



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Burnout, Qualidade de vida e Satisfação com o trabalho no Cuidador formal: Um estudo exploratório sobre fatores individuais e contextuais

Bruna Luiza Pinheiro de Carvalho

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

Orientadora:

Professora Doutora Marta Matos, Investigadora Integrada no Centro de Investigação e Intervenção Social

ISCTE-IUL

Coorientadora: Professora Doutora Isabel Correia, Professora Associada

ISCTE-IUL

Novembro, 2020

Agradecimentos

Nada consegue traduzir melhor a minha jornada académica do que esse trecho da canção “A estrada”, da banda brasileira Cidade Negra:

“Você não sabe o quanto eu caminhei para chegar até aqui... percorri milhas e milhas antes de dormir, eu nem cochilei; os mais belos montes escalei e nas noites escuras de frio chorei... a vida ensina e o tempo traz o tom para nascer uma canção; com a fé o dia-a-dia, encontro solução (...).”

Durante esses dois anos, percorri um longo caminho cheio de altos e baixos, inseguranças, perdas e, ao mesmo tempo, resiliência, crescimento, ganhos e aprendizado.

Agradeço a Deus por ser um Pai de amor que, de maneira imensurável, me concedeu e ainda concede forças, amparo e proteção. Por meio d’Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas!

Sou eternamente grata também à minha mãe e avó, que são o meu total apoio emocional e financeiro. Quem me conhece sabe o quão sortuda sou por tê-las na minha vida e é também por elas que busco ser uma pessoa e profissional melhor. Sem elas, nada disso seria possível!

Ao meu namorado por me incentivar, dar colo e “segurar a barra” em todos os momentos difíceis, nunca desacreditando da minha capacidade; e à sua família (Pedro, Jacy e Dinis) por me acolherem tão bem na casa e cuidarem de mim realmente como pais.

À minha orientadora, Professora Doutora Marta Matos, por todo conhecimento transmitido, dedicação, paciência e cuidado. Agradeço do fundo do coração o facto de mesmo tão profissional, não deixar de ter uma postura empática e sensível, se dispondo sempre a acolher e ajudar. Todas as suas palavras e atitudes ficaram e ficarão para sempre guardadas na minha memória.

À minha coorientadora, Professora Doutora Isabel Correia, por ter aceitado a parceira nesse trabalho tão importante, bem como pelas suas contribuições e grande disponibilidade.

Ao meu Psicólogo, Doutor Luís, peça fundamental nessa jornada, pela escuta humanizada e assistência dada, que fizeram de mim uma pessoa com mais recursos e, conseqüentemente, mais forte e determinada para alcançar meus objetivos.

Às minhas amigas da vida Thaynara, Fernanda e Thais, por mesmo de longe, acompanharem os meus passos e às amigas do Mestrado Margarida, Carolina e Ana por trilharem esse caminho lado-a-lado comigo.

À colega Catarina, por todo suporte, orientação e ajuda nessa construção.

Agora é hora de voar, literalmente... já com as malas prontas para voltar para casa, levo na bagagem muitas lições, experiências e expectativa para o futuro. Meus sinceros agradecimentos a cada um que contribuiu com isso!

Resumo

Os cuidadores formais têm sido altamente requisitados no âmbito do apoio e da assistência às pessoas idosa, na sequência de uma preocupação cada vez maior na prestação de cuidados a esta população. Estudos anteriores revelaram que as características do trabalho têm impacto na saúde e bem-estar destes profissionais. No entanto há escassez de investigação sobre fatores protetores individuais e contextuais associados a níveis maiores de qualidade de vida e de satisfação com o trabalho, assim como a menores níveis de *burnout* nos cuidadores formais.

Participaram 50 cuidadores formais portugueses, sendo 86% mulheres ($n = 43$). O protocolo de recolha de dados incluía medidas de Autocuidado; Empatia; Crença no Mundo Justo (CMJ) Pessoal; Religiosidade; Suporte e Identificação Organizacional; *Burnout*; Satisfação com o Trabalho; e Qualidade de vida.

Verificaram-se níveis moderadamente altos de *burnout* e de satisfação com o trabalho, e um nível moderado de qualidade de vida. Ainda, os que possuem níveis satisfatórios de autocuidado demonstram maior qualidade de vida e menor *burnout*; os com maior CMJ Pessoal apontam menor exaustão, maior satisfação com o trabalho e qualidade de vida; os mais religiosos apresentam menor desinvestimento. Por fim, os mais identificados com a organização exibem menor *burnout* e os que mais percebem suporte organizacional indicam maior satisfação com o trabalho e qualidade de vida. Este estudo contribui com informação sobre a qualidade de vida, satisfação com o trabalho e *burnout* dos cuidadores formais bem como aponta fatores protetores que poderão ser incluídos na reflexão e intervenção futura com o objetivo de melhorar o bem-estar destes profissionais.

Palavras chave: qualidade de vida, satisfação com o trabalho, *burnout*, cuidadores formais.

Abstract

Formal caregivers have been highly requested in the scope of support and assistance to the elderly, as a consequence of an increasing concern in providing care to this population. Previous studies have revealed that job characteristics have an impact on health and well-being of these professionals. However, there is a lack of research on individual and contextual protective factors associated with higher levels of quality of life, job satisfaction and a lower level of burnout in formal caregivers.

Fifty Portuguese formal caregivers participated, 86% of whom were women (n = 43). The data collection protocol included measures on: Self-care; Empathy; Belief in a Just World (BJW) Personal; Religiosity; Organizational Support and Identification; Burnout; Job satisfaction; and Quality of life.

There were moderately high levels of burnout, job satisfaction and a moderate level of quality of life. Still, those who have satisfactory levels of self-care demonstrated greater quality of life and less burnout; those with the highest Personal BJW indicated less exhaustion, greater job satisfaction and quality of life; the more religious participants reported less divestment. Finally, those most identified with the organization exhibit less burnout and those who perceive more organizational support indicated greater satisfaction with work and quality of life. This study contributes with information about the quality of life, job satisfaction and burnout of formal caregivers, as well as pointing out protective factors that may be included in the reflection and future intervention with the aim of improving the well-being of these professionals.

Keywords: quality of life, job satisfaction, burnout, formal caregivers.

Índice

Introdução.....	1
Respostas sociais de apoio ao envelhecimento em Portugal	2
O cuidador formal e a prestação de cuidados	2
<i>Burnout</i>	3
Qualidade de vida	5
Satisfação com o trabalho	6
Capítulo 1. Enquadramento Teórico	7
1.1. Fatores individuais e contextuais de risco e de proteção do burnout, da qualidade de vida e satisfação com o trabalho em cuidadores formais.....	7
1.1.1. Uma lente conceptual: Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano	7
1.1.2. Autocuidado.....	7
1.1.3. Empatia.....	9
1.1.4. Crença no Mundo Justo.....	10
1.1.5. Religiosidade	11
1.1.6. Suporte Organizacional	12
1.1.7. Identificação Organizacional.....	13
1.2. O presente estudo	14
Capítulo 2. Método	15
2.1. Participantes.....	15
2.2. Variáveis e Instrumentos	19
2.2.1. Autocuidado	20
2.2.2. Empatia	21
2.2.3. Crença no Mundo Justo.....	22
2.2.4. Religiosidade	22
2.2.5. Suporte Organizacional.....	22
2.2.6. Identificação Organizacional.....	23
2.2.7. <i>Burnout</i>	23

2.2.8. Satisfação com o Trabalho	24
2.2.9. Qualidade de Vida	24
2.3. Análise estatística	26
Capítulo 3. Resultados.....	26
3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo.....	26
3.2. Análises principais.....	34
Capítulo 4. Discussão.....	37
4.1. Limitações e implicações futuras	43
Referências.....	44
Anexos	60

Índice de Tabelas

Tabela 1. Tabela de Frequência relativa ao Sexo, Estado Civil, Escolaridade e Região de residência dos Cuidadores Formais.....	16
Tabela 2. Tabela de Frequência correspondente à Existência de filhos menores, Situação face ao emprego e Tipo de horário praticado dos Cuidadores Formais.....	17
Tabela 3. Tabela de Frequência relativa ao Número de fins de semana trabalhados por mês, Baixa nos últimos 12 meses relacionada com o stress profissional, Periodicidade em que foi trabalhar doente e Possibilidade de mudança de profissão dos Cuidadores Formais.....	18
Tabela 4. Tabela de Frequência correspondente à Realização de formação profissional específica para trabalhar com pessoas idosas, Realização de tarefas não pertencentes às funções, Motivação para trabalhar com pessoas idosas e Área de maior dificuldade dos Cuidadores Formais.....	19
Tabela 5. Estatística descritiva das variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade).....	27
Tabela 6. Diferenças na variável crença no mundo justo (dimensão pessoal) em função do sexo dos participantes.....	29
Tabela 7. Diferenças nas variáveis contextuais (identificação e suporte organizacional), no Burnout e na Qualidade de vida em função do nível de escolaridade.....	29
Tabela 8. Diferenças na variável Empatia (dimensão cognitiva) em função das áreas de maior dificuldade de atuação com o idoso.....	30
Tabela 9. Diferenças nas variáveis contextuais (suporte e identificação organizacional), na Empatia (dimensão afetiva), no Burnout e na Qualidade de vida em função do desejo para mudar de profissão.....	31
Tabela 10. Diferenças na variável de Autocuidado, Identificação organizacional, Satisfação com o trabalho, Burnout e Qualidade de vida em função da frequência com que o participante indica ter trabalhado doente.....	32
Tabela 11. Matriz de correlações entre as variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade), contextuais (suporte e identificação organizacional) e de resultado (satisfação com o trabalho, burnout e qualidade de vida).....	33
Tabela 12. Influência das variáveis individuais e contextuais no Burnout (exaustão emocional).....	34
Tabela 13. Influência das variáveis individuais e contextuais no Burnout (distanciamento).....	35
Tabela 14. Influência das variáveis individuais e contextuais na Satisfação com o trabalho.....	36
Tabela 15. Influência das variáveis individuais e contextuais na Qualidade de vida.....	36

Glossário de siglas

AAD - Ajudantes de Ação Direta

APA - *American Psychological Association*

APPISO - Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional

ASA – A - *Appraisal of Self-Care Agency Scale*

BES - Escala de Empatia Básica

CC - Centro de Convívio

CD - Centro de Dia

CMJ – Crença no Mundo Justo

CN - Centro de Noite

EPSO – Escala de Perceção de Suporte Organizacional

ERPI's - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ISS - Instituto de Segurança Social

OLBI - Oldenburg Burnout Inventory

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSO - Perceção de Suporte Organizacional

QOL – Qualidade de Vida

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Introdução

Nos últimos anos, tem sido perceptível em todo o mundo, um processo de envelhecimento populacional. Este fenómeno está ligado aos progressos no âmbito da saúde, que através da ampliação e melhoria dos serviços, assim como da oferta de cuidados, impulsionam o prolongamento e aumento de perspectiva de vida (Vieira, 2018).

Porém, o crescimento do número de pessoas idosas traz consigo algumas implicações a nível de bem-estar e qualidade de vida, pois à medida em que elas vivem mais tempo, vão-se acumulando questões de saúde e de doença, como a instalação de doenças crónicas com implicações em limitações físicas e sociocognitivas (Nunes, Brito, Duarte & Lebrão, 2019), aumentando a necessidade de cuidados contínuos e auxílio para a execução desde às atividades mais básicas da vida, até as mais complexas (Nunes et al., 2019).

Neste sentido, os cuidadores informais e, mais especificamente, os familiares desempenham um papel muito relevante no quotidiano das pessoas idosas, já que prestam auxílio instrumental e afetivo (Petrini et. al., 2019). Todavia, muitas pessoas não possuem o apoio familiar regular ou redes de apoio informais que consigam suprir as suas necessidades, instrumentais e emocionais. De facto, alterações sociodemográficas graduais e importantes têm concorrido para a diminuição da capacidade de resposta por parte das redes informais. Nomeadamente, o aumento da taxa de divórcios, a redução da natalidade cooperam nas realizações das tarefas, o que pode ser explicado pelo aumento de sujeitos sem cônjuges, sem filhos ou outros parentes, maior emigração internacional e doméstica, marcada pelas mudanças no mercado de trabalho (McNeil & Hunter, 2014). No mesmo sentido, as transformações sociodemográficas causadas pelo aumento da taxa de divórcios, redução da taxa de fecundidade e de natalidade, mas também a emigração são fatores explicativos para a redução de número de conjugues, filhos ou outros familiares que sejam capazes de prestar apoio às pessoas idosas, que dele necessitem (McNeil & Hunter, 2014).

Como consequência, há uma procura considerável pela prestação de cuidados formais, oferecido pelas instituições e profissionais da rede social formal (Nunes et al., 2019). Para corresponder às necessidades da população idosa, em Portugal tem sido criado, nos últimos anos, respostas sociais (Cardoso, 2015). A presente tese enquadra-se no contexto da prestação de cuidados à população idosa, procurando colmatar ausência de reflexão e conhecimento sobre os profissionais da rede social formal que estão na linha da frente da prestação de cuidados. De seguida, faz-se uma breve revisão sobre as respostas sociais de prestação de cuidados e num segundo ponto descreve-se a população alvo desta tese: os cuidadores formais que prestam

serviço nas estruturas residenciais de pessoas idosas.

Respostas sociais de apoio ao envelhecimento em Portugal

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. Numa primeira linha o ISS tem como objetivo a manutenção da pessoa idosa no seu meio familiar e social, promovendo o apoio à pessoa e um complemento ao cuidado individual e por parte da família.

Dentro destes objetivos, existem respostas sociais como o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que presta assistência a domicílio para pessoas em situação de dependência física ou psíquica; o Centro de Convívio (CC), responsável por atuar com os idosos nas suas comunidades; o Centro de Dia (CD), que fornecem serviços diários aos idosos; e o Centro de Noite (CN), que, por sua vez, realiza acolhimento noturno aos mesmos. Finalmente, também se encontram as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), que consistem em respostas sociais de carácter residencial que pode ser temporário ou permanente, e que desenvolvem atividades e cuidados prestados por diversos profissionais, bem como completa alimentação, higiene, administração de terapêutica, entre outros serviços direcionados a todos os cuidados em prol da saúde e qualidade do utente (Ferreira, 2013).

Sabendo que tais respostas sociais apresentam um quadro de pessoal mais diversificado e uma prestação de cuidados com maior permanência (isto é, 24 horas, todos os dias do ano), torna-se necessário investir nessa área - através da investigação, financiamento e/ou atuação – contribuindo para a garantia de um envelhecimento saudável (Castro & Amorim, 2016), assim como de melhores condições de trabalho e saúde para os profissionais que prestam cuidados permanentes a esta população.

O cuidador formal e a prestação de cuidados

Os cuidadores formais são definidos por Sommerhalder (2001) como pessoas reconhecidas pela prestação de serviços de índole profissional em instituições direcionadas especificamente para a prestação de cuidados. Ou seja, tratam-se de indivíduos que fazem do ato de cuidar a sua profissão, da relação e das pessoas a sua principal matéria-prima, exercendo as suas funções em organizações aptas para tal (Monteiro, 2013). Ainda, visam contribuir para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, sejam elas temporárias ou definitivas (Nascimento et al., 2008).

Dentro deste grupo profissional fazem parte: médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, psicólogos e auxiliares de ação direta, que passam por uma preparação

prévia para o exercício da sua profissão. Então, podem ser capacitados para desempenhar esse papel de acordo com o contexto onde se encontram, seja em lares, instituições comunitárias ou demais locais (Sommerhalder, 2001).

Apesar de abranger as mais diversas categorias profissionais, o termo “cuidador formal” tem sido muito associado aos Ajudantes de Ação Direta (AAD), que correspondem a um grupo profissional regulamentado para atuar no âmbito das necessidades humanas básicas, tratando dos cuidados de higiene, salubridade e conforto, além da alimentação, administração de medicação e acompanhamento nas atividades no contexto interior e exterior, garantindo o desempenho das funções e bem-estar dos sujeitos (Cardoso, 2015). Embora estejam envolvidos em múltiplos serviços/instituições, os cuidadores possuem vivências e encontram dificuldades muito semelhantes. Algumas delas estão relacionadas ao grande esforço de gestão do número de tarefas no tempo de trabalho, à comunicação com colegas e equipa, ao estatuto de trabalho, tempo e qualidade do sono, além do atendimento de necessidades básicas, como higiene e alimentação (Camak, 2015; Wimo et. al. 2013). Sendo assim, este trabalho tem impactos físicos, psicológicos, e sociais (Carod-Artal et al. 2013; Greenwell et. al. 2015; Oguh et. al. 2013), tornando-os suscetíveis a um stress muito especial que implica riscos, tais como: maior probabilidade de morbilidades; frequentes preocupações e sentimentos negativos; surgimento de sintomas fisiológicos e de doenças psíquicas (Gonçalves-Pereira & Mateos, 2006); além do desenvolvimento do *burnout* (Maronesi et. al. 2014).

Todavia, há um outro aspeto positivo no ato de cuidar que suscita prazer, satisfação, realização, felicidade, amor, retribuição, de força, sentido de responsabilidade social e responsabilidade pelo cuidado (Kramer, 1997). Este olhar mais positivo favorece os relacionamentos interpessoais, o desenvolvimento do sentimento de valorização e aumento da autoestima (Mackenzie & Greenwood, 2012). Portanto, ajudar estes profissionais a identificarem suas próprias experiências de forma otimista é uma maneira de contribuir para uma boa gestão do stress e das exigências do trabalho (Mackenzie & Greenwood, 2012), promovendo o bem-estar, a qualidade de vida, saúde e, conseqüentemente, prevenindo o desenvolvimento de doenças, como o burnout (Noonan & Tennstedt, 1997; Sommerhalder & Néri, 2002). Todos esses aspetos devem ser levados em consideração para se pensar na fomentação de pesquisas, programas e intervenções no âmbito da prevenção do impacto no cuidador e na promoção de saúde do mesmo. De seguida apresenta-se uma revisão sobre as diferentes variáveis abordadas na presente tese.

Burnout

O termo *burnout* “deriva da conjugação de *burn* (queima) e *out* (exterior)” e diz respeito a um desgaste “físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente” (Costa, 2009). Tornou-se reconhecido como um *stress* ocupacional crónico, que surge de uma exposição prolongada no tempo a uma carga elevada de *stress* (Freudenberg, 1975). Porém, *stress* e *burnout*, são fenómenos distintos, uma vez que o primeiro resulta de um desequilíbrio nos recursos que a pessoa tem face a situações/exigências, mas consegue enfrentar, controlar ou adaptar-se (Neto, 2014), enquanto que no segundo, o sujeito apresenta uma grande dificuldade para lidar com as situações stressantes e dispõe de poucos recursos pessoais para as enfrentar (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014). No âmbito da Psicologia, o *burnout* é caracterizado como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que ocorre normalmente nos indivíduos que prestam serviços humanos (Maslach & Jackson, 1981).

