido das pessoas com cancro (...)” [Instituição L.; UCCI]
	Interferência da vida pessoal na profissional	Referência a situações em que as AAD não conseguem separar a sua vida pessoal da profissional, interferindo de modo negativo na realização das tarefas.	“É que há colegas que trazem os problemas de casa para aqui.” [Instituição A; SAD] “Nem sempre as auxiliares conseguem separar o lado pessoal do profissional (...)” [Instituição L; UCCI]

Quadro D.2. – Dicionário de Subcategorias da Categoria 1 (Cont.)			
Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 1 Aspetos negativos acerca das tarefas (Cont.)	Falta de pessoal	Recursos humanos insuficientes face ao número de tarefas a realizar.	<i>“Temos muitos idosos e poucas funcionárias (...).”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“Somos sempre muito poucas pessoas para a quantidade de utentes que temos.”</i> [Instituição A; UCCI]
	Falta de equipamentos	Referência a insuficiência de equipamentos e/ou materiais para o desempenho das tarefas das AAD.	<i>“(...) há poucos carros para ir para a rua. Na maior parte das vezes andamos a pé.”</i> [Instituição L.; SAD] <i>“À segunda-feira há falta de material também (...).”</i> [Instituição A; UCCI]
	Controlo da instituição	Referência à sensação de controlo institucional no desempenho das suas tarefas.	<i>“(...) fazes 2 idosos num terminal, e fica tudo registado (...). É o controlo, o gps (...).”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“Não te esqueças que eles tem uma fica do idoso, se houver um problema, sabemos que foi a tal.”</i> [Instituição L.; Lar]
	Pressão institucional	Referência a situações em que as AAD sentem que tem de participar.	<i>“Aqui uma pessoa é obrigada a...não tem direito a escolhas se houver alguma coisa (...).”</i> [Instituição L.; SAD] <i>“Se houver uma caminhada, se nós não formos somos ameaçadas.”</i> [Instituição L.; SAD]
	Falta de reconhecimento por parte da instituição	Referência a situações de desvalorização por parte dos superiores hierárquicos e da instituição; sensação de invisibilidade.	<i>“(...) Estamos desmotivadas porque não nos dão valor.”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“(...) não existe disponibilidade de proporcionar esse bem estar aqui ao profissional, (...).”</i> [Instituição LG.; Lar]

Quadro D.3. – Dicionário de Subcategorias da Categoria 2

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 2 Aspetos positivos acerca das tarefas	Trabalho em equipa	Referência ao desempenho de tarefas realizadas pelas AAD e com o apoio da equipa de enfermagem e respetiva supervisão	<i>“Não é que não sejamos responsáveis mas tem de haver alguém acima de nós que tem que saber observar melhor os dados.”</i> [Instituição L.; UCCI] <i>“(…) a M. trabalha com a enfermagem (…)”</i> [Instituição LG.; Lar]
	Definição de papéis	Referência a situações em que o papel da AAD encontra-se bem definido, tal como as tarefas que tem que desempenhar.	<i>“(…) A gente entra às 8 e começamos logo a dar os pequenos-almoços por causa dos diabetes. A parte da enfermagem dá a medicação e dá as insulinas que têm que dar. (…)”</i> . [Instituição L.; UCCI]
	Reuniões de equipa	Referência a momentos formais e informais de reunião dos elementos da equipa com a respetiva coordenação.	<i>“Nós, chefia, coordenação, enfermeiros, coordenadores e auxiliares também uma vez por mês.”</i> [Instituição LG.; UCCI]
	Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD	Referência à disponibilidade em receber/reunir com as AAD, quando necessário.	<i>“(…) é uma pessoa que está muito atenta à forma como tu chegas ao serviço, ela vê se tu estás triste, se estás preocupada... nesse aspeto, nós temos esse feedback do lado de lá, (…)”</i> [Instituição LG.; Lar] <i>“Os nossos superiores logo junto de nós, sim. Preocupam-se connosco porque vivem o dia a dia, os nossos problemas, estão no terreno.”</i> [Instituição LG.; UCCI]
	Instituição bem equipada	Referência às condições físicas e materiais da instituição.	<i>“Temos todas as condições.”</i> [Instituição L.; UCCI] <i>“(…) em termos de recursos materiais, estamos muito bem apetrechados.”</i> [Instituição LG.; UCCI]
	Contacto com os utentes	Referência a situações em que as AAD lidam diretamente com os utentes, quer nas AVD quer em situações de convívio.	<i>“Fazemos alguma diferença pelo menos na vida das pessoas.”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“É como se fizessemos uma boa ação todos os dias, vou para casa com essa sensação, não é?”</i> [Instituição A.; Lar]

