



METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE
Impacto na Redução do *Burnout* dos Cuidadores Formais numa ERPI

Maria da Graça Alves Pinto

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

Orientadores:

Professora Doutora Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Professora Doutora Joana Guedes

Porto, Setembro de 2019

METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE
Impacto na Redução do *Burnout* dos Cuidadores Formais numa ERPI

Maria da Graça Alves Pinto

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

Orientadores:

Professora Doutora Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Professora Doutora Joana Guedes

Porto, Setembro de 2019

“Ninguém lhes tinha ensinado que cuidar é também olhar nos olhos”

(Christian Bobin, cit in Gineste & Pellissier, 2008, p. 11)

Aos meus Pais

RESUMO

A associação entre envelhecimento e comorbilidades leva à necessidade de institucionalização, implicando desafios aos cuidadores formais que conduzem a desgaste emocional que é preditor da síndrome de *burnout*.

A Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) apresenta-se como ferramenta profissional facilitadora da prestação dos cuidados.

Objetivo: Avaliar o impacto da MCH na redução da síndrome de *burnout* dos cuidadores numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Metodologia: Estudo de caso, descritivo-correlacional, quantitativo-longitudinal, antes/após a implementação da MCH (julho de 2018 e julho de 2019). Utilizaram-se os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e de dados profissionais; Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) e Copenhagen Burnout Inventory - PT.

Resultados: Após a implementação da MCH verificou-se redução nos níveis de dificuldades percebidas pelos profissionais: comunicar com pessoas confusas/agitadas/agressivas (antes 80,00%; após 26,67%) e que não comunicam verbalmente (antes 80,00%; após 15,33%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0.5$); assim como redução dos níveis de *burnout* dos profissionais em todas as dimensões (pessoal/trabalho/cliente).

Conclusão: A apropriação da MCH, pelos cuidadores, refletiu-se na redução das dificuldades cuidativas e do *burnout*. A sua implementação evidenciou-se eficiente para facilitar os cuidados, melhorar a satisfação auto-percebida dos profissionais e proteger a sua saúde.

Palavras-Chave: Metodologia Cuidado Humanidade, Cuidadores Formais, *Burnout*.

ABSTRACT

The association between ageing/comorbidities takes to the need for institutionalization, causing challenges to caregivers that can lead to emotional distress that predicts burnout syndrome.

The Humanitude Care Methodology (MCH) has shown to facilitate the provision of care.

Objective: To evaluate the impact of MCH in reducing the burnout of caregivers in a Residential Structure for Elderly People (ERPI).

Methodology: Case study, descriptive-correlational, quantitative-longitudinal, before/after the implementation of the HCM (July 2018 and July 2019), the following instruments were used:

Sociodemographic and professional data questionnaire; Structure Sequence of Humanitude Care Procedures (SEPCH) and Copenhagen Burnout Inventory – PT.

Results: After the implementation of the MCH, there was a reduction in the levels of difficulties perceived by the professionals: communicating with confused/agitated/aggressive people (before 80.00%; after 26.67%) and who do not communicate verbally (before 80.00%; after 15, 33%), with a statistically significant difference ($p < 0.5$); as well as the reduction of burnout levels of professionals, in all dimensions (staff/work/client).

Conclusion: The appropriation of HCM by caregivers was reflected in the reduction of care difficulties and burnout. Its implementation proved to be efficient to facilitate care, improve professional's self-perceived satisfaction and protect their health.

Keywords: Humanitude Care Methodology, Formal Caregivers, Burnout.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Rosa Melo, por tão generosamente me ter orientado. O seu sentido crítico, amplo conhecimento e rigor científico muito contribuíram para a sua elaboração. Devo-lhe todo o respeito e gratidão.

À minha coorientadora, Professora Doutora Joana Guedes, pelo carinho, incentivo e importantíssimos ensinamentos.

Aos Professores do programa de Mestrado de Gerontologia Social pelos seus amplos e importantíssimos conhecimentos lecionados, ao longo dos ciclos de estudo, com elevada competência e maestria.

Ao Enfermeiro Prof. Doutor Mário Simões pela Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), essencial à colheita de dados.

Ao Doutor Cesaltino Manuel Silveira da Fonte por gentilmente disponibilizar o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBY, fundamental à colheita de dados sobre o *burnout*.

Ao Prof. Doutor Jorge Pires Mendonça pela sua solicitude e apurado rigor no apoio à análise estatística dos dados.

Aos membros do Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, com particular referência para o Dr. Afonso Pimental, pela sua solicitude e entusiasmo em todo o processo. A sua partilha de experiências e amplos ensinamentos sobre a MCH e a filosofia Humanidade, é de valor inestimável.

Aos membros da Mesa Administrativa do Centro Social de Sobreposta por permitirem a realização deste trabalho.

À Doutora Daniela Oliveira por tão gentilmente se envolver e facultar todas as informações e condições para a recolha de dados. Senti-me acolhida desde o primeiro momento.

Às cuidadoras que constituíram a amostra estudada pela sua colaboração, essencial à realização do trabalho.

À Dra. Tânia Ribeiro pela disponibilidade e apoio bibliotecário.

Aos meus amigos: casal Ladeira e Sofia pela amizade, presença e incentivo.

À minha família pelo inestimável carinho e referência perene.

Também com reverência, a Deus, por cada um e cada momento.

SUMÁRIO

Resumo	V
Abstract	VI
Agradecimentos	VII
Lista de abreviaturas	X
Lista de figuras	XI
Lista de gráficos	XII
Lista de tabelas	XIII
Lista de apêndices	XIV
Lista de anexos	XV
INTRODUÇÃO	1
PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
Capítulo 1 – Desafios do Envelhecimento	7
1.1 Implicações do Envelhecimento a nível social e familiar: a necessidade da Institucionalização	7
1.2 Definição de cuidador formal	10
1.3 As dificuldades dos cuidadores formais na ação cuidativa	11
Capítulo 2 – <i>Burnout</i> dos Cuidadores	13
2.1 Síndrome de <i>burnout</i>	13
2.2 Causas e fatores predisponentes de <i>burnout</i>	15
2.3 Sintomas da síndrome de <i>burnout</i>	16
2.4 Prevenção de <i>burnout</i>	18
Capítulo 3 – A Metodologia de Cuidado Humanidade	19
3.1 Princípios da filosofia Humanidade e Regras de Arte	21
3.2 Pilares Humanidade	23
3.3 Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade	25
3.4 Processo de Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade	28
SEGUNDA PARTE – COMPONENTE EMPÍRICA	31
Capítulo 1 – Metodologia	31
1.1 Justificação do Problema	31

1.2	Objetivos e tipo de estudo	32
1.3	População e amostra	33
1.4	Instrumentos de recolha de dados	33
1.5	Procedimentos de recolha e análise de dados	35
1.6	Procedimentos éticos	38
Capítulo 2 – Apresentação e análise dos resultados		39
2.1	Dados sociodemográficos da amostra	39
2.2	Dificuldades na prestação de cuidados antes e após a implementação da MCH	40
2.3	Níveis de <i>burnout</i> antes e após a implementação da MCH	42
2.4	Importância atribuída à SEPCH antes e após a implementação da MCH	49
2.5	Perceção de realização na prática dos Procedimentos Cuidativos Humanidade antes e após a implementação da MCH	52
2.6	Discrepância entre a importância atribuída e a perceção da realização da SEPCH antes da implementação da MCH	55
2.7	Discrepância entre a importância atribuída e a perceção da realização da SEPCH após a implementação da MCH	59
Capítulo 3 – Discussão dos resultados		63
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS		67
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....		69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		71
APENDICES		81
ANEXOS.....		87

LISTA DE ABREVIATURAS

% – Percentagem

AVD – Atividades de Vida Diárias

CAP – Comportamentos Agitação Psicológica

CID – Classificação Internacional das Doenças

CBI – *Copegnagen Burnout Inventory*

CDESC – Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

EUROSTAT – European Statistics

IGM – Instituto Gineste e Marescotti

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCH – Metodologia de Cuidado Humanidade

MGM ® – Metodologia Gineste-Marescotti®

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

SEPCH – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UN – United Nations

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide demográfica Eurostat referente à população europeia 2015 a 2080.....	8
--	---

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação da importância atribuída à Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), antes e após a implementação da MCH.....	49
Gráfico 2 - Representação da percepção de realização da Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), antes e após a implementação da MCH.....	52
Gráfico 3 - Comparação entre a importância atribuída e a percepção de realização da Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), antes da implementação da MCH	56
Gráfico 4 - Diferenças entre a importância atribuída versus a percepção de realização da SEPCH, após implementação da MCH.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados relativos à distribuição da amostra por dados socio demográficos e profissionais	39
Tabela 2 - Dificuldades dos profissionais, na prestação de cuidados, antes e após a implementação da MCH.	40
Tabela 3 – Nível de satisfação/motivação, relativamente à prestação dos cuidados e das condições oferecidas para o efeito, antes e após a implementação da MCH.....	41
Tabela 4 – Perspetiva dos profissionais relativamente ao efeito/mudança no bem-estar e saúde decorrente da implementação da MCH, antes e após.....	42
Tabela 5 – Distribuição da pontuação dos níveis de <i>burnout</i> dos profissionais, antes da implementação da MCH	44
Tabela 6 – Distribuição da pontuação dos níveis de <i>burnout</i> dos profissionais, após a implementação da MCH..	46
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto aos níveis médios de <i>burnout</i>	47
Tabela 8- Níveis de <i>burnout</i> apresentados pelos profissionais, antes e após a implementação da MCH.....	48
Tabela 9- Diferenças entre os níveis de <i>burnout</i> apresentados pelos profissionais, antes e após a implementação da MCH.....	48
Tabela 10- Diferenças entre os níveis de importância atribuída à SEPCH, antes e após a implementação da MCH	51
Tabela 11 – Perceção de realização de cada procedimento da SEPCH quando cuida, antes e após implementação da MCH	53
Tabela 12 – Diferenças entre a perceção de realização da SEPCH, antes e após a implementação da MCH.....	55
Tabela 13 – Diferenças entre a importância atribuída versus a perceção de realização da SEPCH, antes da implementação da MCH.....	58
Tabela 14 - Diferenças entre a importância atribuída versus a perceção de realização da SEPCH, após implementação da MCH.....	61
Tabela 15 – Associação entre a perceção de realização da SEPCH, as dificuldades na prestação dos cuidados e o <i>burnout</i> , antes da implementação da MCH	62
Tabela 16 – Associação entre a perceção de realização da SEPCH, as dificuldades na prestação dos cuidados e o <i>burnout</i> , após a implementação da MCH	62

LISTA DE APÊNDICES

1 – Pedido de autorização para o estudo	81
2 – Autorização para o estudo	82
3 – Declaração de consentimento informado	83
4 – Pedido de autorização para aplicação do CBI – <i>Copegnagen Burnout Inventory</i> , ao autor.....	84
5 – Autorização para aplicação do CBI – <i>Copegnagen Burnout Inventory</i>	85
6 – Instruções gerais para preenchimento da SEPCH.....	86

LISTA DE ANEXOS

1 – SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade.....	87
2 – Questionário n. 2	89
3 – CBI – <i>Copegnagen Burnout Inventory</i> – <i>burnout</i> pessoal.....	92
4 – CBI – <i>Copegnagen Burnout Inventory</i> – <i>burnout</i> relacionado com o trabalho	93
5 – CBI – <i>Copegnagen Burnout Inventory</i> – <i>burnout</i> relacionado com o cliente.....	94

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, pautado, simultaneamente, pela diminuição da natalidade e o aumento da longevidade, é mundialmente consabido como um dos fenómenos sociais mais importantes do século XXI que atinge transversalmente vários setores da sociedade. Em Portugal, teve início por volta dos anos oitenta do século passado, transitou para o presente e, segundo prospeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), irá manter-se pelo menos por mais algumas décadas. Para o período entre 2015 e 2080, estima que o número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) continue a diminuir em simultâneo com o crescimento contínuo da coorte dos idosos (pessoas com 65 e mais anos). Natalidade e mortalidade aparecem como indicadores do fenómeno e têm origem, principalmente, em dois grandes fatores: (1) o exponencial desenvolvimento científico e tecnológico que a partir da Revolução Industrial, tendo produzido profundas mudanças socioeconómicas e de saúde, permitiram ao homem passar a viver mais tempo ainda que com enfermidades crónicas (Pina, 2013); e a entrada da mulher no mercado de trabalho ao mesmo tempo que alcança a possibilidade de controlar o número de filhos que quer ter (Rosa, 2012). A sua passagem ao mundo da carreira profissional, fora do campo doméstico, contribuiu substancialmente para a introdução de novas dinâmicas familiares, que tendo afetado o seu papel de protetora e principal cuidadora dos mais dependentes estão na origem da *institucionalização da velhice*.

Os problemas crónicos e incapacitantes, vividos por grande parte das pessoas à medida que envelhecem, conduzem a um maior consumo de medicamentos e sedentarismo abrindo caminho para as grandes síndromes geriátricas: isolamento social, instabilidade postural (responsável por quedas), iatrogenias, demências e incontinência, que estão na origem de situações de dependência e necessidade de cuidados de terceiros, cuja responsabilidade passa para estruturas institucionais de solidariedade social públicas ou privadas (Barbosa & Matos, 2008). O abandono do lar doméstico deve-se, essencialmente, às dificuldades relacionadas com a provisão dos cuidados, sobretudo, quando estão em causa pessoas com dependência e a falta de recursos adequados e suficientes para os prover. O idoso, subitamente inserido no novo ambiente que lhe é estranho, vendo-se afastado da intimidade familiar repleta de histórias e significados que foi construindo e internalizando ao longo da vida, sente o processo como algo muito doloroso e disruptivo. Com efeito, a passagem e integração à instituição, representa, quase sempre, um corte definitivo e inexorável com o passado, a sua experiência e rede relacional dominante que reconhece e com a qual se identifica (Daniel, 2009).

Busse (1969, como citado em Bellesteros, 2000) elaborou uma classificação para distinguir envelhecimento primário de envelhecimento secundário. Em relação ao primeiro considera as mudanças

naturais do processo de envelhecimento que são comuns à maioria das pessoas. Por envelhecimento secundário associa, também, as alterações de natureza biopsicossocial decorrentes de aspetos relacionados com enfermidade, perdas de independência e autonomia, que são fator de processos de institucionalização não planeada e tornam a experiência ainda mais exigente e comprometedora do bem-estar potencial. Além disso, Baltes e Smith (1997) reparam que com o passar dos anos as reservas psicológicas para enfrentamento de acontecimentos de vida tão significativos na vida das pessoas vão diminuindo, o que reduz, ainda mais, as suas condições para uma adaptação bem-sucedida à nova realidade, sendo também que a maioria nem o faz por vontade própria. Efetivamente, a tomada de decisão, habitualmente, decorre de uma súbita agudização de problemas crónicos, acidente, exaustão ou doença do cuidador informal. A literatura é consensual no que diz respeito aos efeitos negativos do processo de institucionalização no bem-estar e desenvolvimento vital das pessoas, especialmente agravados quando, ao afastamento do meio familiar de referência, se somam outras perdas como a viuvez, independência, estatuto profissional e social, entre outras. A inatividade, isolamento/solidão e sentimentos de incontrolabilidade sobre a própria vida a que de repente fica exposta, intensificam, ainda mais, os seus défices funcionais e dependência de terceiros (Ferreira & Yoshitome, 2010). Além disso, fragilizada e afastada de quem melhor a conhece, dificilmente consegue ter os seus comportamentos compreendidos pelas pessoas que passam a cuidar de si, recebendo, por isso, cuidados mais ou menos estandardizados que não consideram nem protegem a sua idiossincrasia, características identitárias na sua expressão total enquanto ser humano.

A fim de estudarem a associação entre institucionalização e depressão na população idosa, Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes (2015), estudaram uma amostra de idosos em contexto institucional e não institucional, tendo verificado uma maior ocorrência dos sintomas nos idosos institucionalizados. Apesar das evidências, e o seu poder debilitante, a depressão, muito frequentemente, por ser confundida com outras patologias, não recebe o diagnóstico clínico e por isso não é tratada (Ramos & Neto, 2005; Ferraz, 2014).

Num trabalho de campo, Goffman (1974), a fim de estudar este tipo estruturas institucionais que designou de *instituições totais*, percebeu que as pessoas que aí residem são levadas a um corte radical com todo o seu passado e história autobiográfica. Define *instituição total*, como um regime coletivo, onde um grupo heterogéneo de indivíduos coabita sem nenhuma condições de privacidade e confinado num espaço que é totalmente regulado por normas homogéneas, impostas institucionalmente sem a sua participação e destinadas à totalidade dos aspetos centrais da vida quotidiana, sem terem em linha de conta os aspetos centrais da sua personalidade, experiência de vida, gostos e preferências. Trata-se de um coletivo apenas definido em função de critérios idadistas e enfermidade/dependência, o que constrange a um

despojamento de muitos dos significados importantes da individualidade de cada pessoa, levando, gradualmente, a processos de desrealização e despersonalização que conduzem à *mortificação do eu* – conceito que, segundo o autor, descreve um processo de despojamento da identidade pessoal e do controle sobre a própria vida, geralmente acompanhado de sentimentos de impotência e desesperança. No seu seio, além destes aspetos, as pessoas mais dependentes e em sofrimento, provocam, nas que se encontram em melhores condições de saúde, sentimentos de ansiedade por temerem ver-se a si próprias, como que “por espelho”, nas mesmas condições num horizonte temporal que sentem demasiado próximo e ameaçador (Mallon 2000). Interpretado como hostil, o novo ambiente (Ballesteros, 2000), acaba por desencadear e/ou agravar os seus estados depressivos e comportamentos patológicos que os cuidadores não compreendem e com os quais não sabem lidar (Gineste & Pellissier, 2008).

Na passagem à instituição geriátrica, as pessoas esperam encontrar uma tipologia de respostas que, ajustada às suas necessidades, seja respeitadora das suas características singulares e otimizadora da sua saúde e bem-estar global. Cabe aos líderes institucionais encararem este desafio como um dever ético e indeclinável que têm de cumprir, assegurando, para isso, equipas pluriprofissionais devidamente preparadas. A fim de responderem à demanda pelos seus serviços, chamaram ao mercado de trabalho uma nova classe de profissionais, os cuidadores formais, que deverão atender a um conjunto vasto de critérios focados na promoção de um *envelhecimento bem-sucedido* aos seus clientes – apesar de popular na literatura gerontológica, não encontramos uma definição clara para o conceito, sabe-se, porém, que aponta para indicadores individuais de bem-estar com a vida (Martins, 2012).

A despeito da importância, particularidades e complexidades do atendimento a pessoas com síndromes de dependência, credoras de cuidados humanizados, estes profissionais ingressam na atividade sem possuírem a preparação profissional teórico-prática que os capacite para a desenvolverem digna e eficazmente. São admitidos, passando imediatamente a operar num quotidiano marcado de sofrimento, em confronto com uma quantidade de fenómenos patológicos que não compreendendo e, com os quais, não sabendo lidar, usam de condutas irrefletidas que ainda os agravam mais, devido à forma desajustada como realizam a abordagem (Gineste & Pellissier, 2008). Os défices de habilitações para a profissão, penalizam diretamente os idosos, ao receberem cuidados desajustados e, simultaneamente, os próprios cuidadores, sujeitos a realizá-los sem condições de segurança, sentindo-se ineficazes e desvalorizados (Gonzalo, Prakash, Qato, Sloane, and Mor (2014). A extensão do desconforto que experienciam torna-se efetivamente muito desgastante, física e emocionalmente, para os profissionais (Gineste & Pellissier, 2008) e capaz de os conduzir à sintomatologia de *burnout* (Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G).

A conceção e realização das abordagens cuidativas deverá ser guiada por sólidos conhecimentos teórico-práticos, escorados em princípios humanistas como a dignidade da pessoa humana, a preservação da sua autonomia, o direito à participação e desenvolvimento vital potencial até ao fim da vida – ideia estritamente ligada ao conceito de plasticidade e educabilidade desde o nascimento até à morte.

A gerontologia, orientada por uma visão multidimensional e transdisciplinar do ser humano (no processo científico e prática profissional), foca simultaneamente o envelhecimento – processo desenvolvimental caracterizado por ganhos e perdas desde o nascimento até à morte (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Ribeiro, 2007; Murillo, C., & Aguirre, 2006; Couto, 2005; Almeida & Cunha, 2003); a velhice – etapa da vida caracterizada sobretudo em termos cronológicos a partir da idade da reforma (Ribeiro, 2007); e a pessoa idosa, individualmente considerada (Ribeiro, 2007). É um ramo do conhecimento que se move num espaço plurisectorial (social, cultural, saúde, economia), em busca de respostas e caminhos, a fim de intervir adequadamente no fenómeno. As Nações Unidas, como estratégia para chamar a atenção do mundo para a importância do envelhecimento, atribuíram a 1999 o Ano Internacional das Pessoas Idosas, numa demonstração irrefutável da importância da gerontologia na sociedade, (Ballesteros, 2000).

No campo da gerontologia moderna, Yves Gineste e Rosette Marescotti desenvolveram uma metodologia para os cuidados a pessoas com dependência que designaram de Metodologia Gineste & Marescotti (MGM) ou Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH), que adotaremos neste trabalho. O seu desenvolvimento, teve por base investigação através de observação participada das práticas cuidativas, à luz de conhecimentos da gerontologia, neurociências, psicomotricidade humana e princípios humanistas com a integração do conceito filosófico e antropológico Humanidade (Salgueiro, 2014).

A literatura disponível sobre o tema dá conta dos benefícios da MCH, quer ao nível da saúde e bem-estar das pessoas cuidadas, quer dos cuidadores (Figueiredo, Melo & Ribeiro, 2018). Relativamente às primeiras, refere uma redução dos SCPD's (Honda, *et al.*, 2016, Melo, 2017) e das síndromes de imobilismo (Henriques, 2017, Figueiredo, Melo & Ribeiro, 2018) e um aumento da autonomia e independência. Nos cuidadores, indica uma melhoria ao nível da realização dos cuidados e do relacionamento com os colegas da equipa pluriprofissional com redução de conflitos, das queixas físicas e emocionais, e ganhos em bem-estar e saúde como consequência da vivência de sentimentos de satisfação e autorrealização profissional (Henriques, Dourado, Melo & Tanaka 2019; Figueiredo, Melo, & Ribeiro, 2018).

Apesar das evidências descritas, ainda não existem estudos que permitam avaliar a sua relação com o *burnout* dos cuidadores. A nossa convicção sobre a importância do tema, no âmbito das boas práticas

gerontológicas, orientou a nossa decisão para o desenvolvimento deste trabalho que pretende avaliar o contributo da implementação da MCH (enquanto ferramenta cuidativa), numa ERPI, para a melhoria das práticas e a redução da síndrome de *burnout* nos seus cuidadores envolvidos no processo de formação.

Os objetivos específicos propostos para o estudo, são os seguintes:

- Identificar as dificuldades na prestação dos cuidados, antes e após a implementação da MCH;
- Conhecer a perceção dos profissionais sobre a importância atribuída à Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), antes e após a implementação da MCH;
- Conhecer a perceção dos profissionais sobre a realização na prática dos Procedimentos Cuidativos Humanidade, antes e após a implementação da MCH;
- Identificar o nível de *burnout* dos profissionais antes e após a implementação da MCH;
- Conhecer a perspectiva dos profissionais sobre o efeito da implementação da MCH antes e após a sua implementação;
- Avaliar a relação entre a perceção de realização da SEPCH pelos cuidadores formais, dificuldades na prestação dos cuidados e os níveis de *burnout*.

Esta dissertação está estruturada em duas partes. Na primeira será realizado um enquadramento teórico que aborda os conceitos principais: os desafios do envelhecimento, *burnout* dos cuidadores e a MCH. Assim, no primeiro capítulo, será dada particular atenção aos desafios do envelhecimento e às suas implicações ao nível social e familiar que conduzem à institucionalização da pessoa idosa, bem como às dificuldades dos cuidadores formais na ação cuidativa. No segundo capítulo, iremos abordar o *burnout* dos cuidadores na prestação dos cuidados a pessoas idosas: conceito, suas causas e fatores predisponentes, sintomas e estratégias utilizadas para a sua prevenção. O capítulo três será dedicado à MCH. Procederemos a uma abordagem dos princípios Humanidade, às regras de arte e ao processo de implementação da MCH nas instituições. A segunda parte destina-se à reflexão da componente empírica do trabalho. O capítulo subordinado à metodologia, apresentará a justificação da problemática, os objetivos e o tipo de estudo a seguir, a caracterização da população e da amostra, os instrumentos de recolha de dados utilizados, a análise de dados e as considerações éticas.

Serão também apresentados e discutidos os principais resultados obtidos e analisadas as limitações do estudo. Para finalizar apresentaremos as conclusões que consideramos mais importantes, implicações para a prática dos cuidados, sugestões para estudos futuros e as respetivas referências bibliográficas.

O texto está escrito na primeira pessoa do plural respeitando o âmbito filosófico com respeito ao envolvimento de todos quantos contribuíram para a sua realização e convidando o leitor à reflexão (Salomé, 1991, cit in Phaneuf 2005).