Portugal é um dos países que tem registado um aumento significativo dos índices de *stress*, *burnout*, ansiedade e depressão. Um levantamento feito por Felicidade, Quintas & Bernardo (2018) revelou que em 2017 17,2% da população ativa portuguesa se encontrava em *burnout*, evidenciando um aumento de 3,5% nos últimos dez anos. Além de que ainda em 2017, 48,9% da população ativa de Portugal estava no patamar de ‘risco elevado’ de entrar em *burnout*. Os dados chamam a atenção para uma realidade cada vez mais crescente e preocupante, tendo em vista que tal síndrome foi associada com vários grupos ocupacionais em diversos lugares do mundo, que estão sujeitos ao aumento do absentéismo, impacto nos papéis familiares, na produtividade, saúde mental e física, podendo apresentar também diminuição satisfação no trabalho (Sinval et al., 2019).

No caso dos cuidadores formais, é necessário um olhar especial, pois os mesmos estão constantemente expostos a cargas de *stress*, desconforto emocional, situações que podem despontar ansiedade e depressão, além de um elevado risco de desenvolvimento da síndrome em questão (Reed et al., 2014; Camak, 2015; Maronesi et al., 2014). Apesar dos estudos envolvendo o *burnout* terem despertado um grande interesse científico para o campo da atuação dos profissionais de saúde, pela análise da literatura, pôde-se constatar que há uma escassez de investigações focadas nos cuidadores formais e uma maior concentração nos cuidadores informais, concordando com outras pesquisas que apontaram essa mesma observação (Maronesi et al., 2014; Katsifaraki & Wood, 2014; Silva, 2016; Barreto, 2018; Diniz et. al. 2018; Ferreira, 2018).

No entanto, as intervenções mais eficazes envolvendo o *burnout* são desenvolvidas no

contexto de um grupo, ao longo do tempo e envolvem fatores determinantes para a sua realização, como a vontade das organizações, dos trabalhadores envolvidos, da política nacional e da conjuntura económica (Nunes, 2017). Dessa maneira, é preciso investir em projetos que incluam os mais diversos âmbitos e sejam capazes de auxiliar no gerenciamento de *stress* e estimular o autocuidado, bem como investigações, tais como a presente pesquisa, que visem articular bem as relações estabelecidas entre os diversos determinantes, a fim de possibilitar a comunicação assertiva entre a tríade utente-profissional-instituição e contribuir com a promoção de bem-estar e saúde de toda rede envolvida.

Qualidade de vida

A qualidade de vida consiste na percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). É um conceito multidimensional que inclui fatores físicos, psicológicos, individuais e contextuais. De maneira mais específica, abrange elementos que estão relacionados às facetas de: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; sentimentos positivos e negativos; autoestima; atividades da vida cotidiana e de lazer; uso de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho, memória e concentração; relações pessoais e sexuais; suporte (apoio) social; segurança física e proteção; recursos financeiros; cuidados de saúde; ambiente físico; espiritualidade, religiosidade e /ou crenças pessoais; entre outros (The WHOQOL Group, 1995).

A qualidade de vida tem sido alvo de diversas investigações realizadas nos âmbitos do trabalho e da saúde, uma vez que está intimamente relacionada à vida profissional, devendo ser avaliada em estudos de saúde ocupacional. Alguns autores têm referido que em populações ativas a implementação de programas e ações de prevenção ao *burnout* para os profissionais, deverá assentar na promoção da saúde e da qualidade de vida, com vista ao benefício destes profissionais e para melhorar a qualidade dos serviços ofertados por eles (Alves, 2019). Na área do cuidado formal, uma meta-análise demonstrou também que as experiências negativas dos cuidadores impactam diretamente a sua qualidade de vida tendo afetado a sua capacidade de prestação de cuidados, sendo um fator relevante tanto para os próprios profissionais e indiretamente para a saúde dos utentes (Petkari & Pietschnig, 2015). Ainda, a literatura reconhece que os cuidadores estão sujeitos a níveis elevados de sobrecarga, o que pode prejudicar a qualidade de vida dos mesmos. Portanto, é imprescindível identificar as características individuais e contextuais dessa população que sejam capazes de amortecer os efeitos adversos da sobrecarga e promotores de qualidade de vida (Dawood, 2016).

Satisfação com o trabalho

A satisfação com o trabalho é definida por Locke (1976) como um estado emocional prazeroso que resulta da avaliação positiva que o sujeito faz do seu trabalho ou das suas experiências no âmbito do trabalho. Sendo assim, diversas condições podem influenciar a percepção desse constructo, nomeadamente: fatores ligados ao trabalho (amor pela profissão, interesses pessoais, desafio mental, importância do trabalho); remuneração (percepção de justiça no valor recebido, promoções, oportunidade de avanço); relação com a equipa (cooperação e atenção entre os colegas, honestidade e competência), supervisão (se houver, sentir que pode confiar em sua competência, integridade e boa vontade e, ainda, que possui reconhecimento justo e crédito, atenção e respeito) e liderança superior (perceber os encargos maiores são competentes e honestos); benefícios e políticas da organização (condições de trabalho saudáveis e seguras). Na área da saúde, uma recente revisão da literatura sugere que a satisfação com o trabalho é uma reação afetiva a um trabalho que resulta da comparação que o sujeito faz entre os resultados reais *versus* aqueles que são desejados, esperados e merecidos. Nos prestadores de cuidados, a satisfação com o trabalho está relacionada com a autonomia, relacionamento interpessoal e atendimento ao utente (Castaneda & Scanlan, 2014), condições de trabalho, apoio, reconhecimento da gestão e cumprimento da função clínica (James-Scotter, Walker & Jacobs, 2019).

Ainda, a satisfação com o trabalho tem impacto ao nível da saúde dos profissionais e, especificamente, a frequência com que os mesmos se ausentam do serviço por motivos de doença, bem como a intenção de saída (Lu, Zhao & While, 2019). O trabalho, em contextos de saúde, requer dos profissionais uma atuação humanizada e empática, mas – contraditoriamente – é efetuado em espaços caracterizados pela escassez de recursos e presença de grandes responsabilidades, o que pode conduzir a níveis elevados de stress e *burnout*, além de baixa satisfação no trabalho (Khamisa et. al., 2015). Portanto, é de total importância aumentar a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde porque isso tem o potencial de amenizar a sobrecarga dos trabalhadores e melhorar a prestação de serviços (Lu, Zhao & While, 2019).

No que diz respeito ao cuidado formal, uma pesquisa meta-analítica evidenciou a relação entre a satisfação com a vida e a satisfação no trabalho, de maneira que a satisfação com a vida pode influenciar positivamente a satisfação com o trabalho (Tait, Padgett, & Baldwin, 1989). Este dado é de suma importância, tendo em vista que a satisfação com a vida é uma avaliação que o indivíduo faz sobre a vivência, incluindo aspetos específicos e globais, regidos segundo um padrão pessoal (Albuquerque & Tróccoli, 2004), possibilitando ao sujeito ter experiências mais positivas e maior qualidade de vida (Diogo, 2003).

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Fatores individuais e contextuais de risco e de proteção do burnout, da qualidade de vida e satisfação com o trabalho em cuidadores formais

Existem múltiplos fatores de saúde que são capazes influenciar na qualidade de vida e bem-estar do cuidador formal, bem como na prevenção do *burnout*. Alguns deles são de natureza individual, nomeadamente: o autocuidado, a empatia, crença no mundo justo e a religiosidade; e outros do âmbito contextual, dos quais se destacam o suporte e a identificação organizacional.

1.1.1. Uma lente conceptual: Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano

Diversas teorias têm servido de moldura conceptual para enquadrar a investigação destas temáticas em profissionais de saúde. Uma delas é a abordagem do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977, 1989) que na presente tese contribui com uma orientação teórico-metodológica para a pesquisa de diferentes níveis de fatores de risco e de proteção do burnout, da qualidade de vida e da satisfação com o trabalho em cuidadores formais. O modelo bioecológico permite enfatizar diferentes aspetos individuais, relacionais e contextuais na compreensão das condições e dos processos envolvidos no desenvolvimento humano. Este modelo permite analisar o desenvolvimento do indivíduo a partir da sua relação com o ambiente, apontando a ligação entre as interações que ocorrem nos mais diversos níveis e sistemas (Bhering & Sarkis, 2009).

A escolha deste modelo enquanto lente conceptual para explorar a associação entre fatores de risco e de proteção na qualidade de vida, de satisfação com o trabalho e do *burnout* em cuidadores formais deve-se ao facto de possibilitar uma visão integrada do contributo e interação de diferentes níveis de influência, que posteriormente podem contribuir para uma transposição para o desenho de intervenções. Considerámos que esta visão poderá ser aplicável à promoção da saúde do cuidador formal. Neste sentido, foi utilizada na presente tese a nomenclatura de “fatores individuais” para identificar determinantes relacionados diretamente com o cuidador formal capazes de configurar um risco ou proteção ao desenvolvimento de *burnout*, bem como qualidade de vida e satisfação com o trabalho; e “fatores contextuais” para se referir aos determinantes ligados ao contexto de trabalho que podem estar associados nos níveis de *burnout*, qualidade de vida e satisfação com trabalho em cuidadores formais.

1.1.2. Autocuidado

Segundo Levin (1976) o autocuidado trata-se de um processo pelo qual um leigo pode

funcionar efetivamente em seu próprio nome na promoção e prevenção da saúde e na detecção e tratamento de doenças ao nível do recurso básico de saúde no sistema de saúde. Além disso, é preciso um olhar voltado para a construção ou implementação de ações de saúde que englobem comportamentos, em geral, que vão desde a promoção da saúde até à prevenção, controle e tratamento da doença, garantindo assim a prestação de cuidados para a população e tornando-a capaz de adotar comportamentos que contribuam para o seu bem-estar. Na área da enfermagem, mais especificamente, o autocuidado foi introduzido por Orem como um dos componentes do Modelo Teórico do Autocuidado, sendo um dos modelos que envolvem as pessoas na atividade de autocuidado adequadamente (Hasanpour-Dehkordi, Mohammadi & Nikbakht-Nasrabadi, 2016; Zarandi, Raiesifar & Ebad, 2016). Orem (2001) define este conceito como o conjunto de práticas capazes de favorecer o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que as iniciam, sendo desenvolvidas dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.

Nesse modelo, o autor faz menção a aspetos básicos do autocuidado, como: manutenção e ingestão suficiente de água e alimento; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais (Orem, 1991). Ainda, características relacionadas a comportamentos pessoais, crenças, histórico sociocultural, nível educacional, variáveis sociopolíticas, status de emprego e outras relações estabelecidas também são capazes de afetar o desenvolvimento do autocuidado e, conseqüentemente, de saúde (Hasanpour-Dehkordi et al., 2016).

Corroborando essa ideia, uma revisão sistemática sobre cuidadores demonstrou que as suas principais necessidades de autocuidado estavam relacionadas com o sono, pois muitos apresentavam dificuldades em dormir e/ou ter uma boa qualidade de sono; com o apoio social e a interação social, tendo em vista que ambos são ferramentas importantes na interação com outras pessoas; com atividades de lazer, uma vez que estas amenizam os sintomas físicos e psicológicos advindos das elevadas horas e sobrecargas de trabalho; com o envolvimento em atividades religiosas, que cumprem a função de suporte emocional; pausas no cuidado, já que ajudam os profissionais a "escaparem" das suas ocupações e participarem de outras atividades (Waligora, Bahouth & Han, 2019). Os autores ainda referem a existência de algumas barreiras que dificultam a realização do autocuidado, nomeadamente: a polarização dos papéis de género, já que a maior parte dos cuidadores pertence ao sexo feminino e, então, prestam cuidados não apenas aos utentes, mas também em casa, ao companheiro e filho(s); o sacrifício, isto é, a abnegação que as pessoas fazem, de forma a deixar de atenderem às suas necessidades em prol

das dos outros; e o fardo de cuidar, já que as condições de trabalho podem interferir nas práticas de autocuidado, como a realização de atividade física e a construção de hábitos saudáveis.

Porém, alguns elementos também podem funcionar como facilitadores do autocuidado: a percepção das suas consequências positivas, principalmente a nível físico e psicológico; o equilíbrio das necessidades do cuidador e de quem é cuidado por ele, pois isso favorece a identificação das exigências de cada um, a tomada de decisões e a definição de limites e sacrifícios. Além disso, um outro aspeto importante é o reposicionamento objetivo/subjetivo, processo que decorre da separação do trabalho vs. papel de cuidador, o que possibilita ao sujeito uma melhor definição das suas funções no trabalho, bem como seus atributos pessoais, a fim de evitar os efeitos negativos do cuidado e, conseqüentemente, viabilizar o autocuidado (Waligora, Bahouth & Han, 2019).

1.1.3. Empatia

A empatia consiste na capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa e compreendê-la a partir do seu quadro de referência (APA, 2010; Barrett, 2016). Nesta perspectiva, a empatia compreende dimensões como: a percepção e a compreensão da situação de uma outra pessoa; a capacidade de se colocar no lugar dela; a capacidade de comunicar e de partilhar sentimentos sobre o que está a compreender (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Chiu & Yeh, 2017; Decety & Jackson, 2004; Derntl et al., 2010; Howick et. al., 2018). Assim, a empatia trata-se de um fenómeno multidimensional, que abrange componentes afetivos, cognitivos, comportamentais e morais (Ratka, 2018) que por si só não implica motivação para ajudar, embora se possa transformar em ação (APA, 2010).

A empatia pode ser subdividida em duas dimensões: afetiva, que corresponde às sensações e sentimentos em resposta às emoções de outra pessoa; e cognitiva, que se refere à capacidade intelectual de identificar e compreender as emoções dos outros (Ratka, 2018). A empatia é uma prerrogativa essencial na prestação de cuidados (Mercer & Reynolds, 2002), uma vez que contribuiu para a compreensão do outro e para a comunicação interpessoal. A empatia também tem sido identificada como um fator protetor do *burnout* entre diversos profissionais, pois os indivíduos mais empáticos tendem a ter níveis mais baixos de *burnout* (Hojat et al., 2015; Paro et al., 2014). Ainda, a literatura revela que o comportamento empático dos trabalhadores da saúde apresenta relação direta com várias dimensões da qualidade vida (Bordin et al., 2019), sendo também um elemento importante na relação estabelecida com o trabalho (Domingues, 2009). Isso pode ser explicado pelo fato que a empatia cultiva um relacionamento interpessoal mais profundo, aumentando os níveis de satisfação e bem-estar

tanto da parte de quem cuida, quanto de quem é cuidado (Del Canale et. al., 2012; Sturzu et al., 2019).

Torna-se cada vez mais necessária a investigação voltada para a empatia nos diversos níveis de cuidado, uma vez que essa temática suscita aspetos importantes para as relações humanas e profissionais, tais como: observação, atenção, escuta, interesse e preocupação pelo outro, reconhecimento dos sentimentos humanos, compreensão das situações, respeito pelas diferenças, sentimento de legitimidade, prestação de ajuda e partilha (Del Prette & Del Prette, 2005). Nesse sentido, o desenvolvimento dessa capacidade pode favorecer um desempenho socialmente competente, fortalecendo o vínculo interpessoal e tornando as relações humanas mais saudáveis (Cecconello & Koller, 2000; Del Prette & Del Prette, 2005).

1.1.4. Crença no Mundo Justo

Durante a existência humana, quotidianamente muitas pessoas sofrem graves perdas em diversos domínios, nomeadamente no âmbito afetivo, ao nível da saúde, profissional ou social (Correia, 2000). Estas situações tendem a suscitar questionamentos e atribuições de diferentes sentidos, tais como: vulnerabilidade, vitimização e (des)igualdade e (in)justiça, na tentativa de explicar o porquê de certos comportamentos e acontecimentos na vida dos sujeitos.

Dalbert (2009) afirma que perante a injustiça os indivíduos podem reagir de três maneiras distintas: sentir que os valores morais são ofendidos e tentar restabelecer a justiça; tender a menosprezar ou a desvalorizar as vítimas consideradas injustiçadas; ou criar sistemas de crenças que permitem justificar os arranjos sociais, económicos e políticos mediante este cenário. Isso significa que mediante a situações de consideradas injustas, as pessoas tendem a recorrer a vias de reestruturação diferentes, seja por meio da culpa, do desprezo ou buscando justificativas que possam pautar tais acontecimentos.

Sendo assim, um dos modelos teóricos mais utilizados na investigação desses fatores é a Teoria da Crença no Mundo Justo (CMJ), introduzida por Lerner, em meados dos anos 60 (Correia, 2000). Posteriormente, Lerner e Simmons (1966) se aprofundaram nesses estudos e definiram a CMJ como “a crença de que as pessoas têm o que merecem, ou, vice-versa, merecem o que têm” (p. 204). Nessa conceção, o fator determinante é o fato do indivíduo acreditar ter direito e ser digno das coisas que ele possui e/ou que lhe acontecem.

Dessa maneira, a crença no mundo justo assume uma importante função adaptativa, pois os seus princípios fazem com que o indivíduo calcule os custos e benefícios que obterá com as suas ações e escolhas (Lerner, 1971). Apesar de ser um constructo único, a CMJ pode ser dividida em duas dimensões: pessoal, mais intrinsecamente correlacionada ao self,

caracterizada pelo facto de que os acontecimentos da vida do próprio sujeito são justos; e geral, mais associada aos outros em geral, compreendendo que as situações que ocorrem no mundo também são justas (Lipkus, Dalbert & Siegler, 1996).

Algumas pesquisas apontam que a CMJ Pessoal é um melhor preditor do bem-estar (Dzuka & Dalbert, 2002), enquanto a CMJ Geral é melhor preditor no que diz respeito às reações de vítimas injustiçadas (Sutton & Douglas, 2005), porém o constructo da CMJ está em sua totalidade associado a bons níveis de bem-estar psicológico, incluindo, afeto positivo, otimismo e níveis mais baixos de depressão (Dalbert, 1998; Hafer, 2000; Ritter et al., 1990; Tomaka & Blascovich, 1994), podendo ser considerado como um mecanismo de defesa positivo (Dzuka & Dalbert, 2002).

Um estudo demonstrou a CMJ se associa positivamente a três dimensões do bem-estar subjetivo e com a autoestima e o bem-estar, e possui relação marginalmente significativa com a religiosidade (Dzuka & Dalbert, 2006). Diversos autores também observaram que a crença no mundo justo está associada à diminuição do *stress* e depressão, além do aumento da satisfação com a vida (Lipkus, Dalbert & Siegler, 1996). Corroborando com esses dados, evidências afirmam que a crença no mundo justo se trata de um recurso psicológico importante capaz de influenciar nos níveis de *burnout*, atuando como fator protetor (Almeida, 2019; Dias, 2019).