Quadro D.4. - Dicionário de Subcategorias da Categoria 3

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 3 Estratégias	Necessidades básicas	Referências a atividades relacionadas com o acesso a comida, saúde, casa e segurança.	“(...) <i>tomo um bom banho para o meu músculo ficar todo em forma outra vez.</i> ” [Instituição A.; SAD] “ <i>Acho que como muito agora, muitos doces.</i> ” [Instituição L.; SAD]
	Medicação	Referência a recurso de consumo de medicação por parte das AAD.	“ <i>Tomar um diazepamzinho de vez em quando (...)</i> ” [Instituição L.; Lar] “ <i>Eu tomo anti-depressivos já há uns anos, e faço medicação para dormir (...).</i> ” [Instituição A.; Lar]
	Hobbies	Referência a atividades regulares não relacionadas com a atividade profissional.	“(...) <i>arranjei uma horta que de vez em quando vou para lá, ainda vou cultivar.</i> ” [Instituição A.; SAD]
	Novas tecnologias e meios audiovisuais	Referência à utilização das novas tecnologias e meios audiovisuais com o objetivo de descontrair.	“(...) <i>descanso a ver tv no sofá.</i> ” [Instituição LG; SAD] “(...) <i>agora é só facebook.</i> ” [Instituição A.; Lar]
	Atividade física	Referência a atividades de caráter físico, nomeadamente caminhadas, aulas de grupo, etc.	“ <i>Caminhadas.</i> ” [Instituição L.;SAD] “(...) <i>fazer uma caminhada com o marido (...)</i> ” [Instituição LG;UCCI]
	Convívio	Referência a situações de convívio.	“ <i>Conviver...</i> ” [Instituição L.;UCCI]. “ <i>Tomar um cafezito, encontrar alguém da minha rua assim conhecido, estamos assim um bocadinho.</i> ” [Instituição A.;SAD].
	Estar em família e/ou com amigos/as	Referência a situações em que as AAD estão em família ou com o seu grupo de amigos/as.	“(...) <i>só o facto de estar já com a família, é bom...</i> ” [Instituição LG;UCCI] “ <i>Eu passeio, brinco com a minha filha.</i> ” [Instituição LG; SAD]

Quadro D.4. - Dicionário de Subcategorias da Categoria 3 (Cont.)

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 3 Estratégias (Cont.)	Contacto com animais domésticos	Referência a situações em que as AAD estão em contacto com os seus animais domésticos, como cães, gatos, etc.	“(…) <i>primeiro vou passear com as cadelas à rua (…)</i>” [Instituição LG; SAD] “<i>Que aquilo é uma melga, pelo menos 10 minutos tenho de estar com ele ao colo, e ele lambe dum lado, lambe do outro (…)</i>” [Instituição A; Lar]
	Formação	Referência a ações de formação como forma de fornecer estratégias para lidarem com o stress profissional.	“(…) <i>elas tinham muita formação, tentava-se dar alguma formação, por parte da Dr.ª S., no âmbito da prevenção do burnout (…)</i> ” [Instituição A; Psicólogo]
	Apoio Psicológico	Referência a apoio psicológico dirigido às AAD.	“<i>Foi proposto por mim quando vim. Isso já acontecia antes, em que já se faziam algum acompanhamento informal (…)</i> era como e desse continuidade à possibilidade das colegas poderem recorrer aos meus serviços, entre outras, como uma benesse que têm por parte da instituição (…) ” [Instituição A; Psicólogo]