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – Desafios do Envelhecimento

O mundo hodierno, em geral, confronta-se com mudanças ao nível da sua estrutura demográfica sem precedentes na história da humanidade, capazes de provocar impactos significativos nos domínios social, político, económico e cultural que estão na base de uma nova sociedade (Comissão Europeia, 2007). Em Portugal, o envelhecimento populacional, à semelhança do resto do mundo, apresenta-se como uma das tendências demográficas mais importantes da atualidade, prevendo-se que vá continuar a afetar as gerações vindouras trazendo desafios com os quais teremos de conviver procurando as respostas mais construtivas e estrategicamente viáveis.

Para melhor podermos conhecer e entender o fenómeno, de acordo com o que nos parece merecer alguma reflexão devida à sua pertinência, iremos, ainda que sucintamente, abordar as condições sociais e familiares que normalmente conduzem à *institucionalização* dos mais velhos quando adoecem e passam a necessitar de cuidados especializados assim como as dificuldades e angústias vividas pelos cuidadores que os provêm.

1.1. – Implicações do envelhecimento a nível social e familiar: a necessidade da institucionalização.

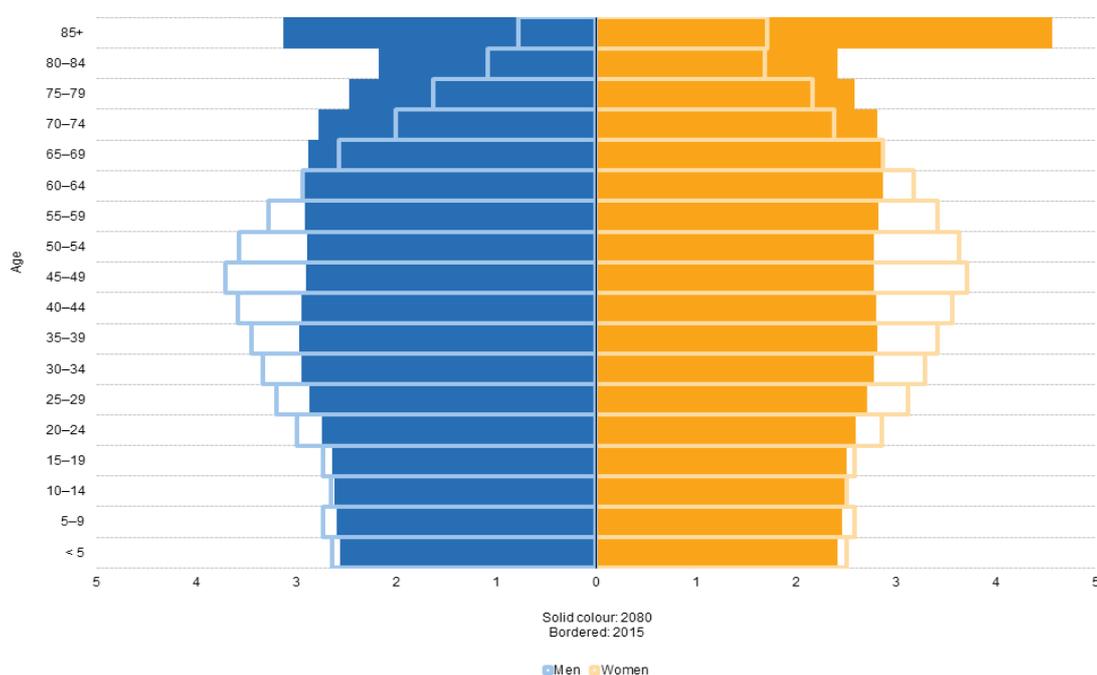
As alterações introduzidas pelo Envelhecimento Demográfico e as mudanças e exigências que representa na sociedade, são sentidas atualmente como um dos problemas cruciais do nosso século (Cabral, 2013). Caraterizado por um declínio natural das capacidades físicas e cognitivas, o envelhecimento, à medida que se avança em idade, aumenta a suscetibilidade das pessoas à doença e dependência (Melo, Pereira, Fernandes, Freitas & Melo, 2017).

No ano de 2001 existia em Portugal 4,1 pessoas ativas por cada indivíduo com 65 e mais anos. Apenas uma década mais tarde este valor havia decaído para 3,5 (Pordata, 2014) colocando pressão às relações intergeracionais, devida ao forte desequilíbrio entre os ativos e não ativos na população (Cabral, 2013), obrigando, também, à desconstrução de muitas das expectativas construídas pela maioria das pessoas para esta fase da vida (Brandão, Ribeiro, Oliveira, & Paúl, 2017).

Na coorte das pessoas com 65 ou mais anos, o grupo que Fonseca (2006) designa por “quarta idade” (80 ou mais anos), é o segmento que mais cresce anualmente, estimando-se que até 2050 represente 3,4% da população mundial (UN, 2002). Só em Portugal, entre 2006 e 2016, o número de centenários (quinto grupo) quase triplicou, acreditando-se que atualmente já existam mais de 4000 pessoas nesta situação, afetando as dinâmicas familiares e introduzindo ambivalências intergeracionais e identitárias, ao colocar pais idosos com filhos, também eles já idosos, a viverem a nova e incomum identidade de filhos em idade avançada e cuidadores informais de seus pais (Ribeiro, 2018).

O European Statistics, como demonstrado na figura 1, prevê para a população europeia, no período entre 2015 a 2080, que o aumento de pessoas com idades superiores a 85 anos em 2080 será ainda mais expressivo do que atualmente. Também é possível observar, nas barras de cor amarela para o género feminino e a azul para o género masculino, uma clara vantagem das mulheres, em sobrevivência, em relação aos homens que está na origem da expressão “feminização da velhice”.

Pirâmide demográfica Eurostat referente à população europeia 2015 a 2080 (figura 1)



(*) 2015: provisional; estimate, 2080: projections (EUROPOP2013).
 Source: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_13npms)

Em vez de estar a ser vivida como uma experiência positiva, desafio e oportunidade, como globalmente desejada, a longevidade, quando associada a patologias, tem resultado em preocupações e carga (Pocinho 2014). No entanto, é prudente notar que não é possível considerar apenas o critério etário para determinar a velhice. O processo de envelhecimento difere de pessoa para pessoa não permitindo por isso generalizações que não consideram as que envelhecem sem estes problemas e, além disso, as diferenças

interindividuais acentuam-se mais à medida que a idade avança. Alguns idosos, quando comparados com outras pessoas mais jovens, chegam a revelar maior acuidade física, psicológica e bem-estar social (Ballesteros, 2000). Todavia, a degenerescência física e/ou mental também não pode ser ignorada e contrasta com uma visão positiva da velhice que vem associada ao mundo do espírito, da experiência e sabedoria

É comum na faixa dos muito velhos entre a população idosa a identificação de certas características sociodemográficas como a existência de um elevado número de pessoas sós, maioritariamente mulheres (feminização da velhice), e a dificuldade em relação à rede de suporte familiar que quando não consegue assegurar os cuidados dita à institucionalização, (Sousa, 2011), sendo que a crescente afetação de serviços sociais e de saúde que requerem tem vindo, particularmente, a inquietar as instâncias políticas devido ao seu impacto socioeconómico (Squire, 2005). Segundo Fulmer (2003), o maior recurso aos cuidados institucionais verifica-se no grupo dos muito velhos entre os idosos, durante um período bastante longo, devido à perda de autonomia e independência (para a realização das AVD's) secundária a enfermidade que se agrava ao longo do tempo.

Na passagem à reforma a redução dos contactos sociais bem como a diminuição dos rendimentos também contribui para situações de isolamento, ainda mais agravadas com a morte de familiares e amigos, cujas perdas comprometem a autoconfiança e a identidade e podem ser fator de solidão e dependência (Zimmerman, 2000) que conduz à institucionalização.

As patologias crónicas mais prevalentes nesta altura da vida, normalmente, afetam funções cognitivas e executivas como a atenção, memória, capacidade perceptiva e espacial e a velocidade de processamento que levam aos SCPD's com os quais os profissionais não sabem lidar. Por essa razão, respondem com atitudes irrefletidas que humilham os idosos e provocam estados de alheamento e incapacidade para o autocuidado, bem como qualquer tomada de decisão sobre questões que lhes dizem respeito (Melo, Soares, Manso, Gaspar & Melo, 2017). A interação nos momentos de realização dos cuidados tendem, efetivamente, a tornar-se numa luta constante e aflitiva para todas as pessoas envolvidas (Petronilho, 2007).

As transformações societárias que levaram à reconfiguração dos modos de vida e à exclusão dos mais velhos do seu meio familiar quando a doença bate à porta, parecem incontornáveis. Muitas vezes, a única solução que as famílias conseguem encontrar é a institucionalização, transferindo a responsabilidade de assistência para estruturas institucionais públicas ou privadas (Lourenço, 2014), o que implicou uma elevada procura desses serviços e a afetação ao mundo do trabalho de uma nova classe que chega à profissão ainda sem regulamentação nem competências profissionais para a desenvolver. Simultaneamente, a passagem à nova residência deve ser sentida pelos idosos como o seu novo lar afetivo onde têm acesso a uma gama de cuidados sociais e de saúde personalizados e especializados de acordo

com as suas necessidades individuais. Este direito indeclinável das pessoas, desafia a sociedade e particularmente os líderes institucionais a valorizarem a qualificação dos cuidadores formais, como o principal garante das respostas que oferece. Para as produzirem, os profissionais necessitam de um aporte de competências teórico-práticas que promovam saúde, bem-estar, autonomia e a preservação da dignidade nos idosos. Todavia, devido à crescente massificação na procura destas respostas, as instituições obrigaram-se a improvisar cuidados integrando profissionais provenientes de outras áreas sem as devidas qualificações que não valorizam os profissionais nem a sua atividade (Comissão Europeia, 2007), apesar da importância da atividade. A inexistência de legislação que obrigue à sua formação para a profissão (Stone, 2007) tem sido assumida como um problema pela generalidade dos autores (Menne, Ejaz, Noelker, & Jones, 2007). Geralmente, os cuidadores inauguram-se na atividade ficando imediatamente expostos a fenómenos e dificuldades que não compreendem e segundo Stone (2007) são responsáveis por acidentes de trabalho que chegam a ser superiores aos verificados na indústria, colocando-a entre as que provocam maiores problemas musculoesqueléticos, taxas de absentismo e baixas por doença. Estas dificuldades acabam também por empobrecer as relações interpessoais no local de trabalho e afetar a capacidade dos profissionais para a interação com os idosos, desenvolvendo, muitas vezes, estratégias de distanciamento que impedem a relação com eles e o bom desempenho profissional. Além das dificuldades técnicas e instabilidade laboral, os aspetos emocionais também são importantes uma vez que comprometem sobremaneira a sua motivação para os cuidados (Sousa, 2011; Castle, Degenholtz, & Rosen, 2006). Normalmente, os profissionais ligados aos cuidados geriátricos, apesar de cumprirem extensos horários, recebem benefícios mínimos, pelo que acabam por sentir que não são valorizados pelos seus superiores hierárquicos (Stone, 2007) o que contribui para estados de cansaço e desalento (Comissão Europeia, 2007). O autor dá conta que, apesar da importância da profissão, a sua regulamentação ainda não tem sido assumida como uma prioridade na agenda política dos governantes.

1.2 – Definição de Cuidador Formal

Gineste e Marescotti repararam na inexistência de uma definição clara para cuidador. Com o objetivo de elaborarem uma que os identificasse, interrogaram trezentos profissionais de cuidados colocando a todos a mesma questão: “O que é um cuidador?”. Pela diversidade das respostas obtidas, facilmente perceberam que os próprios tinham dificuldade em definir a sua identidade profissional, tendo a seguir proposto a seguinte: “um cuidador é um profissional que cuida de *uma pessoa* (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde para a ajudar a *melhorar* ou *manter* a saúde ou para a acompanhar até à morte.” (Gineste e Pellissier, 2008, p.269). Segundo estes autores, um profissional não pode, em

circunstância alguma, destruir a saúde de alguém cujos cuidados lhe são confiados, considerando, também, que são os milhares de olhares, palavras e toques que todos trocamos em interação que permitem que nos identifiquemos uns com os outros (Salgueiro, 2014).

Encontra-se na literatura gerontológica várias definições e tipologias para os cuidadores, identificando-se, porém, comum a todas elas o facto de se tratar de alguém que cuida de uma terceira pessoa com algum grau de fragilidade e dependência, secundárias a doença. Sinalizam-se dois grandes grupos: formais e informais. Os cuidadores formais são profissionais contratados com carácter remuneratório e vínculo jurídico e profissional que operam em estruturas de enquadramento institucional (Brízido, 2017), independentemente da natureza dos cuidados a prestar para com os idosos (ex. médico, enfermeiro, auxiliares de saúde (Sousa, 2011)). Trata-se de profissionais que, ao executarem a profissão, usufruem de uma remuneração, encontrando-se abrangidos por direitos e deveres consignados pelo código do trabalho e as convenções coletivas. Os cuidadores informais, conforme a própria designação indica, enquadram-se numa tipologia de cuidados, inseridos no contexto informal da vida da pessoa, pertencendo, normalmente, à sua rede de relações mais próximas: familiares, amigos ou vizinhos. Viram recentemente o seu estatuto reconhecido e aprovado pela Assembleia da República Portuguesa, consignado na Lei 100/2019 publicada pelo Diário da República em 06 setembro do mesmo ano.

Conhecem-se ainda outras tipologias, mas menos comuns: cuidador leigo, cuidador voluntário, cuidador remunerado, cuidador terceiro, etc.

O ponto seguinte pretende refletir as dificuldades sentidas quotidianamente pelos cuidadores formais durante os processos cuidativos.

1.3 – As dificuldades dos cuidadores formais na ação cuidativa

A fim de estudar a relação entre institucionalização e depressão na população idosa, Frade (2015) estudou um grupo de pessoas institucionalizadas e outro em contexto doméstico, tendo notado uma maior prevalência de sintomas no contexto institucional. Segundo Gineste e Pellissier (2008), 86% das pessoas com síndromes cognitivo-mnésicas apresentam comportamentos de agitação patológica (CAP), os quais, muitas vezes, resultam em dependência que conduzem à institucionalização e que o seu número cresce em proporções preocupantes. Neste novo espaço de vida, os seus cuidadores, normalmente não conseguem estabelecer uma comunicação eficaz com elas, principalmente se se trata de interagir com portadores de demência. Na abordagem cuidativa, as técnicas ao serem desajustadas e incompreendidas pela pessoa doente, provocam e/ou agravam ainda mais os seus comportamentos patológicos (Gineste & Pellissier, 2008), o que acaba por se revelar um desafio bastante exigente para os cuidadores (Pinto & Queirós, 2015). Gineste e Pellissier (2008) dão conta que as pessoas em situação de vulnerabilidade, ao

serem abordadas de forma inadequada, agitam e recusam os cuidados retraindo-se, podendo até tentar agredir o cuidador, como reflexo de defesa perante aquilo que percebem ser ameaça à sua integridade e segurança. O cotidiano acaba por conduzir os profissionais, a fim de se protegerem, ao desenvolvimento de estratégias e mecanismos de distanciamento em relação aos problemas e sofrimento que presenciam nos idosos. Focando-se exclusivamente na tarefa, tentam realizá-la no menor tempo possível, negligenciando a relação que poderia potencializar a qualidade e extensão do cuidado (Edvardsson, Winblad., & Sandman, 2008) através de intencionalidade e foco na relação para um cuidado bem-conseguido (Gineste & Pellissier, 2008). Para minimizar o tempo despendido em interação, os cuidadores obrigam-nos, não raras vezes, a receber cuidados em força (sem o seu consentimento), não tendo tempo sequer para compreenderem o que está a acontecer conduzindo-os ainda mais a CAP ou síndromes de imobilismo na forma de luta, fuga ou submissão e alheamento, que também são interpretados incorretamente pelos profissionais (Gineste & Pellissier, 2008; Fauth, Femia, & Zarit, 2016).

A inabilidade para a interação ao imprimir tantos constrangimentos e sofrimento nas pessoas, reflete a necessidade de oferta formativa, orientada para dotar os profissionais de competências adequadas à deteção e avaliação da origem e natureza das manifestações síndromicas, prevenindo-as, evitando também as agressões físicas a que habitualmente estão sujeitos (Voyer, Verreault, Mengue, and Morin, 2006).

O clima de penosidade a que se fica sujeito, não sendo favorável ao envolvimento e disponibilidade das equipas para cooperarem entre si (Salgueiro, 2014), faz com que as situações de conflito acabem por se tornar algo recorrentes (uns com os outros/idosos/ familiares), o que acentua ainda mais o seu mal-estar, as experiências de sobrecarga, insatisfação e desânimo (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011).

A admissão dos profissionais, atendendo à natureza das particularidades da atividade cuidativa, reclama um conjunto de parâmetros de seleção que possibilitem validar as suas competências profissionais, no entanto, segundo Silva, e Silva, Sousa, Marques, Goldstein (2016), normalmente passam, sem qualquer tempo para aprendizagem e adaptação, ao confronto com exigências e complexidades, cuja extensão acaba por prejudicar a sua própria saúde. Além disso, a ressonância empática com a dor do *outro*, quando repetidas vezes, pode provocar aflição e conduzir a exaustão que Ricard (2015), como citado em Sousa (2011), designa de “fadiga da empatia”, associando este problema particularmente aos profissionais de cuidados.

Conforme observado anteriormente, os défices em suporte técnico-científico para lidar com os SCPD's, condiciona, efetivamente, a forma como se estabelece a relação, constituindo-se, a própria abordagem para o cuidado, o fator desencadeador ou potencializador de tais reações, na maioria das vezes. Para

exemplificar, podemos referir as abordagens surpresa que acontecem quando o cuidador entra no espaço da pessoa, sem se anunciar, assustando-a, levando-a de seguida a reagir patologicamente como tentativa de defesa e sinal de desconforto. O modo como se estabelece o contacto visual - olhar de esguelha, de cima para baixo e distante, pode ser percebido como agressivo, intimidador/dominador ou desconsideração; a forma como comunica verbalmente (timbre metálico, fluxo muito rápido e multi-informação ao mesmo tempo); e a forma como toca na pessoa (mão em garra, ponta dos dedos ou pegadas em pinça) também pode ser percebida como agressiva e/ou punitiva, ou seja, passível de despertar emoções e reações negativas (Phaneuf, 2010; Salgueiro, 2014).

As reações patológicas são também muitas vezes responsáveis pela utilização de contenções físicas, mecânicas e químicas (Direção-Geral da Saúde, 2011) que têm efeitos perniciosos na saúde das pessoas e por isso agravam, ainda mais, o seu estado de dependência, conflituando, claramente, com as linhas orientadoras da World Health Organization (2015) que definem envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, promotor de saúde, bem-estar e autonomia. Todavia, a despeito deste importantíssimo eixo orientador, a experiência na vida de muitas instituições portuguesas, designadamente em ERPI's, são, frequentemente, responsáveis pelo agravamento de processos de alheamento, heteronomia e dependência nos idosos (Guedes, 2012).

No próximo capítulo iremos abordar a síndrome do *burnout* dos cuidadores, como consequência da prestação de cuidados a pessoas com dependência e SPCD.

Capítulo 2 – *Burnout* dos Cuidadores

2.1 – Síndrome de *Burnout*

Síndrome de esgotamento profissional, o *burnout* já é reconhecido atualmente como um problema de saúde pública associado ao mundo do trabalho (Gil-Monte, 2008; Maslach, 1997; Maslach, 2001) e acaba de entrar oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID) e numa lista da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019).

Freudenberger (1974) descreveu a sintomatologia como um "incêndio interno", decorrente de intensa tensão, gerada pela vida moderna, capaz de afetar desfavoravelmente a relação subjetiva no trabalho. Segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996), trata-se de uma síndrome psicológica resultante de stress interpessoal crónico causado por dificuldades profissionais quotidianas e caracterizada por exaustão emocional, despersonalização/ceticismo e diminuição do sentimento de realização/eficácia. A exaustão

emocional manifesta-se por fadiga intensa que dificulta a capacidade para enfrentar o quotidiano profissional, bem como a sensação de falta de capacidade emocional para enfrentar os problemas ou dificuldades; a despersonalização expressa-se por distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho e/ou público-alvo; e a diminuição da realização pessoal assinala-se pela ausência de perspetivas em relação ao futuro, frustração, sentimentos de incompetência e fracasso (Vieira, Ramos, Martins, Bucasio, Benevides-Pereira, Figueira & Jardim, 2006).

Bradley (1969, cit in Grieco, Cahoon, Robertson, Wedel, 2006), ao estudar o desgaste dos profissionais de serviços prisionais foi quem citou pela primeira vez a doença reparando que afeta sistemas biológicos e psicossociais, especialmente agravada nas profissões de ajuda, não devendo ser atribuída a comportamentos desviantes nem servir para descrever experiências noutras áreas da vida (Freudenberger, 1970, como citado em Terry, 1997). Os profissionais ligados às áreas da educação, saúde, assistência social, recursos humanos, agentes penitenciários, bombeiros, policiais e mulheres (que enfrentam trabalho doméstico e profissional) estão sujeitos a maior vulnerabilidade diante do transtorno (Vieira, 2006). Encontramos consenso entre os autores relativamente à insuficiência dos recursos profissionais, tais como segurança e conhecimento técnico-científico, associada ao *burnout*, principalmente em universos com pessoas em sofrimento e situação de fragilidade (Neto, Areosa, & Arezes, 2014), chegando a atribuir-lhe a denominação de “síndrome do assistente desassistido” (Portero & Ruiz, 1998, cit in Benevides-Pereira, 2002). A sintomatologia não é insidiosa e tende a evoluir progressivamente à medida que se acentua o desequilíbrio entre aquilo que são as exigências laborais e os recursos adaptativos e de enfrentamento, intrínsecos e extrínsecos, dos profissionais (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997), encontrando-se, os cuidadores geriátricos, como um grupo particularmente vulnerável principalmente quando, além de atuarem em situações extremas e intensivas, se encontram, também, sujeitos à incompreensão de terceiros em relação aos seus comportamentos sintomáticos, o que pode conduzi-los, concomitantemente, a estados de depressão profunda que mais dificulta e atrasa o diagnóstico diferencial (Benevides - Pereira, 2002).

A título de síntese, salienta-se, que seja qual for a conceptualização defendida para o *burnout*, a sua sintomatologia, associada à dimensão profissional, progride lentamente para níveis de exaustão emocional que são insustentáveis para a pessoa (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009).

No ponto seguinte, iremos observar os fatores causais conhecidos e mais comuns do *burnout*.

2.2 – Causas e fatores predisponentes da síndrome do *Burnout*

Entre as queixas psicológicas comuns como stress, ansiedade e depressão, a literatura outorga especial atenção à síndrome de *burnout* bem como aos seus fatores causais, considerando que os cuidadores geriátricos constituem um grupo profissional com elevado risco de vulnerabilidade, atendendo às especificidades das suas funções e características do público-alvo (Cocco, 2010; Francos, 2005 como citado em Silva 2016; Zamora & Sánchez, 2008). O risco é ainda mais acentuado quando está em causa a abordagem a pessoas com SPCD's (Maslach *et al.*, 2001) dada a exposição ao elevado desgaste físico e emocional envolvido (Kuske *et al.*, 2009).

No eixo pessoal, Monteiro (2014) identifica algumas características sociodemográficas, tais como, idade e habilitações literárias. Relativamente à idade, considera que os profissionais mais jovens constituem um grupo particular de risco, o que atribuem à menor experiência em relação aos colegas mais velhos e, também, aqueles que se encontram a meio da carreira profissional por lentamente sentirem as suas forças e reservas emocionais esgotadas com o stress continuado do dia-a-dia. Quanto às habilitações literárias, associa a sintomatologia a maiores níveis de escolaridade, o que atribui à responsabilidade que podem ter a cargo ou a expectativas, em termos de carreira, que podem ver frustradas (Maslach *et al.*, 2001, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Normalmente, os sintomas da doença não surgem de forma isolada pelo que podem ocorrer devido à confluência de múltiplas causas como características psicológicas: resiliência, *coping*, variáveis do *self*, neuroticismo, perfeccionismo, sentido de coerência, motivação e idealismo (Benevides-Pereira, 2002); e dificuldades no trabalho. Schaufeli & Bakker (2003) associam elevado *engagement* (estado mental positivo determinado por vigor e disponibilidade) a baixos índices da doença. No que respeita à relação da empatia com o *burnout*, a literatura já não se apresenta tão consensual. Certos autores dão nota de uma relação negativa entre as duas categorias, associando, a elevados níveis de empatia, baixos níveis de *burnout* devido aos benefícios secundários da relação que se estabelece na interação com a pessoa e tornam o cuidador mais resistente à doença (Wilczek-Ruzyczka, 2011; Zenasni, Boujut, Woerner, & Sultan, 2012). Outros, pelo contrário, consideram a empatia como uma característica psicológica potencialmente causadora da doença por expor o profissional à ressonância empática continuada com um *outro* em sofrimento, levando a exaustão emocional (“fadiga da empatia”) que é fator da doença (Sousa, 2011). Efetivamente, os contextos mais exigentes e complexos, passíveis de fazer com que os profissionais se sintam inseguros e desamparados nas decisões a tomar, perante fenómenos patológicos e doença, colocam em risco a sua própria saúde (Silva 2016).