1.1.5. Religiosidade

A religiosidade é definida por alguns autores como atributos relativos a uma religião específica, diferenciando-se de espiritualidade (Faria & Seidl, 2005), de maneira que a religiosidade pode ser compreendida como um conjunto de crenças e práticas pertencentes a uma doutrina específica, que são compartilhadas e seguidas por um grupo de pessoas, através de celebrações cultos ou rituais, envolvendo assim a noção de fé; enquanto isso, a espiritualidade se constitui de um sentimento íntimo existencial, uma busca pelo sentido de viver e estar no mundo, e algo necessariamente relacionado à crença em algo superior, como um Deus (Murakami & Campos, 2012). A psicologia tem dado grande relevância à religiosidade, considerando-a um fator protetor na saúde, por ser facilitadora do bem-estar e da adaptação as circunstâncias da vida que estão em constante transformação (Saleem & Saleem, 2017). Altos níveis de religiosidade estão relacionados a níveis mais baixos de depressão em jovens e adultos de meia-idade, evidenciando o caráter preventivo que este constructo pode exercer no desenvolvimento. na duração e intensidade dos sintomas depressivos nessa população (Stearns et. al., 2018). Ainda, uma pesquisa realizada com professores revelou que a religiosidade tem correlação positiva com realização pessoal, satisfação no trabalho e

desempenho percebido, além de correlação negativa com exaustão emocional, intenção de rotatividade e morbidade psiquiátrica. Então, a partir dos dados, percebeu-se que o uso do *coping* religioso, a oração pessoal e a frequência ao templo religioso poderiam ser recomendadas como formas de prevenir a tensão no trabalho e o desgaste do profissional (Chirico, 2017).

De facto, a religiosidade tem sido associada à qualidade de vida (Hummer et al., 1999; Koenig, 2004, 2012; Marks, 2005; Seeman, Dubin & Seeman 2003). Outro estudo, dessa vez na área de saúde e com cuidadores, os resultados corroboraram com outros e apontaram que a religiosidade estava positiva e negativamente relacionada à saúde mental e sobrecarga dos trabalhadores, respetivamente (Herrera et. al., 2017). No âmbito da promoção da saúde, esse constructo pode ser considerado uma variável primordial, uma vez que também tem apresentado correlação com bem-estar, abrangendo aspetos, como: significado na vida, felicidade, satisfação com a vida, esperança e otimismo, satisfação conjugal e apoio social (Koenig 2001; Koenig 2004). Concretamente, as pessoas com maior nível de qualidade de vida adotaram mais frequentemente estratégias religiosas em comparação aos participantes com baixo e médio nível de qualidade de vida (Talik & Skowroński, 2018).

1.1.6. Suporte Organizacional

O estudo desta temática foi introduzido por Eisenberg, Hungtington, Hutchison e Sowa (1986), que realizaram juntos investigações sobre a perceção de suporte organizacional. Para os autores, esse constructo trata-se de um conjunto das crenças globais desenvolvidas pelo profissional sobre a extensão em que a organização valoriza as suas contribuições e preza pelo seu bem-estar. Sendo assim, estabelece-se através das diversas situações de troca existentes entre o empregado e o empregador (Jawahar & Hemmasi, 2006) e diz respeito à compreensão do trabalhador acerca da qualidade do tratamento que recebe por parte da instituição em retribuição ao esforço que o mesmo aplica no seu serviço (Oliveira-Castro, Borges-Andrade & Pilati 1999).

De acordo com a literatura, algumas variáveis importantes são capazes de influenciar a PSO, tais como: retribuições; condições de trabalho; suporte gerencial; justiça, incluindo justiça de procedimento, interacional, participação dos empregados nas decisões (Rhoades & Eisenberger, 2002); benefícios e saúde, isto é, as atitudes organizacionais que propiciam salários indiretos e possibilitam acesso a serviços de assistência médica; conforto e bem-estar; desenvolvimento de carreira; incentivos de remuneração; relacionamento interpessoal; treinamentos e capacitações profissionais (Oliveira-Castro et al., 1999).

Diversas investigações têm demonstrado que a percepção de suporte organizacional é capaz de influenciar os mais variados aspectos da vida dos trabalhadores (Riggle, Edmondson, & Hansen, 2009). Uma meta-análise indicou que a percepção de suporte organizacional estava relacionada com resultados favoráveis tanto com os funcionários, que demonstraram maior satisfação com o trabalho e humor positivo, quanto com a organização, que percebia maior comprometimento afetivo, desempenho e diminuição do comportamento de retração dos seus empregados (Rhoades & Eisenberger, 2002), além de se associar positivamente ao bem-estar de ambos (Paschoal, Torres & Porto, 2010). Em contrapartida, alguns elementos como altas expectativas ou expectativas não atingidas em relação às recompensas e ao reconhecimento fornecidos pela organização, bem como questões relacionadas ao avanço na carreira e a outros aspectos laborais podem gerar stress e *burnout* nos trabalhadores (Cordes & Dougherty, 1993). Um outro estudo feito com uma categoria profissional da área de saúde também demonstrou que o suporte organizacional pode ser um fator determinante associado ao *burnout*, de forma que a baixa percepção do mesmo tende a atenuar o aparecimento da síndrome (Neves, Oliveira & Alves, 2014). Deste modo, as condições de trabalho afetam a percepção de suporte organizacional (Eisenberger et al., 1986) e esta, por sua vez, interfere nos níveis de saúde do trabalhador (Riggle, Edmondson, & Hansen, 2009). Portanto, é preciso voltar uma atenção especial para os aspectos laborais que podem atuar como fatores protetores ou de risco na saúde destes trabalhadores.

1.1.7. Identificação Organizacional

As primeiras conceptualizações sobre a relação entre trabalhador e organização que consideraram o constructo da identificação foram abordadas por Kelman (1958), que a definiu como um processo que ocorre quando um indivíduo aceita a influência da organização porque deseja estabelecer e manter uma relação de autodefinição satisfatória com a mesma. Na mesma linha, Brown (1969), afirmou que a identificação organizacional depende da relação estabelecida com a instituição, bem como da satisfação e do alcance antecipado de objetivos ou metas nesse contexto (Cardoso, De Castro & Gomes, 2020). Então, em termos gerais, a identificação organizacional é mais conhecida como a percepção de unidade com uma organização ou o sentimento de ligação e pertença a esta (Mael & Ashforth, 1992).

Porém, é importante ressaltar que a ligação do sujeito com a instituição de trabalho pode ocorrer não apenas por meio da identificação, que é caracterizada por essa conexão positiva entre a pessoa e a organização, mas também por outras três vias, sendo estas: a desidentificação, em que ocorre o oposto, havendo uma desconexão tipicamente negativa do indivíduo em

relação à organização; a identificação ambivalente, que se constitui pela simultânea identificação e desidentificação do trabalhador com diferentes aspetos do seu local de trabalho; e identificação neutra, marcada pela ausência da identificação e/ou desidentificação (Elsbach & Bhattacharya, 2001).

De acordo com Rocha e Silva (2007), quando os funcionários não possuem uma boa percepção da organização em que trabalham, podem ser atenuados sentimentos indesejáveis, como: raiva, irritação, stress ou, até mesmo, depressão. Porém, uma outra importante investigação demonstrou que quando a identificação organizacional se estabelece de maneira forte e no sentido positivo, os indivíduos demonstram atitudes e comportamentos mais positivos em relação ao local de trabalho, além de níveis mais elevados de bem-estar e menores intenções de sair das instituições em que estão inseridos (Jacinto & Carvalho, 2009). Diversos estudos também têm-se destinado a analisar a influência da identificação organizacional nos níveis de satisfação com o trabalho (Loi, Hang-yue, & Foley, 2004; Wegge et al., 2006; Tinoco, 2008; Oktug, 2013; Mourão, Monteiro & Viana, 2014), evidenciando que ambos possuem uma associação positiva, pois quando o sujeito se identifica com a organização, sente-se parte dela, independente das circunstâncias, tendendo a ignorar os fatores negativos que possam emergir e ficando satisfeitos com o seu trabalho devido à forte presença dos elementos organizacionais compensatórios (Loi, Hang-yue & Foley, 2004; Oktug, 2013).

1.2. O presente estudo

Tal como foi descrito no início deste capítulo, há uma importância crescente da prestação de cuidados formais a pessoas idosas em contexto residencial. Na linha da frente da prestação destes cuidados estão os profissionais – os cuidadores formais. Apesar de haver uma preocupação crescente na literatura de investigar sobre a prestação de cuidados a pessoas idosas, na sua maioria os estudos centram-se no cuidador informal (Bieber et. al., 2018; Diniz et. al., 2018; Lambotte et. al., 2018), havendo uma escassez no âmbito do cuidado formal. Ainda, poucas investigações se dedicam a analisar os aspetos que envolvem a saúde e as condições de trabalho. Sabendo que o trabalho do cuidador formal é exigente e complexo com impactos na saúde, a presente investigação é de suma importância, pois tem como objetivo geral identificar fatores, de nível individual e de nível contextual, que estejam associados a melhores graus de qualidade de vida, satisfação com o trabalho e a menor nível de *burnout* dos cuidadores formais, contribuindo assim com conhecimento para a rede formal de prestação de cuidados a pessoas idosas em contexto residencial. Ao longo da revisão da evidência empírica, foram identificados e apresentados alguns dos determinantes que têm sido mostrados relevantes nos níveis de *burnout*, qualidade de vida e satisfação com o trabalho, bem como relação estabelecida entre

esses indicadores.

Portanto, é expectável que:

Hipótese 1: Os cuidadores com maiores níveis de autocuidado apresentam maior qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e sofrem menos de *burnout*;

Hipótese 2: Os cuidadores com maiores níveis de empatia apresentam maior qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e sofrem menos de *burnout*;

Hipótese 3: Os cuidadores que apresentam maiores níveis de CMJ, estão mais satisfeitos com o trabalho, demonstram melhor qualidade de vida e sofrem menos de *burnout*;

Hipótese 4: Os cuidadores que se consideram religiosos, demonstram melhor qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e sofrem menos de *burnout*;

Hipótese 5: Os profissionais com maior suporte e identificação organizacional, apresentam melhor qualidade de vida, maior satisfação com o trabalho e sofrem menos de *burnout*;

Capítulo II - Método

Trata-se de um estudo correlacional, com o objetivo de descrever a relação entre variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade) e contextuais (suporte e identificação organizacional) com níveis de *burnout*, satisfação com o trabalho e qualidade de vida dos cuidadores formais, sendo estas últimas as variáveis resultado.

2.1. Participantes

Foi utilizada uma amostra por conveniência, composta por 50 cuidadores formais, pertencentes a diferentes instituições de prestação de cuidados a pessoas idosas existentes em Portugal. Os participantes preencheram os critérios de inclusão definidos, que foram: a) trabalharem há mais de três meses em estruturas residenciais que prestam cuidados a idosos; b) serem adultos. No que diz respeito aos critérios de exclusão, os respondentes que não terminaram o preenchimento do questionário não foram contabilizados para a amostra deste estudo.

Em relação aos 50 participantes, 86% são do sexo feminino ($n = 43$) e 14% são do sexo masculino ($n = 7$). Ainda, 62% estão casados/as ou em união de facto ($n = 31$), 26% são solteiros/as ($n = 13$), 2% são viúvos/as ($n = 1$) e 10% são divorciados/as ou estão separados/as ($n = 5$). No que diz respeito ao grau de escolaridade, 2% frequentaram o 1º ciclo ($n = 1$), 4% frequentaram o 2º ciclo ($n = 2$), 74% ($n = 37$) estudaram até o ensino secundário e 20% até o ensino superior ($n = 10$). No que diz respeito à região de residência, a maioria vive no Centro de Portugal (42%, $n = 21$) e a minoria no Sul do país (8%, $n = 4$), enquanto 22% dos sujeitos

moram no Norte ($n = 11$), 18% na área da Grande Lisboa ($n = 9$) e 10% do Grande Porto ($n = 5$), como evidencia a Tabela 1.

Além disso, quando perguntados se tinham filhos menores, 48% das pessoas responderam que sim ($n = 24$) e 54% declararam que não ($n = 26$). Relativamente à situação face ao emprego e ao tipo de horário praticado, a maior parte dos cuidadores é empregada com o contrato sem termo, isto é, efetiva (54%, $n = 27$), em comparação aos outros, em que 2% são empregados/as sem contrato de trabalho ($n = 1$) ou a recibos verdes (2%, $n = 1$), além dos 22% que são empregados/as com contrato a termo certo ($n = 11$), 18% empregados/as com contrato a termo incerto ($n = 9$) ou os 2% ($n = 1$) que não responderam à questão, sendo que 74% trabalham por turnos rotativos ($n = 37$), 24% em horários fixos ($n = 12$) e 2% em horários mistos ($n = 1$), como mostra a Tabela 2.

Tabela 1

Tabela de Frequência relativa ao Sexo, Estado Civil, Escolaridade e Região de residência dos Cuidadores Formais

Variável	<i>n</i>	%
Sexo		
Mulher	43	86
Homem	7	14
Estado Civil		
Casado/a ou Unido/a de facto	31	62
Solteiro/a	13	26
Viúvo/a	1	2
Divorciado/a ou Separado/a	5	10
Escolaridade		
1º ciclo	1	2
2º ciclo	2	4
Ensino secundário	37	74
Ensino superior	10	20
Região		
Norte	11	22
Centro	21	42
Sul	4	8
Grande Lisboa	9	18

Grande Porto	5	10
--------------	---	----

Tabela 2

Tabela de Frequência correspondente à Existência de filhos menores, Situação face ao emprego e Tipo de horário praticado dos Cuidadores Formais

Variável	<i>n</i>	%
Filhos menores		
Sim	24	48
Não	26	52
Situação face ao emprego		
Empregada/o sem contrato de trabalho	1	2
Empregada/o a recibos verdes	1	2
Empregada/o com contrato a termo certo	11	22
Empregada/o com contrato a termo incerto	9	18
Empregada/o com contrato sem termo (efetivo)	27	54
Não Resposta	1	2
Tipo de horário praticado		
Rotativo por turnos	37	74
Fixo	12	24
Misto	1	2

Tal como é possível observar na tabela 3, os participantes, em sua maioria, trabalham todos os fins-de-semana (40%, $n = 20$) e apenas uma pequena parcela não trabalha fim-de-semana (12%, $n = 6$). Ainda, a maior parte relatou não ter estado de baixa nos últimos 12 meses relacionada com o stress profissional (82%, $n = 41$) e já ter trabalhado doente algumas vezes (38%, $n = 19$). Ao serem questionados se caso pudessem, mudariam de profissão, a maioria dos participantes respondeu que não (68%, $n = 34$), uma parte afirmou que mudaria (28%, $n = 14$) e a minoria se absteve da resposta (4%, $n = 2$). Do grupo de participantes responderam que se pudessem, mudariam de profissão, as razões encontradas para tal escolha foram um sentimento de falta de valorização profissional, desmotivação, procura de melhores condições financeiras de remuneração, de horários; exaustão/cansaço, limitações físicas e psicológicas e falta de tempo para a família.

Tabela 3

Tabela de Frequência relativa ao Número de fins de semana trabalhados por mês, Baixa nos últimos 12 meses relacionada com o stress profissional, Periodicidade em que foi trabalhar doente e Possibilidade de mudança de profissão dos Cuidadores Formais

Variável	<i>n</i>	%
Quantos fins de semana trabalha por mês		
0	6	12
1	4	8
2	5	10
3	14	28
4	20	40
Não Resposta	1	2
Baixa nos últimos 12 meses relacionada com o stress profissional		
Sim	9	18
Não	41	82
Foi trabalhar estando doente		
Nunca	9	18
Raramente	11	22
Algumas vezes	19	38
Bastantes vezes	11	22
Se pudesse, mudaria de profissão		
Sim	14	28
Não	34	68
Não Resposta	2	4

Por fim, como ilustra a tabela 4, 60% dos cuidadores realizaram formação específica para trabalhar com pessoas idosas ($n = 30$), enquanto 38% não realizaram tal formação ($n = 19$) e, ainda, 88% alegaram já terem realizado tarefas que não pertencem às suas funções ($n = 44$). No que se refere à motivação para trabalhar com pessoas idosas, 70% dos indivíduos responderam que foi por gostar da área ($n = 30$), 8% justificaram que era por morar próximo do local de trabalho ($n = 4$), 4% atribuíram aos motivos financeiros ($n = 2$), 4% associaram à outra questão ($n = 8$) e 14% não respondeu ($n = 7$). Ao serem questionados sobre a área de maior dificuldade no trabalho, as respostas mais frequentes estavam associadas às alterações

emocionais da pessoa idosa (42%, $n = 21$) e à mobilização (30%, $n = 15$).

Tabela 4

Tabela de Frequência correspondente à Realização de formação profissional específica para trabalhar com pessoas idosas, Realização de tarefas não pertencentes às funções, Motivação para trabalhar com pessoas idosas e Área de maior dificuldade dos Cuidadores Formais

Variável	<i>n</i>	%
Realizou formação profissional específica para trabalhar com pessoas idosas		
Sim	30	60
Não	19	38
Não Resposta	1	2
Realizou outras tarefas que não pertencem às suas funções		
Sim	44	88
Não	4	8
Não Resposta	2	4
Motivação para trabalhar com pessoas idosas		
Motivos financeiros	2	4
Gosto pela área	35	70
Local de trabalho perto da residência	4	8
Outra	2	4
Não Resposta	7	14
Área em que sente mais dificuldade		
Mobilização	15	30
Alimentação	2	4
Higiene	1	2
Comunicação	3	6
Alterações emocionais da pessoa idosa	21	42
Não Resposta	8	16

2.2. Variáveis e Instrumentos

O protocolo de recolha de dados foi construído sob a forma de um questionário com base em oito instrumentos validados para a população portuguesa. Os instrumentos utilizados

visaram avaliar as seguintes variáveis: (a) individuais, especificamente o autocuidado, a empatia e a crença no mundo justo; (b) contextuais, que englobam o suporte organizacional e a identificação organizacional; e (c) de resultado, especificamente o *burnout*, a satisfação com o trabalho e a qualidade de vida. Procurou-se igualmente conhecer o nível de religiosidade dos participantes, que foi avaliado com uma questão.