Quadro D.5. - Dicionário de Subcategorias da Categoria 4

Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplos
Categoria 4 Sugestões	Mais funcionários	Referência à necessidade de mais recursos humanos.	<i>“O meu trabalho corria ainda melhor se houvesse mais funcionárias (...).”</i> [Instituição L.; Lar] <i>“Termos mais pessoas a trabalhar connosco.”</i> [Instituição LG; SAD]
	Comunicação interna	Referência a situações de comunicação dentro da organização, nomeadamente entre a direção e as AAD, entre a coordenação e as AAD.	<i>“Deveriam comunicar mais e saber o que se está a passar (...).”</i> [Instituição L.;SAD].
	Apoio psicológico	Referência à necessidade de apoio psicológico às AAD.	<i>“ (...) acho que nós devíamos ter uma psicóloga para nos ouvir (...).”</i> [Instituição L.; UCCI]
	Atividades de bem-estar	Referência a atividades de caráter físico, nomeadamente caminhadas, aulas de zumba, yoga, natação, pilates e de relaxamento como massagens.	<i>“Yoga, pilates”. [Instituição L.; Lar]</i> <i>“Umas aulazinhas de ginásio.”</i> [Instituição L.;SAD].
	Atividades lúdicas p/ colaboradores	Referência a atividades lúdicas para as AAD e outros colaboradores.	<i>“Sim e o convívio também entre colegas, é bom.”</i> [Instituição LG; UCCI] <i>“Independentemente dos sectores, era engraçado. Nós do apoio convivermos com a parte da unidade, da residencial, eu acho que seria ótimo.”</i> [Instituição L.; UCCI]
	Formação em Gestão de Stresse	Referência a formação de Gestão de Stresse dirigida às AAD.	<i>“(...)Porque nós aprendemos a lidar com os utentes, mas não aprendemos a lidar connosco.”</i> [Instituição L.; UCCI] <i>“Ação de formação para explicação da síndrome de <i>burnout</i>.”</i> [Instituição A.; SAD]
	Intervenção grupal	Referência a intervenções grupais com caráter terapêutico.	<i>“Fazer grupos, mas com elementos exteriores à entidade.”</i> [Instituição LG; UCCI] <i>“Grupos de encontro e partilha.”</i> [Instituição A.; SAD]

Anexo E

Quadro E1 – Resultados totais das categorias e subcategorias

AAD	N1 N2 N3 N4 N5 N6 N7 N8 N9 N10N11N12N13N14N15N16N17N18N19N20N21N22																					P1 P2 P3 P4 P5 P6						E1 E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10E11											S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7							
L (N=7)	6	2	5	13	3	1	23	3	2	14	8	12	6	1	1	0	3	0	0	0	2	0	6	3	14	1	0	0	1	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0	12	5	7	2	1	0	0
A (N=6)	9	2	14	0	0	3	2	0	0	2	6	0	0	0	9	0	7	2	1	3	0	7	0	0	8	0	0	0	1	0	3	6	2	4	1	1	1	0	0	0	1	16	0	0	0	1
LG (N=8)	10	2	7	3	4	24	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	10	2	0	1	4	14	1	3	16	2	9	12	0	0	1	1	0	0	0	6	5	3	0	0	3	0	0	3	4	
STotal	25	6	26	16	7	28	25	3	2	22	14	12	6	1	11	0	20	4	1	4	6	21	7	6	38	3	9	12	2	2	5	9	6	4	1	7	6	3	0	12	9	26	2	1	3	5
Coord																																														
L (N=2)	2	0	0	0	0	1	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	
A (N=3)	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0
LG (N=3)	3	0	6	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0	9	1	0	4	1	0	6	7	0	3	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0
STotal	7	0	7	0	0	4	7	0	0	1	4	0	0	1	4	1	14	2	2	6	1	0	7	8	0	5	6	7	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	9	0
Psi																																														
L (N=0)																																														
A (n=1)	5	0	5	0	2	4	1	1	2	5	0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0	5	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0
LG (n=1)	8	0	1	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	3	0	0	0	0	6	0	0	2	6	3	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	
STotal	13	0	6	0	2	4	9	1	2	5	0	1	0	2	0	4	4	4	1	0	1	0	8	1	1	2	11	3	0	0	2	1	1	1	3	0	0	0	0	1	0	1	0	2	5	2
Totais	45	6	39	16	9	36	41	4	4	28	18	13	6	4	15	5	38	10	4	10	8	21	22	15	39	10	26	22	2	2	7	10	7	8	4	7	6	3	0	14	9	29	2	6	17	7