As condições de operacionalização e desenvolvimento dos cuidados são, para estes profissionais, potencialmente geradoras de estados de cansaço e de desânimo que se refletem negativamente nas suas

interações e imbricação para com o trabalho e os seus destinatários, o que acaba por retroalimentar mais insatisfação, frustração, hostilidades e conflitos. A acrescentar a estes problemas, a falta de reconhecimento profissional e a escassez de informação para a organização e realização dos cuidados, bem como a carga excessiva e o distanciamento das chefias em relação à realidade deste contexto, principalmente em estruturas fortemente hierarquizadas, prejudicam a sua entrega à atividade e, conseqüentemente ainda mais, a sua saúde e vulnerabilidade ao *burnout* (Baldelli, Boiardi, Fabbo, Sandtopuoli e Neri, 2002). Efetivamente, os modelos de gestão de cariz rigidamente centralizado têm sido considerados bastante desfavoráveis ao alinhamento dos atores institucionais para com as intenções e valores da missão organizacional. Segundo Vieira (2018), a sua interiorização tem-se revelado essencial à formação de equipas coesas e consertadas, formadas por profissionais fortemente motivados e empenhados. Este tipo de estruturas tende, com efeito, a distanciar as direções administrativas que, habitualmente afastadas do núcleo direto dos cuidados e da vida das pessoas no seu quotidiano, desconhecem a natureza dos cuidados e os desafios diários que impõem, apesar de tomarem exclusivamente todas as decisões que os afetam e podem condicionar a sua efetividade (Vieira, 2018), expondo mais os profissionais a situações que conduzem ao *burnout* (Cocco, E., 2010; Zamora & Sánchez, 2008).

Neste ponto convém destacar que os sintomas decorrem da confluência de múltiplas fatores que englobam variáveis psicológicas, tais como: resiliência, *coping*, neuroticismo, perfeccionismo, sentido de coerência, motivação, idealismo entre outras (Benevides-Pereira, 2002) e variáveis de natureza profissional, principalmente, no contacto direto com pessoas em sofrimento (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

No próximo capítulo iremos abordar os sintomas mais comuns associados à síndrome de *burnout*.

2.3 – Sintomas da síndrome de *burnout*

Segundo vários estudos que evidenciam a importância da personalidade e do temperamento como fatores de risco para *burnout*, a sintomatologia pode variar de pessoa (Vieira, 2006). Atualmente reconhecem-se cento e trinta tipos de sintomas (Frazão, 2014). O mais frequente e característico manifesta-se pela sensação de esgotamento físico e emocional, anedonia, atitudes negativas como a agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor e irritabilidade, desconcentração e lapsos de memória, ansiedade, depressão, baixa autoestima e ausências no trabalho (Alonso, 2014; Varella, 2014). Rosa e Carlotto (2000) consideram que a patologia se manifesta a três níveis: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização ou produtividade profissional. Trata-se de um processo que se

desenvolve ao longo do tempo (inclusive em pessoas que nunca haviam sofrido de desordens psicológicas) e o diagnóstico só pode ser realizado quando a patologia já se encontra instalada. Uma das particularidades também importantes é a proeminência dos sintomas psíquicos e comportamentais em relação aos físicos. Todavia, para o constructo nosológico e diagnóstico diferencial, a associação a dificuldades relacionadas com o universo do trabalho profissional tem que estar presente (Freudenberger, 1970, como citado em Terry, 1997).

A literatura dá conta dos seguintes sintomas (Melo, Gomes, & Cruz, 1999, Murcho, 2009, Varella, 2014):

- Exaustão emocional e fadiga
- Baixo rendimento no trabalho
- Negatividade constante
- Ansiedade
- Cefaleias frequentes
- Distúrbios do apetite e do sono
- Anedonia
- Hipertensão arterial e alteração dos batimentos cardíacos
- Algias musculares
- Problemas gastrointestinais
- Sentimentos de fracasso, insegurança, ineficácia e baixa autoestima
- Sensação de esgotamento físico e emocional
- Agressividade
- Isolamento
- Comportamentos disfóricos (alterações bruscas de humor, irritabilidade...)
- Dificuldades de concentração
- Sintomatologia depressiva
- Absentismo laboral

Sintomas como os distúrbios do sono, fadiga, anedonia, diminuição da autoestima e da autoconfiança e negatividade, por também estarem presentes nos quadros depressivos, podem dificultar o diagnóstico diferencial e a pessoa acaba por só receber tratamento clínico quando a doença já se encontra instalada e em estágio avançado (Murcho & Pacheco, 2009).

Podemos resumir a título de síntese, que a síndrome resulta de dificuldades continuadas em contexto laboral gerador de desgaste emocional e manifesta sintomas psíquicos e comportamentais, com predominância dos primeiros.

No ponto seguinte iremos abordar algumas estratégias preventivas da sintomatologia de *burnout*.

2.4 – Prevenção da síndrome de *burnout*

Apesar do carácter universal do *burnout*, ainda existem poucas pesquisas no âmbito da prevenção e intervenção (Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach *et al.*, 2001).

A literatura faz referência à influência de algumas características psicológicas individuais para a predisposição à doença e evidencia a existência de uma relação negativa entre o *burnout* e a ressonância empática (Passalacqua & Segrin 2012; Wilczek-Ruzyczka, 2011), considerando que os sintomas podem dificultar a empatia. No entanto, denota-se que a influência da empatia sobre o *burnout* não parece tão clara e consensual para os autores. Enquanto característica psicológica positiva, Zenasni, Boujut, Woerner e Sultan (2012) defendem que a empatia previne os estados de *burnout* como resultado dos benefícios secundários da relação que se estabelece nas interações durante os processos cuidadosos. No entanto Larson e Yao (2005) e Lee, Song and Cho (2003) consideram que a empatia pode agravar a vulnerabilidade da pessoa à sintomatologia por não lhe permitir alhear-se do sofrimento que presencia. A distinção entre as duas conceitualizações deve-se às particularidades entre os aspetos cognitivos e os aspetos emocionais da empatia. Do ponto de vista cognitivo, associa-a, normalmente, a sentimentos positivos, como autorrealização, que são protetores da doença; do ponto de vista emocional, considera-a fator predisponente de *burnout*, por expor o profissional à ressonância empática na relação com as pessoas doentes em sofrimento (Omdahl & Donnell 1999; Williams, 1989).

Todavia, outras características psicológicas positivas, tais como amor e compaixão, protegem a pessoa, apesar da ressonância empática, do *burnout* (Ricard, 2015, como citado em Sousa).

A implementação de programas para a prevenção do *burnout* deve considerar estratégias que dediquem atenção aos sinais precoces da doença (Maslach & Leiter, 2008). Os mais utilizados usualmente, destinam-se exclusivamente ou aos trabalhadores ou às organizações. No entanto atualmente já são desenvolvidos alguns programas mistos (Awa, Plaumann, & Walter, 2010; Halbesleben, Osburn, & Mumford, 2006; Van der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2001) que focam a globalidade do ambiente organizacional, procurando orientar o conjunto de profissionais para a partilha de uma visão estratégica que deverá atingir toda a estrutura desde o topo estratégico de decisões, passando pelas chefias

intermédias aos cuidadores. Os programas que só se dirigem à organização deixam de fora os profissionais que atuam diretamente na provisão dos cuidados e focam mudanças em toda a estrutura organizacional procurando afetar as formas de desenvolver todo o trabalho desde a reestruturação à operacionalização, avaliação e supervisão de tarefas, visando maiores ganhos, todavia, apenas através da ampliação do controlo (Awa, Plaumann, & Walter, 2010). Os programas psicoeducativos dirigidos apenas aos trabalhadores, elegem, essencialmente, a formação profissional focada no desenvolvimento das qualificações e maestria para a atividade cuidativa. Além de competências técnicas procuram promover apoio emocional e social através de estratégias como por exemplo atividades extralaborais que os direcionam para a identificação de objetivos pessoais, reais e exequíveis (Abalo & Roger, 1998; Awa, Plaumann, & Walter, 2010; Gunasingam, Burns, Edwards, Dinh, & Walton; 2015; Salanova & Llorens, 2008). Uma intervenção deste género, em contexto de oncologia, permitiu perceber a sua influência na redução do *burnout* dos profissionais (Soares & Rocha, 2010), aliada à melhoria dos seus sentimentos de realização e eficácia que são protetores da doença (Murta & Troccoli, 2007, Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998). Este tipo de estratégia constitui uma mais-valia para os profissionais e a própria organização (Berger & Luckman, 1966) que passa a receber menos reclamações dos clientes, baixas médicas, absentismo e mobilidade. Relativamente à importância da duração das abordagens, o curto prazo tem-se evidenciado como o menos eficaz, com uma redução dos sintomas menos pronunciada e duradoura em todas as dimensões, quando comparada com os programas mais longos (Rowe, 2000). No próximo capítulo, iremos abordar a Metodologia de Cuidado Humanidade, enquanto ferramenta que se apresenta como facilitadora dos cuidados a pessoas com SPCD's.

Capítulo 3 – A Metodologia de Cuidado Humanidade

A Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti[®] (MGM[®]), também designada de Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH), adiante designada por MCH, foi criada por Yves Gineste e Rosette Marescotti que a desenvolvem há cerca de 40 anos. Orientada pelos princípios humanistas da filosofia Humanidade, a MCH concretiza-se em regras de arte, pilares relacionais (olhar, palavra e toque) e identitário (verticalidade) e técnicas de manutenção relacional, através da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH).

Diversos autores defendem que a SEPCH tem evidenciado particular efetividade principalmente associada a cuidados a pessoas dependentes e/ou atingidas de demência, auxiliando os cuidadores a prevenirem os SCPD, a acamação e outras complicações (Araújo, Oliveira, Alves, 2012; Araújo, Melo &

Alves, 2014; Phaneuf, 2010). Operacionaliza, com técnicas precisas e replicáveis, a forma eficaz de abordar e estabelecer a interação com a pessoa cuidada, servindo para evitar os comportamentos de agitação patológica (CAP) em doentes dependentes e com alterações cognitivas. A SEPCH desenvolve-se em cinco etapas dinâmicas e sucessivas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e reencontro (Gineste, 2008; Phaneuf, 2010; Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2011; Salgueiro, 2014).

O termo Humanidade terá sido utilizado pela primeira vez em 1980 pelo jornalista Freddy Klopfenstein e adotado, mais tarde, por Albert Jacquard como um conceito antropológico – base comum na relação intersubjetiva a todos os homens (independentemente da cultura), através da qual sobrevivemos e nos desenvolvemos no mundo.

A Humanidade é entendida como o conjunto das particularidades que distinguem os humanos das outras espécies, fazendo com que todos os homens se sintam parte da espécie humana, reconhecendo um outro ser humano também como parte da mesma (Gineste e Pellissier, 2008).

Dos excertos mais citados na literatura, destaca-se:

A Humanidade é a contribuição de todos os homens de outrora e de hoje para cada Homem (...) riqueza que não existiria sem os homens e com a qual eles se gratificam mutuamente (...) contributo das oferendas que os homens deram e continuam a dar uns aos outros desde que têm consciência de ser, proporcionando-lhes um enriquecimento sem limites. A Humanidade é o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que só existe graças a nós próprios e se perderá se desaparecermos.” (Jacquard 1988, pp.163-164).

Dentro do conjunto de características geralmente atribuídas à espécie humana, a filosofia Humanidade destaca a verticalidade que permite que andemos de pé, o código linguístico para a comunicação entre os homens e a *consciência de si*, característica tida como exclusivamente humana e que é responsável pelo pensamento abstrato (Phaneuf, 2007).

Segundo a filosofia Humanidade, um ser humano para vir ao mundo requer um *primeiro nascimento* que se concretiza com o nascimento biológico ao deixar o mundo uterino. Em seguida, para se tornar humano necessita de um nascimento sociológico, o *segundo nascimento*, quando é recebido e colocado na espécie envolto por olhares, palavras e toques, inundado de estímulos pelos membros à sua volta que lhe permitem adquirir a perceção de si e da outra pessoa como partes integrantes da mesma espécie, isto é, quando é colocado em Humanidade (Salgueiro, 2014).

Para melhor clarificarem a importância do *segundo nascimento*, Gineste e Pellissier (2018) recorrem ao exemplo dos orfanatos romenos no período pós Guerra Mundial, onde o corpo biológico de cada criança

recebia cuidados médicos e alimentos, no entanto, permanecia totalmente privada de estímulos como toques, olhares e palavras, em privação sensorial e excluída da cultura humana. Verificou-se que muitas delas não sobreviveram e as que o conseguiram “desenvolveram-se” sem andar nem falar, apresentando sequelas físicas e psicológicas dramáticas como a anorexia mental, atraso profundo, pseudoautismo, psicoses, etc. Faltou-lhes, para se desenvolverem enquanto seres humanos, o nascimento sociológico, ou seja, serem colocadas em Humanidade (Gineste & Pellissier, 2008). O ser humano quando é privado de interação, não se desenvolve e até pode morrer ou entrar num estado em que permanece vivo mas não se encontra no mundo das pessoas – um estado de ausência a que os autores chamam de *limbo pediátrico* no caso das crianças (crianças selvagens, hospitalismo, pseudoautismo) ou *limbo geriátrico* no caso dos idosos (institucionalismo, idosos selvagens, pseudoautismo).

A filosofia Humanidade consigna que um ser humano tem que ser recebido e mantido na espécie para se reconhecer e ser reconhecido pelos outros humanos como parte da mesma. Cada homem é um ser individual, com particularidades da espécie humana e portador de características identitárias, necessidades, hábitos, preferências e desejos que, segundo Salgueiro (2014), lhe conferem singularidade. Segundo a autora, a Filosofia de Cuidado Humanidade e a ética são indissociáveis e fundamentais ao enquadramento dos princípios da gerontologia moderna.

Os princípios ontológicos da Humanidade aparecem assim como referências éticas e universais dos direitos dos humanos como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e liberdade, assumidos na filosofia de cuidado Humanidade e na MCH como invioláveis (Salgueiro, 2014).

3.1 – Princípios da filosofia Humanidade e Regras de Arte

As regras de arte de uma profissão são, segundo Gineste e Pellissier (2008) a concretização, na prática, de um certo número de princípios fundamentais que lhes subjazem. Estes são referências éticas que resultam dos direitos do homem como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e a liberdade. Os autores preconizam cinco princípios fundamentais:

1. Zero cuidados em força – Os cuidados deverão ser compreendidos e aceites pela pessoa, tanto quanto possível, envolvida na sua realização de modo a promover a sua autonomia e sentimento de utilidade.
2. Respeito pela singularidade e intimidade – O dever de respeitar as particularidades, hábitos, gostos e preferências da pessoa preservando a sua privacidade que nunca deverá ser violada.
3. Viver e morrer de pé – Promoção da verticalidade (pilar identitário) até ao final da vida da pessoa, tanto quanto possível se não houver contra-indicação clínica.

4. Abertura da estrutura para o exterior – Interação com a comunidade, família e pessoas significativas.
5. Lugar de vida e de vontades – Onde cada pessoa possa desejar viver (Gineste & Pellissier, 2008).

As regras de arte devem servir de referência e ser adotadas na prática dos cuidados, conduzindo as instituições e a atuação dos profissionais na prática cuidativa através de uma visão humanista e ética baseada na evidência científica (Salgueiro, 2014). De acordo com Gineste e Pellissier (2008) as regras de arte são ferramentas importantes e formas concretas de colocar em prática os princípios fundamentais, de entre os quais salientamos a título de exemplo:

1. Respeito pelo domicílio – Não se deve entrar no espaço íntimo da pessoa sem primeiro bater à porta aguardando autorização para entrar.
2. Anunciar-se – Evitar abordagens surpresa para a pessoa não ser surpreendida com a chegada do outro.
3. Negociação dos cuidados – Em conformidade com o princípio “zero cuidados em força” que significa pedir autorização à pessoa para a sua realização.
4. Respeito pelo sono – Os cuidados devem ser organizados de forma a adaptarem-se às necessidades da pessoa, evitando acordá-la.

5. Não levantar a pessoa por baixo dos ombros – Utilizar técnicas adequadas para evitar o risco de lesões músculo-esqueléticas tanto na pessoa cuidada como no cuidador.

6. Contenções só quando justificadas – Uma contenção evitável/injustificada constitui uma violação à dignidade, à integridade física e psíquica e à liberdade da pessoa provocando reações contrárias às que se previam (Henriques, 2017). “As contenções devem ser sempre justificadas e aplicadas apenas no estritamente necessário” (Salgueiro, 2014, p.47). A Lei n.º 31/2018 de 18 de julho sobre os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, no ponto 4, refere que uma contenção física com recurso a imobilização reveste carácter excecional e não prolongado e depende de prescrição médica bem como de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa.

7. Não abandono de cuidados – O cuidador não pode negligenciar a pessoa nem abandonar o cuidado. Deve fornecer-lhe informação e tentar negocia-lo, solicitando, por exemplo, para o realizar num outro momento ou com outro cuidador com quem se sinta mais à vontade se estiver a rejeitá-lo.

Os princípios e regras de arte da MCH deverão ser compreendidas e interiorizadas pelos profissionais passando a fazer parte da sua prática profissional (Salgueiro, 2014). Para Gineste & Pellissier (2008, p. 275) “nenhuma regra de arte do cuidar, nenhum ato de cuidar, pode afetar os direitos do homem e os direitos da pessoa doente, nem infringir as leis que regem o exercício das profissões de prestação de cuidados.”.

3.2 – Pilares Humanidade

A MCH privilegia o foco na interação e tem por base três pilares relacionais: olhar, palavra e toque. O quarto pilar, a verticalidade, constitui o pilar identitário (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012; Melo, 2017).

Pilares relacionais:

Olhar – Axial, horizontal, longo e progressivo, e acompanhado de um *facies* afável e sorridente. O olhar axial tem por características: ser de frente para a pessoa, garantindo a estimulação visual e conferindo segurança e confiança; horizontal, que significa ser ao mesmo nível da pessoa como sinal de igualdade; longo, ou seja, sustentado em função da aceitação da pessoa por forma a transmitir afetividade; e progressivo sem ser invasivo para transmitir confiança. As pessoas idosas com declínio cognitivo, no processamento das informações sensorio-visuais, devido à diminuição da visão periférica, têm o seu campo visual diminuído (visão em túnel), e esta adaptação permite a estimulação visual e facilita a comunicação intensificando a sua atenção (Salgueiro, 2014).

Palavra – Deve ser introduzida logo após a entrada no campo visual da pessoa para evitar uma abordagem surpresa e o cuidador deverá começar por cumprimentar tratando-a pelo nome com o qual se identifica, aprecia e reconhece. A comunicação verbal deverá iniciar e ser feita num tom de voz calmo, melodioso e suave para criar condições facilitadoras e propícias à relação. Com pessoas que não comunicam verbalmente, devem ser os cuidadores a alimentar o sistema de comunicação com mensagens preditivas e descritivas de cada gesto realizado e dos seus efeitos (Salgueiro, 2014). Devem utilizar-se palavras positivas, abolindo todas aquelas que relembram situações desagradáveis passíveis de desencadear agitação.

Toque – Amplo, suave, lento e acariciador, designado de toque-ternura (Gineste & Pellissier, 2008). Profissional, aprendido e intencional (sem dedos em pinça, nem mão em garra); progressivo, considerando os esquemas corporais; permanente, utilizando o princípio da escalada (mão relacional e mão útil); e pacificador, ou seja, amplo e lento permitindo estimular as fibras do prazer, promovendo o relaxamento e sensações agradáveis através da libertação de endorfinas (Gineste, 2008; Salgueiro, 2014). O cuidador deve manter o toque-ternura para potenciar a estimulação positiva sem nunca utilizar a mão em garra ou os dedos em pinça, que serão percebidos pela pessoa como punitivos. O toque em pinça consiste em rodear com a mão, por exemplo, o pulso, o antebraço ou a região maleolar, exercendo pressão

com a ponta dos dedos, o que é bastante incomodativo, magoa e fere os tegumentos, que por si só já são mais frágeis nos idosos (Figueiredo, Melo & Ribeiro, 2016). Ao nível da pele os recetores não se distribuem da mesma maneira por todo o corpo, razão pela qual, em certas regiões, devido ao maior número de recetores que aí existe, tem-se mais sensibilidade do que noutras áreas como é o caso das mãos, face, pés e genitais. Nestas regiões o vínculo emocional estabelecido com a pessoa torna-se ainda mais importante porque vai influenciar a sua permissão para o toque (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Hari & Nummenmaa, 2015). Para exemplificar, a distância entre dois recetores, na coxa, tem sete centímetros e na costa da mão apenas um milímetro e meio, o que torna esta área substancialmente mais sensível em relação à primeira.

O momento do confronto com o cuidado de higiene e conforto, devido à sua importância na saúde das pessoas envolvidas, convoca efetivamente a uma mudança de paradigma no sentido de transferir o foco da tarefa para a interação potencializadora da qualidade do momento. No processo cuidativo as capacidades da pessoa devem ser avaliadas e ser tidas em linha de conta para a definição dos objetivos e a prescrição de intervenções adequadas para a obtenção de ganhos em saúde e conforto (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010; Melo, 2017). Segundo os autores, a higiene avaliativa é uma ferramenta fundamental facilitadora da personalização do cuidado por considerar a situação da pessoa concreta, avaliadas as suas capacidades durante o mesmo, e permitir definir objetivos concretizáveis, prescrever o tipo de higiene mais ajustado e propor uma sequência de higiene adequada com atenção às suas condições e aos objetivos definidos. Assim, deve colocar-se intencionalidade em cada gesto, iniciando o toque por zonas do corpo mais aceites socialmente e ir progredindo para as zonas mais íntimas (Melo, 2017). No decorrer da prestação do cuidado é importante que os profissionais consigam manter pelo menos dois pilares relacionais ou se possível os três: olhar, palavra e o toque (Honda, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016). Sucede que se verifica determinante a existência de congruência na mensagem emitida pelos três canais, primando-se sempre pela preservação da identidade, intimidade, autodeterminação e autonomia da pessoa a quem se está a prestar o cuidado (Simões, 2013). O olhar, a palavra e o toque são, como aliás já referido, os pilares que sustentam a relação na MCH.

Pilar identitário:

Verticalidade – Reconhecida como o pilar identitário que nos diferencia como seres bípedes, a verticalidade deve ser promovida enquanto a pessoa viver, desde que não exista contra-indicação clínica. Significa colocar a pessoa de pé em carga e promover a marcha para estimular os recetores sensitivos barométricos, proporcionando respostas dos nervos sensitivos motores (Simões, 2013). A verticalização da pessoa oferece várias vantagens, tais como a melhoria do sistema ósseo, cartilaginoso, muscular,

circulatório, respiratório e nervoso, e dos tendões, e ainda é fator de promoção das relações interpessoais (Phaneuf, 2007; 2010). Opostamente, a imobilização provoca extensos danos na saúde aumentando o risco de acamamento e declínio funcional, razão pela qual, a não ser em caso de contraindicação como já referido, os cuidados de higiene e conforto deverão ser realizados preferencialmente com a pessoa de pé (Gineste & Pellissier, 2008). Permanecer vinte minutos nessa posição diariamente é o tempo necessário para que o organismo proteja a capacidade para continuar a fazê-lo. A higiene, nestas condições oferece uma oportunidade, na maioria dos idosos, para se promover a manutenção ou a melhoria do seu estado de saúde.

3.3 – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

A Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) da MCH permite a criação de uma relação positiva e eficaz entre a pessoa cuidada e o cuidador, possibilitando que o momento se transforme numa experiência de bem-estar para ambos (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011). Desenvolve-se pela ordem seguinte em cinco etapas dinâmicas e sucessivas: pré-preliminares e preliminares que correspondem à preparação do cuidado e à abordagem inicial; *rebouclage* sensorial ou realização do cuidado em que se deve manter sempre coerência na utilização dos pilares relacionais; e a consolidação emocional que corresponde ao término do cuidado e a marcação de um novo encontro para evitar sentimentos de abandono e desprezo preparando o reencontro (Salgueiro, 2014; Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012; Melo, *et al.*, 2017).

Segundo Simões *et al.* (2012), os pré-preliminares permitem a aproximação entre as pessoas para a relação de cuidado, servindo para o cuidador se anunciar e pedir permissão para entrar, preparar o encontro e evitar abordagens-surpresa, atendendo ao respeito pela privacidade, liberdade e autonomia da pessoa (Salgueiro, 2014; Simões, *et al.*, 2012). Nesta etapa o cuidador anuncia-se batendo à porta do quarto utilizando a técnica toc-toc e fica a aguardar a resposta para entrar. A técnica do toc-toc consiste em bater na porta com três toques audíveis e cadenciados, aguardando 3 segundos pela resposta; se não a obtiver, repete o procedimento ao fim do qual, continuando a não obter nenhum sinal, bate mais uma vez com apenas um toque e entra; ao aproximar-se, repete o procedimento batendo com um toque na superfície onde a pessoa se encontra, na barra da cama ou na cadeira. Esta técnica permite, através do reforço do estímulo auditivo e da vibração, anunciar a sua presença evitando abordagens surpresa e prevenindo comportamentos de agitação.