Com o objetivo de caracterizar os participantes, foram elaboradas várias questões sociodemográficas e socioprofissionais, nomeadamente: estado civil; sexo; habilitações literárias; idade; nacionalidade; área de residência; categoria profissional; se o indivíduo tem filhos menores e se sim, quantos; situação face ao emprego; se o sujeito trabalha em mais de uma instituição; horas trabalhadas por semana; tipo de horário praticado; números de fins-de-semana trabalhados no mês; há quantos meses tirou férias pela última vez; se nos últimos 12 meses, teve que pedir baixa médica e se sim, quanto tempo esteve de baixa; se no último ano, foi trabalhar estando doente; se caso pudesse, mudaria de profissão e uma vez que a resposta seja afirmativa, quais razões levariam a essa mudança; se realizou formação profissional específica para trabalhar com idosos; há quanto tempo trabalha com idosos; se já teve outra profissão anteriormente; se já realizou tarefas que não pertenciam às suas funções e caso a resposta seja afirmativa, quais foram estas; qual foi a motivação para trabalhar com idosos; área em que sente mais dificuldade na prestação de cuidados.

2.2.1. Autocuidado

Para investigar os níveis de autocuidado dos participantes, foi apresentado o instrumento construído por Evers (1989): *Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*. Esta escala encontra-se validada e traduzida para a língua portuguesa por Silva e Kimura (2005), contendo 24 itens (e.g., “Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável” e “Sempre que posso, cuido de mim.”) que, em linhas gerais, abrangem os cuidados com a alimentação, higiene e questões mais subjetivas dos participantes. O ASA-A admite respostas em uma escala tipo *Likert* com cinco pontos, sendo estes: “discordo totalmente” (1), “discordo” (2), “nem concordo nem discordo” (3), “concordo” (4) e “concordo totalmente” (5). A pontuação total é calculada por intermédio da soma das pontuações indicadas a cada um dos itens, variando entre um mínimo de 24 e um máximo de 120 pontos. Pontuações mais próximas do valor máximo indicam melhores capacidades de autocuidado e quanto mais próximas do valor mínimo, piores as capacidades supramencionadas. Para auxiliar a análise adotou-se uma classificação já existente das capacidades de autocuidado, a partir da pontuação total obtida, sendo esta: 24 a 40 pontos:

péssima; 40 a 56 pontos: má; 56 a 72 pontos: regular; 72 a 88 pontos: boa; 88 a 104 pontos: muito boa e 104 a 120 pontos: ótima (Silva, 2013).

No que diz respeito às qualidades psicométricas, Evers (1989) verificou um nível de consistência interna razoável ($\alpha = 0,77$), indicando que o ASA-A pode ser considerado um instrumento confiável para comparações entre grupos de indivíduos saudáveis e pacientes em casa ou em instituições de cuidados de saúde. Para a presente amostra o valor de *Alpha de Cronbach* foi de 0,92, indicando um nível de consistência interna muito bom (Pestana & Gageiro, 2014).

2.2.2. Empatia

Foi utilizada a Escala de Empatia Básica (BES; Jolliffe & Farrington, 2006), correspondente a um instrumento de autorrelato de 20 itens, para avaliar a empatia nos participantes. Este instrumento foi desenvolvido com a finalidade de medir dois fatores distintos: (a) a empatia afetiva (11 itens; e.g., “Depois de falar com um amigo que está triste geralmente também fico triste”; “Sou facilmente influenciado pelos sentimentos das outras pessoas”); e (b) a empatia cognitiva (9 itens; e.g., “Quando as pessoas se sentem em baixo geralmente costumo perceber como elas se sentem”; “Geralmente costumo perceber como as pessoas se sentem mesmo antes de elas me dizerem”). Cada item é pontuado numa escala ordinal de 5 pontos, variando de “discordo totalmente” = 1 a “concordo totalmente” = 5. As pontuações são calculadas através da soma das pontuações indicadas para cada item de modo a obter uma pontuação total e as respetivas pontuações de cada fator, considerando apenas os itens que, respetivamente, os constituem. Visto isto, pontuações mais elevadas indicam uma maior presença das características associadas à empatia e pontuações mais baixas acusam uma menor presença das mesmas.

No presente estudo, foi utilizada a versão em português do BES, especificamente, a sua correspondente versão breve de sete itens, o BES-A (Pechorro et al., 2015), mantendo a estrutura anteriormente referida de dois fatores, de forma a que a dimensão afetiva da empatia passou a ter três itens e, por sua vez, a dimensão cognitiva, quatro itens. Tanto a versão portuguesa do BES como a sua versão breve demonstraram boas propriedades psicométricas, nomeadamente ao nível da consistência interna (respetivamente, $\alpha = 0,91$ e $\alpha = 0,81$), da validade convergente, discriminante e concorrente (Pechorro et al., 2015). O *Alpha de Cronbach* encontrado para a presente amostra foi de 0,78 para a escala total, de 0,61 para a dimensão afetiva e de 0,90 para a dimensão cognitiva, indicando níveis de consistência interna adequados.

2.2.3. Crença no Mundo Justo

Foi utilizada a escala de crença no mundo justo (CMJ), contendo um conjunto de questões para avaliar o nível deste tipo de crenças nos participantes. A mesma encontra-se subdividida em duas dimensões, sendo estas: (a) a escala de CMJ Pessoal de Dalbert (1999), traduzida para a população portuguesa por Correia (2003); e (b) a escala de CMJ Geral de Dalbert, Montada e Schmitt (1987), igualmente traduzida para a população portuguesa por Correia (2003). Este instrumento é composto por 13 itens e possui escala de resposta do tipo *Likert* de sete pontos, em que 1 indica “Discordo Completamente” e 7 indica “Concordo Completamente”. A dimensão de CMJ Geral contém 6 itens (e.g., “As injustiças em todas as áreas da vida [por exemplo, profissão, família, política] acontecem raramente”; “Ao longo da vida as pessoas acabam por ser compensadas pelas injustiças sofridas”) e a dimensão de CMJ Pessoal engloba 7 itens (e.g., “Acho que a maior parte do que me acontece é justo”; “De modo geral os acontecimentos da minha vida são justos”). As pontuações totais de cada uma das dimensões são calculadas através do cálculo da média de pontuações indicadas para os itens que as constituem, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior crença num mundo justo. Nesta investigação, apenas a CMJ Geral será considerada para as análises do estudo, realçando que esta dimensão apresentou um nível de confiabilidade razoável para a presente amostra ($\alpha = 0,73$) (Pestana & Gageiro, 2014).

2.2.4. Religiosidade

Diferente das variáveis anteriores, a religiosidade não foi investigada a partir de um instrumento específico, mas por meio de um único item (“Independentemente de pertencer a uma religião em particular, numa escala de 1 a 5, diria que é uma pessoa...”) classificado a partir de uma escala com variância de 1 a 5, onde o 1 corresponde a “Nada religioso” e 5 “Muitíssimo religioso”, evidenciando assim o nível de religiosidade percebido pelos cuidadores sobre eles próprios.

2.2.5. Suporte Organizacional

Com o objetivo de conhecer a perceção dos cuidadores quanto ao suporte fornecido pela instituição em que trabalhavam, utilizou-se a Escala de Perceção de Suporte Organizacional (EPSO), desenvolvida por Eisenberger e colaboradores (1986) e traduzida para a língua portuguesa por Siqueira (1995; 2008), que também a validou. A presente escala é unifatorial, composta por 9 itens (e.g., “Esta organização ignoraria qualquer reclamação de minha parte”; “Essa organização não considera os meus interesses quando toma decisões que

me afetam”), avaliados através de um escala *Likert* de 5 pontos, variando de “discordo totalmente” = 1 a “concordo totalmente” = 5. A pontuação total à EPSO é obtida através do cálculo da média das respostas aos seus itens, em que valores mais elevados indicam uma maior percepção de suporte organizacional. De acordo com Siqueira (1995), esta escala apresenta níveis elevados de consistência interna ($\alpha = 0,86$) e observaram-se correlações itens-fator acima de 0,40, evidenciando boas propriedades psicométricas. Da mesma forma, já se havia verificado propriedades psicométricas bastante satisfatórias para a versão original, em que o valor de *Alpha de Cronbach* foi de 0,97 e as correlações itens-fator variaram de 0,42 a 0,83 (Eisenberger et al., 1986). Contudo, o *Alpha de Cronbach* observado para a amostra do presente estudo foi de 0,37, indicando um nível de consistência interno muito baixo.

2.2.6. Identificação Organizacional

Para verificar o grau de identificação organizacional, não foi selecionado um instrumento específico. Assim como para a religiosidade, apresentou-se apenas a seguinte afirmação: “Identifico-me com a organização/instituição em que trabalho”, proposta por Postmes, Haslam & Jans (2013), que foi classificada por meio de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que o 1 corresponde a “Discordo totalmente” e o 5 a “Concordo totalmente”. Pontuações menores indicam uma menor identificação com a empresa e pontuações mais elevadas apontaram para uma maior identificação organizacional. A escolha de um único item para avaliar a identificação organizacional dos participantes é suficientemente adequado para ser utilizado no que diz respeito à sua alta confiabilidade e validade em estudos analisados (Postmes, Haslam & Jans, 2013).

2.2.7. Burnout

Utilizou-se o *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)* como instrumento para avaliar o *burnout*. A sua versão inicial foi desenvolvida por Demerouti e Nachreiner (1998), em alemão, passou a ser originalmente conhecida em inglês por Halbesleben e Demerouti (2005) e foi traduzida e adaptada para diversas línguas, inclusive para português (Sinval, Queirós, Pasian & Marôco, 2019). O *OLBI* está estruturado a partir de duas dimensões: (a) a exaustão emocional, que por meio de 8 itens (e.g., “Há dias em que me sinto cansado/a antes mesmo de chegar ao trabalho”; “Quando trabalho, sinto-me bem”), avalia sentimentos de vazio emocional, sobrecarga de trabalho, grande necessidade de repouso e exaustão física; e (b) o distanciamento, que conta também com 8 itens (e.g., “Com frequência faço coisas novas e interessantes no meu trabalho”; “Considero meu trabalho um desafio positivo”) para compreender o distanciamento

do trabalho e, mais especificamente, o afastamento face às atividades e experiências negativas que estão relacionadas com o trabalho, de maneira geral. Este instrumento é classificado por meio de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 1 “Discordo plenamente” a 4 “Discordo plenamente”.

As pontuações totais, tanto para a dimensão de exaustão emocional como de distanciamento, foram obtidas através da média das pontuações indicadas para os itens que, respetivamente, as constituem. De notar que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de *burnout*. Segundo Halbesleben e Demerouti (2005), o *OLBI* demonstra níveis de confiabilidade aceitáveis (nomeadamente de confiabilidade teste/reteste e consistência interna), bem como evidências de validade fatorial, convergente e discriminante. No que diz respeito à população portuguesa, Sinval e colaboradores (2019) verificaram qualidade psicométricas semelhantes. E, para a presente amostra, verificou-se um *Alpha de Cronbach* de 0,89 para a dimensão de exaustão emocional e de 0,88 para a dimensão de distanciamento, indicando bons níveis de confiabilidade interna (Pestana & Gageiro, 2014).

2.2.8. Satisfação com o Trabalho

Para avaliar os níveis de satisfação com o trabalho, foi utilizada a Escala de Satisfação Profissional, criada por Lima, Vala e Monteiro (1994), tendo em vista que ele investiga a satisfação global com o trabalho e também os diversos fatores que afetam a satisfação. Este instrumento engloba 8 itens (e.g., “Em relação às suas perspetivas de promoção, diria que está”; “Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está”) e as questões estão apresentadas numa escala tipo *Likert* de 7 níveis, onde 1 = “extremamente insatisfeito” e 7 = “extremamente satisfeito”. Porém, no presente estudo, a escala adotada possui uma variância de 1 a 5, onde 1 corresponde a “extremamente insatisfeito” e 5 a “extremamente satisfeito”. A pontuação total desta escala é obtida através do cálculo da média das pontuações indicadas aos itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam um maior nível de satisfação com o trabalho. O *Alpha de Cronbach* encontrado para a presente amostra foi de 0,89, demonstrando um bom nível de confiabilidade interna (Pestana & Gageiro, 2014).

2.2.9. Qualidade de Vida

Para finalizar, a fim de avaliar a qualidade de vida dos cuidadores formais, fez-se uso do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, um instrumento desenvolvido pelo *The Whoqol Group (1994)*, vinculado à Organização Mundial de Saúde. A versão inicial conta com a presença de 100 itens, que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de

Independência, Relações sociais, Meio ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais. Posteriormente, o mesmo grupo desenvolveu uma versão abreviada do instrumento, nomeada *WHOQOL-Bref*, composta por 26 questões extraídas da versão inicial, que abrangem quatro dimensões: (a) física (7 itens; e.g., “Em que medida suas dores (físicas) o/a impedem de fazer o que precisa de fazer?”; “Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”); (b) psicológica (6 itens; e.g., “Até que ponto gosta da vida?”; “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”); (c) relações sociais (3 itens; e.g., “Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais?”; “Até que ponto está satisfeito/a com a sua vida sexual?”); e (d) meio ambiente (8 itens; e.g., “Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?”; “Em que medida é saudável o seu ambiente físico?”).

O presente estudo utilizou o *WHOQOL-Bref*, uma vez que está disponível em 20 línguas, tendo sido também traduzido para o português por Fleck (1999). E consideramos a pontuação total da escala, contrariamente às pontuações obtidas para cada uma das dimensões, resultante da soma das pontuações indicadas a cada um dos itens. As perguntas do instrumento estão elaboradas sob a forma de várias escalas tipo Likert de 5 níveis, que variam de 1 “Muito má” a 5 “Muito boa” para 2 itens; de 1 “Muito insatisfeito” a 5 “Muito satisfeito” para 11 itens; de 1 “Nada” a 5 “Muitíssimo” para 7 itens; de 1 “Nada” a 5 “Completamente” para 5 itens; e de 1 “Nunca” a 5 “Sempre” para 1 item. De realçar que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de qualidade de vida e verificamos, para a presente amostra, um nível de consistência interna elevado ($\alpha = 0,89$).

2.3. Procedimentos

A recolha de dados foi realizada através da plataforma online *Qualtrics* (Provo, UT, 2018), onde terão sido criados os questionários. Após a sua criação foi gerada uma hiperligação e a mesma foi enviada para diversos grupos de cuidadores formais online. Tendo em conta a estrutura do questionário, inicialmente foi apresentado o consentimento informado, expondo o objetivo do estudo, a duração esperada, a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, podendo os inquiridos, de livre vontade, aceitar ou não a participar/continuar o inquérito.

O protocolo de recolha de dados foi composto pelos seguintes instrumentos por esta mesma ordem: (a) o instrumento de qualidade de vida *WHOQOL-Bref*; (b) o *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)*; (c) a Escala de Satisfação Profissional; (d) a Escala de Perceção de Suporte Organizacional (EPSO); (e) a questão referente à Identificação Organizacional; (f) a escala de Crença no Mundo Justo; (g) a *Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*; (h) a

Escala de Empatia Básica (BES); e (i) a questão referente à religiosidade. Por último, apresentaram-se as questões sociodemográficas e socioprofissionais (Anexo A). No final agradecia-se ao participante a sua disponibilidade e destinou-se um espaço para que ele/a pudesse deixar o seu contato, caso quisesse obter mais informações acerca da investigação.

2.3. Análise estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao SPSS versão 26. Primeiramente, começamos por realizar análises descritivas para calcular os valores mínimos, máximos, as médias e os desvio-padrões das variáveis individuais (i.e., autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade), contextuais (i.e., suporte organizacional e identificação organizacional) e de resultado (i.e., burnout, satisfação com o trabalho e qualidade de vida).

Posteriormente, com o objetivo de avaliar a influência de fatores sociodemográficos e profissionais (i.e., sexo, escolaridade, área de maior de dificuldade de atuação com a pessoa idosa, motivação para mudar de profissão e presentismo) nas variáveis individuais, contextuais e de resultado supramencionadas recorreu-se a testes-T para amostras independentes. E foram analisadas a associação entre todas as variáveis de interesse (i.e., contextuais, individuais e de resultado) através de Correlações de *Pearson*. Por último, definiu-se modelos de regressão linear múltipla, com método *Enter*, que consideraram como variáveis dependentes o *burnout*, a satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, e como variáveis explicativas as respetivas variáveis sociodemográficas, individuais (i.e., autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade) e contextuais (i.e., suporte organizacional e identificação organizacional) que estavam significativamente associadas com cada uma das variáveis dependentes. De notar que o valor de significância estatística associada a todos os testes realizados foi definido como $p \leq 0,05$.

Capítulo III - Resultados

3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo

Tal como é possível observar na Tabela 5, verificou-se que as respostas dos participantes variaram sensivelmente entre o mínimo e o máximo das respetivas escalas de medição de empatia, crença no mundo justo e religiosidade. No que diz respeito a variável autocuidado, as pontuações dos indivíduos variaram entre um mínimo de 51 e um máximo de 120, que corresponde à pontuação máxima que é possível obter na escala *Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*. Além disso, notou-se que os valores médios de resposta às variáveis de empatia (afetiva: $M = 3,14$; cognitiva: $M = 3,89$), crença no mundo justo ($M = 3,17$) e religiosidade ($M = 2,65$) aproximaram-se dos pontos médios das suas escalas de avaliação, ilustrando que, em

média, os participantes do presente estudo não concordam nem discordam com as afirmações de comportamento empático e de crença no mundo justo, e são moderadamente religiosos. A pontuação média obtida na escala de autocuidado ($M = 86,54$) demonstrou ainda, capacidades de autocuidado satisfatórias, em que, em média, os participantes concordam e praticam os comportamentos de autocuidado expostos na escala.

Tabela 5

Estatística descritiva das variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade)

		<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Variáveis Individuais	ASA-A	52	51,00	120,00	86,54	13,05
	BES					
	Afetiva	52	1,33	4,33	3,14	0,74
	Cognitiva	52	1,00	5,00	3,89	0,65
	CMJ Pessoal	52	1,00	4,57	3,17	0,91
	Religiosidade	52	1,00	5,00	2,65	0,90
Variáveis contextuais	Suporte organizacional	52	1,00	4,13	2,85	0,64
	Identificação organizacional	52	1,00	5,00	3,21	1,13
Variáveis resultado	Burnout					
	Exaustão emocional	52	1,00	4,00	2,69	0,67
	Distanciamento	52	1,13	4,00	2,47	0,66
	Satisfação com o trabalho	52	1,00	4,38	3,53	1,46
	QOL	52	41	99	71,86	15,27

Nota. ASA-A: *Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado)*; BES: *Escala de Empatia Básica*; CMJ: *Crença no Mundo Justo*; QOL: *Qualidade de vida*.