Legenda dos/das Participantes

AAD – Auxiliares de Ação Direta

Coord – Coordenadores das Auxiliares de Ação Direta

Psi – Psicólogo/a

Legenda para as subcategorias

Categoria 1 – Aspetos negativos das tarefas

Código	Subcategorias
N1	Utentes com problemas complicados
N2	Impotência
N3	Falta de pessoal
N4	Tarefas para as quais não tem formação
N5	Sinalização de problemas
N6	Tarefas exigentes fisicamente
N7	Pressão do tempo
N8	Comportamentos desajustados dos utentes
N9	Interferência na vida pessoal
N10	Falta de reconhecimento por parte da instituição
N11	Falta de equipamentos
N12	Controlo da instituição
N13	Pressão institucional
N14	Presentismo laboral
N15	Relação com as famílias
N16	Lidar com a perda
N17	Stresse
N18	Relação conflituosa entre colegas
N19	Interferência da vida pessoal na profissional
N20	Cansaço
N21	Trabalhar sozinhas
N22	Funcionamento da equipa

Categoria 2 – Aspetos positivos das tarefas

Código	Subcategorias
P1	Trabalho em equipa
P2	Definição de papéis
P3	Contacto com os utentes
P4	Instituição bem equipada
P5	Reuniões de equipa
P6	Disponibilidade da coordenação para ouvir as AAD

Categoria 3 – Estratégias utilizadas pelas AAD no seu quotidiano

Código	Subcategorias
E1	Medicação
E2	Humor
E3	Convívio
E4	Atividade física
E5	Necessidades básicas
E6	Formação
E7	Apoio psicológico
E8	Estar com a família e/ou com amigos/as
E9	<i>Hobbies</i>
E10	Contacto com animais domésticos
E11	Novas tecnologias e meios audiovisuais

Categoria 4 – Sugestões para um programa de prevenção do *burnout* e promoção do *engagement*

Código	Subcategoria
S1	Apoio psicológico
S2	Mais funcionário
S3	Atividades de Bem-estar
S4	Comunicação interna
S5	Formação em Gestão de Stresse
S6	Intervenção grupal
S7	Atividades lúdicas p/ colaboradores

Quadro F.1. Sessões psicoeducativas – componente educativa

Sessão	Tema	Objetivos	Métodos/Atividades	Material
1	Descrição e discussão do programa e apresentação dos participantes	Favorecer o conhecimento mútuo dos participantes e a sua interação. Apresentar o programa aos/às participantes. Discussão das regras de funcionamento.	Metodologia ativa e expositiva Dinâmica de apresentação com recurso a imagens e palavras Atividade de avaliação do estado emocional: Como me sinto agora? O que estou a pensar neste momento. ⁴	Manual de formação Bloco de atividades Computador e videoprojetor Imagens, palavras relativas ao programa Quadro das emoções e pensamentos
2	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (1ª parte)	Conhecer as definições de stresse e <i>burnout</i> . Conhecer as 3 dimensões do <i>burnout</i> .	Metodologia ativa e expositiva: atividade de grupo	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos
3	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (2ª parte)	Identificar os antecedentes e as consequências do <i>burnout</i> .	Metodologia ativa e expositiva: Estudo de caso	Folha com o estudo de caso Quadro das emoções e pensamentos
4	O que é <i>Burnout</i> ? – conhecer para prevenir (3ª parte)	Conhecer o modelo JD-R em versão simplificada. Conhecer estratégias de confronto do <i>burnout</i> : individuais e organizacionais.	Metodologia ativa e expositiva: Estudo de caso PIM – Plano individual de mudança	Papel colorido, Imagens, Plano individual de mudança Quadro das emoções e pensamentos
5	A arte de bem comunicar (Cuidadores-família)	Identificar os diferentes estilos comunicacionais. Compreender a importância da escuta ativa e técnicas inerentes, de modo a utilizá-las tendo em vista uma comunicação eficaz. Treinar a escuta ativa e o feedback.	Metodologia ativa e expositiva: atividade de grupo e role-play	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos

⁴ Esta atividade estará presente no início de cada sessão com o objetivo de os/as AAD a autoavaliarem o seu estado emocional, tomando consciência do mesmo.