Assim que o primeiro passo estiver concluído, o cuidador passa à fase seguinte – os preliminares do cuidado, quando entra no espaço íntimo da pessoa e tem como objetivo a criação de uma relação positiva

para a aceitação do cuidado, para isso acontecer promove a aproximação com sintonia e congruência entre os pilares relacionais: olhar, palavra e toque (Gineste & Pellissier, 2008; Simões *et al.*, 2012).

Obtido o consentimento relacional, inicia o terceiro momento que corresponde à realização do cuidado – a *rebouclage* sensorial. Durante todo o processo é fundamental que o profissional coloque intencionalidade na forma como olha adotando um olhar horizontal, isto é, ao mesmo nível do da pessoa em quem está a realizar o cuidado para não a fazer sentir-se diminuída; axial (de frente) transmitindo segurança; longo, para construir uma relação de confiança; e próximo, para que a mesma possa sentir que se está atento unicamente a si e às suas necessidades naquele momento (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014; Simões *et al.*, 2012). É importante conseguir-se harmonia nas informações transmitidas pelo sistema sensorial (através dos órgãos da visão, audição, tato e olfato) que é responsável pelo envio das informações recebidas para o sistema nervoso central que as analisa e processa, conduzindo a sensações corporais de bem-estar e relaxamento muscular facilitadoras dos cuidados (Salgueiro, 2014; Simões *et al.*, 2012).

Para finalizar o cuidado dá início à quarta etapa que se designa por consolidação emocional ou fecho do cuidado. A preocupação a ter nesta fase da relação é imprimir na memória emocional da pessoa uma impressão positiva e agradável do momento. Para isto acontecer, o cuidador deve reforçar positivamente o seu envolvimento e a participação no próprio cuidado, os esforços e os progressos conseguidos, demonstrando gratidão pelos agradáveis momentos que passaram juntos (Salgueiro, 2014).

A última etapa corresponde à marcação do próximo encontro e é designada de reencontro. Este decorrerá com o propósito de promover uma estimulação sensorial e sensação corporal positiva, a fim de a pessoa conseguir aceder/recuperar a informação sensorial armazenada na memória emocional, e ao mesmo tempo evitar o sentimento de abandono e desprezo (Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho, Oliveira, 2017a).

A SEPCH permite sistematizar e operacionalizar na prática cuidativa, gestos organizados de forma estruturada com respeito pelas regras de arte, os pilares e os princípios da Humanidade.

De seguida expomos de forma sintética as cinco etapas e os respetivos procedimentos passíveis de serem observados e replicados em qualquer contexto cuidativo (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, *et al.*, 2012):

Pré-preliminares

Os pré-preliminares possibilitam a preparação do encontro entre a pessoa cuidada e o cuidador. Este momento é constituído pelos seguintes procedimentos:

1. Prepara o material para evitar a interrupção da relação.
2. Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado.
3. Usa a técnica do toc-toc.

4. Espera pela resposta.
5. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama ou na cadeira.

Preliminares

Os preliminares correspondem ao começo da aproximação física e sintonia entre o cuidador e a pessoa cuidada, e são constituídos pelos seguintes procedimentos:

6. Aborda a pessoa de frente.
7. Ajusta o olhar, de frente, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal e longo).
8. Introduz a palavra em 3 segundos.
9. Chama a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece.
10. Apresenta-se à pessoa.
11. Diz o motivo do encontro.
12. Entra no espaço íntimo da pessoa.
13. Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra do corpo (ombro, braço).
14. Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave.
15. Oferece um ato gratuito (fala sobre outro assunto sem ser o cuidado).
16. Espera pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal.
17. Fala sobre o cuidado, depois de obtido o consentimento relacional.

***Rebouclage* Sensorial**

A *rebouclage* sensorial corresponde à realização do cuidado e concorre para a manutenção da coerência na utilização dos pilares (olhar, palavra, toque, e a verticalidade). Esta etapa é constituída pelos seguintes procedimentos:

18. Usa pegadas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra).
19. Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem dedos em garra e em pinça).
20. Usa um tom de voz calmo durante todo o cuidado.
21. Solicita à pessoa que inicie os gestos cuidadosos.
22. Anuncia cada gesto cuidadoso (discurso preditivo).
23. Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso descritivo).
24. Reforça positivamente todos os esforços do autocuidado.
25. Estimula sensações positivas.
26. Está atento às respostas emocionais.
27. Vai estabelecendo contacto visual com a pessoa cuidada.

28. Promove a verticalidade, se possível, sentar, colocar de pé, dar uns passos.
29. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto.

Consolidação Emocional

A consolidação emocional corresponde ao fecho do cuidado permitindo consolidar os êxitos alcançados, reforçando os incentivos e estímulos que foram dados durante o cuidado. Nesta etapa temos os seguintes procedimentos:

30. Valoriza o encontro com a pessoa (ex.: gostei de a conhecer, de estar consigo).
31. Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado.
32. Reforça positivamente os benefícios do cuidado.

Reencontro

Finalmente dá-se a despedida e a marcação de reencontro que tem como objetivo evitar o sentimento de abandono e preparar o próximo cuidado.

33. Combina um novo encontro.
34. Despede-se com amabilidade.

No ponto seguinte, iremos abordar o processo de implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade nas instituições, designadamente, as instituições geriátricas.

3.4 – Processo de Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade

A implementação da MCH nas instituições faz-se através de formação-ação que é ministrada por formadores especializados e acreditados pelo Instituto Gineste-Marescotti (IGM Portugal) - estrutura de formação responsável pela implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade em Portugal. O processo de implementação implica o envolvimento dos líderes institucionais, formais e informais e convoca o acompanhamento efetivo dos gestores de cada nível da gestão organizacional.

O processo compreende três fases:

1. **Sensibilização** (15 horas) – o principal objetivo é a consciencialização dos formandos para o efeito dos atos e procedimentos que executam diariamente durante os cuidados, suscitando-lhes assim a inquietação e necessidade para a transformação e melhoria das suas práticas com disposições favoráveis à mudança da organização e prática dos cuidados (Kotter, 2013). Paulo Freire defende que é cultivando

a reflexividade crítica acerca do que fazemos que somos capazes de evoluir exercitando humildade, perseverança e coragem (Freire, 2009, como citado em Menezes, 2014).

A primeira parte da formação envolve os líderes formais e informais, esperando-se que se disponibilizem para a reflexão crítica sobre as posturas e comportamento cuidativo e a profissionalização da relação. É o primeiro momento de confronto com uma consciencialização mais profunda da realidade. O grupo é estimulado a refletir sobre questões como o que significa: dignidade, ser pessoa, autonomia, amor e cuidar – conceitos com pertinência para a formação dos cuidadores. Este momento implica, não raras vezes, experiências de consciencialização algo desconfortáveis, todavia necessárias ao processo da mudança que se deseja alcançar, enquanto imperativo ético, categórico e possível (Salgueiro, 2014). Este despertar individual e coletivo que através da reformulação de crenças permite alcançar uma práxis transformadora, é fundamental na construção de respostas cuidativas diferenciadas e dignificantes (Freire, 2009, como citado em Menezes, 2014).

2. Disseminação (35 horas) – Nesta fase utiliza-se a formação-ação que decorre em sala de aula e em contexto real dos cuidados ao longo de cinco dias. Procura-se promover a capacitação dos formandos para a mudança pretendida ao nível dos cuidados. O principal objetivo é a profissionalização da relação através da utilização dos pilares relacionais olhar, palavra e toque, e do pilar identitário, a verticalidade. São demonstrados e treinados vários procedimentos técnico-relacionais, como a captura sensorial que promove a intencionalidade na utilização dos pilares Humanitude (a forma de olhar, as características da comunicação oral, onde tocar e a forma como é feito) e as técnicas para promover a verticalidade sempre que possível. É fundamental que aqui os profissionais comecem a desenvolver consciência de como os seus gestos e atitudes podem interferir no estado de saúde e no comportamento das pessoas cujos cuidados lhes são confiados. São utilizadas estratégias de observação estruturada guiadas pela SEPCH, a autoscopia e a reflexão na/e sobre a ação. Normalmente estes conteúdos destinam-se a todos os grupos profissionais tendo os líderes formais e informais que estar presentes a fim de se construir uma visão estratégica e operacional comum para prevenir resistência à mudança (Melo, 2014). O envolvimento da globalidade da equipa multidisciplinar é indispensável à atuação interdisciplinar, sistémica e integrada (Portaria n.º 67/2012).

3. Consolidação – Esta fase sucede à disseminação e é reservada à formação do Grupo de Apoio, equipa pluridisciplinar de gestão estratégica e transdisciplinar dos cuidados com competências técnicas, relacionais e de liderança, que fica responsável pela definição e a ativação dos Planos Individuais, monitorização dos resultados, apoio e orientação aos restantes elementos e a certificação da qualidade em conformidade com o referencial do Cuidado Humanitude. É constituído por profissionais com competências técnicas, relacionais e de liderança aptos a identificar as dificuldades no processo de implementação da MCH e a garantir a continuidade dos cuidados Humanitude. Nesta altura pretende-se

que o grupo se robusteça na apropriação da metodologia de modo a dar continuidade à mudança. Realiza reuniões mensais para traçar objetivos para cada período seguinte: identifica os pontos que necessitam de ser melhorados discutem as dificuldades da restante equipa e definem soluções que transmitem aos outros elementos e visam a continuidade dos princípios Humanidade e a adesão de toda a equipa, incluindo os novos elementos que chegam à instituição.

SEGUNDA PARTE – COMPONENTE EMPÍRICA

Capítulo 1 – Metodologia

Realizado o enquadramento teórico da temática, há que tomar decisões relativamente à metodologia a utilizar, designadamente, justificação do problema, objetivos, tipo e método de estudo, caracterização da população e da amostra, considerações éticas, procedimentos de recolha e análise dos dados. As escolhas metodológicas para este trabalho estão relacionadas com os métodos de recolha de informação escolhidos, o carácter do estudo e o padrão da informação pretendida.

É apropriado referir, que no desenvolvimento do trabalho nos pautámos por rigor e disciplina garantindo a confidencialidade e o anonimato em relação à instituição e às pessoas que fizeram parte da amostra. Todos os participantes foram também esclarecidos acerca da motivação que animou à realização do estudo e à busca dos objetivos definidos.

1.1 – Justificação do problema

A bibliografia consultada dá-nos a conhecer uma realidade epidemiológica propícia a constrangimentos que são vividos diariamente pelos cuidadores formais na prestação dos cuidados. Desprovidos de competências teórico-práticas e relacionais que lhes ofereçam a segurança e eficiência na comunicação com pessoas com sintomatologia comportamental e psicológica patológica vêm-se, no entanto, confrontados com a necessidade de o fazer em desconforto. Além do prejuízo para a saúde e bem-estar das pessoas que cuidam, a severidade das suas dificuldades diárias é tão elevada que muitos acabam por sofrer estados de exaustão emocional e *burnout*. Geralmente os procedimentos cuidativos são rotinizados e o desempenho profissional é valorizado em função da quantidade das tarefas executadas, o que não é facilitador da qualidade do desempenho profissional e prejudica o bem-estar das pessoas cuidadas e dos cuidadores.

Assim, torna-se essencial que as instituições alcancem uma mudança no paradigma de cuidados que envolva todos os níveis de organização do trabalho, para passarem a oferecer serviços de valor acrescentado que privilegiem as pessoas e a qualidade das relações que se estabelecem entre elas, como fator essencial de dignidade, saúde e felicidade. Esta mudança é essencial para a promoção da dignidade de cada pessoa tida como realidade multidimensional e singular (Peplau, 1990).

A MCH apresenta-se como uma proposta que concorre para a atualização do paradigma desejado, oferecendo uma sequência estruturada de procedimentos que operacionalizam o cuidado e privilegiam a relação. Os autores da metodologia consideram que se a relação foi bem-sucedida, à partida, o cuidado ao nível da tarefa (higiene e alimentação) também é feito.

Sensibilizados pela conjugalidade dos fatores apresentados, nomeadamente: cuidar de pessoas com alterações do comportamento, dificuldades dos cuidadores formais, que muitas vezes levam à síndrome de *burnout*, decidimos estudar o impacto da implementação da MCH na redução da síndrome de *burnout* dos cuidadores formais numa ERPI no norte do país.

1.2 – Objetivos e tipo de estudo

Fortin e Salgueiro (1999) consideram que os objetivos de uma investigação assinalam a sua razão de ser descrevendo as variáveis-chave, o universo e contexto em que é posto em prática. Os objetivos devem sempre ser enunciados de forma concreta e clara e proporcionais aos recursos disponíveis. Estes podem ser gerais ou específicos. Os objetivos gerais constituem as linhas orientadoras que conduzem todo o processo da investigação, enquanto os objetivos específicos apresentam a descrição detalhada das diferentes etapas a realizar e exprimem detalhadamente o que vai ser posto em prática (Serrano, 2008).

Assim, e partindo da preocupação que conduziu à realização deste trabalho de dissertação, definimos o seguinte objetivo geral: avaliar o contributo da implementação da MCH na redução da síndrome de *burnout* dos cuidadores formais de uma ERPI. Para atingirmos o objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos: identificar as dificuldades na prestação dos cuidados, antes e após a implementação da MCH; conhecer a perceção dos profissionais sobre a importância atribuída à Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) antes e após a implementação da MCH; conhecer a perceção dos profissionais sobre a realização na prática dos Procedimentos Cuidativos Humanidade, antes e após a implementação da MCH; identificar o nível de *burnout* dos profissionais antes e após a implementação da MCH; conhecer a perspetiva dos profissionais sobre o efeito da implementação da MCH antes e após a implementação da MCH; avaliar a relação entre a perceção de realização da SEPCH pelos cuidadores formais, dificuldades na prestação dos cuidados e os níveis de *burnout*.

Para atingir os objetivos definidos, foi realizado um estudo de caso, descritivo-correlacional, com abordagem quantitativa, longitudinal (ao longo de 12 meses), antes e após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade, numa ERPI.

Trata-se de um estudo de caso porque foi realizado numa ERPI. É um estudo do tipo correlacional (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003) pois pretende avaliar a relação entre a perceção de realização da SEPCH pelos cuidadores formais, as dificuldades na prestação dos cuidados e os níveis de *burnout*. É quantitativo porque para realizar o estudo foram quantificadas as variáveis; é descritivo uma vez que descreve os fenómenos. Considera-se um estudo longitudinal porque o estudo foi realizado ao longo de um ano, com avaliações comparativas no mesmo grupo em dois momentos distintos, antes e após a implementação da MCH (Coutinho, 2014; Mertens, 2015).

1.3 – População e amostra

A população alvo define-se como uma população particular de interesse para o investigador, sendo a amostra menor do que o universo que representa (os cuidadores de uma ERPI) (Polit, Beck & Hungler, 2011). Assim, este estudo foi realizado numa ERPI a norte de Portugal, com capacidade para 23 idosos em regime de internamento, 10 em Centro de Dia, e 24 em regime de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A instituição é composta pelos seguintes elementos: 9 na direção e 3 no conselho fiscal (em regime de voluntariado), 1 diretora técnica, 1 psicóloga, 1 enfermeira, 1 rececionista, 1 escriturária, 2 auxiliares de serviços gerais, 2 animadoras sócio-culturais, 2 cozinheiras e 13 ajudantes de lar. O número total dos profissionais que exerciam funções nesta instituição (além dos elementos da direção e do conselho fiscal) eram 24.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão da amostra: profissionais que prestavam cuidados numa ERPI onde ia iniciar o processo de implementação da MCH; e profissionais que foram selecionados para realizar a formação e aceitaram participar no estudo. O número de profissionais que realizaram a formação foram 18.

A amostra intencional, não probabilística, foi constituída por 15 profissionais pertencente às seguintes categorias: 1 diretora técnica, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 1 rececionista, 9 ajudantes de lar e 2 auxiliares de serviços gerais.

1.4– Instrumentos de recolha de dados

Para atingir os objetivos definidos foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

1. Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012) (Anexo 1);
2. Questionário sociodemográfico e de dados profissionais, elaborado para o efeito (Anexo 2);
3. Dificuldades sentidas na prestação de cuidados (Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho & Oliveira (2017) (Anexo 2);
4. *Copenhagen Burnout Inventory - PT* (CBI-PT) (Fonte, 2011) (Anexo 3, 4 e 5)

Para caracterizar a amostra foi utilizado o questionário sociodemográfico e de dados profissionais (anexo 2) elaborado para o efeito. Este questionário tem as seguintes variáveis: género, idade, habilitações literárias, categoria profissional, anos de profissão, tempo na prestação direta dos cuidados, situação contratual, nível de satisfação relativamente à prestação dos cuidados, perspetivas sobre o efeito da implementação da MCH.

Para identificar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados, foi utilizado um questionário constituído por 5 questões fechadas.

Para conhecer a perceção da importância atribuída, pelos profissionais, aos Procedimentos Cuidativos Humanidade e a perceção da sua realização na prática, foi utilizada a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidados Humanidade (SEPCH) desenvolvida por Simões (2012). A SEPCH (anexo 1) é constituída por 34 itens cotados através de uma escala de *likert* de 1 a 5 (1- sem importância, 2- alguma importância, 3 – muita importância, 4 – muitíssima importância, 5 - não se aplica). Para avaliação da perceção de realização foi utilizada, também uma escala de *likert* de 1 a 5 (1 - nunca realizo, 2 - realizo algumas vezes, 3 – realizo com muita frequência e 4 – realizo sempre, 5 - não se aplica); e tem 5 dimensões: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e marcação do reencontro.

Para identificar o nível de *burnout* dos profissionais antes e após a implementação da MCH foi utilizado o *Copenhagen Burnout Inventory - PT* (CBI-PT) validado para Portugal por Nunes (1999). Este inventário é composto por 19 itens distribuídos por três escalas:

- Escala de *burnout* pessoal (anexo 3): avalia o grau de exaustão física, psicológica e a exaustão que é vivida pela pessoa. Diz respeito aos sintomas de exaustão física ou emocional que nem sempre correspondem a situações vivenciadas no trabalho. Esta dimensão tem seis questões, sendo que a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções que varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”. Considera-se como elevado nível de *burnout* os valores iguais ou superiores a cinquenta (50).

- Escala de *burnout* relacionado com o trabalho (anexo 4): analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao trabalho que desempenha. Esta dimensão é constituída por sete questões e é avaliada numa escala com cinco opções: nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida, cem (100) “nunca/quase nunca” e zero (0) “sempre”.

- Escala de *burnout* relacionado com o cliente (anexo 5): avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Esta dimensão apresenta seis questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções: nas primeiras quatro questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

1.5– Procedimentos de recolha e análise de dados

Os instrumentos foram aplicados em dois momentos distintos. O primeiro antes da MCH em julho de 2018 e o segundo um ano após, em Julho de 2019, decorrida a formação.

Para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, reuniu-se com todos os participantes na instituição durante o período de trabalho e em pequenos grupos de acordo com a sua disponibilidade, para serem apresentados os objetivos do estudo e esclarecer as dúvidas que manifestavam.

O processo de implementação da MCH foi executado e supervisionado pelos formadores certificados pelo Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal. Em todas as fases desde a Sensibilização, Disseminação e Consolidação foram utilizadas estratégias dinâmicas e interativas assentes na reflexão de forma a levar os participantes a partilharem conhecimentos, emoções, desejos, expectativas ao mesmo tempo que desenvolviam o seu conhecimento e a consciencialização reflexiva sobre as práticas e condutas cuidativas. Foram utilizadas estratégias como o *brainstorming*, visualização e análise de filmes, discussão de casos práticos e autoscopia. Antes do início de cada sessão os formadores prepararam a sala, dispondo as mesas em círculo para ficarem de frente uns aos outros, recriando a ideia de “mesa redonda”.

A formação foi estruturada com um total de 56 horas, contando com uma componente teórica em sala de aula e uma componente prática no contexto dos cuidados. A formação decorreu em 3 fases:

Sensibilização, que abrangeu toda a equipa multidisciplinar com o envolvimento dos líderes formais e informais da instituição; Disseminação, com o grupo de profissionais que participou na primeira fase da formação; Consolidação com a formação de grupo de apoio constituído por 9 profissionais que tinham completado as duas fases de formação anteriores. As pessoas que compõem o grupo de apoio fizeram o total de 56h de formação: Sensibilização (30) + Disseminação (19) + Consolidação/Grupo de Apoio (7), as que não fizeram parte do grupo de apoio e participaram na Disseminação perfizeram um total de 49 horas: Sensibilização (30 horas) e Disseminação (19 horas).

Houve ainda 1 sessão de 3 horas com os residentes para os sensibilizar envolvendo-os nas mudanças que estavam a acontecer; 2 horas com os familiares, também com o mesmo propósito; e 21 horas, a seguir, no acompanhamento ao grupo de apoio à medida que se iam questionando e refletindo mais profundamente sobre a realidade, ajudando-os a dar resposta a necessidades e dificuldades que iam surgindo.

Na disseminação participaram 18 formandos distribuídos em dois grupos. Procurou-se profissionalizar os pilares da Humanidade: olhar, palavra, toque e verticalidade. Foram treinadas algumas técnicas da Captura Sensorial, da Manutenção Relacional, entre outras, assim como a elaboração e gestão de planos individuais de cuidados, com cuidados uniformizados e simultaneamente personalizados para cada pessoa. Quando se passou para a parte prática dos cuidados, os cuidadores foram incentivados a selecionar as pessoas mais desafiantes, aquelas com quem sentiam mais dificuldades na prestação dos cuidados. Foram selecionadas seis pessoas a quem os cuidados de higiene eram prestados no leito apesar de se ter vindo a verificar que nem todas tinham contra-indicação clínica de levantar. O perfil clínico de quatro, entre estas pessoas, permitia que a higiene fosse realizada sentadas e/ou de pé. A título de exemplo, uma pessoa a quem os cuidados eram prestados em leito e transportada em cadeira de rodas para o refeitório, a partir do segundo dia de formação a higiene passou a ser realizada no lavatório permanecendo algum tempo de pé e a seguir caminhou até ao refeitório. As cuidadoras, apesar de terem conhecimento que a senhora andava, receavam o risco de acidente por queda, e por isso, não a estimulavam a pôr-se de pé e caminhar. Ao longo da disseminação, não se observou nenhuma resistência às orientações formativas e todos os elementos mostraram bastante interesse em colaborar, colocando em prática os procedimentos cuidativos da SEPCH, ainda que com alguma dificuldade na operacionalização das técnicas.

Será importante referir que, desde o primeiro dia, os cuidados foram realizados sempre pelos mesmos profissionais que os realizavam anteriormente, o que protege, em termos de avaliação de resultados, de algum enviesamento da perceção relativa à evolução dos profissionais em formação.

Com as devidas autorizações, através do método de autoscopia registou-se em vídeo a operacionalização dos cuidados desenvolvidos pelos profissionais que previamente receberam formação teórica em sala. De seguida e novamente em sala de aula, os mesmos assistiram às gravações acompanhados e orientados à reflexão pelos formadores acerca do que foi feito, as técnicas e procedimentos a melhorar, bem como a importância das suas atitudes para os CAP das pessoas em quem os realizaram. Em relação ao segundo grupo de disseminação encontrou-se grande resistência, sobretudo por parte de dois elementos. O motivo que evocado para a não aplicação das técnicas foi a falta de tempo. Mesmo assim acabaram por verificar que o tempo investido em cada cuidado não foi superior ao que era necessário anteriormente e, em alguns casos, conseguiu ser menor do que o despendido habitualmente. Este grupo, nos dois últimos dias de formação, escolheram duas pessoas com perfil de cuidados deitados a fim de treinarem técnicas de manutenção relacional. Uma das enfermeiras manifestou-se bastante motivada desde o início, integrando, logo à partida, os princípios da Captura Sensorial em qualquer cuidado. Algo notório desde o primeiro dia foi a evolução na redução do ruído em todo a ERPI sobretudo nos momentos de refeição, o que tornou o ambiente muito mais agradável e preventivo dos SCPD's. Outro aspeto a salientar foi o facto de, antes do pequeno-almoço, as pessoas já não aguardarem em fila no corredor mas nos seus próprios quartos à sua vontade. A monitorização do processo de implementação foi feita através da grelha da SEPCH, antes e no final da formação, tendo-se notado que alguns procedimentos, tais como, falar calmamente durante os cuidados e chamar a pessoa pelo seu nome preferido, já estavam a ser cumpridos.

Para a análise dos dados recolhidos (estatística descritiva e estatística inferencial) utilizou-se o programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 24.0 de 2016.

Para a caracterização da amostra recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente, à determinação das frequências absolutas (n) e relativas (%), às medidas de tendência central - média aritmética (\bar{x}) e às medidas de dispersão ou variabilidade - desvio padrão (SD), valor mínimo (Xmin) e valor máximo (Xmáx).

Na análise dos dados foram utilizados os testes de Wilcoxon para amostras emparelhadas e o teste de McNemar para as variáveis dicotómicas (dificuldades). Para avaliar a associação entre a perceção de realização da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade, as dificuldades na prestação dos cuidados e o *burnout*, antes e após a implementação da MCH, foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Kendall. A opção pelos testes não paramétricos justifica-se pela amostra ser pequena (n=15).

Em todos os testes foi fixado o valor 0.05 para nível máximo de significância, ou seja, para a probabilidade máxima aceitável de ocorrência do erro tipo I.