No que diz respeito as variáveis contextuais (suporte e identificação organizacional), verificou-se que as respostas variaram igualmente entre os valores mínimos e máximos das respetivas escalas de avaliação, sendo que os valores médios se aproximaram dos seus pontos médios (suporte organizacional: $M = 2,85$; identificação organizacional: $M = 3,21$). Tal indica

que os participantes possuem percepções moderadas de suporte por parte da instituição em que estão empregados e níveis moderados de identificação organizacional (Tabela 5).

Para finalizar, as pontuações dos participantes para as variáveis *burnout* e satisfação com o trabalho variaram, aproximadamente, entre 1 e 4, correspondendo aos extremos dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo. E os valores médios de resposta aproximaram-se do ponto 3 para o *burnout*, revelando níveis moderadamente altos de *burnout* que na dimensão exaustão emocional ($M = 2,69$) quer na dimensão distanciamento ($M = 2,47$), ou seja, em média, os participantes concordam com as afirmações, experienciando sentimentos de vazio emocional, sobrecarga de trabalho, grande necessidade de repouso e exaustão física, acabando também por se distanciarem do trabalho. No que diz respeito ao resultado da satisfação com o trabalho a média indica um nível moderadamente elevado de satisfação com o trabalho ($M = 3,53$). Quanto à qualidade de vida, as pontuações variaram entre 41 e 99, sendo que o valor médio de resposta indica percepções moderadas de qualidade de vida ($M = 71,86$) (Tabela 5).

Com o objetivo de compreender se existem diferenças ao nível das variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo pessoal e religiosidade), contextuais (suporte e identificação organizacional) e de resultado (*burnout*, satisfação com o trabalho e qualidade de vida) em função das variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, escolaridade, área de maior de dificuldade de atuação com a pessoa idosa, desejo de mudar de profissão e presentismo), realizaram-se diversos testes-T para amostras independentes. De acordo com os resultados, apenas foram verificadas diferenças significativas em função do sexo dos participantes para a variável crença no mundo justo pessoal [$t(50) = 2,51$; $p = ,015$]. Tal como é possível observar na Tabela 6, os homens possuem crenças significativamente mais baixas no mundo justo comparativamente as mulheres. Não foram percebidas quaisquer diferenças significativas em função do sexo para todas as restantes variáveis de interesse.

Tabela 6

Diferenças na variável crença no mundo justo (dimensão pessoal) em função do sexo dos participantes

	Feminino		Masculino		<i>t</i> (50)	<i>sig</i> (<i>p</i>)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
CMJ Pessoal	3,29	0,81	2,41	1,20	2,51	,015

Nota. CMJ: Crença no Mundo Justo

Para além disto, observaram-se diferenças significativas em função do nível de escolaridade dos participantes para as duas variáveis contextuais [suporte organizacional: $t(50) = -2,42$; $p = ,019$ / identificação organizacional: $t(50) = -2,51$; $p = ,012$], para as duas dimensões de *burnout* [exaustão emocional: $t(50) = 2,84$; $p = ,006$ / distanciamento: $t(50) = 2,18$; $p = ,034$] e para qualidade de vida [$t(50) = -2,92$; $p = ,005$]. Portanto, a análise de dados indica que os níveis de suporte organizacional, identificação com a organização e a qualidade de vida é menor entre os participantes que possuem níveis de escolaridade até o 12º ano, em comparação com aqueles que possuem níveis de escolaridade superiores. Ainda, os participantes que possuem uma escolaridade ao nível do ensino superior reportaram níveis inferiores de exaustão emocional e distanciamento, quando comparados com os participantes que possuem níveis de escolaridade até o 12º ano (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças nas variáveis contextuais (identificação e suporte organizacional), no Burnout e na Qualidade de vida em função do nível de escolaridade

	Até ao 12º ano		Ensino Superior		<i>t</i> (50)	<i>sig</i> (<i>p</i>)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Suporte organizacional	2,75	0,63	3,27	0,52	-2,42	,019
Identificação organizacional	3,02	1,11	4,00	0,82	-2,60	,012
<i>Burnout</i> (exaustão emocional)	2,81	0,67	2,19	0,38	2,84	,006

<i>Burnout</i> (distanciamento)	2,56	0,64	2,07	0,62	2,18	,034
QOL	69,05	15,02	83,70	9,98	-2,92	,005

Nota. QOL: Qualidade de vida

Também se verificou diferenças significativas em função das áreas de maior dificuldade de atuação com a pessoa idosa para a variável empatia, na sua dimensão cognitiva [$t(41) = 2,06$; $p = ,046$]. Tal como é possível perceber na Tabela 8, os que reportam maiores dificuldades relacionais e com as alterações emocionais do idoso possuem menor empatia cognitiva comparativamente aos participantes que alegam maior dificuldade na atuação com os cuidados pessoais e mobilização.

Tabela 8

Diferenças na variável Empatia (dimensão cognitiva) em função das áreas de maior dificuldade de atuação com o idoso

	Cuidados pessoais e mobilização		Dificuldades relacionais e alterações emocionais do idoso		<i>t(41)</i>	<i>sig(p)</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
BES Cognitiva	4,13	0,38	3,84	0,51	2,06	,046

Nota. BES: Escala de Empatia Básica

De acordo com os resultados, foram vistas diferenças significativas em função do desejo para mudar de profissão para as duas variáveis contextuais [suporte organizacional: $t(48) = -2,59$; $p = ,013$ / identificação organizacional: $t(48) = -3,15$; $p = ,003$], para a dimensão afetiva da empatia [empatia afetiva: $t(48) = -2,22$; $p = ,031$], para as duas dimensões de burnout [exaustão emocional : $t(48) = 3,21$; $p = ,002$ / distanciamento: $t(48) = 4,79$; $p = ,000$] e para Qualidade de vida [$t(48) = -2,32$; $p = ,025$]. Portanto, a análise de dados revela que os níveis de suporte organizacional, a identificação com a organização, a percepção das emoções dos outros e a qualidade de vida são menores entre os participantes que alegam possuir desejo para mudar de profissão, em comparação com aqueles que não possuem tal vontade. E os participantes que disseram ter desejo para mudar de profissão reportaram ainda, níveis superiores de exaustão emocional e distanciamento, quando comparados aos participantes que não têm alguma vontade de mudar de profissão (Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças nas variáveis contextuais (suporte e identificação organizacional), na Empatia (dimensão afetiva), no Burnout e na Qualidade de vida em função do desejo para mudar de profissão

	Sim		Não		<i>t</i> (48)	<i>sig</i> (<i>p</i>)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Suporte organizacional	2,53	0,75	3,01	0,55	-2,59	,013
Identificação organizacional	2,50	1,27	3,50	0,97	-3,15	,003
BES Afetiva	2,83	0,74	3,31	0,70	-2,22	,031
<i>Burnout</i> (exaustão emocional)	3,12	0,64	2,54	0,57	3,21	,002
<i>Burnout</i> (distanciamento)	3,03	0,60	2,25	0,51	4,79	,000
QOL	64,59	17,14	75,06	13,53	-2,32	,025

Nota. BES: Escala de Empatia Básica; QOL: Qualidade de vida

Por fim, notou-se também diferenças significativas em função da frequência com que o participante indica ter ido trabalhar doente para a variável individual de autocuidado [autocuidado: $t(50) = 2,56$; $p = ,013$] para a variável contextual de identificação organizacional [identificação organizacional: $t(50) = 3,05$; $p = ,004$], para a satisfação com o trabalho [satisfação com o trabalho: $t(50) = 3,01$; $p = ,004$], para as duas dimensões de *burnout* [exaustão emocional : $t(50) = -5,15$; $p = ,000$ / distanciamento: $t(50) = -3,36$; $p = ,001$] e para a qualidade de vida [$t(50) = 3,49$; $p = ,001$]. Portanto os resultados indicam que os níveis de autocuidado, identificação com empresa, satisfação com o trabalho e da qualidade de vida são maiores entre os participantes que reportam ter ido trabalhar doentes menos vezes, em comparação com aqueles que foram trabalhar doentes algumas ou bastantes vezes. Na mesma linha, os participantes que disseram terem ido algumas/bastante vezes trabalhar doentes demonstraram níveis superiores de exaustão emocional e desinvestimento, quando comparados aos participantes que nunca foram ou foram raramente (Tabela 10).

Tabela 10

Diferenças na variável de Autocuidado, Identificação organizacional, Satisfação com o trabalho, Burnout e Qualidade de vida em função da frequência com que o participante indica ter trabalhado doente

	Nunca/raramente		Algumas/bastantes vezes		<i>t</i> (50)	<i>sig</i> (<i>p</i>)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
ASA-A	91,68	15,15	82,77	9,93	2,56	,013
Identificação organizacional	3,73	1,12	2,83	0,99	3,05	,004
Satisfação com o trabalho	4,19	1,50	3,04	1,24	3,01	,004
<i>Burnout</i> (exaustão emocional)	2,24	0,58	3,03	0,52	-5,15	,000
<i>Burnout</i> (distanciamento)	2,14	0,56	2,71	0,62	-3,36	,001
QOL	79,68	14,33	66,13	13,45	3,49	,001

Nota. ASA-A: Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado);

QOL: Qualidade de vida

Com o objetivo de compreender de que forma as variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade) e contextuais (suporte e identificação organizacional) se relacionam com as variáveis de resultado (satisfação com o trabalho, *burnout* e qualidade de vida), procedeu-se a elaboração de correlações de *Pearson* (Tabela 11). Assim, os resultados do presente estudo indicam que: (a) as variáveis autocuidado e crença no mundo justo estão correlacionadas significativamente, de modo positivo, com a satisfação com o trabalho (respetivamente, $r = 0,46$ e $r = 0,48$) e a qualidade de vida (respetivamente, $r = 0,48$ e $r = 0,44$), e de modo negativo com o *burnout* (exaustão emocional: respetivamente, $r = -0,57$ e $r = -0,45$; distanciamento: respetivamente, $r = -0,54$ e $r = -0,34$), indicando que quanto maiores as capacidades de autocuidado e as crenças no mundo justo, maiores os níveis de satisfação com o trabalho e qualidade de vida, e menores os níveis de *burnout*; (b) apenas a dimensão cognitiva da escala de empatia está significativamente associada, de modo positivo, com a satisfação com o trabalho ($r = 0,34$), demonstrando que níveis mais elevados da capacidade cognitiva de perceber as emoções dos outros estão associados a uma maior satisfação com o trabalho; (c) a variável religiosidade apenas está significativamente correlacionada, de modo

negativo, com o *burnout* (exaustão emocional e distanciamento: $r = -0,35$), ou seja, níveis de religiosidade superiores correlacionam-se com níveis mais baixos de *burnout*.

Não se verificaram correlações significativas entre a dimensão afetiva da empatia e qualquer uma das variáveis de resultado, bem como entre a sua dimensão cognitiva e o *burnout* e a qualidade de vida. Ainda, a religiosidade não se apresentou significativamente correlacionada com a satisfação com o trabalho, nem com a qualidade de vida. De notar que todas as correlações significativas revelam uma intensidade moderada, estando ilustradas na Tabela 11.

Tabela 11

Matriz de correlações entre as variáveis individuais (autocuidado, empatia, crença no mundo justo e religiosidade), contextuais (suporte e identificação organizacional) e de resultado (satisfação com o trabalho, burnout e qualidade de vida)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. ASA-A	-										
2. BES – Afetiva	,35*	-									
3. BES – Cognitiva	,45**	,33*	-								
4. CMJ – Pessoal	,35*	,02	,11	-							
5. Religiosidade	,17	-,09	-,16	,19	-						
6. Suporte organizacional	,48**	,22	,32	,48**	-,14	-					
7. Identificação organizacional	,44**	,25	,18	,40**	-,04	,74**	-				
8. Satisfação com o trabalho	,46**	,11	,34*	,48**	-,01	,79**	,69**	-			
9. <i>Burnout</i> - Exaustão emocional	-,57**	-,11	-,03	-,45**	-,35*	-,54**	-,63**	-,73**	-		
10. <i>Burnout</i> – Distanciamento	-,54**	-,21	-,11	-,34*	-,35*	-,56**	-,64**	-,70**	,79**	-	
11. QOL	,48**	-,04	,14	,44**	,23	,65**	,61**	,82**	-,81**	,67**	-

Nota. ASA-A: Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado); BES: Escala de Empatia Básica; CMJ: Crença no Mundo Justo; QOL: Qualidade de vida; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (nível de significância)

Por sua vez, a análise de correlações indica que as variáveis contextuais estão significativamente correlacionadas com todas as variáveis de resultado. Especificamente, observou-se que o suporte e a identificação organizacional possuem uma correlação

significativa e positiva, de intensidade forte, com a satisfação com o trabalho (respetivamente $r = 0,79$ e $r = 0,69$) e a qualidade de vida (respetivamente, $r = 0,65$ e $r = 0,61$), demonstrando que quanto maiores as perceções de suporte organizacional e a identificação com a entidade de trabalho, maiores os níveis de satisfação com o emprego e a qualidade de vida. Em contrapartida, verificou-se que estas mesmas variáveis contextuais (i.e., suporte e identificação organizacional) apresentam uma correlação significativa e negativa, de intensidade forte, com as duas dimensões de *burnout* (exaustão emocional: respetivamente, $r = -0,54$ e $r = -0,63$; distanciamento: respetivamente, $r = -0,56$ e $r = -0,64$). Ou seja, quanto maiores as perceções de suporte organizacional e identificação com a entidade de trabalho, menores os sentimentos de exaustão emocional e níveis de desinvestimento.

3.2. Análises Principais

De forma a compreender quais das variáveis sociodemográficas, individuais (autocuidado, religiosidade, crença no mundo justo pessoal e empatia) e contextuais (suporte e identificação organizacional) têm impacto na explicação das variáveis resultado (*burnout*: exaustão emocional e distanciamento, satisfação com o trabalho e qualidade de vida) realizou-se regressões lineares múltiplas, com o método *Enter* (Tabela 12). De notar que apenas utilizamos como variáveis explicativas as variáveis individuais e contextuais que estavam significativamente associadas às variáveis resultado de acordo com as anteriormente apresentadas correlações de *Pearson*.

Tabela 12

Influência das variáveis individuais e contextuais no Burnout (exaustão emocional)

Váriaveis Explicativas	Beta	<i>t</i>	Sig (<i>p</i>)
Individuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,420$	
ASA-A	-,551	-4,051	,000
CMJ Pessoal	-,244	-2,116	,040
Contextuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,388$	
Identificação organizacional	-,527	-3,214	,002

Nota. ASA-A: Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado); CMJ: Crença no Mundo Justo

Posto isto, no que diz respeito a variável resultado exaustão emocional, pertencente ao

burnout, os resultados indicam que as variáveis individuais explicam 42% da variância da exaustão emocional, verificando-se como o autocuidado e a crença no mundo justo (pessoal) como preditoras negativas; e as variáveis contextuais explicam 38,8% da variância do *burnout* exaustão emocional, verificando-se a identificação organizacional como preditora negativa.

De notar que a variável com maior impacto na explicação da exaustão emocional (*burnout*) foi a referente ao autocuidado, sendo que as variáveis individuais relacionadas à religiosidade e empatia, bem como a variável contextual suporte organizacional, não explicaram a experiência de exaustão emocional por parte dos participantes da presente amostra (Tabela 12).

Tabela 13

Influência das variáveis individuais e contextuais no Burnout (distanciamento)

Váriaveis Explicativas	Beta	T	Sig (p)
Individuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,247$	
ASA-A	-,316	-2,041	,047
Religiosidade	-,262	-2,015	,050
Contextuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,402$	
Identificação organizacional	-,493	-3,042	,004

Nota. ASA-A: Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado)

Por sua vez, para a segunda dimensão pertencente ao *Burnout*, o distanciamento, nota-se que: as variáveis individuais explicam 24,7% da variância do distanciamento, verificando-se o autocuidado e a religiosidade como preditoras negativas; e as variáveis contextuais explicam 40,2% da variância desta dimensão do *burnout*, verificando-se a identificação organizacional como preditora negativa (Tabela 13).

Como mostra a Tabela 13, os resultados indicam que as variáveis individuais referentes a crença no mundo justo (pessoal) e empatia, além da variável contextual suporte organizacional, não explicam a dimensão de distanciamento, salientando-se a variável identificação organizacional como a que apresenta maior impacto na previsão desta variável de resultado.

Tabela 14*Influência das variáveis individuais e contextuais na Satisfação com o trabalho*

Váriaveis Explicativas	Beta	t	Sig (p)
Individuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,300$	
CMJ Pessoal	,382	3,009	,004
Contextuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,642$	
Suporte Organizacional	,625	4,984	,000

Nota. CMJ: Crença no Mundo Justo

No que concerne a variável resultado satisfação com o trabalho, observou-se que mais de metade da sua variância (64,2%) é explicada por variáveis contextuais, nomeadamente pelo suporte organizacional, que tem um maior impacto que qualquer outra das variáveis do modelo. Apesar disso, de referir que as variáveis individuais explicam 30% da variância desta variável de resultado, verificando-se a crença no mundo justo (pessoal) como preditora positiva. As variáveis individuais referentes a religiosidade, empatia e autocuidado, assim como a variável contextual identificação organizacional, não se constituem como preditoras significativas da satisfação com o trabalho (Tabela 14).

Tabela 15*Influência das variáveis individuais e contextuais na Qualidade de vida*

Váriaveis Explicativas	Beta	t	Sig (p)
Individuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,286$	
ASA-A	,438	2,902	,006
CMJ Pessoal	,277	2,163	,036
Contextuais		$R^2_{\text{ajustado}} = ,440$	
Suporte Organizacional	,449	2,860	,006

Nota. ASA-A: Appraisal of Self-Care Agency Scale (Escala de Autocuidado); CMJ: Crença no Mundo Justo

Por último, no que diz respeito a variável referente à qualidade de vida, os resultados indicam que as variáveis individuais explicam 28,6% da variância da qualidade de vida, verificando-se o autocuidado e a crença no mundo justo (pessoal) como preditoras positivas; e as variáveis contextuais explicam 44% da variância desta variável resultado, verificando-se o suporte organizacional como preditor positivo (Tabela 15). De notar que, como mostra a Tabela

15, a variável com maior impacto na explicação da qualidade de vida foi o suporte organizacional, sendo que as variáveis individuais referentes a religiosidade e empatia, bem como a variável contextual identificação organizacional, não explicaram a qualidade de vida percebida pelos participantes da presente amostra.

Capítulo IV - Discussão

A prestação de cuidados a pessoas idosas tem sido alvo de diversas investigações, uma vez que está associada a uma série de repercussões nos diferentes âmbitos da vida do sujeito (Baptista et al., 2012; Luther et al., 2019; Vitaliano, Young & Russo, 1991;), podendo gerar e/ou intensificar desde uma sobrecarga física, emocional e social (Loureiro, 2009; Santos, 2005) até um *burnout* (Silva, 2009; Sinval e. al., 2019), trazendo impactos na satisfação com o trabalho (Gil et al., 2017; Guerra et al., 2018) e qualidade de vida do indivíduo (Bartolo et al., 2010; Chan et al., 2013; Molyneux et al., 2008;).