Quadro F.1. Sessões psicoeducativas – componente educativa (cont.)

Sessão	Tema	Objetivos	Métodos/Atividades	Material
6	A arte de bem comunicar (Cuidadores-utentes)	Compreender a importância da comunicação não verbal com utentes com limitações comunicacionais. Treinar a comunicação assertiva. Treinar a escuta ativa e o <i>feedback</i> .	Metodologia ativa e expositiva: atividade de grupo e <i>role-play</i>	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos
7	Saúde mental e envelhecimento	Identificar as questões relacionados com a saúde mental da pessoa idosa. Identificar as principais psicopatologias da pessoa idosa.	Metodologia ativa e expositiva: estudo de caso e vídeo	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos
8	Utentes problemáticos? O que fazer?	Identificar as principais características dos utentes considerados problemáticos. Treinar estratégias para lidar com esses utentes.	Metodologia ativa e expositiva: <i>role-pay</i>	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos
9	Como preparar-me para a Morte & Luto	Abordar o conceito de “mudança” através de experiências pessoais experiências, relacionando-as com a morte, a perda e o luto.	Metodologia ativa e expositiva: filme e imagens	Computador e videoprojetor Imagens Quadro das emoções e pensamentos
10	“O inferno são os outros!” – Gestão de conflitos (1ª parte)	Conhecer e identificar os Tipos e Fases do Conflito. Desenvolver Técnicas de Comunicação e Assertividade na resolução de conflitos.	Metodologia ativa e expositiva: <i>role-play</i>	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos

Quadro F.1. Sessões psicoeducativas – componente educativa (cont.)

Sessão	Tema	Objetivos	Métodos/Atividades	Material
11	“O inferno são os outros!” – Gestão de conflitos (2ª parte)	Desenvolver Técnicas de Comunicação e Assertividade na resolução de conflitos (cont.). Promover a empatia.	Metodologia ativa e expositiva: atividade de grupo e discussão de casos	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos
12	Incutir a Esperança! - Encerramento	Refletir sobre a importância da esperança no dia-a-dia. Avaliar o programa através do preenchimento dos questionários.	Metodologia ativa e expositiva: atividade de grupo – mural da esperança	Computador e videoprojetor Quadro das emoções e pensamentos Ficha de avaliação do programa Questionários MBI e UWES

Quadro F.2. Sessões psicoeducativas – componente emocional

Sessão	Tema	Objetivos	Métodos/Atividades	Material
1	Apresentação da facilitadora e participantes	Promover a coesão do grupo e a empatia no grupo através de uma atividade de quebra-gelo.	Atividade de quebra-gelo com recurso a fotografias e música. Realização de exercícios respiratórios: Inspirar & Expirar – Respiração nasal	Fotografias de paisagens e música Quadro das emoções e pensamentos
2	A arte de cuidar: A anatomia do cuidado	Refletir sobre a importância do autocuidado.	Momento de partilha Realização de exercícios respiratórios: Inspirar & Expirar II – Respiração abdominal Exercício de relaxamento muscular progressivo	Quadro das emoções e pensamentos
3	A arte de cuidar: A anatomia do cuidado	Refletir sobre a importância do autocuidado.	Momento de partilha Exercício de relaxamento muscular progressivo e de imagética	Quadro das emoções e pensamentos
4	Gestão de emoções	Promover a consciência emocional.	Momento de partilha Exercício de consciência corporal Introdução ao <i>mindfulness</i>	Quadro das emoções e pensamentos
5	Gestão de emoções	Experienciar diferentes emoções através de mediadores artísticos.	Momento de partilha Exercício de exploração emocional recorrendo a mediadores artísticos. Exercício de <i>mindfulness</i> com um objeto	Quadro das emoções e pensamentos
6	Autoestima	Refletir sobre a importância do autoconhecimento para reforçar a autoestima.	Momento de partilha Exercício de <i>mindfulness</i>	Quadro das emoções e pensamentos
7	O Autocuidado	Identificar comportamentos de autocuidado que me fazem sentir bem.	Momento de partilha Exercício de relaxamento muscular com imagética	Quadro das emoções e pensamentos