1.6 – Procedimentos Éticos

Ao longo do trabalho foram respeitadas as considerações ético-legais, salientando-se o caráter voluntário dos participantes e a autorização à pessoa responsável pela direção de serviços da instituição para a realização do estudo (Apêndice 1 e 2). Assim, após a seleção dos participantes para a formação, foi entregue o termo de consentimento informado e explicado a cada um a natureza do estudo e da sua participação, assim como os benefícios e riscos. A entrega ocorreu antes do início da formação para que os participantes pudessem ler e solicitar alguma informação à investigadora se assim o entendessem. Todos devolveram o documento de consentimento informado assinado (Apêndice 3). Desta forma assegurou-se que a participação dos profissionais assentou no respeito pelo direito à autodeterminação. Foi ainda pedida autorização aos autores dos referidos instrumentos de recolha de dados para a sua utilização (Apêndice 4 e 5).

A confidencialidade e o anonimato foram respeitados, tendo os questionários sido codificados e o tratamento dos dados realizado de forma global para que os participantes não fossem identificados. Como o instrumento de colheita de dados foi aplicado em dois momentos, recorreu-se à técnica de identificação do questionário com um código numérico.

Capítulo 2 - Apresentação e análise dos resultados

2.1 – Dados sociodemográficos da amostra

A totalidade da amostra é do género feminino, com uma média de idades de 37,93 anos num intervalo dos 24 aos 59. Relativamente aos anos de profissão a média é de 12,40 num intervalo de 4 a 27 anos e o tempo médio no atual serviço foi de 10,07 anos num intervalo que variou dos 2 aos 27 anos de serviço. Conforme tabela 1, a situação contratual da maioria dos profissionais pertence ao quadro efetivo (80%). Relativamente às habilitações literárias, 9 (60,00%) tinham entre o 10º e 12º ano de escolaridade, e 2 (13,33%) entre o 7º ao 9º ano de escolaridade; dos participantes nenhum tinha um curso profissional na área da saúde, 2 (13,33%) tinham bacharelato/licenciatura e um (6,70%) mestrado/doutoramento. Em relação à categoria profissional dos inquiridos verifica-se que 60,00% são ajudantes de lar e 13,33% são auxiliares dos serviços gerais. Contudo, a amostra também é constituída por 1 rececionista, 1 enfermeiro(a), 1 psicólogo(a), 1 diretora técnica. Relativamente aos anos de profissão a média é de 12,40 num intervalo de 4 a 27 anos, e o tempo médio na prestação direta de cuidados foi de 10,07 anos num intervalo que variou entre os 2 aos 27 anos de serviço.

Tabela 1 - Dados relativos à distribuição da amostra por dados socio demográficos e profissionais

Variável	N	%	
Sexo	Feminino	15	100,00
	Masculino	0	0,00
Habilitações Literárias			
1-4º ano	0	0,00	
5-6º ano	1	6,67	
7-9ºano	2	13,33	
10-12ºano	9	60,00	
Curso profissional área da saúde	0	0,00	
Bacharelato/Licenciatura	2	13,33	
Mestrado/doutoramento	1	6,67	
Categoria Profissional			
Ajudante de Lar	9	60,00	
Auxiliar dos Serviços Gerais	2	13,33	
Enfermeiro	1	6,67	
Rececionista	1	6,67	
Psicóloga	1	6,67	
Diretora de Serviços	1	6,67	
Situação Contratual			
Quadro/efetivo	12	80,00	
Vínculo precário/termo	3	20,00	

2.2 – Dificuldades na prestação de cuidados antes e após a implementação da MCH

Quando inquiridos os 15 colaboradores que fizeram parte da amostra sobre as principais dificuldades sentidas na interação e na prestação de cuidados antes e após a implementação da MCH, constatamos que globalmente identificaram mais dificuldades antes da formação. Conforme Tabela 2 as principais dificuldades apresentadas foram: “comunicação com pessoas confusas/agitadas/desorientadas/agressivas” (antes 80,00%; após 26,67%); “comunicação com pessoas que não comunicam verbalmente” (antes 80,00%; após 15,33%); “prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados” (antes 66,67%; após 15,33%); “prestar cuidados a pessoas em fase terminal” (antes 53,00%; após 40,00%).

Conforme teste de McNemar para as dificuldades dos profissionais (variável dicotômica), antes e após a implementação da MCH, verificou-se diferença estatisticamente significativa nas dificuldades “comunicação com pessoas confusas/agitadas/desorientadas/agressivas”, “comunicação com pessoas que não comunicam verbalmente” e “prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados”. Nas dificuldades “prestar cuidados a pessoas em fase terminal” e “prestar cuidados de higiene” também se verificou diminuição mas sem diferenças significativas.

Tabela 2 - Dificuldades dos profissionais na prestação de cuidados – antes e após a implementação da MCH

Dificuldades	Antes		Após		p
	Nº	%	Nº	%	
Comunicação com pessoas confusas/agitadas/desorientadas/agressivas	12	80,00	4	26,67	0,008*
Comunicação com pessoas que não comunicam verbalmente	12	80,00	2	15,33	0,002*
Prestar cuidados a pessoas em fase terminal	8	53,00	6	40,00	0,625
Prestar cuidados de higiene	4	26,67	0	0,00	0,125
Prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados	10	66,67	2	15,33	0,021*

*pvalue < 0.05

De acordo com a Tabela 3, verificou-se que os profissionais têm a percepção de um nível mais elevado de satisfação/motivação após a implementação da MCH em relação ao momento anterior, tendo-se verificado um aumento de 13,33% para 40% de profissionais que referem estar “muitíssimo satisfeito/motivado”.

O estudo das diferenças de percepção da satisfação/motivação, antes e após a implementação da MCH, conforme resultados do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, revela diferenças significativas ($p < 0.05$).

Tabela 3 – Nível de satisfação/motivação, relativamente à prestação dos cuidados e das condições oferecidas para o efeito – antes e após a implementação da MCH

Nível de satisfação	Antes		Após		P
	Nº	%	Nº	%	
0 - Nada satisfeito/motivado	0	0,00	0	0,00	0,021*
1- Pouco satisfeito/motivado	2	13,33	1	6,67	
2- Satisfeito/motivado	4	26,68	1	6,67	
3- Muito satisfeito/motivado	7	46,66	7	46,66	
4- MUITÍSSIMO satisfeito/ motivado	2	13,33	6	40,00	

*pvalue < 0.05

Quanto à sua perspetiva relativamente ao efeito/mudança no bem-estar e saúde das pessoas cuidadas, decorrente da implementação da MCH, conforme Tabela 4, verificou-se uma melhoria de perspetiva. Antes da formação, 53,33% dos profissionais admitiam que o efeito/mudança na pessoa idosa seria “melhor” enquanto após o mesmo número (53,33%) são de opinião que teve um efeito “muito melhor” e 20% “muitíssimo melhor”. Relativamente ao efeito/mudança na satisfação dos profissionais antes da implementação, 46,67% consideravam que seria “melhor” e 26,67% “muito melhor”; após a mesma, a maioria (66,67%) considerou que o efeito foi “muito melhor”.

No que respeita ao efeito/mudança na redução do “stress físico, psicológico, baixas médicas e abandono da profissão”, antes, a maioria (53,33%) era de opinião que seria “melhor”, após a MCH a maior parte dos profissionais (66,67%) são de opinião que o efeito foi “muito melhor”.

Na observação das diferenças de perspetiva relativamente ao efeito/mudança no bem-estar e saúde antes e após a implementação da MCH, conforme resultados do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, percebem-se diferenças significativas ($p < 0.05$) nas variáveis: “pessoa cuidada/idosos”, na “satisfação profissional” e no “stress físico, psicológico, baixas médicas, abandono da profissão”.

Tabela 4 – Perspetiva dos profissionais relativa ao efeito/mudança no bem-estar e saúde decorrente da implementação da MCH – antes a após.

Perspetiva sobre o efeito/mudança	Antes		Após		P
	Nº	%	Nº	%	
Pessoa cuidada/idosos					
0- Igual	1	6,67	0	0,00	0,008*
1- Um pouco Melhor	2	13,33	0	0,00	
2- Melhor	8	53,33	4	26,67	
3- Muito melhor	3	20,00	8	53,33	
4 - MUITÍSSIMO melhor	1	6,67	3	20,00	
Satisfação Profissional					0,070
0- Igual	1	6,67	0	0,00	
1- Um pouco Melhor	2	13,33	0	0,00	
2- Melhor	7	46,67	5	33,33	
3- Muito melhor	4	26,67	10	66,67	
4 - MUITÍSSIMO melhor	1	6,67	0	0,00	
Stress físico, psicológico, baixas médicas, abandono da profissão					0,029*
0- Igual	1	6,67	0	0,00	
1- Um pouco Melhor	2	13,33	0	0,00	
2- Melhor	8	53,33	5	33,33	
3- Muito melhor	3	20,00	10	66,67	
4 - MUITÍSSIMO melhor	1	6,67	0	0,00	

*pvalue < 0.05

2.3 – Níveis de *burnout* antes da implementação da MCH

Através da Tabela 5 verificou-se que antes da implementação da MCH, na dimensão do *burnout* pessoal a maioria dos profissionais (53,33%) respondeu “assim assim/às vezes” à globalidade dos itens desta escala e 20% “bastante/frequentemente”. Nas questões: “com que frequência se sente fisicamente exausto/a”, “com que frequência se sente fatigado/a” e “com que frequência se sente emocionalmente exausto/a”, a maior parte respondeu, respetivamente: “às vezes”, 86,67%, 73,33% e 60%. Ao item: “com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente”, 46,67% responderam “raramente” e 20% “nunca/quase nunca”, sendo a questão com melhor resultado.

Relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho, 51,43% dos profissionais responderam “assim assim/às vezes” e 20,95% “pouco/raramente”. Nas questões: “sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho”, “sente-se esgotado por causa do seu trabalho” e o “seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a) a maior parte respondeu “às vezes”, 73,33%, 66,67% e 53,33%, respetivamente. Ao item “tem energia para a

família e os amigos durante o tempo de lazer”, 46,67% respondeu “às vezes”, 26,67% “raramente” e 20% “muito pouco/nunca”.

Na escala do *burnout* relacionado com o cliente, a maior percentagem de respostas foi “assim assim/às vezes” (42,22%). Às questões: “acha difícil trabalhar com clientes”, 46,67% dos profissionais responderam “assim assim/às vezes” e 13,33% “bastante”; “acha frustrante trabalhar com clientes” 6,67% “muito” e “bastante”, e 46,67% responderam “assim assim/às vezes”; “trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia”, 46,67% responderam “pouco” e 6,67% “muito pouco”; “sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes”, 46,67% “assim assim”; “está cansado(a) de trabalhar com clientes”, também 46,67% respondeu “às vezes”; “alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes”, 26,67% refere “raramente” e 33,33% “nunca/quase nunca”.

Tabela 5 – Distribuição da pontuação dos níveis de *burnout* dos profissionais – antes da implementação da MCH

Itens CBI –PT	100		75		50		25		0	
	Sempre/ Muito		Bastante/ frequentemente		Assim assim/ às vezes		Pouco/ raramente		Muito pouco/ nunca/ quase nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Com que frequência se sente fatigado/a?	0	0,00	4	26,67	11	73,33	0	0,00	0	0,00
2- Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0	0,00	2	13,33	13	86,67	0	0,00	0	0,00
3- Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0	0,00	4	26,67	9	60,00	2	13,33	0	0,00
4- Com que frequência pensa: “eu não aguento mais isto”?	1	6,67	3	20,00	4	26,67	7	46,67	0	0,00
5- Com que frequência se sente fatigado/a?	0	0,00	4	26,67	7	46,67	4	26,67	0	0,00
6- Com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente?	0	0,00	1	6,67	4	26,67	7	46,67	3	20,00
Burnout Pessoal	1	1,11	18	20,00	48	53,33	20	22,22	0	3,33
1- O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	1	6,67	7	46,67	6	40,00	0	0,00	1	6,67
2-Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	1	6,67	2	13,33	10	66,67	1	6,67	1	6,67
3-O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	1	6,67	0	0,00	8	53,33	5	33,33	1	6,67
4-Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	0	0,00	2	13,33	11	73,33	2	13,33	0	0,00
5-Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0	0,00	4	26,67	5	33,33	5	33,33	1	6,67
6-Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	1	6,67	1	6,67	7	46,67	5	33,33	1	6,67
7-Tem energia para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	0	0,00	1	6,67	7	46,67	4	26,67	3	20,00
Burnout relacionado com o Trabalho	4	3,81	17	16,19	54	51,43	22	20,95	0	7,62
1-Acha difícil trabalhar com clientes?	1	6,67	2	13,33	7	46,67	3	20,00	2	13,33
2-Acha frustrante trabalhar com clientes?	1	6,67	1	0,00	7	46,67	4	26,67	2	6,67
3-Trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia?	1	6,67	0	0,00	6	40,00	6	46,67	1	6,67
4-Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes?	1	6,67	1	6,67	7	46,67	4	26,67	2	13,33
5-Está cansado(a) de trabalhar com clientes?	0	0,00	1	6,67	7	46,67	4	26,67	3	20,00
6-Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes?	0	0,00	2	13,33	4	26,67	4	26,67	5	33,33
Burnout relacionado com o Cliente	4	4,44	7	7,78	38	42,22	25	28,89,	1	16,67

Da observação da Tabela 6, após a implementação da MCH as maiores percentagens de respostas dos profissionais nas 3 escalas do *burnout* foram “pouco/raramente” e “muito pouco/nunca”; nomeadamente,

na escala do *burnout* pessoal e na escala do *burnout* relacionado com o trabalho, a maioria das respostas (53,33%, 51,43%) foram “raramente/pouco”, e na escala relacionada com o cliente a maior percentagem das respostas (51,11%) foi “muito pouco/quase nunca”.

Na escala do *burnout* pessoal nas questões: “com que frequência se sente fatigado/a” e “com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente” 73,33% dos profissionais responderam “raramente”; “com que frequência se sente cansado/a”, 60% “às vezes” e 33,33% “raramente”; a “com que frequência se sente fisicamente exausto/a” a maioria respondeu “raramente” (53,33%); “com que frequência se sente emocionalmente exausto(a) e “com que frequência pensa: eu não aguento mais isto”, 60% responderam raramente.

No *burnout* relacionado com a dimensão do trabalho 59,05% dos profissionais responderam “pouco” e 20% “muito pouco”. Às questões: “sente-se esgotado por causa do seu trabalho” e “tem energia para a família e os amigos durante o tempo de lazer”, a maioria respondeu “pouco” (66,67%); “o seu trabalho é emocionalmente desgastante”, “assim/assim” (53,33%), 40% “pouco” e 6,67% “muito pouco”; “o seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)” quase todos responderam negativamente (60% “pouco” e 33,33% “muito pouco”); “sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho”, 60% respondeu “raramente”; a “sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho” quase todos responderam negativamente (60% “raramente” e 33,33% “nunca/quase nunca”); “sente que cada hora de trabalho é cansativa para si”, 60% respondeu “raramente” e 26,67% “muito pouco”.

Na escala do *burnout* relacionado com o cliente após a implementação da MCH, a maioria dos profissionais não apresentou *burnout* nesta escala (40% “pouco/raramente” e 51,11 “muito pouco/nunca/quase nunca”). Nas questões: “acha difícil trabalhar com clientes”, 46,67 respondeu “pouco” e 33,33% “muito pouco”; “acha frustrante trabalhar com clientes”, a maioria respondeu negativamente (40% “pouco” e 53,33% “muito pouco”); “trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia”, 46,67% “pouco” e “muito pouco”; “sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes”, 33,33% “pouco” e 53,33% “muito pouco”; “está cansado(a) de trabalhar com clientes” 60% “nunca/quase nunca” e 33,33% “raramente”; “alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes” 60% “nunca/quase nunca” e 40% “raramente”.

Tabela 6 – Distribuição da pontuação dos níveis de *burnout* dos profissionais – após a implementação da MCH

Itens CBI –PT	100		75		50		25		0	
	Sempre/ Muito		Bastante/ frequentemente		Assim assim/ às vezes		Pouco/ raramente		Muito pouco/ nunca/ quase nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-Com que frequência se sente cansado/a?	0	0,00	0	0,00	9	60,00	5	33,33	1	6,67
2-Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0	0,00	0	0,00	6	40,00	8	53,33	1	6,67
3- Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0	0,00	0	0,00	5	33,33	9	60,00	1	6,67
4-Com que frequência pensa: “eu não aguento mais isto”?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	9	60,00	5	33,33
5-Com que frequência se sente fatigado/a?	0	0,00	0	0,00	2	13,33	11	73,33	2	13,33
6-Com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	11	73,33	3	20,00
Total Burnout Pessoal	0	0,00	0	0,00	24	26,67	53	58,89	1	14,44
1- O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	0	0,00	0	0,00	8	53,33	6	40,00	1	6,67
2-Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	0	0,00	0	0,00	4	26,67	10	66,67	1	6,67
3-O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	9	60,00	5	33,33
4-Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	0	0,00	0	0,00	5	33,33	9	60,00	1	6,67
5-Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	9	60,00	5	33,33
6-Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	0	0,00	1	6,67	1	6,67	9	60,00	4	26,67
7-Tem energia para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	10	66,67	4	26,67
Total Burnout relacionado com o Trabalho	0	0,00	1	0,95	21	20,00	62	59,05	0	20,00
1-Acha difícil trabalhar com clientes?	0	0,00	0	0,00	3	20,00	7	46,67	5	33,33
2-Acha frustrante trabalhar com clientes?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	6	40,00	8	53,33
3-Trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	7	46,67	7	46,67
4-Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes?	0	0,00	0	0,00	2	13,33	5	33,33	8	53,33
5-Está cansado(a) de trabalhar com clientes?	0	0,00	0	0,00	1	6,67	5	33,33	9	60,00
6-Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes?	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	40,00	9	60,00
Total Burnout relacionado com o Cliente	0	0,00	0	0,00	8	8,89	36	40,00	3	51,11

Relativamente aos valores médios do *burnout*, é possível observar na Tabela 7 que os mesmos reduziram após a implementação da MCH em todas as suas dimensões. A maior diferença verificada do primeiro para o segundo momento, foi no *burnout* pessoal, de 48,33 para 28,06. O profissional com o nível mais

baixo nesta escala antes da implementação da MCH apresentou uma pontuação média de 29,17 e o inquirido com o nível mais elevado uma pontuação média de 79,17. Após a implementação da MCH o profissional com o nível mais baixo de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação média de 0 e o que teve o nível mais elevado de 50,00.

Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho, a diminuição nas médias antes e após a implementação da MCH passou de 46,90 para 25,48. O nível mais baixo variou de 14,29 antes da implementação para 3,57 após a mesma; a pontuação mais elevada variou de 85,71 para 53,57.

Quanto ao *burnout* relacionado com o cliente a média obtida variou de 38,34 para 14,14, antes e após implementação da MCH, respetivamente. Estes dados evidenciam que os profissionais da amostra revelaram um baixo nível de *burnout* relacionado com o cliente. O nível mais baixo registado nesta escala foi 0, sendo que o profissional com o nível mais elevado variou entre 91,67 e 45,84.

Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto aos níveis médios do *burnout*

Escalas CBI	Antes					Após				
	N	Mn	Mx	Méd	SD	N	Mn	Mx	Méd	SD
<i>Burnout</i> Pessoal	15	29,17	79,17	48,33	12,87	15	0	50	28,06	11,18
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	15	14,29	85,71	46,90	17,33	15	3,57	53,57	25,48	11,98
<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	15	0	91,67	38,34	21,71	15	0	45,83	14,44	12,48

Ao analisar a Tabela 8 podemos verificar que a maioria dos profissionais inquiridos apresentaram baixos níveis de *burnout* nas três escalas do CBI em cada um dos dois momentos da recolha de dados. Todavia, notámos uma redução nas três dimensões do primeiro para o segundo. Os que apresentaram níveis mais elevados na escala pessoal antes da implementação da MCH reduziram os seus níveis de 46,67% (7) para 6,67% (1) após a mesma; os 40% (6) que apresentaram níveis elevados relacionados com o trabalho antes da implementação da MCH, obtiveram uma redução para 6,67% (1) após a mesma; e os que apresentaram elevados níveis na dimensão relacionada com o cliente, antes da implementação da MCH, obtiveram uma redução de 26,67% (4) para 0% no segundo momento após a formação.

Tabela 8- Níveis de *burnout* apresentados pelos profissionais – antes e após a implementação da MCH

CBI		Antes		Após	
		N	%	N	%
<i>Burnout</i> Pessoal	Baixo Nível	8	53,33	14	93,33
	Elevado Nível	7	46,67	1	6,67
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	Baixo Nível	9	60,00	14	93,33
	Elevado Nível	6	40,00	1	6,67
<i>Burnout</i> relacionado com o Cliente	Baixo Nível	10	66,67	15	100,00
	Elevado Nível	4	26,67	0	0,00

Com o propósito de averiguar diferenças significativas entre os níveis de *burnout* apresentados pelos profissionais, antes e após a implementação da MCH, foi realizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Na Tabela 9 registam-se diferenças significativas ($p < 0.05$) na generalidade dos itens, com exceção de “com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente” na dimensão pessoal.

Tabela 9- Diferenças entre os níveis de *burnout* apresentados pelos profissionais – antes e após a implementação da MCH

Itens CBI –PT	Resultados do teste de Wilcoxon	
	W	Pvalue
<i>Burnout</i> Pessoal		
1 - Com que frequência se sente cansado/a?	-3,051	0,002*
2 - Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	-3,207	0,001*
3 - Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	-2,739	0,006*
4 - Com que frequência pensa: “eu não aguento mais isto”?	-2,859	0,004*
5 - Com que frequência se sente fatigado/a?	-3,035	0,002*
6 - Com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente?	-1,387	0,166
Burnout relacionado com o Trabalho		
1 - O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	-3,116	0,002*
2 - Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	-2,968	0,003*
3 - O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	-2,952	0,003*
4 - Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	-3,051	0,002*
5 - Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	-2,859	0,004*
6 - Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	-2,972	0,003*
7 - Tem energia para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	-2,496	0,013*
Burnout relacionado com o Cliente		
1 -Acha difícil trabalhar com clientes?	-2,626	0,009*
2 - Acha frustrante trabalhar com clientes?	-3,09	0,002*
3 -Trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia?	-2,871	0,004*
4 -Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes?	-2,818	0,005*
5 -Está cansado(a) de trabalhar com clientes?	-3,276	0,001*
6 - Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá trabalhar com clientes?	-2,762	0,006*

*pvalue < 0.05

2.4 – Importância atribuída à SEPCH antes e após a implementação da MCH

A SEPCH é um instrumento de colheita de dados com questões que permitem avaliar os Procedimentos Cuidativos Humanidade e apresenta-se estruturado em 5 dimensões (Pré-Preliminares, Preliminares, *Rebouclage* Sensorial, consolidação Emocional e Reencontro).

Da análise dos resultados colhidos através da aplicação da SEPCH em dois momentos distintos - antes e após a implementação da MCH - verificámos que os profissionais lhe atribuíram mais importância após a implementação da MCH. No primeiro momento de avaliação através da grelha da SEPCH obtiveram-se os seguintes scores para cada dimensão: Pré-Preliminares - de 77,50%; Preliminares - 82,08%; *Rebouclage* Sensorial - 83,33%; Consolidação Emocional - 86,11%; e Reencontro - 83,33%.

No Gráfico 1 podemos observar que após a implementação da MCH se verifica, um aumento dos scores em todas as dimensões, sendo que a que registou maior evolução foi a dos Pré-Preliminares que passou de 77,50% para 94,72%.

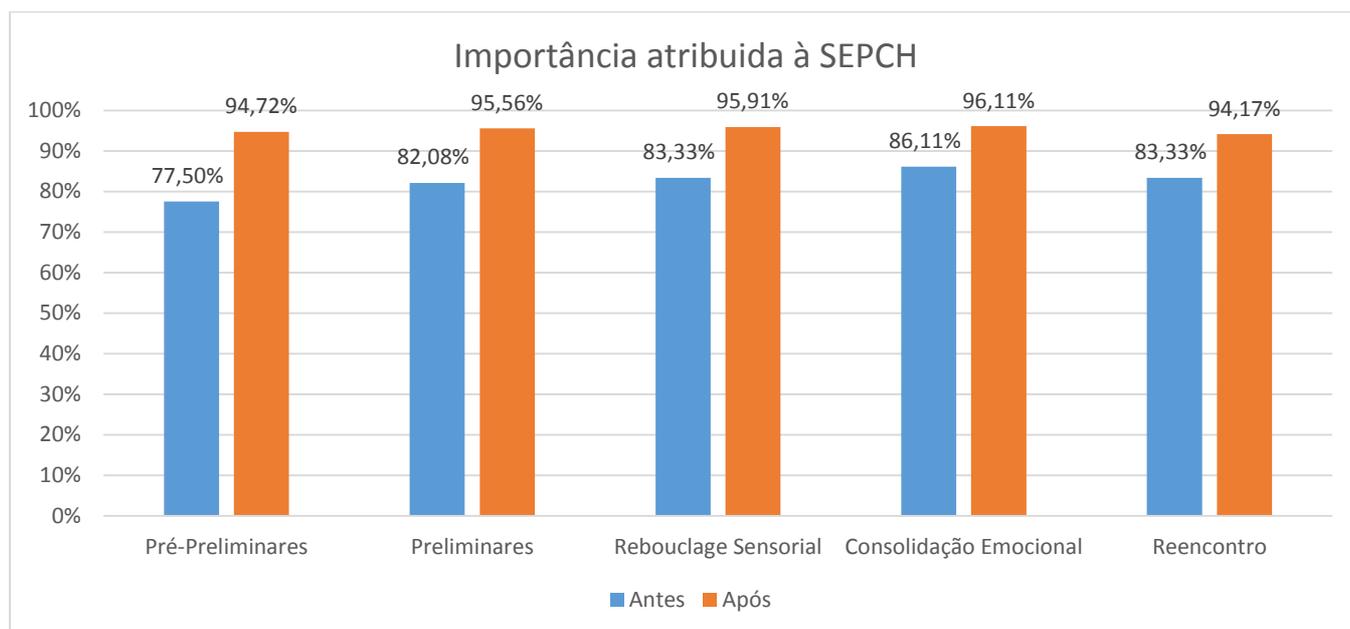


Gráfico 1 – Representação da importância atribuída à Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) – antes e após a implementação da MCH

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os níveis de importância atribuída à SEPCH, antes e após a implementação da MCH, foi realizado novamente o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas cujos resultados se apresentam na Tabela 10.