Partindo desse princípio, o presente estudo teve como objetivo identificar e descrever a relação entre fatores individuais e contextuais e o nível de *burnout*, a satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, já que eles afetam diretamente as vivências, experiências e a saúde do cuidador formal. De maneira geral, a amostra de cuidadores revelou níveis moderadamente altos de *burnout*, assim como de satisfação com o trabalho e percepções moderadas de qualidade de vida. Ainda, os participantes apresentaram níveis de autocuidado satisfatórios e demonstraram níveis moderados de empatia, de crença no mundo justo e de religiosidade. No que diz respeito à relação com a organização em que estão inseridos, os indivíduos percebem de forma moderada o suporte fornecido pela instituição e demonstraram níveis médios de identificação organizacional.

Sobre o perfil demográfico dos profissionais, um dado que sobressaiu em relação aos outros foi o número muito superior de participantes do sexo feminino, corroborando outros estudos realizados nesse mesmo contexto, que evidenciam a predominância das mulheres na prestação de cuidados a pessoas idosas (Durante et al., 2019; García, 2017; Orfila et al., 2018). A reflexão sobre este ponto extravasa o âmbito da presente tese, no entanto é possível salientar que, historicamente, o sexo feminino é associado a uma relação especial com o cuidado, pois as mulheres foram – e ainda são – responsabilizadas para dar assistência às crianças, aos idosos, enfermos, deficientes ou a qualquer outro que seja considerado vulnerável (e.g., Angelo, 2009; García, 2017). Além disso, os cuidadores apresentaram níveis de escolaridade relativamente baixos e os participantes com menos escolaridade parecem apresentar, de uma forma geral, menor bem-estar individual e profissional. A este dado também não deverá ser alheio a

categoria profissional (e tarefas inerentes), sendo preciso realçar que a grande maioria da amostra era composta por auxiliares de ação direta (que em regra, têm até ao 12º ano de escolaridade). Sendo assim, quando comparados com outras categorias profissionais (e.g., médicos, enfermeiros, animadores socioculturais) têm um trabalho muito exigente do ponto de vista físico e da interação com os residentes.

Este facto é importante para perceber os possíveis motivos pelos quais os resultados mostraram que tais participantes, quando comparados com os outros que possuíam maiores níveis de escolaridade, manifestaram menor perceção de suporte e identificação com a organização, qualidade de vida, assim como níveis superiores de *burnout*. Em parte, estas conclusões coincidem com as investigações que têm sido realizadas, uma vez que as mesmas apontam que os indivíduos com menor escolaridade são os que menos se identificam com a empresa (Cavadas, 2014) e, conseqüentemente, percebem menor suporte organizacional, já que ambos determinantes contextuais estão associados positivamente (Chen et al., 2013). Também foi identificado que os trabalhadores com menores níveis escolares revelam níveis superiores de *burnout*, indo ao encontro de algumas investigações que associam maior grau de escolaridade a maiores níveis de *burnout* (Jodas & Haddad, 2009; Boechat & Ferreira, 2014; Monteiro & Carlotto, 2014). Todavia, Sequeira (2010), corroborando com a presente pesquisa, demonstra que apesar do menor grau de habilitações literárias geralmente estar associado com uma superior sobrecarga dos indivíduos, tal fator não deve ser encarado como preditivo. Portanto, a escolaridade não pode ser considerada preditora do *burnout*, satisfação com o trabalho e qualidade de vida, pois não apresentou associações significativas com tais variáveis.

Ainda referente às variáveis sociodemográficas/socioprofissionais, constatou-se um destaque nas pertencentes às áreas de maior dificuldade de atuação com o idoso, ao desejo de mudar de profissão e à frequência com que o participante indica ter trabalhado doente. Nesse sentido, os cuidadores com maiores dificuldades no âmbito relacional e com as alterações emocionais dos idosos revelaram menores níveis de empatia cognitiva do que os que têm menores dificuldades associadas aos cuidados pessoais e à mobilização dos residentes. Sabendo que a dimensão cognitiva da empatia possibilita que profissionais se relacionem com os estados internos (cognições e afetos) dos utentes, pode-se afirmar que os sujeitos com maiores níveis de empatia conseguem perceber e compartilhar as emoções e pensamentos das outras pessoas, favorecendo as adaptações no comportamento do profissional e as relações estabelecidas (Eisenberg, 2000; Hoffman, 2000). Conseqüentemente, como mostra o presente estudo, os cuidadores com menor nível de empatia cognitiva, possuem maiores dificuldades em lidar com as alterações emocionais dos idosos e, portanto, em vincular-se aos mesmos – o que está em

linha com a investigação sobre empatia.

No que diz respeito à variável “desejo de mudar de profissão”, os cuidadores com tal vontade apresentaram menores percepções de suporte e de identificação organizacional, bem como de empatia e qualidade de vida, além de maiores níveis de *burnout*. De acordo com a literatura, o suporte organizacional está diretamente ligado à identificação organizacional, de forma que a baixa percepção de suporte organizacional faz com que os trabalhadores se identifiquem menos com a instituição (Estivalet et al., 2016) e a menor identificação organizacional pode ser um fator influente na percepção de bem-estar dos trabalhadores, ocasionando a prevalência das intenções de sair das instituições em que estão trabalhando (Jacinto & Carvalho, 2009).

Ainda, a maior parte dos cuidadores revelou ter trabalhado algumas/bastantes vezes doente no último ano, totalizando 38% da e acabaram por demonstrar menores níveis de autocuidado, identificação organizacional, satisfação com o trabalho e qualidade de vida, assim como maiores níveis de *burnout*. Sabendo que o autocuidado engloba diversas práticas de assistência à própria saúde, a fim de priorizar o bem-estar pessoal e que, ao mesmo tempo, os sujeitos com menores níveis de autocuidadoe estão mais suscetíveis a falhas no cuidado, exposição à contaminação e pior qualidade de vida (Heemstra, 2019), era expectável que os cuidadores que mais frequentemente trabalhem doentes possuam graus menores de autocuidado, o que é confirmado no presente estudo. Pode-se verificar que isso também está associado à percepção de suporte organizacional e, conseqüentemente, a identificação estabelecida com a empresa, uma vez de acordo com Mael e Ashforth (1992), a identificação organizacional nada mais é que percepção de unidade com uma organização ou o sentimento de ligação e pertencimento a esta. Nesse sentido, é possível inferir que quando o sujeito se sente mais assistido, apoiado e validado pela instituição, sente-se mais à vontade para cuidar de si, pois se vê como parte importante do seu trabalho e, então, quando procura tratar do seu bem-estar e da sua saúde, poderá estar de forma indireta a cuidar também da organização. Conseqüentemente, as pessoas que vão mais frequentemente trabalhar doentes tendem a possuir piores níveis de autocuidado, bem como percebem menor suporte por parte da instituição e identificação com a mesma, o que em consequência surge associado a menor satisfação com o trabalho.

Por fim, percebe-se que tais constructos estão altamente relacionadas com o *burnout*, tendo em vista que ambos podem ter como fatores preditores o sentimento de falta de valorização profissional, percepções de stress e cansaço no trabalho, riscos ocupacionais, exaustão física e emocional, (Harrad & Sula, 2018; Wang et al., 2020), o que acaba por

influenciar a vontade de permanecer ou não na instituição, bem como o afeiçoamento à mesma. Ainda, associam-se à qualidade de vida, o que é totalmente compreensível, já que a relação saúde-doença, bem como a autopercepção que o sujeito tem desse processo, se caracteriza como fator importante nos níveis de qualidade de vida. A autopercepção acerca da saúde trata-se da interpretação que a pessoa faz das suas experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Portanto, à medida em que esses entendimentos acerca das suas vivências são mais negativos, acabam por refletir também negativamente na qualidade de vida (Martins et al., 2010).

Relativamente às variáveis individuais e contextuais, bem como às suas relações com as variáveis de resultado, a partir das hipóteses de investigação, era expectável que os cuidadores com maiores níveis de autocuidado apresentassem maior qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e menos de *burnout*. Os resultados obtidos confirmam a hipótese de que o autocuidado está associado negativamente com o *burnout* e positivamente com a qualidade de vida. Ou seja, o autocuidado parece ser um fator protetor quanto ao surgimento da síndrome de *burnout* e da qualidade de vida. Concordando com essa prerrogativa, diversos estudos apontam o autocuidado enquanto um fator de proteção do burnout e promotor da qualidade de vida, uma vez que as práticas de autocuidado incluem a adoção de comportamentos, como a prática de atividade física, alimentação saudável, o não consumo excessivo de álcool e cuidados com a saúde mental (Ross et al., 2019), que visam o bem-estar físico, psicológico e, conseqüentemente, a prevenção de doenças (Kravits et al., 2010; Kuhn & Flanagan, 2017; Horn & Johnston, 2020). Contudo, tal hipótese pode ser parcialmente certificada, pois o autocuidado não se mostrou associado com a satisfação com o trabalho. Uma possível justificação para esse resultado é que apesar da satisfação com o trabalho ser um constructo multidimensional e relacionado a muitos fatores, os elementos principais que a influenciam são intrínsecos às condições de trabalho, incluindo a remuneração, carga de trabalho e formação profissional (Nassar Junior & De Azevedo, 2016).

Em segundo lugar, esperava-se que os cuidadores com maiores níveis de empatia apresentassem maior qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e sofrem menos de *burnout*. Os presentes resultados mostram que a empatia não apresentou quaisquer associações significativas com nenhuma das três variáveis de resultado acima citadas, não permitindo a confirmação da hipótese. Contrariando os dados encontrados, alguns estudos demonstram que há uma correlação negativa entre empatia e *burnout*, demonstrando essa variável enquanto protetora do *burnout* (Hascher et al., 2018; Hojat et al., 2015; Paro et al., 2014;), assim como a relação positiva com várias dimensões da qualidade de vida (Bordin et al., 2019) e fator importante

na relação estabelecida com o trabalho (Domingues, 2009). Em contrapartida, outros autores fazem uma associação positiva entre empatia e *burnout*, ao explicarem que profissionais de saúde tendem a desconsiderar suas próprias necessidades de autocuidado ao focar nas experiências e exigências daqueles que dependem dos seus cuidados (Figley, 2002), devido à capacidade empática face à exposição repetida ao sofrimento dos pacientes e da sua família (Huggard & Huggard, 2008), o que conduz a uma diminuição da qualidade de vida (Stamm, 2010). Esses efeitos aparentemente conflitantes da empatia sugerem que diferentes abordagens empáticas podem produzir resultados diferentes no âmbito da saúde. A falta de relação significativa entre a empatia e os demais constructos do estudo pode ter como possível compreensão o facto de que ainda pouco se sabe sobre as influências da empatia nessa área de estudo, o que pode gerar consequências e conclusões distintas entre as múltiplas hipóteses que envolvem tal variável (Lelorain et al., 2012).

Em terceiro lugar, era expectável que os cuidadores que apresentassem maiores níveis de CMJ, estariam mais satisfeitos com o trabalho, apresentariam melhor qualidade de vida e menos *burnout*. Os presentes resultados confirmam parcialmente esta hipótese, ou seja, quanto mais crença no mundo justo, maior é o índice de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida. Contudo no que diz respeito à associação entre a CMJ e o *burnout*, apenas houve diferenças na associação negativa com dimensão exaustão emocional do *burnout* e não com o distanciamento. Sabe-se que a exaustão emocional diz respeito ao sentimento de vazio emocional, à sobrecarga de trabalho, grande necessidade de repouso e exaustão física. Nesse sentido, foi possível confirmar o pressuposto apresentado por Otto e Schmidt (2007), onde a CMJ se trata de um recurso psicológico importante que compensa o *stress* no local de trabalho e que evita sintomas de exaustão emocional presente no *burnout*. Todavia, a CMJ não apresentou qualquer relação com a dimensão desinvestimento, isto é, o distanciamento do trabalho. A crença no mundo justo assume uma importante função no âmbito da promoção da saúde, uma vez que se apresenta enquanto preditora do bem-estar (Dzuka & Dalbert, 2002), está associada a bons níveis de bem-estar psicológico (Dalbert, 1998; Hafer, 2000) e a melhores níveis de satisfação com a vida (Correia, 2000). Não foram encontradas demais investigações que apontassem a correlação entre crença no mundo justo e satisfação com o trabalho, sendo um contributo do presente estudo a evidência dessa interação significativa e positiva.

Em quarto lugar, procurou-se apurar se os cuidadores que se consideravam religiosos, demonstravam melhor qualidade de vida, mais satisfação com o trabalho e menos de *burnout*. Esta hipótese mostrou-se parcialmente válida, pois apesar de não possuir associação significativa com a qualidade de vida, satisfação com o trabalho e dimensão exaustão emocional

do *burnout*, a religiosidade relaciona-se negativamente com a dimensão distanciamento (do *burnout*). A religiosidade é um determinante que pode proporcionar aumento do sentido de propósito e significado da vida, sendo associado a maior resiliência e resistência ao stress relacionado com as doenças (Lawler & Younger, 2002). No âmbito da saúde, a religiosidade tem sido estudada na sua associação negativa com diversas doenças físicas, como doenças crónicas (Bussing et al., 2009) e *burnout*, pois funciona como estratégia de *coping* e auxilia na prevenção da tensão decorrente do trabalho e do desgaste do profissional (Chirico, 2017). Porém, os dados do presente estudo demonstraram que a religiosidade está associada de maneira inversa apenas à dimensão distanciamento (do *burnout*), o que pode ser explicado pelo facto de que as crenças religiosas estão intimamente ligadas a uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências do sujeito (Koenig, 2001). Nesse sentido, o distanciamento nada mais é que o afastamento do trabalho por parte do cuidador com trabalho e, mais especificamente, o espaçamento face às atividades e experiências negativas que estão relacionadas com o seu trabalho, de maneira geral. Então, é de esperar que a religiosidade, por estar associada às experiências de vida, interfiram também nas suas vivências no âmbito laboral.

Finalmente, esperava-se que os profissionais com maiores perceções de suporte organizacional e maior identificação organizacional, apresentassem melhor qualidade de vida, maior satisfação com o trabalho e menor *burnout*. Os presentes resultados mostram que apenas o suporte organizacional estava associado significativamente com os níveis de qualidade de vida e satisfação com o trabalho, demonstrando que os cuidadores que percecionam receber maior suporte organizacional demonstram estar mais satisfeitos com a instituição em que trabalham, assim como melhor qualidade de vida. Tais resultados vão ao encontro de resultados provenientes de uma meta-análise que indicou que trabalhadores que apresentavam maior perceção de suporte organizacional indicavam maior satisfação com o trabalho e humor positivo (Rhoades & Eisenberger, 2002), sendo características de total relevância para a promoção de saúde e qualidade de vida no contexto organizacional. Sabe-se que a identificação e suporte organizacionais são variáveis contextuais de suma importância, pois fazem parte da perceção do sujeito acerca de aspetos relevantes ligados à sua filiação com a instituição em que presta serviços. Sendo assim, era esperado que ambos possuíssem o mesmo impacto sobre as variáveis qualidade de vida, satisfação com o trabalho e *burnout*.

Para finalizar, em concordância com um estudo realizado recentemente nesse mesmo âmbito (Almeida, 2019), a identificação organizacional manifestou relação significativa e negativa com as duas dimensões do *burnout*, mostrando que os sujeitos que estão mais identificados com a organização são os que apresentam menos *burnout*. Uma explicação

plausível para isso é que a identificação organizacional seja marcada pela percepção de unidade com a instituição, bem como pelo sentimento de ligação e pertença a esta (Mael & Ashforth, 1992), o que denota um sentido de coesão e conexão com a mesma. Sendo assim, de acordo com a literatura, os profissionais que percebem a sua organização como coesa e se identificam com o seu papel estratégico tendem a não apresentar sintomas de exaustão emocional e física na resposta a agentes de stress (Marques, 2011), o que representa a minimização dos sintomas de *burnout*.

4.1. Limitações e implicações futuras

A presente investigação pode ser considerada de extrema relevância, uma vez que permitiu o conhecimento de diversos determinantes não só individuais, mas também contextuais que podem estar presentes na promoção de saúde e do bem-estar do cuidador formal. Viabilizou ainda descrever a importância e as atribuições desses profissionais no âmbito da assistência em diversos contextos, inclusive nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

No entanto, algumas limitações foram encontradas, a começar pelo número de participantes, que foi relativamente baixo e não possibilitou uma maior diversificação da amostra. Para explicar tal ocorrido, pode-se compreender como fatores determinantes: o extenso questionário, pois o mesmo reuniu diferentes instrumentos que tinham como objetivo analisar diferentes aspetos e, portanto, teve inferior aceitabilidade por parte do respondente; e a pandemia do Covid-19, uma vez que essa situação impossibilitou a aplicação presencial do questionário, restringindo assim ao método virtual.

Ainda, o contexto da pandemia pode ter interferido nos dados recolhidos, tendo em vista que nesse período, os profissionais de saúde experimentaram impactos na saúde física e mental, podendo apresentar altos níveis de depressão, ansiedade, insónia e angústia (Shaukat, Ali & Razzak, 2020), permitindo assim distintas percepções de qualidade de vida, satisfação com o trabalho e níveis de *burnout*. Todavia, as limitações do estudo devem ser consideradas à luz de seus pontos fortes. Este conseguiu confirmar o papel fundamental do cuidador no âmbito da assistência e prestação de cuidados, além de destacar os elementos positivos que estão ligados ao seu trabalho. Nesse sentido, apresentou importantes fatores protetores e promotores de saúde que podem lhe servir. É de referir que a partir dessa pesquisa poderá informar intervenções no sentido de promover aspetos como o autocuidado destes profissionais, contribuir para que as instituições fomentem o suporte organizacional aos seus trabalhadores e invistam no sentido da construção de uma harmonia com impacto na identificação organizacional – uma vez que estes mostraram ser fatores protetores da qualidade de vida, do *burnout* e da satisfação com o

trabalho.

Finalmente, podem-se pensar algumas orientações para a gestão destas instituições no sentido da manutenção/promoção da saúde dos cuidadores formais. Para isso, devem ser incentivados os comportamentos de autocuidado dos funcionários; fomentar posturas empáticas nas relações estabelecidas com os utentes, colegas e com a instituição; fortalecer o vínculo com a organização, no sentido de demonstrar maior suporte por parte desta e gerar maior identificação com a mesma; estar atento às condições e fatores que podem promover satisfação com o trabalho, qualidade de vida e evitar o *burnout* no contexto de trabalho. Através desses resultados, diversos programas e projetos podem ser elaborados no sentido de ajudar os profissionais e instituições a adotarem maiores cuidados pessoais e melhores posturas profissionais.