Quadro F.2. Sessões psicoeducativas – componente emocional (cont.)

Sessão	Tema	Objetivos	Métodos/Atividades	Material
8	Arte de ser Paciente	Refletir sobre o ser paciente.	Momento de partilha Exercício de <i>mindfulness</i> – contemplação de sons Exercício de foco	Quadro das emoções e pensamentos
9	Revisão de vida	Refletir sobre a história individual.	Momento de partilha Exercícios de alongamento Exercício de “Deixar ir”	Quadro das emoções e pensamentos
10	Eu & Os Outros	Refletir sobre diferenças individuais.	Momento de partilha Exercício “O que nos une e o que nos separa” Exercício de imagética	Quadro das emoções e pensamentos
11	Como superar as adversidades – A resiliência	Refletir sobre a superação de adversidades.	Momento de partilha Exercício de relaxamento	Quadro das emoções e pensamentos
12	Viver com Esperança	Experienciar a esperança no aqui e agora.	Momento de partilha Exercício de movimento	Quadro das emoções e pensamentos

Anexo F

Questionário de Avaliação Global do Programa “Cuidar para Apessoar”

Car@s formand@s

O presente questionário tem por objetivo contribuir para a melhoria contínua programa “Cuidar para Apessoar”.

Para tal deverá responder às 4 questões indicando, com um X, as respostas que considere mais adequadas, segundo a seguinte escala:

1- Mau; 2- Insuficiente; 3- Suficiente; 4- Bom; 5- Muito bom; N.A- Não aplicável

No final do presente questionário tem a possibilidade de registar os seus comentários e sugestões.

1- Programa

N.º	Indicador	1	2	3	4	5	N.A.
1	Adequação ao público-alvo						
2	Estruturação dos conteúdos						
3	Utilidade prática dos conteúdos						
4	Coerência dos conteúdos						
5	Carga horária						

2- Metodologia utilizada

N.º	Indicador	1	2	3	4	5	N.A.
1	Adequação das metodologias						
2	Metodologias diversificadas						
3	Criatividade na sua aplicação						

3- Intervenção da facilitadora

N.º	Indicador	1	2	3	4	5	N.A.
1	Domínio dos conteúdos						
2	Adequação das técnicas pedagógicas						
3	Capacidade de motivar os/as participantes						
4	Comunicação dos objetivos						
5	Gestão de tempo						
6	Relacionamento com os/as participantes						

4- Instituição

N.º	Indicador	1	2	3	4	5	N.A.
1	Instalações físicas						
2	Adequação dos equipamentos						
3	Meios Audiovisuais						
4	Apoio Administrativo						

Comentários e sugestões:

Obrigado pela sua participação!

Recomendações para uma organização saudável

Apresenta-se um conjunto de recomendações, resultado da análise de necessidades realizadas nas instituições participantes do presente trabalho de projeto e da respetiva revisão de literatura.

Uma organização saudável promove a saúde mental dos seus colaboradores. Segundo a OMS, a saúde mental é o «estado de bem-estar» no qual o indivíduo:

- realiza as suas capacidades;
- pode lidar com o stress normal da sua vida;
- pode trabalhar de forma produtiva; e
- pode contribuir para a sua comunidade.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012) existem diversos fatores que garantem uma boa saúde mental nomeadamente:

- apoio social;
- sentimento de inclusão e de realização de um trabalho com significado;
- encontrar sentido no trabalho realizado;
- ter condições para tomar decisões no trabalho;
- ter condições para organizar o trabalho de acordo com o seu próprio ritmo.