A dimensão Pré-preliminares na globalidade os itens apresenta diferenças significativas, exceto em “prepara o material para evitar interrupção da relação”.

Os itens da dimensão Preliminares, na sua globalidade, apresentam diferenças estatisticamente significativas exceto nos itens “ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo e progressivo)”, “apresenta-se à pessoa cuidada” e “diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)”.

Na dimensão preliminares, na sua globalidade, também, apresentam diferença estatisticamente significativa, exceto os itens da dimensão *Rebouclage* Sensorial “reforça positivamente os esforços de autocuidado”, “promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé, dar uns passos)”, “ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)”.

Na dimensão Consolidação Emocional, globalmente, os itens apresentam diferença estatisticamente significativa exceto “valoriza o encontro com a pessoa”. Na dimensão Reencontro o item “combina um novo encontro” apresenta diferenças significativas.

Tabela 10- Diferenças entre os níveis de importância atribuída à SEPCH – antes e após a implementação da MCH

Item	Descrição do Procedimento Cuidativo Humanidade Importância atribuída	teste de Wilcoxon	
		Valor obs est	Valor de prova p
Pré-preliminares			
1	Prepara o material para evitar interrupção da relação	-1,730	0,084
2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	-2,232	0,026*
3	Usa a técnica toc-toc	-2,598	0,009*
4	Espera por resposta	-2,178	0,029*
5	Se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	-3,066	0,002*
Preliminares			
6	Aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos	-2,070	0,038*
7	Ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	-1,730	0,084
8	Introduz a palavra em 3 segundos	-2,428	0,015*
9	Chama a pessoa pelo nome preferido e se identifica	-2,070	0,038*
10	Apresenta-se à pessoa cuidada	-1,394	0,163
11	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar)	-1,406	0,160
12	Entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível	-2,495	0,013*
13	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona social	-2,121	0,034*
14	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	-2,449	0,014*
15	Oferece um ato gratuito (ex: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado)	-2,585	0,010*
16	Espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal	-2,640	0,008*
17	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	-2,428	0,015*
Rebouclage Sensorial			
18	Usa pregas profissionais (ex: sem dedos em pinça, nem em garra)	-2,828	0,005*
19	Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	-2,121	0,034*
20	Usa um tom de voz calmo durante o cuidado	-2,333	0,020*
21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos	-2,264	0,024*
22	Anuncia cada gesto cuidadoso	-2,913	0,004*
23	Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso preditivo)	-1,999	0,046*
24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado	-1,725	0,084
25	Estimula de forma motora ou verbal	-2,333	0,020*
26	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, sorriso)	-2,121	0,034*
27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	-2,495	0,013*
28	Promove a verticalidade se possível (ex: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé, dar uns passos)	-1,134	0,257
29	Ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex: vestuário, adornos)	-1,890	0,059
Consolidação emocional			
30	Valoriza o encontro com a pessoa	-1,633	0,102
31	Agradece os esforços	-2,111	0,035*
32	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	-2,333	0,020*
Reencontro			
33	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 minutos)	-2,495	0,013*
34	Despede-se com amabilidade	-0,707	0,480

*pvalue < 0.05

2.5 – Percepção da realização na prática dos Procedimentos Cuidativos Humanidade antes e após a implementação da MCH

Ao analisarmos o Gráfico 2, podemos constatar que houve um aumento na percepção da realização após a implementação da MCH. Antes a percepção de realização, situou-se entre 63,61% na dimensão dos pré-preliminares e 73,33% na dimensão do reencontro; após a implementação da MCH, a percepção de realização situou-se entre 87,08% na dimensão dos preliminares e 92,78% na da consolidação emocional. A dimensão que registou uma variação positiva mais elevada após a implementação da MCH, foi a dos Pré-Preliminares cujo score passou de 63,61% para 87,78% registrando um aumento superior a 24%; seguida da *Rebouclage* Sensorial com um aumento de quase 22%; a dimensão do reencontro foi a que registou o crescimento menor, inferior a 17%.

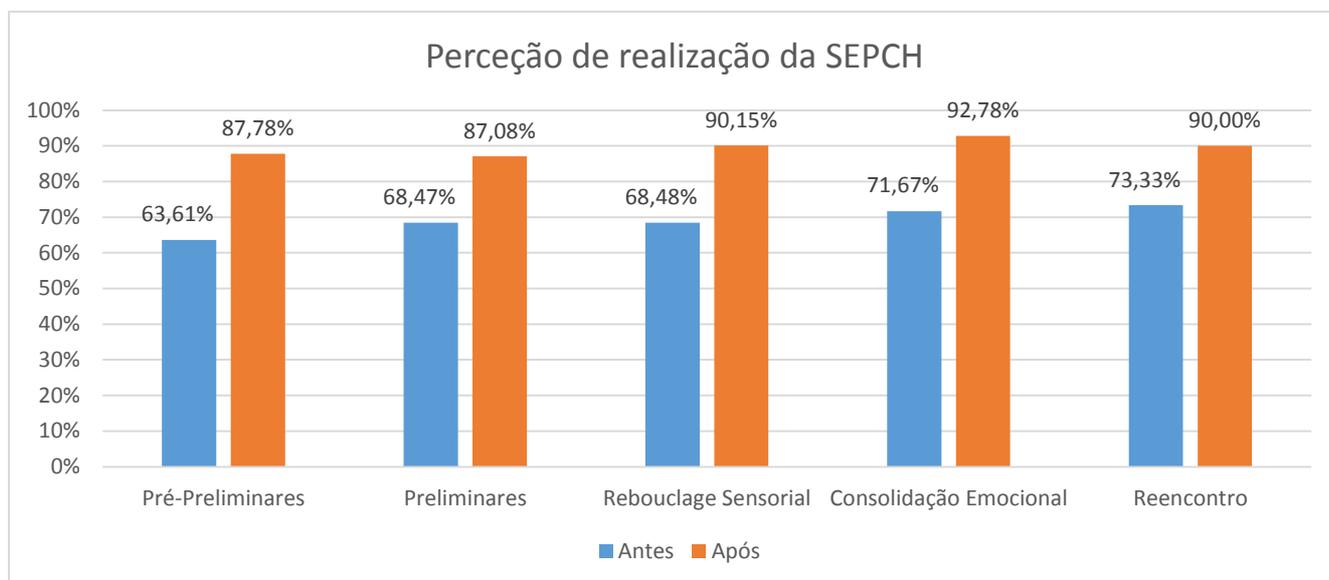


Gráfico 2 - Representação da percepção de realização da Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) – antes e após a implementação da MCH

Quanto à observação dos resultados obtidos na percepção de realização de cada item da SPECH, conforme Tabela 11, podemos observar que os itens que obtiveram menor percentagem de percepção de realização antes da implementação da MCH foram: 3 – “usa a técnica toc-toc” (56,67%); “se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama” (56,67%); e “mantém o toque pacificante (amplo e suave) (58,33%).

Através dos resultados após a implementação da MCH, observámos que os itens com menor percentagem de percepção de realização foram 4 – “entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível” (81,67%);

“espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal” (81,67%); “aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos” (83,33%); “introduz a palavra em 3 segundos” (83,33%).

Ao compararmos a percepção dos profissionais na realização de cada item/procedimento da SEPCH, antes e após a implementação da MCH, verificou-se uma melhoria em todos eles. O item “despede-se com amabilidade” foi o que evoluiu menos (81,67 - 88,33). Os que obtiveram melhores resultados foram: “usa a técnica do toc-toc” (56,67% para 90%); “anuncia cada gesto cuidadoso” (65% para 95%); “promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)” (65% para 93,33%); “se não há resposta entra no quarto calmamente e bate na barra da cama (56,67% para 85%).

Tabela 11 – Percepção de realização de cada procedimento da SEPCH quando cuida – antes e após implementação da MCH

Nº Item	Descrição do Procedimento Cuidativo Humanidade Percepção de realização	%	
		Antes	Após
Pré-preliminares			
1	Prepara o material para evitar interrupção da relação	71,67	91,67
2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	70,00	91,67
3	Usa a técnica toc-toc	56,67	90,00
4	Espera por resposta	58,33	85,00
5	Se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	56,67	85,00
Preliminares			
6	Aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos	68,33	83,33
7	Ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	68,33	85,00
8	Introduz a palavra em 3 segundos	65,00	83,33
9	Chama a pessoa pelo nome preferido e se identifica	76,67	95,00
10	Apresenta-se à pessoa cuidada	68,33	85,00
11	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	68,33	86,67
12	Entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível	73,33	81,67
13	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona social	70,00	88,33
14	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	70,00	91,67
15	Oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado)	65,00	88,33
16	Espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal	61,67	81,67
Rebouclage Sensorial			
18	Usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)	63,33	85,00
19	Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	58,33	85,00
20	Usa um tom de voz calmo durante o cuidado	71,67	88,33
21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos	63,33	88,33
22	Anuncia cada gesto cuidadoso	65,00	95,00
23	Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso preditivo)	65,00	90,00
24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado	75,00	95,00
25	Estimula de forma motora ou verbal	73,33	90,00
27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	70,00	91,67
28	Promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé)	65,00	93,33
29	Ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)	76,67	86,67
Consolidação emocional			
30	Valoriza o encontro com a pessoa	73,33	91,67
31	Agradece os esforços	71,67	90,00
32	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	70,00	96,67
Reencontro			
33	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 minutos)	65,00	91,67
34	Despede-se com amabilidade	81,67	88,33

Para melhor observarmos as diferenças de percepção de realização de cada procedimento da SEPCH, nos momentos antes e após, efetuamos o teste de Wilcoxon cujos resultados se apresentam na Tabela 12. A dimensão Pré-Preliminares apresenta diferenças significativas em todos os itens. Na dimensão Preliminares a sua globalidade apresenta diferença estatisticamente significativas, exceto nos itens “aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos”, “introduz a palavra em 3 segundos “, “entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível”. A dimensão *Rebouclage* Sensorial não apresenta diferenças significativas no item “ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)”. Na dimensão Consolidação Emocional todos os itens apresentam diferenças estatisticamente significativas. Na dimensão Reencontro o item “despede-se com amabilidade” não apresenta diferenças significativas.

Tabela 12 – Diferenças entre a percepção de realização da sequência estruturada de procedimentos cuidadosos – antes e após a implementação da MCH

Descrição do Procedimento Cuidativo Humanidade Percepção de Realização		teste de Wilcoxon	
		Valor obs est	Valor de prova p
Pré-preliminares			
1	Prepara o material para evitar interrupção da relação	-2,972	0,003*
2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	-2,565	0,010*
3	Usa a técnica toc-toc	-3,134	0,002*
4	Espera por resposta	-2,584	0,010*
5	Se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	-3,002	0,003*
Preliminares			
6	Aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos	-1,933	0,053
7	Ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	-2,233	0,026*
8	Introduz a palavra em 3 segundos	-1,848	0,065
9	Chama a pessoa pelo nome preferido e se identifica	-2,326	0,020*
10	Apresenta-se à pessoa cuidada	-2,887	0,004*
11	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	-2,653	0,008*
12	Entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível	-1,387	0,166
13	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona social	-2,495	0,013*
14	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	-2,696	0,007*
15	Oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado)	-2,581	0,010*
16	Espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal	-2,546	0,011*
17	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	-2,565	0,010*
Rebouclage Sensorial			
18	Usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)	-2,285	0,022*
19	Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	-2,801	0,005*
20	Usa um tom de voz calmo durante o cuidado	-2,308	0,021*
21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos	-2,803	0,005*
22	Anuncia cada gesto cuidadoso	-3,14	0,002*
23	Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso preditivo)	-2,425	0,015*
24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado	-2,489	0,013*
25	Estimula de forma motora ou verbal	-2,496	0,013*
26	Está atento às respostas emocionais (ex.: tensão muscular, olhar, sorriso)	-2,517	0,012*
27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	-2,437	0,015*
28	Promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé)	-2,804	0,005*
29	Ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)	-1,613	0,107
Consolidação emocional			
30	Valoriza o encontro com a pessoa	-2,235	0,025*
31	Agradece os esforços	-2,138	0,033*
32	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	-2,722	0,006*
Reencontro			
33	Combina um novo encontro (ex.: venho ter consigo daqui a 20 minutos)	-2,347	0,019*
34	Despede-se com amabilidade	-0,741	0,458

*valor de prova p < 0.05

2.6 – Discrepância entre a importância atribuída e a percepção da realização da SEPCH antes da implementação da MCH

Ao analisarmos o Gráfico 3, que diz respeito à comparação entre a importância atribuída e a percepção de realização da SEPCH, antes da implementação da MCH, podemos reparar na presença de uma grande aceitação e valorização por parte dos profissionais para todas as dimensões da SEPCH, contudo, os dados

também permitem observar que existe discrepância entre a importância atribuída e a percepção da realização. A importância atribuída obteve scores entre 77,5% e 86,11% e a percepção da realização entre 63,61% e 73,33%, sendo que a importância atribuída é sempre superior à percepção da realização em todas as dimensões (Pré-Preliminares, Preliminares, *Rebouclage* Sensorial, Consolidação Emocional e Reencontro).

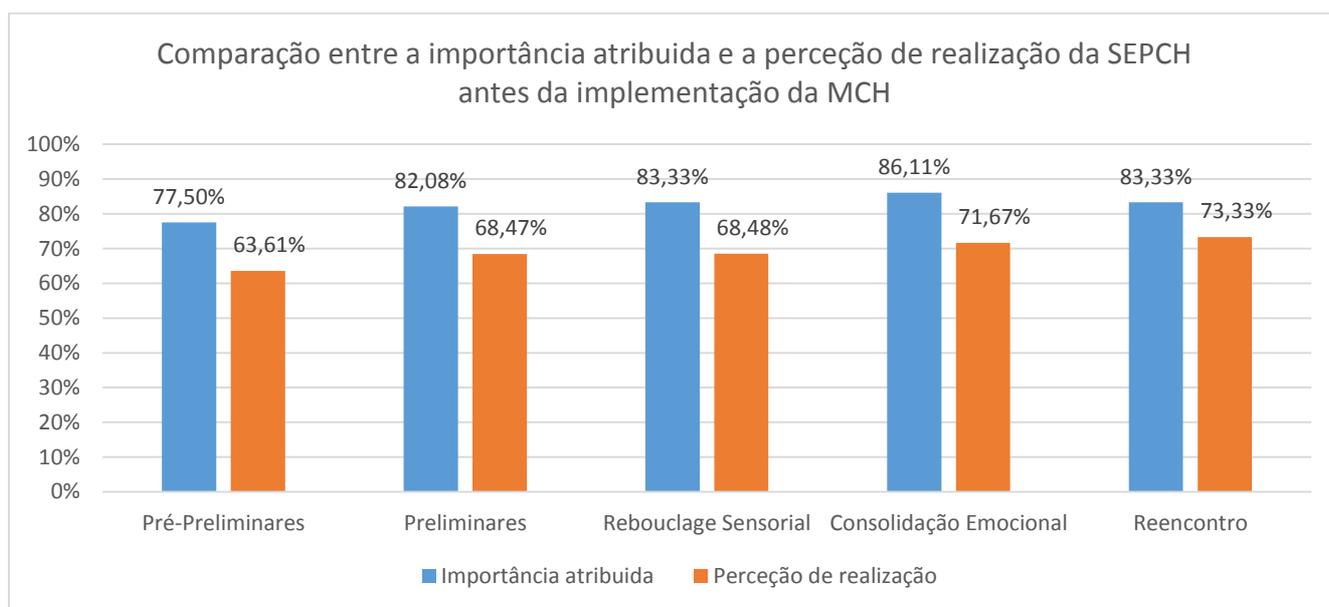


Gráfico 3 - Comparação entre a importância atribuída e a percepção de realização da Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) – antes da implementação da MCH

A fim de se examinarem as diferenças entre a importância atribuída e a percepção da realização da SEPCH, antes da implementação da MCH, efetuamos o teste de Wilcoxon cujos resultados se apresentam na Tabela 13.

Na dimensão Pré-preliminares os itens “prepara o material para evitar interrupção da relação,” “usa a técnica toc-toc” e “espera por resposta” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão Preliminares os itens “aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos”, “apresenta-se à pessoa cuidada”, “diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)”, “oferece a mão ou inicia o toque numa zona social”, “usa um tom de voz calmo, melodioso e suave”, “oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado, elogia...)”, “espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão *Rebouclage* Sensorial os itens “usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)”, “mantem o toque pacificante (amplo e suave)”, “usa um tom de voz calmo durante o cuidado”, “pede à pessoa para iniciar os gestos cuidados”, “descreve todos os gestos cuidados (discurso preditivo)”, “reforça positivamente os esforços de autocuidado”, “está atento às respostas emocionais

(ex.: tensão muscular, olhar, sorriso)”, “promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé, dar uns passos)” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão Consolidação Emocional os itens “valoriza o encontro com a pessoa” e “reforça positivamente os benefícios do cuidado” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão Reencontro o item “combina um novo encontro (ex.: venho ter consigo daqui a 20 minutos)” apresenta diferença significativa.

Tabela 13 – Diferenças entre a importância atribuída versus a percepção de realização da SEPCH – antes da implementação da MCH

Item	Descrição do Procedimento Cuidativo Humanidade Importância vs Realização	teste de Wilcoxon	
		Valor obs est	Valor de prova p
Pré-preliminares			
1	Prepara o material para evitar interrupção da relação	-2,111	0,035*
2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	-1,897	0,058
3	Usa a técnica toc toc	-3,051	0,002*
4	Espera por resposta	-2,598	0,009*
5	Se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	-1,706	0,088
Preliminares			
6	Aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos	-2,126	0,033*
7	Ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	-1,897	0,058
8	Introduz a palavra em 3 segundos	-1,459	0,145
9	Chama a pessoa pelo nome preferido e se identifica	-1,725	0,084
10	Apresenta-se à pessoa cuidada	-2,495	0,013*
11	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar)	-1,996	0,046*
12	Entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível	-0,333	0,739
13	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona social	-2,309	0,021*
14	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	-2,496	0,013*
15	Oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado)	-2,530	0,011*
16	Espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal	-2,652	0,008*
17	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	-1,667	0,096
Reboulage Sensorial			
18	Usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)	-2,235	0,025*
19	Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	-2,850	0,004*
20	Usa um tom de voz calmo durante o cuidado	-3,000	0,003*
21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos	-2,080	0,038*
22	Anuncia cada gesto cuidadoso	-1,318	0,187
23	Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso preditivo)	-2,251	0,024*
24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado	-2,121	0,034*
25	Estimula de forma motora ou verbal	-1,930	0,054
26	Está atento às respostas emocionais (ex.: tensão muscular, olhar, sorriso)	-1,994	0,046*
27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	-0,962	0,336
28	Promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé)	-2,714	0,007*
29	Ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)	-1,667	0,096
Consolidação emocional			
30	Valoriza o encontro com a pessoa	-2,714	0,007*
31	Agradece os esforços	-1,725	0,084
32	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	-2,226	0,026*
Reencontro			
33	Combina um novo encontro (ex.: venho ter consigo daqui a 20 minutos)	-2,070	0,038*
34	Despede-se com amabilidade	-1,414	0,157

*valor de prova p < 0.05

2.7 - Discrepância entre a importância atribuída e a percepção da realização da SEPCH após a implementação da MCH

Relativamente aos resultados obtidos após a implementação da MCH podemos reparar pela observação do gráfico 4, que os valores que correspondem à importância atribuída são ligeiramente superiores aos da percepção da realização, contudo muito próximos uns dos outros. As percentagens da importância atribuída variam entre 94,17% e 96,11% e a percepção de realização entre 87,08% e 92,78%.

Na *Rebouclage* Sensorial podemos verificar que a importância atribuída e a percepção da realização na prática se encontram acima dos 90%, sendo que na percepção de realização é ligeiramente mais baixo. Todavia, após a implementação, a discrepância entre a importância atribuída e a percepção da realização é menor.

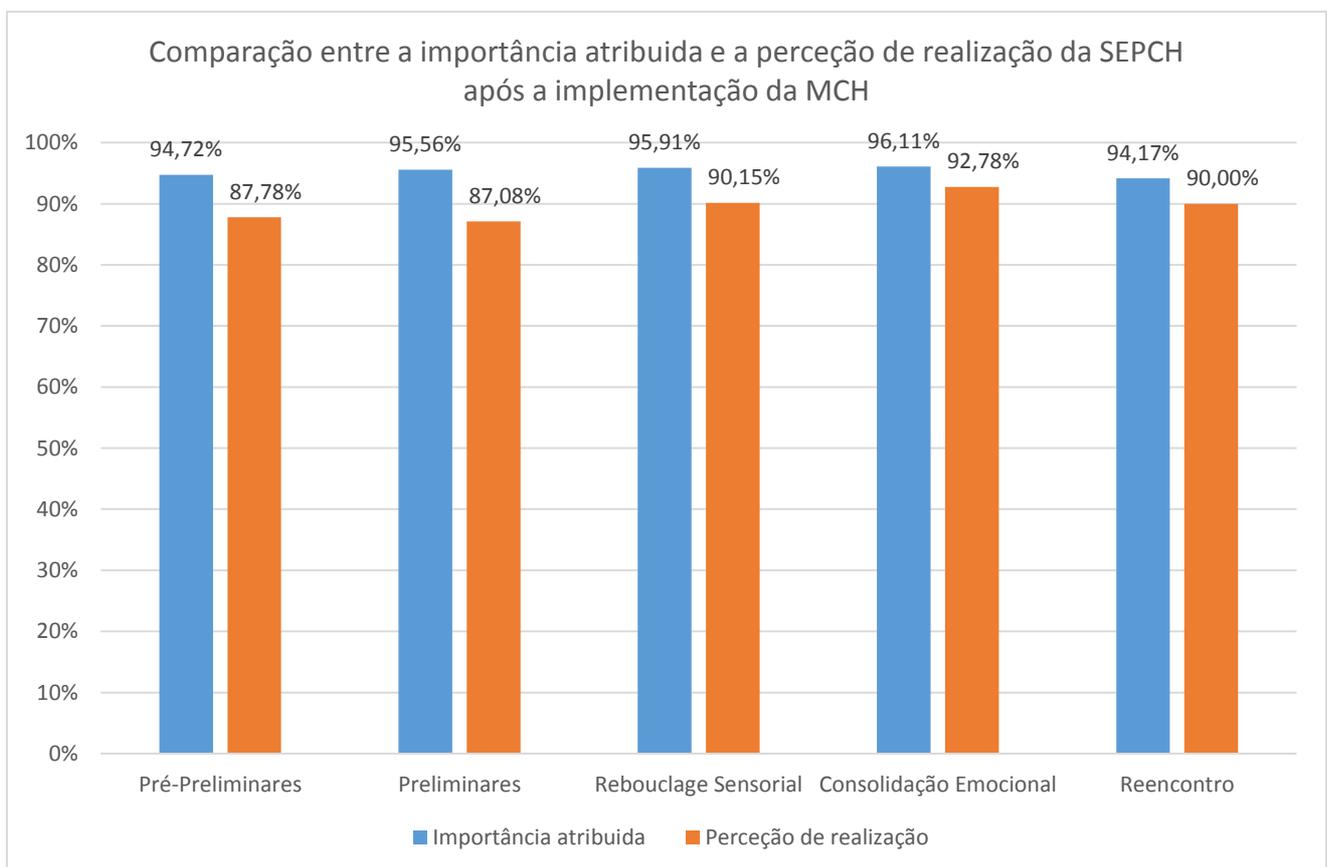


Gráfico 4 - Diferenças entre a importância atribuída versus a percepção de realização da SEPCH – após implementação da MCH

Para estudarmos as diferenças entre a importância atribuída e a percepção da realização da SEPCH após a implementação da MCH, efetuamos o teste de Wilcoxon cujos resultados se apresentam na Tabela 14.

Na dimensão Pré-preliminares os itens “bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou compartilhado” e “se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão Preliminares os itens “aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos”, “entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível”, “oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado, elogia...)” e “espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal” apresentam diferenças significativas.