Referências

- Almeida, A. F. E. (2019). *Burnout em profissionais de retalho: o papel da crença no mundo justo, da identificação organizacional e da infrahumanização* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Alves, P. C. (2019). Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? *PLoS One*, *14*(3).
- American Psychological Association - APA (2010). Dictionary of Psychology [homepage na internet]. Empathy [acesso em 10 Jun 2020]. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/empathy>.
- Angelo, M. (2009). Cultura e cuidado da família. In E. Nakamura, D. Martin, & J. F. Q. Santos (Eds.), *Antropologia para enfermagem*. São Paulo, SP: Manole.
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psic., Saúde & Doenças*, *15*(2).
- 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.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondanid, C. M., De Budó, M. L. D., & Dos Santos, N. O. (2012). Sobrecarga do cuidador familiar em casa: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaucha Enferm*, *33* (1), 147-56.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2014). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences.

Journal of Autism and Developmental Disorders, 34, 163–175

- Barrett, M. G. (2016). *The relationship between empathy and humor styles and secondary traumatic stress in the public mental health workplace* (Doctoral dissertation). Antioch University, United States.
- Barreto, M. S. R. (2018). *Burnout no Cuidador Informal e Estratégias de Coping* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Bartolo, M., De Luca, D., Serrao, M., Sinforiani, E., Zucchella, C., Sandrini, G. (2010). Caregivers burden and needs in community neuro rehabilitation. *Journal Rehabilitation Medicine*, 42(9), 818-822.
- Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 27(2), 7-20.
- Bieber, A., Nguyen, N., Meyer, G., Stephan, A. (2019). Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3825-z>.
- Boechat, M. A. M., Ferreira, M. C. (2014). Preditores individuais e organizacionais do burnout em servidores públicos federais. *Psic., Saúde & Doenças*, 15(3).
- Bordin, D., Vascoski, V. C., Pereira, A. R. N., Dos Santos, C. B., Zanesco, C., & Fadel, C. B. (2019). Relação entre Empatia e Qualidade de Vida: Um Estudo com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Min Enferm.* 23, e-1253.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward An Experimental Ecology Of Human Development. *American Psychological Association*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Brown, M. (1969). Identification and some conditions of organizational involvement. *Administrative Science Quarterly*, 14, 346-355.
- Bussing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grünther, R. A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A., Matthiessen, P. F. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med.*, 10(2), 327-39.
- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 17-18.
- Cardoso, A. S. S. (2015). *“Cuidar para Apessoar”*: Proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Respostas Sociais para a População Idosa (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitario de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Cardoso, L., De Castro, C. S., & Gomes, D. (2020). Organizações, comprometimento e identificação: semelhanças e diferenças entre modelos e uma perspectiva de integração. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 7, 355-376.
- Carod-Artal, F. J., Mesquita, H. M., Ziomkowski, S., & Martinez-Martin, P. (2013). Burden and health-related quality of life among caregivers of Brazilian Parkinson's disease patients. *Parkinsonism & Related Disorders*, 19(11), 943-948.
- Castaneda, G. A., & Scanlan, J. M. (2014). Job satisfaction in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*, 49(2), 130-138.
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 39-44.
- Cavadas, F. S. (2014). *Valores e Satisfação no Trabalho: que relação?* (Tese de Mestrado). Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 71-93.
- Chan, A., Malhotra, C., Malhotra, R., Rush, A. J., & Østbye, T. (2013). Health impacts of caregiving for older adults with functional limitations: results from the Singapore Survey on Informal Caregiving. *Journal of Aging and Health*, 25(6), 998-1012.
- Chen, S.-H., Yu, H.-Y., Hsu, H.-Y., Lin, F.-C., & Lou, J.-H. (2013). Organisational support, organisational identification and organisational citizenship behaviour among male nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1072-1082.
- Chirico, F. (2017). Religious Belief and Mental Health in Lay and Consecrated Italian Teachers. *Journal of Religion and Health*, 56, 839–851.
- Chiu, C. D., & Yeh, Y.Y. (2017). *In your shoes or mine? Shifting from other to self-perspective is vital for emotional empathy*. Emotion (advance online publication). <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000346>.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and a integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Correia, I. F. (2000). A teoria da crença no mundo justo e a vitimização secundária: Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. *Psicologia*, 14, 253-283.
- Correia, I. (2003). *Concertos e desconcertos na procura de um mundo concertado: Crença no mundo justo, inocência da vítima e vitimização secundária*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, M. C. de S. P. (2009). *Burnout nos médicos Perfil e enquadramento destes doentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da

Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Dalbert, C. (1998). Belief in a just world, well-being, and coping with an unjust fate. In L. Montada, & M. J. Lerner (Eds.), *Responses to victimizations and belief in a just world* (pp. 87-106). New York: Plenum Press.
- Dalbert, C. (1999). The world is more just for me than generally: about the personal belief in a just world scale validity. *Social Justice Research, 12*(2), 79-98.
- Dalbert, C. (2009). Belief in a just world. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behaviour* (pp. 288-297). New York: Guilford Publications.
- Dalbert, C., Montada, L., & Schmitt, M. (1987). Glaube an eine gerechtere Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen. *Psychologische Beiträge, 29*, 596-615.
- Dawood, S. (2016). Caregiver Burden, Quality of Life and Vulnerability Towards Psychopathology in Caregivers of Patients with Dementia/Alzheimer's Disease. *J Coll Physicians Surg Pak. 26*(11), 892-895.
- Decety, J., & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71-100. Doi:10.1177/1534582304267187.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., ... Hojat, M. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll., 87*(9), 1243-1249.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. *Aval. Psicol., 4*(1), 1-3.
- Demerouti, E., & Nachreiner, F. (1998). Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt [The specificity of burnout for human services: Fact or artefact]. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 52*, 82-89.
- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Eickhoff, S., Kellermann, T., Falkenberg, D.I., Schneider, F., & Habel, U. (2010). Multidimensional assessment of empathic abilities: Neural correlates and gender differences. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 67-82. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.10.006.
- Dias, D. A. (2019). *O que sente o Cliente: Impacto da Percepção de Emoções e de Justiça no Burnout em Enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., & Gratão, A. C. M. (2018). Comparative study between formal and informal

- caregivers of older adults. *Cien Saude Colet.*, 23(11), 3789-3798.
- Diogo, M. J. D. E. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 13, 395-400.
- Domingues, A. R. S. (2009). *Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Dos Santos, A. P. M. (2018). *Burnout e stress em professores do nordeste transmontano* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Durante, A., Greco, A., Annoni, A. M., Steca, P., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Determinants of caregiver burden in heart failure: does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden? *Eur J Cardiovasc Nurs*, 18(8), 691-699.
- Dzuka, J., & Dalbert, C. (2002). Mental health and personality of Slovak unemployed adolescents: About the beliefs in a just world's impact. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 732-757.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.
- Elsbach, K. D., & Bhattacharya, C. B. (2001). Defining who you are by what you're not: Organization disidentification and The National Rifle Association. *Organizational Science*, 12(4), 393-413.
- Estivaletes, V. de F. B., De Andrade, T., Faller, L. P., Stefanan, A. A., Souza, D. L. (2016). Suporte Social e Suporte Organizacional como Antecedentes do Bem-Estar no Trabalho: A Perspetiva de Colaboradores de uma Empresa de Logística Ferroviária. *Revista de Administração da UNIMEP*, 14(2), 31-56.
- Evers, G. C. M. (1989). Appraisal of self-care agency A.S.A.-scale: reliability and validity testing of the Dutch version of the A.S.A.-scale measuring Orem's concept 'Self-Care Agency'. Van Gorcum.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Felicidade, M., Quintas, G., & Bernardo, J. F. (2018). Burnout – uma paixão doentia pelo

- trabalho. *RH magazine*, 117, 12-19.
- Ferreira, A. J. (2014). Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo, *Geriatrics fundamental - Saber e praticar* (pp. 59-64). Lisboa: LIDEL.
- Ferreira, F. O. F. G. (2018). *O burnout em Cuidadores Formais de idosos: um estudo de caso numa IPSS do Porto* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde, Setúbal , Portugal.
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider--student version. *J Interprof Care*, 25(4), 287–293.
- Figley C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *J Clin Psychol*, 58(11), 1433-1441.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. M. F., Louzada, S. N., Xavier, M. K., Chachamovich, E., Vieira, G. M., ... & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Brazilian journal of psychiatry*, 21(1), 19-28.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73-82.
- García, M. C. M. (2017). The Woman and the Care of Life. Historical Understanding and Future Perspectives. *Cuad Bioet*, 28(94), 291-301.
- Gill, S., Nathans, L., Seidel, A., & Greenberg, M. (2017). Early Head Start start-up planning: Implications for staff support, job satisfaction, burnout, and turnover. *Journal of Community Psychology*, 45, 443–458. Doi: 10.1002/jcop.21857.
- Gonçalves-Pereira, M., & Mateos, R. (2006). A Família E As Pessoas Com Demência: Vivências E Necessidades Dos Cuidadores. In Firmino, H., Barreto, J., Cortez Pinto, L., Leuschner, A. (Eds), *Psicogeriatrics* (pp. 541-560). Coimbra, Edições Psiquiatria Clínica.
- Greenwell, K., Gray, W. K., van Wersch, A., van Schaik, P., & Walker, R. (2015). Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism & Related Disorders*, 21(1), 1–11.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Moitas, R., & Silva, R. (2018). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, 27,

291-313.

- Hafer, C. (2000). Investment in long-term goals and commitment to just means drive the need to believe in a just world. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1059-1073.
- Halbesleben, J. R. B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*, 19(3), 208–220. <http://dx.doi.org/10.1080/02678370500340728>.
- Harrad R., & Sulla F. (2018). Fatores associados e impacto do burnout em trabalhadores de enfermagem e de assistência domiciliar residencial para idosos. *Acta Biomed*, 89(7), 60–69. Doi: 10.23750 / abm.v89i7-S.7830. PMID: 30539935; PMCID: PMC6502144.
- Hasanpour-Dehkordi, A., Mohammadi, N., & Nikbakht-Nasrabadi, A. (2016). Re-designing Orem's Self-care Theory for Patients with Chronic Hepatitis. *Indian J Palliat Care*, 22(4), 395–401.
- Hascher, T., Hagenauer, G., & Wohlbefinden im Jugendalter—Verläufe und Einflussfaktoren. In: Ittel, A., Merkens, H., & Stecher, L. (2018). Editors. *Jahrbuch Jugendforschung* (pp.15-45). Springer; Wiesbaden, Germany.
- Heemstra, J. F. (2016). Self-Care Is Not the Enemy of Performance. *Chembiochem*, 20(17), 2203-2206. Doi: 10.1002/cbic.201900285.
- Herrera, A, P corresponding author Jerry, W., Lee, R. D. N., Laufman, L. E., & Torres-Vigila, I. (2017). *Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. Aging Ment Health*, 13(1), 84–91. Doi: 10.1080/13607860802154507.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hojat, M., Vergare, M., Isenberg, G., Cohen M., & Spandorfer, J. (2015). Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ*, 6, 12–16.
- Holroyd-Leduc, J., Resin, J., Ashley, L... & Muscedere, J. (2016). Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Res Involv Engagem*, 2, 23. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0038-7>.
- Horn, D. J., & Johnston, C. B. (2020). Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. *Med Clin North Am*, 104(3), 561-572.
- Howick, J., & Rees, S. (2017). Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *J R Soc Med.*, 110, 352–357.
- Huggard, P.K., & Huggard, E. J. (2008). When the Caring Gets Tough: Compassion fatigue and veterinary care. *VetScript*, 14-16.

- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36(2), 273-85.
- Instituto da Segurança Social. (2015). *Guia prático: Apoios sociais - Pessoas idosas*. Retirado de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos.
- Jacinto, A., & Carvalho, I. (2009). Corporate social responsibility: The influence of organizational practices perceptions in employee's performance and organizational identification. In E. Morin, N. Ramalho, J. Neves, & A. Savoie (Eds.), *New research trends in organizational effectiveness, health and work* (pp. 175-204). Quebec: Criteos.
- James-Scotter, M., Walker, C., & Jacobs, S. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. *J Interprof Care*. 33(6), 782-794.
- Jawahar, I. M., & Hemmasi, P. (2006). Perceived organizational support for women's advancement and turnover intentions: the mediating role of job and employer satisfaction. *Women in Management Review*, 21(8), 643-661.
- Jodas D. A., Haddad M. C. (2009). Burnout Syndrome among nursing staff from an emergency department of a university hospital. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 192-7.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611. Doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.010.
- Katsifarakis, M., & Wood, R. L (2014). The impact of alexithymia on burnout amongst relatives of people who suffer from traumatic brain injury. *Brain Inj.*, 28(11), 1389-95.
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, identification and internalization: Three process of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 51-60.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 12(1), 652-666.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med.*, 31(1), 97-109.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J.*, 97(12), 1194-200. Doi: 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. Published online. Doi: 10.5402/2012/278730
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: where are we? What next? *Gerontologist*, 37(2): 218-32.

- 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. *Appl Nurs Res*, 23(3), 130-138.
- Krznaric, R. (2012). Seis hábitos de pessoas altamente empáticas. Retirado de: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/six_habits_of_highly_empathic_people 1.
- Kuhn, C. M., & Flanagan, E. M. (2017). Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*, 64(2), 158-168.
- Lambotte D., De Donder L., Van Regenmortel, S., Fret, B., Dury, S., Smetcorenm, A. S,... & Kardol, M. J. M, (2018). Frailty differences in older adults' use of informal and formal care. *Arch Gerontol Geriatr.*, 79, 69-77.
- Lawler, K. A., & Younger, J. W. (2002) Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *J Relig Health*, 41(4), 347-362.
- Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*. Doi: 10.1002/pon.2115.
- Lerner, M. J., & Simmons, C. H. (1966). Observer's reaction to the "innocent victim": Compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 203- 210.
- Lerner, M. J (1971). *Deserving versus justice: A contemporary dilemma*. Ontario: University of Waterloo.
- Levin, L. S. (1976). The Layperson as the Primary Health Care Practitioner. *Public Health Report*, 91, 206-210.
- Lima, M., L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1994). Culturas organizacionais. In Vala, M. B., Monteiro, M. B., & Lima, M., L., & Caetano, A. (Eds.). *Psicologia Social e das Organizações – Estudos em empresas portuguesas*. Lisboa: Celta Editora.
- Lipkus, I. M., Dalbert, C. & Siegler, I. C. (1996). The Importance of Distinguishing the Belief in a Just World for Self-Versus for Others: Implications for Psychological Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 665-677.
- Locke, E.A. (1976) *The Nature and Causes of Job Satisfaction*. In: Dunnette, M. D. (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 1, 1297-1343.
- Loi, R., Hang-yue, N., & Foley, S. (2004). The effect of Professional Identification On Job Attitudes: a Study of Lawyers in Hong Kong. *International Journal of Organizational Analysis*, 12(2), 109–128. <https://doi.org/10.1108/eb028988>.
- Loureiro, N. V. (2009). *A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de*

- Idosos com Demência* (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *94*, 21-31.
- Luther, B., Wilson, R. D., Kranz, C., & Krahulec, M. (2019). Discharge Processes: What Evidence Tells Us Is Most Effective. *Orthopaedic Nursing*, *38*(5), 328-333.
- Mackenzie, A. & Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *34*(17), 1413-1422.
- Mael, F. A., & Asforth, B. E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, *13*(2), 103-123. Doi: 10.1002/job.4030130202.
- Marks, L. (2005). How does religion influence marriage? Christian, Jewish, Mormon, and Muslim perspectives. *Marriage Fam. Rev.*, *38*, 85–111. Doi: 10.1300/J002v38n01_07.
- Maronesi, L. C., Silva, N. R., Cantu, S. de O., & Santos, A. R. (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estud. pesqui. psicol.*, *14*(3).
- Martins, A. M. E De B. L., Barreto, S. M., Da Silveira, M. F, Santa-Rosa, T. T. de A., & Pereira, R. D. (2010). Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. *Rev Saúde Pública*, *44*(5).
- Marques, F. M. P. (2011). *As percepções da cultura organizacional e a Síndrome de Burnout* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113.
- McNeil, C., & Hunter, J. (2014). The Generation Strain Collective Solutions to Care in an Ageing Society. *Institute for Public Policy Research*, 1-60.
- Mercer S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.*, *52*(Suppl), S9–S12.
- Molyneux, G. J.; Mccarthy, G. M.; Mceniff, S.; Cryan, M.; & Conroy, R. M. (2008). Prevalence and predictors of carer burden and depression in carers of patients referred to an old age psychiatric service. *International Psychogeriatrics*, *20*(6), 1193-202.
- Monteiro, B. D. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout* (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Monteiro, J. K., & Carlotto, M. S. (2014). Preditores da síndrome de burnout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. *Interação Psicol.*, 18(3), 287-295.
- Mourão, L., Monteiro, A. C. F., & Viana, V. R. (2014). A influência do desenvolvimento profissional e da identificação profissional na satisfação no trabalho. *Revista Psico*, 45(2), 198-208. Doi: 10.15448/1980-8623.2014.2.13470.
- Murakami, R., & Campos C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367. Doi: 10.1590/S0034-71672012000200024.
- Nascimento, L., Moraes, E., Silva, J., Veloso, L. & Vale A. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514-517.
- Nassar Junior, A. P., & De Avezedo, L. C. P. (2016). Factors associated with job and personal satisfaction in adult Brazilian intensivists. *Rev Bras Ter Intensiva*, 28(2), 107-113.
- Neto, H. (2014). *Riscos psicossociais: conceptualização e dimensões analíticas*. In Hernâni Neto, João Areosa e Pedro Arezes (Eds.). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: Civeri Publishing.
- Neves, V. F., Oliveira, A. F., & Alves, P. C. Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional. *Psico.*, 45(1), 45-54.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model of caring and coping*. Philadelphia: Open University Press.
- Nunes, A. P. L. (2017). *Programa de Intervenção Para Prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Doutorado). Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Nunes, D. P., Brito, T. R. P., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2019). Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl. 2). <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>.
- Oguh, O., Kwasny, M., Carter, J., Stell, B., & Simuni, T. (2013). Caregiver strain in Parkinson's disease: National Parkinson Foundation Quality Initiative Study. *Parkinsonismo e doenças relacionadas*. 19(11), 975-979.
- Oktug, Z. (2013). The Moderating Effects of Age and Tenure on the Relationship between Organizational Identification and Job Satisfaction. *Management*, 3(4), 218-222. <https://doi.org/10.5923/j.mm.20130304.04>.
- Oliveira-Castro, G. A., Pilati, R., & Borges-Andrade, J. E. (1999). Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. *Revista de*

Administração Contemporânea, 3(2), 29-51.