Tendo em conta estes fatores, apresentam-se recomendações que pretendem corresponder aos fatores anteriormente referidos, tendo em conta todos os elementos das respetivas organizações, ou seja, membros da direção, elementos da coordenação e as AAD.

- **Melhoria da comunicação interna:** aspetos importantes da vida institucional são comunicados a todos os colaboradores, no sentido de aumentar o sentimento de pertença à instituição e aos seus objetivos. Pode ser feito em diferentes canais, desde o envio de *emails* institucionais, como em newsletters que podem estar disponíveis em locais onde os colaboradores fazem as pausas - onde têm de consultar informação. Para além destes canais, as reuniões gerais (entre os membros da direção e os seus colaboradores), e as reuniões de equipa (com elementos da coordenação e as AAD) são igualmente canais importantes na divulgação dos objetivos que são esperados alcançar, como o reconhecimento e valorização do desempenho dos respetivos colaboradores. Comunicar as conquistas e os sucessos das equipas, de modo a valorizar os recursos humanos.

- **Avaliação anual sobre o grau de satisfação dos colaboradores e daquilo que os preocupa no trabalho** através da realização questionários anónimos e posteriormente a divulgação dos respetivos resultados.
- **Implementação** de medidas que respondam às preocupações dos colaboradores e ações que promovam o bem-estar dos mesmos.
- **Avaliação de desempenho**, de modo, a valorizar e distinguir os/as melhores AAD, e a constituir um meio de fornecer feedback sobre os pontos fortes e a melhorar destas profissionais.
- **Realização de reuniões de equipa regulares** para discussão de casos e situações de melhoria, bem como auscultação de necessidades dos/das AAD.
- **Fornecer *feedback*** às AAD, pelos profissionais que trabalham diretamente com as mesmas, de modo a desenvolver as suas respetivas competências.
- **Disponibilidade da coordenação para ouvir** os/as AAD sempre que necessário, de modo, a sentirem que há alguém que está disponível para eles/elas.
- **Aumentar a participação e envolvimento** dos/das AAD na vida institucional através da eleição de representantes que podem estar presentes em reuniões com membros da direção.
- **Promover momentos de convívio** entre os/as AAD das diferentes respostas sociais, de modo, a incrementar o sentido de pertença ao grupo profissional.
- **Organização de formação destinada aos membros da direção e elementos da coordenação** sobre como reconhecer os sintomas de stresse nos colaboradores e estratégias para redução/superação do mesmo.
- **Organização de *workshops* anuais** de reciclagem sobre gestão de stresse.

- **Quinzenas da Prevenção do *Burnout* e Promoção *Engagement*** – elaborar folhetos com linguagem simples e direta com dicas sobre *burnout* e estratégias positivas para lidar com o mesmo. Esta informação pode ser enviada via *email*, afixada em locais onde os/as AAD estejam durante o tempo de trabalho e num boletim institucional.

- **Promover dias da saúde⁵** com periodicidade trimestral em que são disponibilizadas atividades de bem-estar (de participação voluntária) como sessões de massagem, workshops de alimentação saudável, yoga, caminhadas, aulas de dança, yoga do riso, tai-chi, etc. Estes dias da saúde podem ser organizados em parceria com instituições locais de modo, a minimizar custos.

- **Promover a prática de exercício físico** na instituição ou fora da mesma através de parcerias estabelecidas com as Câmaras Municipais. Caso a instituição tenha espaço para a prática de exercício físico e profissionais competentes promover a possibilidade da prática de exercício físico em grupo, de modo, a reduzir os níveis de stresse.

- **Disponibilização de serviços de apoio psicológico** suportados pelas instituições.

- **Realização de *team-building* anual** de modo reforçar o sentimento de pertença das AAD face à instituição e celebrar as conquistas que as equipas obtiveram ao longo de um ano.

⁵ As atividades propostas deverão ser de participação livre. Se por motivos religiosos algum/a colaborador/a não poder participar deverá pensar-se em alternativas.