Na dimensão *Rebouclage* Sensorial os itens “usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)”, “mantém o toque pacificante (amplo e suave)”, “usa um tom de voz calmo durante o cuidado” e “estimula de forma motora ou verbal” apresentam diferenças significativas.

Nenhum item das dimensões Consolidação Emocional e Reencontro apresenta diferenças significativas.

Tabela 14 - Diferenças entre a importância atribuída versus a percepção de realização da SEPCH – após implementação da MCH

Item	Descrição do Procedimento Cuidativo Humanidade Importância vs percepção de Realização	teste de Wilcoxon	
		Valor obs est	Valor de prova p
Pré-preliminares			
1	Prepara o material para evitar interrupção da relação	-0,378	0,705
2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	-2,000	0,046*
3	Usa a técnica toc-toc	-1,265	0,206
4	Espera por resposta	-1,508	0,132
5	Se não há resposta, entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	-2,236	0,025*
Preliminares			
6	Aborda a pessoa de frente, olhos nos olhos	-2,121	0,034*
7	Ajusta o olhar (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	-1,667	0,096
8	Introduz a palavra em 3 segundos	-1,897	0,058
9	Chama a pessoa pelo nome preferido e se identifica	-1,732	0,083
10	Apresenta-se à pessoa cuidada	-1,897	0,058
11	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex.: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	-1,414	0,157
12	Entra no espaço íntimo da pessoa assim que possível	-2,111	0,035*
13	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona social	-1,342	0,180
14	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	-0,816	0,414
15	Oferece um ato gratuito (ex.: conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado)	-2,449	0,014*
16	Espera pelo consentimento relacional verbal ou não verbal	-2,887	0,004*
17	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	-1,000	0,317
Rebouclage Sensorial			
18	Usa pregas profissionais (ex.: sem dedos em pinça, nem em garra)	-2,333	0,020*
19	Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	-2,333	0,020*
20	Usa um tom de voz calmo durante o cuidado	-2,121	0,034*
21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos	-1,897	0,058
22	Anuncia cada gesto cuidadoso	-0,447	0,655
23	Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso preditivo)	-0,577	0,564
24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado	-1,000	0,317
25	Estimula de forma motora ou verbal	-2,236	0,025*
26	Está atento às respostas emocionais (ex.: tensão muscular, olhar, sorriso)	-1,134	0,257
27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	-0,816	0,414
28	Promove a verticalidade se possível (ex.: erguer o tronco, sentar na cama, colocar de pé, dar uns passos)	-0,378	0,705
29	Ajuda a cuidar da aparência tendo em conta o seu gosto pessoal (ex.: vestuário, adornos)	-1,633	0,102
Consolidação Emocional			
30	Valoriza o encontro com a pessoa	-0,816	0,414
31	Agradece os esforços	-1,134	0,257
32	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	-1,000	0,317
Reencontro			
33	Combina um novo encontro (ex.: venho ter consigo daqui a 20 minutos)	-0,816	0,414
34	Despede-se com amabilidade	-1,000	0,317

*valor de prova $p < 0.05$

Para avaliar a associação entre a percepção de realização da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade, as dificuldades na prestação dos cuidados e o *burnout*, antes da implementação da MCH, foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Kendall, cujos resultados se apresentam na Tabela 15. Observa-se uma associação significativa entre *burnout* trabalho e a percepção de realização

da SEPCH. Verifica-se uma associação significativa entre *burnout* cliente e as dificuldades na prestação dos cuidados.

Tabela 15 – Associação entre a percepção de realização da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade, as dificuldades na prestação dos cuidados e o *burnout* – antes da implementação da MCH

Kendall's tau		Realização SEPCH_ Antes	Dificuldade Antes
Pontuação <i>Burnout</i> Pessoal Antes	Correlation Coefficient	0,201	0,056
	Sig. (2-tailed)	0,331	0,792
Pontuação <i>Burnout</i> Trabalho Antes	Correlation Coefficient	,402*	-0,251
	Sig. (2-tailed)	0,048	0,23
Pontuação <i>Burnout</i> Cliente Antes	Correlation Coefficient	0,266	-,454*
	Sig. (2-tailed)	0,189	0,029

*valor de prova $p < 0.05$

Na Tabela 16 analisam-se as associações entre a percepção de realização da SEPCH e as dificuldades na prestação dos cuidados com cada uma das três dimensões de *burnout* pessoal, trabalho e cliente após a implementação da MCH, não se verificando associações significativas.

Tabela 16 – Associação entre a percepção de realização da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade, as dificuldades na prestação dos cuidados e o *burnout* – após a implementação da MCH

Kendall's tau		Realização SEPCH Após	Dificuldade Após
Pontuação <i>Burnout</i> Pessoal Após	Correlation Coefficient	0,152	-0,013
	Sig. (2-tailed)	0,469	0,955
Pontuação <i>Burnout</i> Trabalho Após	Correlation Coefficient	-0,063	-0,222
	Sig. (2-tailed)	0,76	0,318
Pontuação <i>Burnout</i> Cliente Após	Correlation Coefficient	-0,054	-0,14
	Sig. (2-tailed)	0,797	0,537

Capítulo 3 – Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos resultados passamos à fase seguinte que consiste na sua interpretação e discussão, fazendo comparação com outros estudos.

Por se tratar de um estudo longitudinal é aconselhada prudência na generalização dos resultados, uma vez que as condições de realização podem não ser constantes e aguarda-se que todos os intervenientes progridam continuamente nos seus conhecimentos, práticas e comportamentos, considerando que o contexto vai recebendo ao longo do tempo a influência de variáveis internas e externas.

A amostra constituída pelos profissionais que aderiram ao estudo é do género feminino, o que corresponde ao padrão profissional que, conforme (Collière, 1999; Ribeiro *et al.*, 2008), os cuidados que suportam a vida se encontram ligados fundamentalmente à mulher, normalmente mais vulnerável, em relação ao homem, a estados de *burnout* (Malash *et al.*, 2001).

Trata-se de uma equipa multiprofissional constituída por ajudantes de lar, auxiliares dos serviços gerais, rececionista, enfermeiro(a), psicólogo(a) e diretora técnica, o que está de acordo com os normativos legais destas instituições (Portaria nº 67/2012). É uma equipa jovem com uma idade média de 36,9 anos num intervalo de idades compreendido entre os 24 e os 59 anos, composta por profissionais com vários anos de experiência profissional e outros no início das funções cuidativas. Para Maslach *et al.* (2001) a idade é um fator que tem influência no *burnout*, considerando que o grupo dos mais jovens se encontra sujeito a maior vulnerabilidade provavelmente por possuírem um menor aporte de experiência em relação aos seus colegas mais velhos os quais se podem sentir mais seguros na execução das tarefas. Os cuidadores que se encontram a meio da carreira profissional geralmente também apresentam, segundo Malach *et al.* (2001), uma maior suscetibilidade ao *burnout* por lentamente irem vendo as suas reservas emocionais esgotadas. No que diz respeito à situação contratual, a maioria pertence ao quadro efetivo, o que será facilitador de, à partida, se poder sentir mais seguro e protegido da doença em relação aos colegas com situação de vínculo precário (França *et al.*, 2012). Relativamente às habilitações literárias, tal como corroborado por outros estudos, a maior parte dos profissionais não possui formação especializada (Kuske *et al.*, 2007; Pinheira & Beringuilho, 2017; Carneiro, *et al.*, 2009; Ribeiro, *et al.*, 2008; Ron & Lowenstein, 2002; Sousa, 2011).

Quanto às principais dificuldades sentidas pelo grupo na interação e na prestação de cuidados, verificou-se uma redução em todas as dificuldades estudadas após a formação, com diferença estatisticamente significativa na “comunicação com pessoas confusas, agitadas, desorientadas e agressivas”, “comunicar com pessoas que não comunicam verbalmente” e “prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados”,

resultados que confirmam trabalhos anteriores com resultados semelhantes (Melo, *et al.*, 2017; Fernandes, 2017; Melo, Oliveira, Bogalho Costa & Henriques, 2019). Gineste e Pellissier (2008) associam esta dificuldade aos constrangimentos provenientes do déficit de competências relacionais. Segundo Fauth *et al.* (2016, como citado em Melo, 2017) quando a pessoa com demência é confrontada com algo que não consegue compreender, pode resistir aos cuidados recusando-os e apresentar alterações de comportamento por não ser capaz de se expressar de forma compreensível. A rejeição, implicando desconforto à própria pessoa e ao cuidador, está muitas vezes associada à forma inadequada como a abordagem, verbal e não-verbal, é feita (Phaneuf, 2010, Henriques *et al.*, 2019).

Nas dificuldades “prestação de cuidados à pessoa em fase terminal” e “prestação de cuidados de higiene”, após MCH, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que poderá estar relacionado com a desvalorização destes momentos, apesar da sua importância e significado para a pessoa cuidada. Os cuidados de higiene são, muito frequentemente, perspetivados como instrumentais, focados e centrados na tarefa, o que condiciona a pessoa, ser multidimensional com uma história e reportório de significados na sua construção, a mero objeto recetor de assistência que pode ser sentida como invasiva e desrespeitadora da sua vontade (Melo *et al.*, 2017). Trata-se de uma forma de cuidar que não protege a sua integridade por não ter em linha de conta o momento como recurso importante para promover a relação e a sua participação e autonomia (Melo *et al.*, 2017). Além disso, para os profissionais, o seu ambiente de trabalho habitualmente é ferido de insegurança e angústia por conta da proximidade com pessoas em sofrimento e às vezes em fase terminal. A fim de se protegerem, desenvolvem estratégias de afastamento nas situações mais difíceis (Carvalho, 2013), tais como, abreviar o tempo despendido com as pessoas doentes. A MCH tem-se demonstrado eficaz na resolução destas dificuldades, por facilitar a construção da relação, através dos pilares relacionais que facilitam a abordagem inicial e o desenvolvimento do cuidado até à sua finalização e marcação do reencontro (Gineste & Pellissier, 2008).

Na observação dos resultados, verificou-se que a maior parte dos cuidadores valorizaram os procedimentos cuidativos atribuindo-lhe grande importância na prática profissional, com um aumento global da mesma após a implementação, de acordo estudos anteriores que atribuem elevada importância à SEPCH (Simões *et al.*, 2012; Henriques, 2017).

Quanto à sua perceção de realização, observou-se também neste caso um aumento global, todavia com discrepância entre a importância atribuída e a perceção de realização em todos os itens da SEPCH, tal como registado anteriormente por Simões (2012) e Henriques (2017), o que chama a atenção para a necessidade de se continuar a investir na capacitação dos profissionais para a reflexão continuada sobre a forma como habitualmente desenvolvem os cuidados, melhorando a sua maestria nas abordagens e na

aplicação das técnicas cuidativas da MCH. De salientar que na percepção de realização da SEPCH se verificou uma diferença estatisticamente significativa em todos os itens dos Pré-preliminares entre o “antes” e o “após” MCH. Esta evolução demonstra que internalizaram a importância da aplicação, na prática, destes procedimentos. Na marcação do Reencontro (na despedida) não se verificou diferença estatisticamente significativa, evidenciando que este item ainda não ficou consolidado, podendo ainda levarem a pessoa a sentir-se abandonada no fim do cuidado (Simões, *et al.*, 2012; Henriques, 2017), pelo que se torna importante consciencializa-los para a importância deste momento.

Quando examinadas as diferenças na percepção da prestação dos cuidados entre o momento antes e após relativamente ao nível de satisfação atribuído e às condições oferecidas para o efeito, verificou-se uma evolução positiva estatisticamente significativa. Revelaram melhorias em bem-estar e saúde física e psicológica, tendo as baixas médicas e o abandono da profissão diminuído. Estes resultados poderão estar relacionados com a intencionalidade que passaram a colocar na interação, potencialmente geradora de ambientes facilitadores à prestação dos cuidados, conforme outros estudos que demonstraram a aptidão da MCH para a melhoria das relações interpessoais (Figueiredo, *et al.*, 2018).

Nas escalas tridimensionais do *burnout*, os dados também revelam uma diminuição da sintomatologia em todos os níveis (pessoal, trabalho e cliente). O item com menor resultado observado foi “com que frequência se sente frágil e suscetível de ficar doente” (escala pessoal). Todos os outros registaram uma diminuição estatisticamente significativa no final da implementação da MCH. Estudos semelhantes indicam que a formação que responde às efetivas necessidades dos cuidadores amplia os saberes, saber-fazer e saber-estar/ser influenciando diretamente o seu comportamento com atitudes e motivações que retroalimentam sentimentos de satisfação auto-percebida que se traduz em melhores cuidados – fatores que protegem a saúde e bem-estar dos cuidadores e das pessoas que são cuidadas (Hannan *et al.*, 2001). Segundo Thieleman & Cacciatore (2014), a promoção de competências profissionais tem efeitos positivos na motivação dos cuidadores tornando-os menos expostos a estados de *burnout*.

A MCH oferece uma abordagem que se realiza ao longo do tempo, o que, segundo a literatura é mais eficaz na redução do *burnout* em relação aos programas mais curtos (Rowe, 2000). A sua implementação envolve todos os elementos que operam e/ou influenciam o universo institucional, desde os líderes formais e informais, a direção administrativa e a direção técnica aos clientes e os seus familiares. O foco, usualmente centrado na tarefa, é transferido para a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada prevenindo ou reduzindo as SPCD's. O seu processo de implementação é dialético e conta com mecanismos de apoio e regulação tais como um grupo de apoio, consultadoria e investigação-ação que alimenta e mantém o eixo orientador para a prestação de cuidados humanizados, prevenindo os habituais riscos de entropia

(pelo afastamento da visão, princípios e valores) e a consequente necessidade de mecanismos de retroação que implicam custos acrescidos para as organizações (Tavares, 2019).

Relativamente ao impacto da MCH na redução do *burnout*, pudemos observar efetividade em todas as escalas com particular relevância para as dimensões relacionadas com o trabalho e com o cliente. Os resultados conseguidos também vão ao encontro do que vem sendo defendido por diversos autores no que concerne aos benefícios da formação para o desenvolvimento de competências e autonomia nos cuidadores e a redução das dificuldades que, normalmente, os afligem no trabalho (Abalo & Roger, 1998; Dierendonck, *et al.*, 1998; Murta, 2007; Salanova, 2008; Awa, Plaumann, & Walter, 2010; Soares & Rocha, 2010; Gunasingam, *et al.*, 2015). A MCH demonstrou impacto positivo nas motivações, nos profissionais, favoráveis à qualidade dos cuidados que por sua vez alimentam sentimentos de auto-eficácia e realização que são protetores da sua saúde, conforme outros estudos (Hannan *et al.*, 2001; Ridge, 2005).

Poderemos concluir que a MCH permitiu o desenvolvimento de interações mais humanizadas com reflexos positivos nos processos cuidativos e ganhos na saúde dos profissionais. O cumprimento da SPECH tornou os cuidados mais apazíveis, por isso, capaz de proteger os cuidadores de situações de stress e exaustão emocional, na execução de cuidados despersonalizados, e *burnou*. A SEPCH, apesar de se destinar aos cuidados em geral (Phaneuf, 2007), dirige-se, essencialmente, a pessoas dependentes e vulneráveis com declínios mnésicos e/ou demências (Gineste & Pellissier, 2008) e situação crítica/paliativa (Rappo, 2007). Cuidar com humanismo é um dever ético e universal que implica crescimento pessoal e elevado nível de competências técnicas e relacionais, em conformidade com o primado da dignidade humana (Vielva, 2012). O cuidado Humanidade reverte em benefício emocional, psicológico e físico para todos os intervenientes do universo cuidativo. Esta conceção vai ao encontro do que vem sendo defendido por diversos autores que atribuem elevada importância a programas de formação que integrem informação e suporte emocional, considerando-os os mais adequados para a melhoria das competências dos cuidadores e da qualidade de vida das pessoas que recebem os cuidados. A sua metodologia foca o ambiente institucional e abrange desde o centro operacional, espaço de vida nuclear de toda a estrutura, aos seus níveis de gestão mais distantes. Trata-se, efetivamente, de uma ferramenta metodológica importante para a emancipação dos profissionais de cuidados (Melo *et al.*, 2019).

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Uma vez finalizado este trabalho, algumas reflexões poderão ser lançadas em torno do que se desenvolveu e poderá interessar para estudos futuros, nomeadamente, as limitações e o seu contributo para a prática cuidativa.

A primeira parte destinou-se à construção de um enquadramento teórico chamando a atenção para as dificuldades dos cuidadores formais, associadas às especificidades das abordagens cuidativas a pessoas idosas com patologias comportamentais e psicológicas das demências, e para o tema do *burnout* bem como a sua importância no contexto laboral contemporâneo. Esta contextualização contribuiu de forma decisiva para a delimitação do estudo em causa e uma melhor definição dos objetivos. O mesmo teve por base o aprofundamento dos dados disponíveis na literatura relativos à síndrome de *burnout* considerando, particularmente, o seu impacto nos profissionais de cuidados a pessoas idosas. Assim, foi fundamental compreender diversos conteúdos relativos à síndrome, tais como as implicações do ato de cuidar, as várias definições disponíveis e seus fatores causais, consequências e principais sintomas. Para além disso, foi de igual modo importante saber de que forma se poderá prevenir e intervir na patologia. A pesquisa sobre a Metodologia de Cuidado Humanidade pretendeu uma melhor compreensão desta ferramenta cuidativa, a forma de a implementar nas unidades de cuidados e a importância do envolvimento de toda a equipa interdisciplinar e dos líderes institucionais durante o processo de implementação.

Os objetivos traçados inicialmente foram alcançados tendo sido possível identificar as dificuldades cuidativas, nomeadamente: a prestação de cuidados a pessoas com agitação e oposição aos cuidados, e comunicar com pessoas que não comunicam verbalmente, tendo-se verificado que os procedimentos cuidativos Humanidade contribuíram para a redução das suas dificuldades, tendo-se revelado facilitadores da prestação de cuidados.

Verificou-se uma valorização pelos profissionais aos itens da SEPCH que evoluíram para níveis mais elevados após a formação denotando-se uma maior consciencialização e prática, podendo-se inferir que se revêm nas suas indicações metodológicas. No entanto, percebemos que revelam discrepância entre a importância atribuída à globalidade dos procedimentos e a perceção da sua realização na prática.

Verificou-se uma redução nos níveis de *burnout* nas três escalas do CBI após a implementação. Este facto pode dever-se à forma como a MCH é implementada operando uma mudança na cultura organizacional que passa a transferir a centralidade da tarefa para a interação dando intencionalidade à relação com a pessoa cuidada.

O conjunto de dados alcançados vai ao encontro do já preconizado por outros autores, que defendem que os programas de formação que integram a informação técnica com o suporte emocional, são os mais eficazes para a capacitação, autonomia e *engagement* dos cuidadores, o que também se reflete positivamente na qualidade dos cuidados e no bem-estar dos cuidadores. Com efeito, orientando os profissionais nas formas de se conceber e desenvolver o trabalho, a MCH neste estudo, demonstrou contribuir para a redução dos seus níveis de *burnout*.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Ao interpretarmos os dados não nos podemos esquecer que este estudo tem limitações e por isso os resultados observados terão sempre que ser interpretados com alguma cautela.

Importa observar que os dados obtidos dizem respeito a uma instituição específica, não se pretendendo por isso generaliza-los a todas as instituições semelhantes. Além disso, a amostra teve um reduzido número de participantes pelo que seria benéfica a replicação do estudo noutros contextos, pois não sabemos se os profissionais que participaram o fizeram por serem os que se encontravam mais satisfeitos com o trabalho. É possível que os menos motivados tenham sentido algum constrangimento ao responder ao questionário, afigurando-se-lhes mais fácil falar dos sentimentos externos do que das suas fragilidades. Assim, a principal limitação do trabalho prende-se com a frágil representatividade da amostra relativamente à população em estudo. Outra limitação diz respeito ao instrumento utilizado para medir o *burnout*. Trata-se de uma escala de likert que por ser de autopreenchimento pode gerar alguns erros, uma vez que apresenta várias opções passíveis de serem interpretadas de diferentes formas. Também se poderia ter ido um pouco mais longe se se tivesse usado outro tipo de instrumentos que permitissem estabelecer possíveis relações com os níveis de *burnout* evidenciados. Nomeadamente instrumentos que permitissem mensurar o suporte social, pois, tal como verificado na literatura, esta dimensão pode influenciar o *burnout*. No entanto, devido a vários constrangimentos, como tempo e burocracias, tivemos que optar pela utilização de um instrumento que mede somente o *burnout*, ainda que a três níveis distintos (pessoal, trabalho e cliente).

Também consideramos, que para avaliar com maior precisão a evolução dos profissionais nas práticas cuidativas e os níveis de *burnout*, seria importante realizarem-se, longitudinalmente num período mais longo, outros momentos de colheita e observação de dados. No entanto, tendo em conta o tempo disponível para o desenvolvimento da dissertação, não foi possível incluir outras instituições.

Este é o primeiro trabalho realizado a fim de se estudar o impacto da implementação da MCH no *burnout* dos cuidadores formais, pelo que será interessante desenvolverem-se outros trabalhos em universos com as mesmas características.

Gostaríamos de ter podido relacionar as variáveis sociodemográficas com a importância atribuída à SPECH, a perceção da realização e o *burnout*, no entanto, as condições da amostra não nos permitiriam a obtenção de resultados seguros. Um estudo qualitativo através da utilização da técnica da entrevista (semiestruturada) também seria importante, pois esta tipologia viabilizaria estudar o fenómeno de forma mais fina e apurada permitindo ao entrevistador esclarecer o significado das perguntas e observar, logo

no momento, a comunicação não-verbal obtendo dessa forma informações mais precisas e eventuais incoerências no discurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abalo, J. G. & Roger, M. C. (1998). Alapsa. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Conferencia apresentada en la II jornada de actualizações em psicologia de la salud, habana, cuba: *Asociacion latinoamericana de psicologia de la salud*.

Almeida, A. M. O., & Cunha, G. G. (2003). Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155. Recuperado em 18 de julho, 2019 de: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16806.pdf>.

Alonso, F. G. (2014). Síndrome de burnout: manual de medidas preventivas e identificativas para aplicação pelo engenheiro de segurança do trabalho. Recuperado em 03/09/2019 de: http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3546/1/CT_CEEEST_XXVIII_2014_10.pdf.

Araújo & Ribeiro. *Acta Medica Portuguesa* (2011). 24 (S2) 189-196. Recuperado em 06 de Julho de 2019, de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3428>.

Araújo, L., Teixeira, L., Afonso R. M., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2016). ESEV - Instituto Politécnico de Viseu; UNIFAI/ICBAS.UP; 3 CINTESIS.UP; UBI.

Awa WL¹, Plaumann M, Walter U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs us National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperado em 17 de julho de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467822>.

Baldelli, M., Boiardi, R., Fabbo, A., Sandtopuoli, A., & Neri, M. (2002). *Institutionalised elderly, professional burden and job burnout, in archives gerontology and geriatrics supplement*, 8.

Ballesteros, R. F. (2000). *Gerontologia social*. Una introducción. Madrid: Pirámide.

Baltes P. B., Smith J. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*. Recuperado em 06 de Julho de 2019 de: <https://psycnet.apa.org/record/1997-05724-005>.

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

Barbosa, F.; Matos, A., D. (2008). Cuidadores familiares idosos: Uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Revista de Sociologia: Configurações*.

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

Berger, P., & Luckman, T. (1966). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento*. 24^a. edição. Editora Vozes. Petropolis (2004).

Berger, L., A., & Berger, D. R. (2003). *Creating organizational excellence by identifying, developing, and promoting your best people*. The Talent Management Handbook. 1st edition.

Brandão, D., Ribeiro, O., Oliveira, M. & Paúl, C. (2017). Caring for a centenarian parent: an exploratory study on role strains and psychological distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 948-994.

Bresó, E., Schaufeli, W. B., Salanova, M. (2011). Can a self-efficacy-based intervention decrease burnout, increase engagement, and enhance performance? A quasi-experimental study. *Higher Education*. Volume 61, Issue 4, pp 339–355. Recuperado em 10 de julho de 2019 de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10734-010-9334-6>.

Brízido, A., P. (2017). Cuidar da velhice em humanidade: como regular a humanização dos serviços de saúde. Dissertação com vista à obtenção do grau de mestre em direito. Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa. Recuperado em 9 de julho de 2019 de: https://run.unl.pt/bitstream/10362/21908/1/Brizido_2017.pdf.

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. *Revista de Psicologia*. Issn: 0719-058. Editora: Gonzalo Miguez.

Castle, N., Degenholtz, H., & Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC health services research*, 6(60).

Carlotto, S. M., & Gobbi, M. D., 1999. Desempleo y síndrome de burnout. *Departamento de Psicología da Faculdade de Ciências Sociais Universidad de Chile*. Recuperado em 18 de julho de 2019 de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/index>.

Carneiro, B. G., Pires, E. O., Filho, A. D. & Guimarães, E. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *Conscientiae Saúde*.

Carvalho, G., D., A.; Acioly, C., M., C.; Santos, S. R.; Lima, O., B., A.; Alves, A., M., P., M.; Valdevino, S., C. Dificuldades de enfermeiros assistenciais frente à espiritualidade em cuidados paliativos. *Rev Enferm UFPE*. On line. Recife. 7(12):6814-20, (2013). Recuperado em 26 de junho de 2019, de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10501>.

Carvalho, R., L., M. (2013). Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16188>.

Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical practice and epidemiology in mental health: cp & emh. bentham science publishers and biomed central*. Recuperado em 08 de julho, 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936011/>.

Collière, M. F. (1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Segunda edição. Lisboa: Lidel – *Edições técnicas e SEP*.

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Couto, M.C.P.P. (2005). Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento. Projecto de dissertação apresentado para obtenção do grau de mestre em psicologia. *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*: Porto Alegre. Recuperado em 18 de julho, 2019, de: <https://pdfs.semanticscholar.org/5a0a/21b5938e7fa1260e3b9c29c0070f341d8fd1.pdf>.

- Cruz, M. & Hamdan, A. (2008). O impacto da doença de alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), p.p. 223-229. Recuperada em 20 de junho de 2019 de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf>.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dierendonck, V., D., Schaufeli, W., B., & Buunk, B., P., (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*. Editor: Gilad chen. Phd. <https://psycnet.apa.org/record/1998-02893-004>.
- Direcção Geral da Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente (*Orientação n.º21/2011 de 06/06/2011*). Recuperado de <http://www.dgs.pt/?cr=20464>.
- Duarte, M. (2016). Methodology of care humanitude in promoting self-care in dependent people: An integrative review. In V. G. Duffy & N. Lightner (Eds.). *Advances in human factors and ergonomics in healthcare*. Doi: 10.1007/978-3-319-41652-6.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*, p. 362-367.
- Fauth, E., Femia, E., & Zarit, S. (2016). Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: Associations with informal caregivers' stress and well-being. *Aging and Mental Health*, 20(9), 888-898. doi:10.1080/13607863.2015.1049114. Recuperado em 02 de junho de 2019, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2015.1049114>.
- Ferraz, P., M. (2014). Depressão e envelhecimento. *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*.
- Ferreira, D. C. O., & Yoshitome, Y. A. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Print version ISSN 0034-7167.
- Ferreira., M., F., A. (2016). Determinantes do bem-estar subjetivo na pessoa idosa. Tese de mestrado em enfermagem de reabilitação. *Instituto Politécnico de Viseu*. Recuperado em 30 de junho de 2019, de: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3377/1/MarisaFilipaAfonsoFerreira%20DM.pdf>.
- Figueiredo, A., Melo, R., & Ribeiro, O. (2018). Metodologia de cuidado humanitude: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*, doi.org/10.12707/RIV17063. ISSN: 0874.0283. Recuperado em 30 de junho de 2019, de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000200006&lng=pt&nr m=iso.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa. Universidade Católica Editora.
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para português do copegnagen burnout inventory. Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde. *Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*.

Fortin, M., F. & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Frade J., Barbosa P., Cardoso S., Nunes C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*. Versão impressa. ISSN 0874-0283.

França, F. M., Ferrari, R.; Ferrari, D. C., Alves, E. D. (2012). Os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 20(5):[09 telas] set.-out. 2012, recuperado em 25 de Agosto de 2019, de: www.eerp.usp.br/http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_19.pdf.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

Gil-Monte, P. R. (2008). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: A preliminary study. *Psychological Reports*.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade: cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, pp. 11, 269-270, 321.

Gleitman, H.; Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2003). Psicologia. *Fundação Calouste Gulbenkian*.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva. 7ª edição.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, p.p. 25, 307-318.

Gonzalo, P., Prakash, S., Qato, D., Sloane, P. & Mor, V. (2014). Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. *Us national library of medicine national institutes of health*. Recuperado em 29 de agosto de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24697702>.

Grieco, Cahoon, Robertson, Wedel (2006). The pandemic from within: two surveys of physician burnout in Canada. *Canadian Journal of Community Hental Health*.

Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos: identidade em risco ou identidade riscada?*. Lisboa, Coisas de Ler Edições, Lda.

Gunasingam N¹, Burns K¹, Edwards J², Dinh M¹, & Walton M³. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Post Graduate Medical Journal*. Volume 91, issue 1074. Recuperado em 20 de julho de 2019 de: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/91/1074/182.full.pdf>.

Halbesleben, J., R., B., & Buckley, M., R., 2004. Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*. Volume 30, issue 6, november. Pp. 859-879. Recuperado em 09 de julho de 2019 de: <https://shareok.org/bitstream/handle/11244/25160/10.1016.j.jm.2004.06.004.pdf;jsessionid=E131D523F2698E299B373BFA18B8B696?sequence=1>.

Hannan, S., Norman, I. & Redfern, S. (2001). Care work and quality of care for older people: a review of the reaserch literature. *In Reviews in Clinical Gerontology*.

Henriques, L. V. L. (2017). Implementação da metodologia de cuidado humanidade numa unidade de cuidados continuados: contributo para os profissionais e pessoas cuidadas. Dissertação de mestrado em cuidados continuados e paliativos. *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*.

Henriques, L., Dourado, M., Melo, R., & Tanaka (2019). Implementação da metodologia de cuidado humanidade: contribuição para a qualidade da assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi: 10.1590/1518-83452430-3123.

Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y. & Tierney, L. (2016). Cuidado baseado na comunicação com abordagem multimodal: Aplicação da informática e da inteligência artificial ao cuidado da pessoa com demência. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra, Portugal. ESENF: pp. 11, 3-8.

INE (2017). Destaque, informação à comunicação social: Projeções de população residente 2015-2080.

INE (2017). Recuperado em 08 de Julho de 2019, de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&destaquedsdest_boui=277695619&destaquese modo=2&xlang=pt.

Jacquard, A. (1986). *L'héritage de la liberté: De l'animalité à l'humanité*. Paris, France: Éditions seuil.

Jacquard, A. (1988) - *A herança da liberdade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda.

Jopp, D., Boerner, K., Ribeiro, O. & Rott, C. (2016), Life at 100: An international research agenda for centenarian studies. *Journal of Aging and Social Policy*, 28:3, pp. 133-147.

Klink, J., J., L., V., Blonk, R., W., B., Schene, A., H., / Dijk, V. (2001). The benefit of interventions for work related stress. *American Journal of Public Health* 91(2):270-6 · March 2001. Recuperado em 21 de Julho de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446543/pdf/11211637.pdf>.

Kotter, J., P. (2013). Management Is (Still) Not Leadership. *Harvard Business Review*.

Kuske, K., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H. (2007). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610208008387>.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Training in dementia care: a cluster randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*. Recuperado em 21 de agosto de 2019 de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000100008.

Larson, E., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1100-1106. Doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741532>.

Lee, H., Song, R., Cho, Y. S. (2004). A comprehensive model for predicting burnout in Korea nurses. *Journal of Advanced Nursing* 44(5):534-45. DOI: 10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x. Source: PubMed.

Leitner, M. P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues. Anxiety, stress & coping. Journal article. *Apa Psycnet*. Recuperado em 09 de julho de 2019 de: https://www.researchgate.net/publication/5396366_Early_Predictors_of_Job_Burnout_and_Engagement.

- Lin, L.P., & Lin, J.D., 2013. Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with intellectual and developmental disabilities: Utilization of the chinese version of the Copenhagen burnout inventory Survey. *Autism Spectrum Disorders*, v7 n6 p777-784 Jun 2013.
- Lourenço, P. (2014). Institucionalização do idoso e identidade: estudo de caso de idosos institucionalizados. Tese de mestrado em gerontologia. *Instituto Politécnico de Portalegre da Escola Superior de Educação de Portalegre*.
- Mallon, I., de Singly, F. (2000). *A protecção de si num lar de idosos*. Lisboa: Dom Quixote.
- Martins, C., C., R., M (2012). Envelhecimento bem-sucedido e recursos ecológicos: um estudo de base comunitária no núcleo urbano de angra do heroísmo (açores). *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach Burnout Inventory*. 3ª. edição.
- Maslach, C., Schaufeli, W., B. & Michael P. Leiter (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*.
- Melo, B., T., Gomes, A. R., & Cruz, J., F., A., 1999. Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. *Instituto Superior de Psicologia aplicada & Universidade do Minho*.
- Melo, R., C., C., P. (2018). Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referencia*. Vol.ser. iv, n.17. Coimbra. Junho 2018.
- Melo, R., C., C., P., Queirós, P., J., Tanaka, L., H., Costa, P., J., Bogalho, C., I., D., & Oliveira, P., I., S., F. Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas. *Revista de Enfermagem Referencia* (2017); IV(15). Consultado em 29 de agosto de 2019, em <http://www.index-f.com/referencia/2017/415055.php>.
- Melo, R., Pereira, A., Fernandes, E., Freitas, N. & Melo, A. (2017). Prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente: contributo da metodologia de cuidar humanidade. *Millenium*, 2(3), pp. 45-52.
- Melo, R., Soares, I., Manso, M., Gaspar, V., & Melo, A. (2017). *Redução da agitação nas pessoas idosas com demência durante os cuidados de higiene: contributo da humanidade*. Millenium, p.p. 57-63.
- Menezes, M., G., & Santiago, M., E (2014). Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. Recuperado em 21 de agosto de 2019 de: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201407503>.
- Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L.& Jones, J. (2007). Direct care workers recommendations for training and continuing education, in *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 2007, pp. 91-108.
- Mertens, D. (2015). *Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. United kingdom: Sage.
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e *engagement* como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(1), pp. 2-12.
- Murcho, N. A., Jesus, S. N. & Pacheco, J. P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), pp. 57- 68.

Murillo, E.N., Correa, M.P.C., & Aguirre, O.L.C. (2006). Representaciones de la vejez en relación con el proceso Salud- Enfermedad de un grupo de ancianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 107 – 118.

Murta, S., G., & Troccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estud. Psicol. Campinas* [online], 2007, vol.24, n.1, pp. 41-51. ISSN 0103-166X. Recuperado em 19 de julho de 2019 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000100005&script=sci_abstract&tlng=pt.

Neto, A. M., Areosa, A. L., & Arezes, C. (2014) Manual sobre riscos psicossociais no trabalho. *Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto*.

Omdahl, B., & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29. Recuperado em 19 de julho de 2019 de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1999.01021.x>.

Paquete, P. (2015). Tese de doutoramento. Ciências da vida na especialidade em saúde pública. *Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*.

Passalacqua, A., & Segrin, S. (2012). The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Communication*, 27.

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referència conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2007). *Le vieillissement perturbé : la maladie d'Alzheimer*. Montréal, Chenelière Éducation.

Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de alzheimer*. 2.ªed. Loures. Portugal: Lusodidacta.

Pina, O., C., A. (2013). Envelhecimento ativo em relação ao género no conselho de Viseu. Dissertação de mestrado em serviço social. *Universidade Católica Portuguesa Pólo de Viseu*.

Pinheira, V., Beringuilho, F. (2017) Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco*.

Pinto, J., Queirós, P. (2015). Comunicação paradoxal em contexto hospitalar: reflexão sobre as dificuldades comunicacionais entre profissionais de saúde e doentes. *E-boock: VI Congresso Internacional da aspesm*. Ponta Delgada: ASPESM.

Pocinho, R. (2014). Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las universidades de mayores en portugal. *Universitat de València*. http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/mayores_pocinho.pdf.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2011). *Fundamento de pesquisa em enfermagem - avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artemed.

Pordata. Recuperado em 12 de Julho de 2019 de: [https://www.pordata.pt/ Portugal/ Indicadores+de+envelhecimento-526-3744](https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3744).

Pordata. Recuperado em 13 de julho de 2019 de: [https://www.pordata.pt/portugal/ indicadores +de+envelhecimento-526-3741](https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento-526-3741).

Ramos, L., & Neto, J. (2005). *Geriatrics e gerontologia*. Primeira edição. Edição São Paulo.

Rappo, I. (2007). Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions? *Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale*. Fachhochschule Westschweiz, University of Applied Sciences Western. Travail aboutissant à la fin de formation en soins infirmiers.

Ribeiro, A.P.F. (2007). Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos. Dissertação de mestrado em Geriatria e Gerontologia. *Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro*.

Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado em 10 de julho de 2019 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400025&script=sci_abstract&tlng=pt.

Ribeiro, O. (2018). Envelhecer juntos: quando pais e filhos são idosos. *Jornal Público*. Recuperado em 15 de julho de 2019 de: <https://www.publico.pt/2018/01/14/impar/opiniao/envelhecer-juntos-quando-pais-e-filhos-sao-idosos-1798843>.

Ron, P., Lowenstein, A. (2002). In service training of professional and para -professional staff in institutions for the aged. *Educational Gerontology*.

Rosa, C., D., & Carlotto, M., S., (2000). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista sbph*. Volume 8. Número 2. *Rio de janeiro*. Recuperada em 21 de julho de 2019 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002.

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

Salanova, M. & Llorense, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*. Volume 29. Numero 1. Pp. 59-67.

Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado gineste-marescotti*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.

Schaufeli, W., Bakker, A. (2004). Work engagement scale. *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*. Preliminary manual. Version 1.1, december, 2004.

Schaufeli, W., Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal Of Work and Organizational Psychology*. Volume 20 (2011).

Serrano, G., P. (2014). *Elaboração de projectos sociais*. Porto Editor.

Shinan-Altman, S., Werner, P., & Cohen, M. The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation (2015). Recuperado em 10 de julho de 2019 de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2015.1008983>.

Silva, C. P., Silva, G. A. M., Sousa, J. A., Marques, C. M. G, Goldstein, G. C. A. (2016). Prevalência de lesões e qualidade de vida em cuidadores formais e informais de idosos. *Revista Uniitalo em Pesquisa*. ISSN: 2236-9074. Recuperado em 10 de julho de 2019 de: <http://pesquisa.italo.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=view&path%5B%5D=74>.

Silva, J., M., F. (2016). Burnout em cuidadores formais. *Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*.

Simões, M. Salgueiro, N., Rodrigues M. (2012). Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, versão impressa ISSN 0874-0283.

Simões, M., M., M. (2013). Cuidar em humanidade: Método de Gineste & Marescotti aplicado a pessoas internadas em cuidados continuados. *Universidade Católica Portuguesa*.

Soares, J. I. S., & Rocha, J. C. (2010). Exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos: eficácia de uma intervenção de grupo. Dissertação de doutoramento em psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação (2010). *Universidade do Porto*.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Princípiã.
Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*.

Stone, R. (2007). Introduction: the role of training and education in solving the direct care workforce crisis. *Gerontology & Geriatrics Education*, pp. 5-16.

Storti, L., B., Quintino, D., T., Silva, N., M., Kusomota, L., & Marques, S. (2016). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (2016). 24:e2751. Doi: 10.1590/1518-8345.0580.2751.

Suvilehto, J., T., Glereana, E., Dunbar, R., I., M., Haria, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. Recuperado em 20 de agosto de: <https://www.pnas.org/content/pnas/112/45/13811.full.pdf>.

Terry, P. M., 1997. Teacher burnout: is it real? Can we prevent it?. Paper presented at the annual north central association meeting Chicago. Illinois. Recuperado em 29 de junho de 2019, de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED408258.pdf>.

Thieleman, K., Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work*. Volume 59.

Varella, D. (2014). Doenças e sintomas: síndrome de burnout. recuperado em 02 de julho de 2019 de: <http://drauziovarella.com.br/letras/s/sindrome-de-burnout/>.

Vaz, M. J. F. (2013). Síndrome de burnout em prestadores de cuidados de saúde em lares de terceira idade. Ciclo de estudos integrado. *Universidade da Beira Interior da Covilhã*.

Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501.

- Vieira, I., Ramos, A., Martins, D., Bucasio, A., Benevides-Pereira, A. M., Figueira^a I., Jardim. S. (2006)
- Vieira, A. (2016). Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência. (Dissertação de Mestrado). *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.
- Vieira, P. (2018). *Pensar a excelência nas organizações sociais*, pp.146, 360. Vida Económica.
- Vielva, J. A. (2002) - *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé.
- Voyer P, Verreault R, Mengue PN, & Morin CM (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42(1):1-20. doi:10.1016/j.archger.2005.06.008.
- Wilczek-Ruzyczka, E. (2011). Empathy vs. professional burnout in health care professionals. *Journal of US-China Medical Science*, 8. Recuperado em 17 de junho de 2019 de: <http://www.davidpublishing.com/davidpublishing/Upfile/4/4/2012/2012040482878881.pdf>.
- Williams, C., A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120307>.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Vol. 1.
- Zamora, Z. & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A., & Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *The British Journal of General Practice*, 62, 346-347. doi: 10.3399/bjgp12X652193.

APENDICE 1

Exm^{ta}. Senhora Diretora Técnica,

Maria da Graça Alves Pinto, a frequentar o Mestrado de Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência consentimento para aplicar o questionário que se anexa a todos os colaboradores que prestem cuidados diretos aos utentes do Centro Paroquial de Sobreposta.

Este pedido surge no contexto do estudo da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade numa Instituição Geriátrica e o seu impacto no Burnout dos cuidadores formais.

Comprometo-me à confidencialidade de todos os dados recolhidos durante a investigação e ao envio dos resultados da pesquisa se assim o desejarem.

Agradeço desde já atenção dispensada e subscrevo-me,

Respeitosamente,

Maria da Graça Pinto



APENDICE 2

Exm^a. Senhora Diretora,

Maria da Graça Alves Pinto, a frequentar o Mestrado de Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, vem por este meio solicitar consentimento para aplicar o questionário, que se anexa, a todos os colaboradores que prestam cuidados aos utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, no Centro Social e Paroquial de Sobreposta.

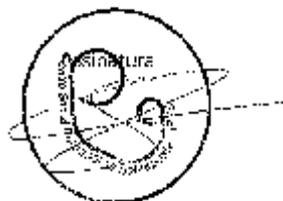
Este pedido surge no contexto de um estudo sobre a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade numa instituição Geriátrica e o seu impacto no *turnover* dos seus cuidadores formais.

Comprometo-me à confidencialidade de todos os dados recolhidos durante a investigação e ao envio dos resultados da pesquisa se assim o desejarem.

Agradeço desde já atenção dispensada e subscrevo-me,

Respeitosamente,

Maria da Graça Pinto



APENDICE 3

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo

:

**Implementação da Metodologia Cuidados Humanidade numa
Instituição Geriátrica: Impacto no Burnout dos Cuidadores formais**

Eu, abaixo assinado,

Compreendi a explicação que me foi fornecida sobre a minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como, do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias tendo obtido todas as resposta satisfatórias.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos do estudo que será efetuado.

Além disso, fui informada que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no referido estudo sem qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, ficando guardados em local seguro.

Posto assim, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / ____ / 20 ____

Assinatura do participante no projeto: _____

Nome do Investigador responsável: _____

Assinatura: _____

:

APENDICE 4

Dr. Cesaltino Manuel Silveira da Fonte,

Eu, Maria da Graça Alves Pinto, estudante de Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), venho solicitar autorização para utilizar o questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) num um estudo que pretendo desenvolver no Centro Social Paroquial de Sobreposta, Braga.

O objetivo geral da investigação é avaliar a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) numa instituição geriátrica e o seu impacto no Burnout dos Cuidadores Formais.

A amostra do referido universo em estudo será constituída pelos cuidadores formais que trabalham na instituição identificada.

Grata desde já pela atenção e disponibilidade, subscrevo-me respeitosamente,

Maria da Graça Pinto

Email: gracalvespinto@gmail.com

APENDICE 5

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

para mim

Boa noite

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT.
Informo que pode aplicar a escala no vosso estudo.

Cesaltino Fonte

APENDICE 6

Importância atribuída à Metodologia de Cuidado Humanidade e percepção de realização

Instruções gerais

Este instrumento de colheita de dados é composto por 3 partes.

Na parte 1 é solicitado que responda às perguntas:

- da 1ª coluna, preenchendo em cada procedimento só uma quadricula conforme o nível de importância que atribui a cada procedimento durante os cuidados que presta;
- da 2ª coluna, preenchendo em cada procedimento só uma quadricula conforme a percepção que tem ao realizar, efetivamente, na sua prática;

Na parte 2 é solicitado algumas questões de natureza sociodemográfica.

Na parte 3 é solicitado que responda a escala de *burnout*.

Este instrumento não é um teste e não há respostas corretas ou erradas.

Após preencher o questionário deve ser colocado numa caixa para o efeito. O preenchimento de todos os itens é crucial para garantir a obtenção de dados representativos da instituição.

Os dados fornecidos são confidenciais, nos termos da lei nº67/98 de 26 de Outubro, e destinam-se apenas para fins de investigação. Os relatórios de resultado não identificarão pessoas individuais ou coletivas.

Obrigada pela colaboração.

Maria da Graça Alves Pinto

ANEXO 1

Os procedimentos relacionados descritos abaixo (de 1 a 34) representam gestos organizados de forma estruturada, conjugando, as regras de arte, os valores Humanidade e os princípios da filosofia da Humanidade	Nível de importância atribuído a cada procedimento					Realiza cada procedimento quando cuida?				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Assinale, por favor, em cada um dos procedimentos o nível de importância atribuído e em que medida realiza cada procedimento.	1 Sem importância	2 Alguma importância	3 Muita importância	4 Múltipla importância	5 Não se aplica	1 Nunca realizo	2 Realizo algumas vezes	3 Realizo com muita frequência	4 Realizo sempre	5 Não se aplica
1 - Prepara o material para evitar a interrupção da relação										
2 - Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado										
3 - Usa a técnica do Toc-Toc										
4 - Espera pela resposta										
5 - Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama										
6 - Aborda a pessoa de frente										
7 - Ajusta o Olhar, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)										
8 - Introduz a palavra em 3 segundos										
9 - Trata a pessoa pelo nome através do qual se reconhece										
10 - Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou ...)										
11 - Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)										
12 - Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)										
13 - Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço)										
14 - Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave										
15 - Oferece um ato gratuito (conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado objetivo, elogio...)										
16 - Espera pelo consentimento relacional acatado verbal ou não verbal (ex: olhar, tônus muscular)										
17 - Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional										
18 - Usa pegas profissionais (sem dedos em pinça, sem em garras, ...)										
19 - Mantém o toque pacificante (amplo e suave)										
20 - Usa um tom de voz calmo durante o cuidado										
21 - Pedir à pessoa para iniciar os gestos cuidativos										
22 - Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)										
23 - Descreve conversando tranquilamente todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)										

24 - Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)																				
25 - Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidadosos																				
26 - Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, sorriso facial)																				
27 - Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)																				
28 - Promove a verticalidade se possível (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)																				
29 - Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto manifestado (ex: vestuário, adornos)																				
30 - Valoriza o encontro com a pessoa																				
31 - Agradece os esforços da pessoa																				
32 - Reforça positivamente os benefícios do cuidado (ex: está muito bonita/o)																				
33 - Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min)																				
34 - Despede-se com amabilidade (ex: até já)																				

ANEXO 2

Questionário – Parte 2

1. Género:

Masculino Feminino

2. Idade: _____(anos) Data de nascimento (dia)...../(mês)...../ (ano).....

3. Habilitações literárias:

1º- 4ºANO

5º - 6ªANO

7º - 9º ANO

10º-12º ANO

Curso profissional relacionado com a área da saúde

Bacharelato/Licenciatura

Mestrado/Doutoramento

4. Categoria Profissional:

Animador (a) sociocultural

Assistente Social

Ajudante de lar/Ajudante familiar

Auxiliar de serviços gerais

Enfermeiro (a)

Fisioterapeuta/Técnico de reabilitação

Médico (a)

Psicólogo (a)

Outro: _____

5. Anos de Profissão: _____(anos)

6. Tempo na prestação direta de cuidados: _____(anos)

7. Situação contratual:

Do quadro/effectivo

Vínculo precário/termo

Prestação de serviços

8. Qual ou quais são as suas principais dificuldades na prestação dos cuidados?

(Assinalar a ou as respostas que correspondem à sua situação)

-Comunicação com pessoas agitadas/confusos/desorientados/agressivos .. Sim Não

-Comunicação com pessoas que não comunicam verbalmenteSim Não

-Prestar cuidados a pessoas doentes em fase terminal..... Sim Não

- Prestar cuidados de higieneSim Não

-Prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados..... Sim Não

9. – Qual é o seu nível de satisfação/motivação, relativamente à prestação dos cuidados e das condições oferecidas para o efeito neste momento?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Nada Pouco Muito MUITÍSSIMO
Satisfeito/motivado Satisfeito/motivado satisfeito/motivado satisfeito/motivado

10 – Que perspectiva tem relativamente ao efeito/mudança no seu bem-estar e saúde decorrente da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade?

-Na pessoa cuidada/Idosos

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Igual Um pouco melhor Melhor Muito MUITÍSSIMO
melhor melhor

-Na satisfação profissional dos Profissionais que trabalham nesta instituição

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Igual Um pouco melhor Melhor Muito MUITÍSSIMO
melhor melhor

- Stress físico, psicológico, baixas médicas ou abandono da profissão por parte dos profissionais que trabalham nesta instituição

0 □	1 □	2 □	3 □	4 □
Igual	Um pouco melhor	Melhor	Muito melhor	Muitíssimo melhor

ANEXO 3

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>				
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>				
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>				
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>				

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

ANEXO 4

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>				
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>				
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>				

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

ANEXO 5

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>				
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>				
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>				

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo “cliente” o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.