- Ordem dos Médicos (2017). Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Yearbook.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Yearbook.
- Orfila, F., Coma-Solé, M., Cabanas, M., Cegri-Lombardo, F. Moleras-Serra, A., & Pujol-Ribera, E. (2018). Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1), 167.
- Otto, K., & Schmidt, S. (2007). Dealing with stress in the workplace: Compensatory effects of belief in a just world. *European Psychologist*, 12(4), 272-282.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B.,... Tempiski, P. Z. (2014). Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? *PLoS One*. 9(4), e94133.
- Paschoal, T., Torres, C. V., & Porto, J. B. (2010). Felicidade no trabalho: Relações com Suporte Organizacional e Suporte Social. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(6), 1054-1072.
- Pechorro, P., Jesus, S. N., Kahn, R. E., Gonçalves, R. A., & Barroso, R. (2018). A Versão Breve da Escala de Empatia Básica numa Amostra Escolar de Jovens Portugueses: Validade, Fiabilidade e Invariância. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 49(4), 157-169.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Petkari, E., & Pietschnig, J. (2015). Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(8).
- Petrini, M., Cirulli, F., D'Amore, A., Masella, R., Venerosi, A., & Carè, A. (2019). Health issues and informal caregiving in Europe and Italy, 55, 41-50. Doi: 10.4415/ANN_19_01_08.
- Postmes, T., Haslam A. & Jans, L. (2013). A single-item measure of social identification: Reliability, validity, and utility. *British Journal of Social Psychology*, 53, 597-617. doi: 10.1111/bjso.12006
- Qualtrics, Provo, UT, USA. <https://www.qualtrics.com>.
- Ratka, A. (2018). Empathy and the Development of Affective Skills. *Am J Pharm Educ.*, 82(10). Doi: 10.5688/ajpe7192.
- Reed, C., Belger, M, Dell'Agnello, G., Wimo, A., Argimon, J. M., Bruno, G... Vellas, B. (2012). Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: Differential Associations in Adult-

- Child and Spousal Caregivers in the GERAS Observational Study. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 4, 51-64.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>.
- Riggle, R. J., Edmondson, D. R., & Hansen, J. D. (2009). A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research. *Journal of Business Research*, 62(10), 1027–1030. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.05.003>
- Ritter, C., Benson, D. E., & Synder, C. (1990). *Belief in a just world and depression. Sociological Perspectives*. 33, 235–252. Doi:10.2307/1389045.
- Rocha, C. B., & Silva, J. R. G. (2007). Identificação de funcionários com empresas públicas no contexto de mudanças: o caso Finep. *Revista de Administração Pública*, 41(4), 685-706.
- Ross, A., Yang, L., Wehrlen, L., Perez, A., Farmer, N., & Bevans, M. (2019). Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *Journal of nursing management*, 27(3), 599–608. <https://doi.org/10.1111/jonm.12718>.
- Saleem, S., & Saleem, T. (2017). Role of Religiosity in Psychological Well-Being Among Medical and Non-medical Students. *Journal of Religion and Health*, 56(4). Doi: 10.1007/s10943-016-0341-5.
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social* (Tese de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58(1), 53–63.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 9-16.
- Silva, J. M. F. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Silva J. V., & Kimura M. (2005). Adaptação cultural e validação do instrumento de medida de capacidade de autocuidado do "Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA-A)". In *13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. São Luiz: ABEn.
- Silva, Luciane (2009). Burnout indicators in teachers of occupational therapy: a pilot study. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(2), 101-109.
- Siqueira, M. M. M. (1995) *Antecedentes do comportamento de cidadania organizacional: a*

- análise de um modelo pós-cognitivo* (Tese de Doutorado) Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2019). Adaptação transcultural do Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) para o Brasil e Portugal. *Front. Psychol.*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338>
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Sommerhalder, C., & Néri, A. L. (2002). Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In Néri, A. L. (Ed.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (pp. 91-134). Campinas: Alínea.
- Stearns, M., Nadorff, D. K., Lantz, E. D., & McKay, I. T. (2018). Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. *Journal of Affective Disorders*, *238*, 522-525.
- Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Gutter, M., Dobre, D., & Schwan, R. (2019). Empathy and Burnout – A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life*, *12*(1), 21–29.
- Sutton, R. M., & Douglas, K. M. (2005). Justice for all, or just for me? More support for self-other differences in just world beliefs. *Personality and Individual Differences*, *39*, 637–645.
- Tait, M., Padgett, M. Y., & Baldwin T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology*, *74*(3), 502.
- Talik, E., & Skowroński, B. (2018). The Sense of Quality of Life and Religious Strategies of Coping with Stress in Prison Inmates. *J Relig Health*, *57*(3), 915–937.
- The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *10*, 1403-1409.
- Tinoco, A. (2008). *Antecedentes e conseqüentes da identificação organizacional: uma aplicação ao contexto da Marinha* (Dissertação de Mestrado) Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Tomaka, J., & Blascovich, J. (1994). Effects of justice beliefs on cognitive appraisal of and subjective physiological, and behavioral responses to potential stress. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 67, 732–740. Doi:10.1037/0022-3514.67.4.732.
- Vieira, C. A. D. (2018). *O envelhecimento na imprensa portuguesa: uma Visão genderizada dos idosos* (Dissertação de Doutorado). Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Minho, Portugal.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). Burden: A Review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67–75.
- Waligora, J. K., Bahouth, M. N. D., & Han, H-R. (2019). The Self-Care Needs and Behaviors of Dementia Informal Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist cite as: Gerontologist*, 59(5), 565–583. Doi:10.1093/geront/gny076.
- Wang, P., Chu, P., Wang, J., Pan, R., Sun, Y., Yan, M., Jiao, L., Zhan, X., & Denghao, Z. (2020). Association Between Job Stress and Organizational Commitment in Three Types of Chinese University Teachers: Mediating Effects of Job Burnout and Job Satisfaction. *Front Psychol.*, 11.
- Wegge, J., van Dick, R., Fisher, G. K., Wecking, C. & Moltzen, K. (2006). Work motivation, organizational identification, and well-being in call center work. *Work & Stress*, 20, 60-83.
- Wimo, A., Reedb, C. C., Dodelc, R., Belgerb, M., Jonesd, R. W., Happichb, M.,... Haroh, J. M. (2012). The GERAS Study: A Prospective Observational Study of Costs and Resource Use in Community Dwellers with Alzheimer's Disease in Three European Countries – Study Design and Baseline Findings. *Journal of Alzheimer's Disease*, 36, 385–399.
- Zarandi, F. M., Raiesifar, A., & Ebad, A. (2016). The Effect of Orem's Self-Care Model on Quality of Life in Patients with Migraine: a Randomized Clinical Trial. *Iran J Neurol.*, 15(4), 240-247.

Anexos

Anexo A – Protocolo de recolha de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Objetivo

Este estudo dirige-se a trabalhadores/as que prestam cuidados a pessoas idosas em estruturas residenciais para pessoas idosas (“lares de idosos”) há mais de 3 meses (por exemplo, ajudantes de ação direta, técnicos/as de serviço social, psicólogos/as, enfermeiros/as, médicos/as, animadores/as socioculturais, entre outras categorias profissionais que prestem cuidados diretamente). Este estudo tem por objetivo conhecer o nível de qualidade de vida, estado de saúde e nível de stress nestes profissionais e visa identificar fatores protetores e de risco que poderão vir a informar intervenções futuras neste contexto. Este trabalho não visa avaliar as instituições nem a prestação de cuidados por parte dos profissionais.

Enquadramento

Este estudo está a ser levado a cabo por uma equipa de investigação do Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), com a coordenação científica de Marta Matos (Investigadora Integrada e Professora Auxiliar Convidada) e de Isabel Correia (Investigadora Integrada e Professora Associada) e enquadra-se nos projetos de dissertação do Mestrado em Psicologia Social da Saúde e Mestrado em Ciências das Emoções do ISCTE-IUL, com vista à obtenção do grau de mestre das estudantes Bruna Pinheiro e Miriam Marques.

Explicação do Estudo

A sua participação no presente estudo implica o preenchimento de um questionário, com a duração esperada de 20 minutos.

Confidencialidade e Anonimato

Todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e serão utilizados exclusivamente no âmbito desta investigação.

Participação voluntária e informada

A sua participação é totalmente voluntária. Embora esta possa acarretar ligeiros desconfortos, como sentir-se cansado/a ou aborrecido/a, poderá interromper a sua participação em qualquer momento. Finalmente, por este estudo se debruçar sobre um assunto que lhe é familiar e relevante, a sua participação poderá trazer-lhe alguma satisfação.

Contatos da equipa de investigação

Os seguintes contatos podem ser usados para fazer questões sobre a investigação ou manifestar alguma preocupação ou reclamação.

Marta Matos, marta.matos@iscte-iul.pt,

Contato do centro de investigação: cis@iscte-iul.pt, 210 464 017

Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO NÃO ACEITO

Escala de Empatia

Utilizando a escala abaixo, responda aos itens seguintes. Por favor, pedimos que nos responda de forma **sincera**.

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
1. Depois de falar com um amigo que está triste geralmente também fico triste.					
2. Sou facilmente influenciado pelos sentimentos das outras pessoas.					
3. Costumo deixar-me influenciar pelos sentimentos dos meus amigos.					
4. Quando as pessoas se sentem em baixo geralmente costumo perceber como elas se sentem.					
5. Geralmente costumo perceber quando os meus amigos estão nervosos.					
6. Geralmente costumo perceber como as pessoas se sentem mesmo antes de elas me dizerem.					
7. Geralmente costumo perceber quando as pessoas estão contentes.					

Escala para avaliar as capacidades de Autocuidado

Por favor indique-nos o quanto concorda com as afirmações abaixo.

	1 Discordo completamente	2 Discordo	3 Nem discordo, nem concordo	4 Concordo	5 Concordo completamente
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável					
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.					
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.					
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.					
5. Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável					
6. Sempre que posso, cuido de mim.					
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim					
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene					

9. Procuo alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.					
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.					
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.					
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.					
13. Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.					
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.					
15. De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.					
16. Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.					
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.					
18. Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.					

19. Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.					
20. No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo					
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.					
22. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.					
23. Sempre acho tempo para mim mesmo.					
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.					

Escala de CMJ Geral e CMJ Pessoal

Por favor, indique-nos o quanto concorda com as afirmações abaixo.

	1 Discordo Completamente	2 Discordo	3 Discordo Ligeiramente	4 Concordo Ligeiramente	5 Concordo	6 Concordo Completamente
1. Na minha vida a injustiça acontece raramente.						
2. Basicamente, o mundo em que vivemos é justo.						
3. Acho que a maior parte do que me acontece é justo.						
4. As injustiças em todas as áreas da vida (por exemplo, profissão, família, política) acontecem raramente.						
5. De modo geral os acontecimentos da minha vida são justos.						
6. Ao longo da vida as pessoas acabam por ser compensadas pelas injustiças sofridas.						
7. As decisões que os outros tomam em relação a mim são justas.						
8. De uma maneira geral, as pessoas merecem aquilo que lhes acontece.						

9. Acho que geralmente obtenho o que mereço.						
10. A justiça vence sempre a injustiça.						
11. Geralmente os outros tratam-me de uma maneira justa.						
12. As pessoas tentam ser justas quando tomam decisões importantes.						
13. Em geral eu mereço o que me acontece.						

Índice de Religiosidade

Independentemente de pertencer a uma religião em particular, numa escala de 1 a 5, diria que é uma pessoa

	1 nada religiosa	2	3	4	5 muitíssimo religiosa
--	-------------------------------	----------	----------	----------	----------------------------------

Escala de Identificação Organizacional

Pense na organização em que trabalha e indique em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Nem concordo Nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
1. Quando alguém critica a organização, sinto isso como um insulto pessoal.					
2. Eu estou verdadeiramente interessado no que os outros pensam acerca desta organização.					
3. Quando falo desta organização, digo mais vezes “nós” do que “eles”.					
4. O sucesso desta organização é o meu sucesso.					
5. Quando alguém elogia a organização, sinto isso como um elogio pessoal.					
6. Se uma história na comunicação social criticasse a organização sentir-me-ia embaraçado.					

Escala de Satisfação com o trabalho

Gostaríamos de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas atuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho.

	1 Extremamente <u>Insatisfeito</u>	2	3	4	5	6	7 Extremamente <u>Satisfeito</u>
1. Em relação às suas perspectivas de promoção, diria que está:							
2. Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está:							
3. Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está:							
4. Em relação à remuneração que recebe, diria que está:							
5. Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato, diria que está:							
6. Em relação ao trabalho que realiza, diria que está:							

7. Em relação à competência e funcionalidade dos seus colegas, diria que está:							
8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida nesta Instituição, diria que está:							

Escala de Percepção de Suporte Organizacional

Agora gostaríamos em que medida concorda com as seguintes afirmações sobre o suporte prestado pela organização onde trabalha. Se trabalhar em mais de uma organização pedimos-lhe que se centre naquela em que trabalhou um maior número de horas nas últimas duas semanas.

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Nem discordo, nem concordo	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
1. Esta organização ignoraria qualquer reclamação de minha parte.					
2. Essa organização não considera meus interesses quando toma decisões que me afetam.					
3. É possível obter ajuda desta organização quando tenho um problema.					
4. Esta organização realmente preocupa-se com o meu bem-estar.					
5. Esta organização estaria disposta a ampliar suas instalações para me ajudar a utilizar minhas melhores habilidades no desempenho do meu trabalho.					
6. Esta organização está pronta a ajudar-me quando eu precisar de um favor especial.					
7. Esta organização preocupa-se com a minha satisfação no trabalho.					
8. Esta organização preocupa-se mais com os seus lucros (ganhos) do que comigo.					
9. Esta organização tenta fazer com que o meu trabalho seja o mais interessante possível.					

Questionário de Burnout

Por favor, indique-nos quanto concorda com as seguintes afirmações

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo totalmente
1. Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho.				
2. Depois do trabalho, preciso de mais tempo para sentir-me melhor do que precisava antigamente.				
3. Consigo suportar muito bem as pressões do meu trabalho.				
4. Durante o meu trabalho, sinto-me emocionalmente esgotado.				
5. Depois das tarefas profissionais, tenho energia para as minhas atividades de lazer.				
6. Quando trabalho, sinto-me bem.				
7. Depois do trabalho, sinto-me cansado e sem energia.				
8. De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho.				
9. Com frequência faço coisas novas e interessantes no meu trabalho.				
10. Cada vez falo mais e com mais frequência de forma negativa sobre meu trabalho.				
11. Ultimamente, tenho realizado meu trabalho de forma quase mecânica.				
12. Considero meu trabalho um desafio positivo.				
13. Com o passar do tempo, venho me desinteressado do meu trabalho.				
14. O trabalho que faço hoje é o único que me imagino fazendo.				
15. Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho.				
16. Muitas vezes sinto-me farto das minhas tarefas.				

Questionário de Qualidade de Vida

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Selecione número que melhor descreve o apoio que recebeu das pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse recebido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe dá a melhor resposta.

	Muito má	Má	Nem Boa Nem má	Boa	Muito Boa
1. Como avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito má	Má	Nem Boa Nem má	Boa	Muito Boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5

21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Questão sobre Perturbação Emocional

Finalmente, use a seguinte escala de 0 a 10 para assinalar o grau de perturbação emocional relacionada com o COVID 19, que tem sentido durante as últimas duas semanas.

0 Nenhuma perturbação emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extrema perturbação emocional
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

Questões sóciodemográficas

País de Origem:

Portugal:

Qual a sua área de residência?

Norte

Centro

Sul

Área metropolitana de Lisboa

Área metropolitana do Porto

Açores ou Madeira

Qual a sua categoria profissional/profissão? _____

Sexo: F _____ M _____

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil:

Casado (a)/União de facto _____ Solteiro(a) _____ Viúvo(a) _____ Divorciado(a) _____

Composição do agregado familiar:

- Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

- No seu agregado, quantas pessoas são menores? _____

- No seu agregado, tem alguma pessoa idosa ou com deficiência a seu cuidado?

Sim _____ Não _____

Habilitações Literárias: 1º Ciclo _____ 2º Ciclo _____ Ensino Secundário _____ Ensino Superior _____

Dados Profissionais:

Situação face ao emprego:

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? _____

Exerce funções em mais de uma Instituição? Sim _____ Não _____

Quantas horas de trabalho realiza por semana, em média? _____

Tipo de horário praticado: Rotativo por turnos _____ Fixo _____ Misto _____

Fins de Semana Trabalhados por Mês: _____

Há quanto tempo fez férias pela última vez? _____ (Meses)

Nos últimos 12 meses, teve de pedir baixa médica devido a problemas relacionados com o stress profissional? Sim _____ Não _____

Se sim, quanto tempo? _____ meses

No último ano faltou ao serviço?

Nunca _____

Raramente _____

Algumas vezes _____

Bastantes vezes _____

No último ano foi alguma vez trabalhar estando doente?

Nunca _____

Raramente _____

Algumas vezes _____

Bastantes vezes _____

S

e pudesse mudaria de profissão?

Sim _____

Não _____

Se Sim, quais as razões que o levariam a essa mudança?

Realizou **formação profissional** específica para trabalhar com pessoas idosas, antes de de começar a trabalhar com pessoas idosas? Sim Não

A instituição que trabalha atualmente, proporciona formação contínua?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Há quanto **tempo** trabalha com pessoas idosas? (Meses)

Já teve outra profissão anteriormente?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Na sua opinião é adequado às suas funções, o vencimento que auferi?

Sim

Não

Quantas **horas** trabalha por semana? _____

É responsável por cuidar de quantas pessoas idosas? _____

Já realizou **outras tarefas** que **não** pertencem às suas funções?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Durante o último mês **faltou** ao serviço?

Nunca Raramente (1- 2 vezes)

Algumas vezes (3- 4 vezes)

Bastantes vezes (mais que 5 vezes)

Qual foi a **motivação** para trabalhar com as pessoas idosas?

- Motivos Financeiros

- Outra Qual? _____

- Motivos de desemprego

- Gosto pela área

- Local de trabalho perto da sua área de residência

Qual a área que sente **mais dificuldades** na prestação de cuidados?

- Mobilização/Deambulação
- Alimentação
- Higiene
- Comunicação
- Alterações Emocionais da pessoa idosa

Pergunta Aberta

Se quiser pode deixar-nos algum comentário na caixa abaixo.

Debriefing e Feedback

Se gostaria de receber informações sobre os resultados deste estudo deixe-nos o seu e-mail: