



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUIS DE CAMÕES”

BURNOUT, REGULAÇÃO EMOCIONAL E ATITUDES PERANTE A MORTE NO
CUIDADOR FORMAL DO DOENTE IDOSO

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Maria Rui Pacheco Martins Santos

Orientadora: Professora Doutora Catarina Tomé Pires

Número da Candidata: 20160259

Março de 2022

Lisboa

Agradecimentos

Agradeço a todos os envolvidos no meu percurso académico e a todos os que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos meus pais, família e amigos que me ajudaram e apoiaram.

Agradeço à minha colega de licenciatura e de mestrado, Ana Margarida Carimbo, pelo apoio que me deu no decorrer dos anos letivos, incluindo neste projeto.

Agradeço os todos os meus professores da Universidade Autónoma de Lisboa do Departamento de Psicologia que estiveram dispostos a ajudar-me e a alcançar soluções para os desafios que me deparei tanto como aluna de licenciatura como de mestrado.

Agradeço à minha orientadora de estágio curricular, Doutora Alexandra Seabra, do Centro Hospitalar do Oeste da Unidade de Torres Vedras, pelo incentivo ao longo do desenvolvimento deste estudo.

E por último, agradeço à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Catarina Tomé Pires, pela sabedoria, disponibilidade e compreensão ao longo da elaboração do meu estudo.

Resumo

Introdução: A população mundial está cada vez mais envelhecida devido aos progressos da medicina, consequentemente torna-se indispensável a colaboração de pessoas formadas, i.e., de cuidadores formais (CFs) destinadas a prestar cuidados a idosos. Os CFs tendem a ser indivíduos com elevado grau de exigências e com uma elevada aproximação do processo da morte, o qual pode impactar negativamente com a capacidade de cuidar (burnout), influenciando as estratégias de regulação emocional (RE). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foca-se em explorar os níveis de burnout, RE e atitudes perante a morte dos CFs e, ainda, averiguar a existência de diferenças com o grupo de controlo (não cuidadores – NCs).

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e comparativo, contando com uma amostra de 300 participantes, dos quais 150 são CFs de idosos em instituições e 150 são indivíduos NCs. Relativamente à bateria de instrumentos de avaliação, foi utilizado um questionário sociodemográfico, o The Copenhagen Burnout Inventory (CBI), o The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) e o Death Attitude Profile – Revised (EAPAM).

Resultados: Os resultados obtidos neste estudo revelaram que os participantes do grupo de CFs têm baixos níveis de burnout, usam mais estratégias de Supressão Emocional (SE) (comparativamente com o grupo de NCs, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas), e utilizam com maior frequência atitudes de aceitação perante a morte (comparativamente aos NCs). Já o grupo de NCs revela baixos níveis de burnout (embora superiores aos dos CFs, entanto, não são significativos), usam mais estratégias de Reavaliação Cognitiva (RC) (comparativamente com o grupo de CFs, embora os resultados não sejam significativos) e utilizam uma atitude perante a morte neutral. Podemos verificar ainda, que existem associações significativas entre o burnout e a atitude do Medo, e ainda, entre a SE e o Evitamento. O que significa que quando o burnout aumenta, a atitude do Medo perante a morte também aumenta, assim como, quando a SE aumenta, o Evitamento também aumenta.

Conclusão: Embora existam evidências de que os CFs são indivíduos vulneráveis a desenvolver problemáticas do fórum psicológico e emocional, como o burnout e desregulação emocional, tal não se evidenciou no presente estudo. A presença do fenómeno da morte é uma constante neste grupo profissional, no entanto, os mesmos adotam um perfil de aceitação, o que pode servir de proteção para estes profissionais. Quanto às implicações teóricas, podemos referir que este estudo permitiu ficar a conhecer de forma mais aprofundada as variáveis (burnout, RE e atitude perante a morte) e a relação entre elas, nos CFs. Relativamente às implicações práticas do estudo, os resultados obtidos deste trabalho podem ajudar a desenhar estratégias psicossociais e psicoeducativas com o intuito de potencializar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cuidador Formal; Burnout; Desregulação Emocional; Atitudes perante a morte.

Abstrat

Introduction: The world population is increasingly aging due to advances in medicine, therefore, the collaboration of trained people, i.e., formal caretakers (FCs) destined to provide care for the elderly, is essential. FCs tend to be individuals with a high degree of demands and a high approach to the death process, which can negatively impact the ability to care (burnout), influencing the emotional regulation strategies (ER). **Objective:** The objective of this study is to explore the levels of burnout, ER and attitudes of FCs towards death, as well as to investigate the existence of differences with the control group (non-caregivers - NCs). **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, and comparative study, with a sample of 300 participants, of which 150 are FCs of elderly people in institutions and 150 are NC individuals. Regarding the instruments used for assessment instruments, a sociodemographic questionnaire was carried out, The Copenhagen Burnout Inventory (CBI), complemented with The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) and the Death Attitude Profile – Revised (EAPAM). **Results:** The results obtained in this study revealed that participants in the FC group have low levels of burnout, use more Emotional Suppression (ES) strategies (compared to the NC group, although the differences are not statistically significant), and use more acceptance attitudes towards death (when compared to NCs). The group of NCs, even though still revealing low levels of burnout, (although superior to the CFs, however, they are not significant), NCs use more Cognitive Reassessment (CR) strategies (compared to the CF group, although the results are not significant) and use a neutral attitude towards death. However, the differences are not significant in the burnout and RE variables. We can also verify that there are significant associations between burnout and the attitude of Fear, and, between SE and Avoidance. Which means that when burnout increases, Fear's attitude towards death also increases, just as when SE increases, Avoidance also increases.

Conclusion: Although there is evidence that FCs are vulnerable individuals to develop psychological and emotional problems, such as burnout and emotional dysregulation, this was not evidenced in the present study. The presence of the phenomenon of death is a constant in this professional group, however, they adopt an acceptance profile, which can serve as protection for these professionals. As for the theoretical implications, we can mention that this study allowed us to get to know the variables (burnout, ER and attitude towards death) in more depth and the relationship between them in the FCs. Regarding the practical implications of the study, the results obtained from this work can help to design psychosocial and psychoeducational strategies to enhance the quality of life.

Keywords: Aging; Formal Caretaker; burnout; Emotional dysregulation; Attitudes towards death.

Índice

Agradecimentos	III
Resumo.....	IV
Abstrat.....	VI
Índice.....	VIII
Índice de Anexos.....	X
Índice de Tabelas	XI
Índice de Figuras	XII
Lista de Abreviaturas	XIII
Introdução	9
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
O Envelhecimento.....	12
Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI)	18
Cuidador Formal de Idosos.....	23
Burnout.....	26
Regulação Emocional	30
Fenómeno da Morte	32
Objetivos e Hipóteses da Investigação.....	38
METODOLOGIA	43
Design	44
Definição e Operacionalização das Variáveis.....	44
Participantes	44
Procedimento	45
Instrumentos de Avaliação.....	46
Variáveis Sociodemográficas.....	47
Burnout.....	47
Regulação Emocional	49
Atitudes Acerca da Morte	50
Análise de Dados	53

RESULTADOS.....	55
Análise Descritiva	56
Participantes	56
Burnout, Regulação Emocional (RE) e Atitude Perante a Morte	57
Diferenças de Grupo no Burnout, Regulação Emocional (RE) e Atitude Perante a Morte	59
Associação entre Burnout, Regulação Emocional e Atitude Perante a Morte.....	60
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	63
Discussão	64
Conclusão.....	70
Referências Bibliográficas	72
ANEXOS	96
Anexo A	97
Anexo B	98
Anexo C	100
Anexo D	101
Anexo E.....	102
Anexo F.....	103
Anexo G	104
Anexo H	106
Anexo I.....	107

Índice de Anexos

		Página
Anexo A	Apresentação do Estudo	92
Anexo B	Consentimento Informado	93-94
Anexo C	Questionário Sociodemográfico	95
Anexo D	Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) para Cuidadores Formais	96
Anexo E	Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) para Não Cuidadores	97
Anexo F	Questionário de Regulação Emocional (ERQ)	98
Anexo G	Questionário de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM)	99-100
Anexo H	Autorização do Autor Para Utilizar o Instrumento EAPAM	101
Anexo I	E-mail enviado às instituições	102

Índice de Tabelas

	Página
Tabela 1 Alfa de Cronbach Para a Análise Dos Instrumentos do Estudo, na Versão Original, Portuguesa e do Presente Estudo	52
Tabela 2 Análise Descritiva Dos Dados Sociodemográficos Dos Participantes- CFs e NCs (N= 300)	56
Tabela 3 Estatística Descritiva das Variáveis Burnout, Regulação Emocional e Atitudes Perante a Morte	57
Tabela 4 Correlações de Spearman Para o Grupo de CFs	60

Índice de Figuras

	Página
Figura 1 População Residente, Média Anual: Por Grupo Etário Dos 60 Anos Até Aos 85 Anos ou Mais	18
Figura 2 Distribuição Percentual, no Ano de 2020, Dos Utentes em Respostas Sociais Para Pessoas Com Deficiência ou Incapacidade Por Faixa Etária, em Portugal Continental no Ano de 2018	22
Figura 3 ERPIs Identificadas Para Participação no Estudo e Respetivas Respostas	46

Lista de Abreviaturas

AVD/AVDs – Atividade(s) de vida diária(s)

CBI - Copenhagen Burnout Inventory

CF/CFs – Cuidador Formal/Cuidadores Formais

CI/CIs – Cuidador Informal/ Cuidadores Informais

EAPAM - Escala de avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte

EMV - Esperança média de vida

ERQ – Questionário de Regulação Emocional

NC/NCs – Não cuidador(es)

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de vida

RE – Regulação Emocional

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

VO – Versão Original

VP- Versão Portugues

Introdução

O envelhecimento é um processo característico do ser humano que reivindica auxílio por parte de familiares, profissionais da área da saúde e cuidadores (Fernandes et al., 2015). Esta alteração na sociedade portuguesa surge de diversas causas: evolução ao nível social e financeiro, aperfeiçoamento do sistema nacional de saúde e fatores culturais relacionados com a baixa taxa de fecundidade (Moreira, 2020).

Com o crescimento da população idosa, aumenta a probabilidade de padecer doenças (Lima-Costa & Veras, 2003), o que, por consequência, aumenta a dependência exigindo cada vez mais de indivíduos que cuidem (Araújo et al., 2012). Atualmente, existe no mundo 1000 milhões de indivíduos que sofrem de doenças crónicas ou deficiências (O'Dwyer et al., 2021). Consequentemente, sujeitos que sofram de doenças graves necessitam de cuidados especializados e contínuos (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018). Em Portugal, o número de indivíduos dependentes apresenta, também, um gradual crescimento (Moreira, 2020).

Segundo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (2020), a maior taxa de referenciação na rede geral, no ano de 2020, reflete-se na população dos 65 ou mais anos (83.2%) e os indivíduos com mais de 80 anos abrangem uma percentagem de 49.8%. Indicam ainda que as maiores causas de referenciação do RNCCI com destino a cada tipologia institucional são: a “dependência dos idosos nas atividades de vida diárias (AVDs)” (89.9%) e o “ensino utente/cuidador informal (CI)” (89.8%). O “descanso do CI”, embora com uma percentagem inferior, de 7.3%, também é mencionado.

Perante este gradual envelhecimento mundial e a alteração da estrutura familiar, é necessário pensar sobre o cuidado (Diniz, et al. 2018; Figueiredo et al. 2021). Existe uma maior necessidade de se formarem cuidadores e de auxiliar quem já o é, tendo em conta que a tarefa de cuidador pode impactar, tanto a vida pessoal, como a familiar, e igualmente baixar o nível

de qualidade de vida (QV) (Gomes, 2017; Nagata et al., 2021). Segundo a literatura estes tendem a experienciar sentimentos de sobrecarga, burnout ou exaustão, inerentes à experiência de cuidar (Gomes, 2017).

Os cuidadores formais (CFs) caracterizam-se como indivíduos que experienciam um maior risco de ameaça à sua saúde do que a população em geral. No entanto, o bem-estar dos CFs é crucial para o bem-estar dos idosos que cuidam, sendo assim imprescindível estar atento à QV laboral e à sobrecarga exercida sobre os mesmos, para poder reduzi-la e aumentar positivamente a qualidade profissional (Kalanlar & Alici, 2020; Sabo & Chin, 2021). Esta dissertação pretende explorar o burnout e a regulação emocional (RE) apresentado pelos CFs no desempenho da sua atividade laboral. Igualmente, interessa-nos entender a percepção destes, em relação ao fenómeno da morte, visto que, é algo com que se deparam com alguma regularidade.

Este trabalho organiza-se em quatro partes. A primeira, centra-se no enquadramento teórico onde será realizada uma revisão literária sobre temas chave para esta dissertação, tais como, o envelhecimento e as suas repercussões, a profissão do CF e as variáveis em estudo (burnout, RE e atitude perante a morte). A segunda, aborda a metodologia utilizada, ressaltando também os dados sociodemográficos dos participantes e a descrição dos instrumentos selecionados. A terceira, invoca os resultados obtidos no estudo. Por último, é realizada uma discussão de resultados e compreendida a conclusão do presente estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Envelhecimento

O crescimento de idosos na sociedade é um fenómeno global (Loureiro, 2019). Em 1951, foi fundada a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG) pelo Doutor José Reis. Este foi um passo importante para intensificar o interesse da comunidade médica pelas doenças que afetam a população mais idosa (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia [SPGG], 2020).

O termo envelhecimento, apesar de muito referido na atualidade, não dispõem de uma designação precisa e única, mas heterogénea e profunda (Manzano et al., 2021; Pinto et al., 2019^a). Tanto a gerontologia como a geriatria, são domínios que estudam o progresso, a prevenção, a terapêutica e a regeneração da saúde dos indivíduos idosos (Souza et al., 2020). O crescente número de idosos em Portugal tem vindo a influenciar os estudos neste âmbito (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2020c). No princípio dos anos 60, a disciplina da gerontologia progrediu, deixando apenas de se focar no envelhecimento patológico (que envolve doenças), e começando a estudar o envelhecimento saudável e o bem-estar psicológico associado ao envelhecimento (Cachioni et al., 2017). Desde aí, a gerontologia tem vindo a evoluir, envolvendo outras disciplinas como a psicologia e a sociologia (Pavarini et al., 2005). A gerontologia é, assim, uma disciplina transversal e multidimensional, visto que engloba todo o desenvolvimento humano (Pavarini et al., 2005). A preocupação dos especialistas desta área cresce observando o número crescente de idosos e as poucas respostas governamentais para a formação de indivíduos com capacidades para cuidar de idosos (Pavarini et al., 2005). Em Portugal, em 2012, foi criada a Associação Nacional de Gerontologia Social (ANGES) com o intuito de garantir a melhor formação de técnicos e providenciar o envelhecimento ativo e saudável (Associação Nacional de Gerontologia Social [ANGES], 2019).

Nesta sequência, nasceu uma subárea da psicologia que se designa por psicogerontologia. Esta “vê” o indivíduo de uma ótica transdisciplinar (envolvendo ciências

como a biologia, sociologia e psicologia) (Gaeta et al., 2020). Esta disciplina incute como principal objetivo a compreensão dos recursos ao nível psicológico do envelhecimento, o aperfeiçoamento das capacidades afetivas e a assistência do idoso como um todo (ao nível emocional, físico, espiritual, psicológico e social) (OPP, 2020c). Os profissionais desta área (i.e., psicogerontólogos) promovem o envelhecimento ativo e saudável, a adaptação à nova fase da vida, a prudência do isolamento, e uma melhor qualidade de vida (QV), tanto dos idosos, como dos cuidadores (CF – Cuidador Formal; CI – Cuidador Informal) (OPP, 2020c).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), o envelhecimento é um processo gradual de alterações biopsicossociais, no indivíduo, estando este condicionado por fatores económicos, biológicos, históricos e culturais (Dardengo & Mafra, 2019; Despacho 12427/2016, 2017). A cadência de cada pessoa neste processo é única e individual, embora esteja influenciada por condições genéticas e ambientais, como vulnerabilidade a incidentes, quedas e doenças (Pinto et al., 2019^a). Trata-se do desenvolvimento interno e inerente ao ser vivo, que é caracterizado como uma gradual danificação das funcionalidades fisiológicas e um acréscimo da fragilidade que acaba na morte (Pinto et al., 2019^a).

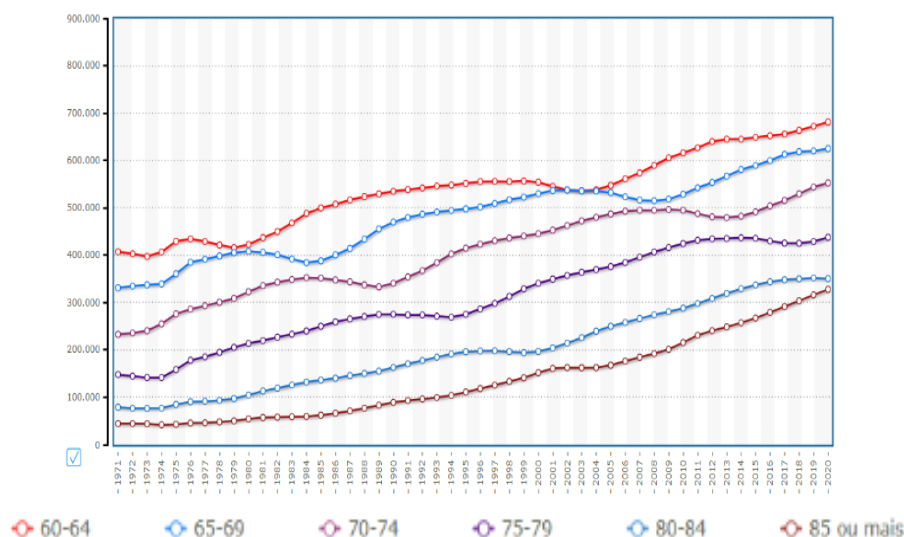
Neste enquadramento, torna-se fundamental falar de um conceito anteriormente mencionado, que se designa por envelhecimento ativo e saudável, que contraria o envelhecimento patológico (i.e., associado a patologias) (Oliveira, 2019; Salazar-Barajas et al., 2020). Para que o envelhecimento seja visto como positivo, a esperança de média de vida (EMV) tem de corresponder a um aumento da QV e bem-estar psicológico. Este processo pode ser compreendido como o entendimento do indivíduo em relação à regulação emocional (RE) e ao envolvimento social no que diz respeito às adversidades da vida (Esperto, 2019; Silva et al., 2012). A EMV a partir dos 65 anos, em Portugal, no ano de 2020, era de mais 19.9 anos (valor provisório) (Pordata, 2021e), e o índice de longevidade, no ano de 2019, era de 29.3% (Pordata, 2021c).

No âmbito da promoção do envelhecimento ativo, é possível reconhecer que fatores como a alimentação saudável, a prática regular de atividade física leve (exercícios em grupo ou individuais), e exercícios mentais possam estar associados a uma melhoria da QV (Banhato et al., 2009; Pinto et al., 2019^a). Pelo contrário, a ausência de um estilo de vida saudável favorece o crescimento da mortalidade, prejudica prognósticos de patologias crónicas ou agudas, e acelera, ainda, a necessidade de internamentos hospitalares e institucionais (Loureiro, 2019). É extremamente indispensável que os cuidadores de idosos consigam compreender a importância do exercício físico para os idosos, assim como adquirir as competências necessárias para auxiliar o idoso no crescimento das suas incapacidades, que levam às insuficiências e independências na execução das atividades de vida diárias (AVDs) (Almeida et. al, 2021; Martins, 2019b).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), define-se como idoso, um indivíduo com mais de 60/65 anos de idade. Ao invés das crianças, que têm um critério qualificativo de “menores de idade”, os idosos não possuem esse padrão (Vítor, 2019). Estima-se que 12% da população mundial é constituída por idosos, havendo uma tendência a duplicar até ao ano de 2050 e a triplicar até 2100, contando com um aumento da população idosa de 2.1 milhões para 2.8 milhões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017; Tavares et al., 2017). No ano de 2020, a população residente em Portugal era de 10.297.081 milhares de habitantes, dos quais 2.295.036 eram idosos com mais de 65 anos (Pordata, 2021g). No grupo etário dos idosos, 1.604.561 tinham idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, existindo também 675.863 habitantes com mais de 80 anos (Pordata, 2021d). No ano de 2019, existiam 163.2 idosos por cada 100 jovens (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). A Figura 1 descreve a evolução da população com idade cronológica mais avançada, verifica-se apenas, uma ligeira redução na população com idades entre os 65 e os 69 anos (Pordata, 2021f).

Figura 1

População Residente, Média Anual: Por Grupo Etário Dos 60 Anos Até Aos 85 Anos ou Mais



Nota. Na linha vertical são apresentados o número da população. Na linha horizontal são apresentados os anos de forma crescente.

Fonte: Adaptado de Pordata (2021f).

No âmbito do tema deste trabalho é fundamental que se estabeleçam e caracterizem alguns conceitos como: (a) idade cronológica – definida pelos anos que o indivíduo tem; (b) idade biológica – definidas pelas mudanças ao nível corporal e mental; (c) idade social – que se refere aos hábitos e à posição na sociedade; (d) esperança de vida – que designa pelo número de anos que um conjunto de pessoas que nasceram no mesmo período pode esperar viver; (e) duração de vida – definido pelos anos que o indivíduo viveu; e (f) longevidade – que se refere ao maior número de anos que o indivíduo pode viver (Dardengo & Mafra, 2019; Pinto et al., 2019^a).

É importante, ainda, ressaltar que o conceito idoso pode ser diferenciado por três categorias, de acordo com as especificidades e características individuais de cada um. De uma maneira geral o idoso pode ser categorizado como: (a) idoso independente – quando se

preservam as suas competências e são autónomos, (b) idoso dependente – eventualmente devido a uma doença que implica um processo terapêutico contínuo e frequente, (c) idoso bastante dependente – tendencialmente tem uma idade superior a 85 anos e depende de outros devido a uma deterioração procedente do processo de envelhecimento ou devido a uma doença (Pinto et al., 2019^a).

No presente trabalho, o nosso objetivo é nos centrarmos no idoso dependente e desta forma destacaremos o conceito de idoso dependente. Segundo o Conselho da Europa na sua Recomendação nº (98)9 da Comissão dos Ministros aos Estados Membros, a dependência é uma situação em que o indivíduo está incapacitado e dependente, tanto ao nível psicológico como ao nível intelectual de outra pessoa o que exige apoio externo (Vítor, 2019). A dependência tende a ser decorrente de uma patologia crónica ou severa, demência orgânica, repercussões de um evento traumático ou deficiência (Decreto-Lei nº 101/2006, 2017). Embora a demência seja conceituada como a grande adversidade mundial neste âmbito, existem outras patologias que afetam o idoso. (Lobão et al., 2021). As principais patologias são do fórum digestivo, psiquiátrico, neurológico, cardiovascular, génito-urinárias, endocrinológica, reumatológica e, ainda, associadas ao aparelho respiratório, auditivo e visão (Veríssimo, 2019). Mais concretamente e de acordo com Institute for Health Metrics and Evaluation (2017), como citado pelo Ministério da Saúde (2018), em Portugal, na mulher com idade superior a 70 anos as cinco patologias dominantes são, respetivamente: (1) patologias dos sistemas dos sentidos; (2) lombalgia e cervicalgia; (3) Alzheimer e restantes demências; (4) depressões; (5) e problemáticas do fórum oral. Por outro lado, as cinco patologias mais comuns no homem são: (1) patologias dos sistemas dos sentidos; (2) lombalgia e cervicalgia, (3) diabetes; (4) patologia cerebrovascular; (5) e Alzheimer e restantes demências. A nível mundial, as principais patologias afetam o sistema auditivo, respiratório, visual, motricidade, demência, cancro, acidente vascular cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares (OMS, 2015).

Cada vez mais, o papel que o cuidador exerce é basilar na evolução da patologia crónica (Araújo et al., 2019). Progredindo no âmbito da dependência extrema, o cuidado exercido a idosos com demência avançada, em que a incapacidade vai aumentando, torna-se frequentemente irremissível a solicitação de apoio a CFs e/ou a instituições (Santana, 2019). Cuidar de um idoso que sofra de demência de Alzheimer é, por exemplo, um grande desafio para os CFs, devido à grande exigência emocional, psicológica e física (Araújo et al., 2012).

Atendendo os Censos de 2011, cerca de metade da população idosa, apresentava dificuldade ou não era capaz de executar, no mínimo, uma destas seis tarefas: (a) fazer a sua higiene pessoal; (b) caminhar; (c) ouvir; (d) ver; (e) estar concentrado ou recorrer à memória e; (f) fazer-se entender para com os outros (INE, 2012). Em números, 995 213 dos idosos que viviam em Portugal sofriam de algum/algumas das incapacidades acima referidas, e 565 615 viviam sozinhos ou acompanhados por indivíduos idosos (INE, 2012). No ano de 2019, o índice de dependência de idosos em Portugal era de 34.2%, e o índice de dependência total era de 55.3% (Pordata, 2021^a, Pordata, 2021b). De acordo com Esperto (2019), o idoso tende a não solicitar ajuda, tornando o processo de cuidar extremamente difícil. Os motivos podem ser vários como: a ostentação, o não quererem complicar a vida dos seus familiares ou o medo de serem encaminhados para uma instituição.

Na visão da OMS (2015), além destes aspetos, é de reforçar que com o passar do tempo e com o desenvolvimento psicológico contínuo associado à idade, a pessoa se tenha de adaptar, podendo mesmo deixar de realizar tarefas que antes eram comuns e faziam parte do seu dia a dia, começando a executar outro tipo de tarefas mais adequadas às suas capacidades (OMS, 2015). Assim, estes indivíduos deixam de ter um papel social tão ativo, tendo de se adequar a uma nova realidade, alterando certos hábitos e adotando outros métodos e pensamentos, pois tendem a sofrer alterações ao nível fisiológico e cognitivo (OMS, 2015; Silva et al., 2012). As capacidades cognitivas básicas que tratam da informação que é recebida, como a memória ou a

rapidez de raciocínio, revelam uma degradação substancial, afetando o idoso negativamente (Oliveira, 2019).

Os idosos tendem a ter receio de envelhecer, uma vez que podem ficar dependentes e deixar de realizar as suas AVDs, além de não quererem sofrer de preconceitos por parte da sociedade (Medeiros, 2012). Segundo o ex-diretor do Departamento de Envelhecimento e Saúde da OMS, Alexandre Kalache, a discriminação pelos idosos (i.e., idadeísmo) sucede-se em maior escala nos países ocidentais, embora esteja a expandir-se nos países orientais (Revista Dignus, 2021).

Assim torna-se essencial a elaboração de práticas e medidas que promovam, não só a QV dos idosos, mas também da figura cuidadora destes, sendo esta de extrema importância, tal como destacaremos neste trabalho (DGS, 2004; Almeida et al., 2019).

Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI)

A crescente dependência de idosos leva a uma resposta por parte das entidades competentes, que se caracteriza na construção de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2021; Moraes et al., 2019).

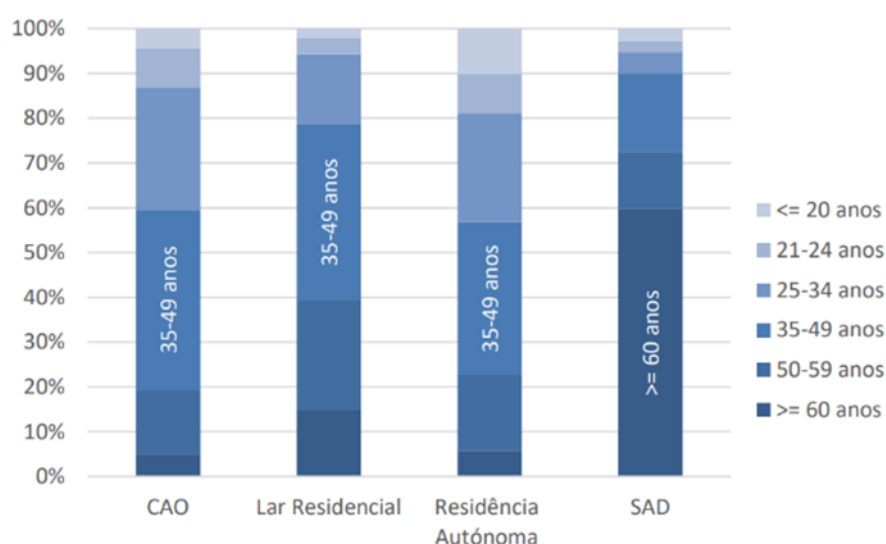
De acordo com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012), uma ERPI deve englobar equipas multidisciplinares (o número de profissionais varia de acordo com o número de utentes), que devem dispor de vários profissionais, tais como: administrador técnico; profissional geriátrico; animador sociocultural ou instrutor social; enfermeiro; auxiliar de ação direta ou CF; colaborador para tarefas domésticas; cozinheiro; auxiliar de cozinha; e assistente social. No caso da ERPI alojar indivíduos com dependências severas e outras especificidades, a instituição deve adaptar-se aos mesmos. Existem vários tipos de unidades de apoio social: unidades de convalescença (internamento até 30 dias), unidades de média duração e reabilitação

(internamento até 90 dias), e unidades de longa duração e manutenção (internamento com mais de 90 dias) (Morais et al., 2019).

Com o aumento do envelhecimento, aumentaram também o número de instituições e a resposta social para com os adultos idosos e indivíduos com incapacidades e/ou deficiência (desde 2000 até 2020, aumentaram em 136%). Estas estruturas têm altas taxas de utilização (aproximadamente 90%), verificando-se um aumento no ano de 2020 (aproximadamente 92%). A caracterização dos utentes que dão uso a estas instituições, tem surpreendido pela sua baixa faixa etária (Figura 2) (GEP, 2021).

Figura 2

Distribuição Percentual, no Ano de 2020, Dos Utentes em Respostas Sociais Para Pessoas Com Deficiência ou Incapacidade Por Faixa Etária, em Portugal Continental no Ano de 2018



Nota. SAD = Serviço de Apoio Domiciliário, CAO = Centro de Atividades Ocupacionais.

Fonte: Adaptado de GEP (2021).

Quando a melhor solução para o idoso é ser transferido para uma instituição, é importante que esta se localize perto da sua antiga residência ou de familiares e amigos, visto que, caso este seja independente, tenha oportunidade de sair da instituição, conviver e não

abdicar de algumas rotinas que tinha anteriormente. No entanto, em Portugal não existe uma boa disposição geográfica destas instituições ou, quando existem, tendem a ser demasiado dispendiosas (Dantas, 2019).

As instituições oferecem ao idoso um melhor acompanhamento clínico, rotinas de alimentação e medicação, e atividades de lazer e de ocupação (Locatelli, 2017). Estas funcionam à base de uma rotina estruturada, tendo em conta as limitações e as características de cada utente, sendo igualmente pertinente que as instituições sejam adaptadas à população que nelas permanecem para evitar acidentes, quedas e outras situações que ponham em risco a saúde dos idosos (Duarte, 2014). Este tipo de serviços surgiram com o intuito de auxiliar a população idosa e de aliviar os serviços de saúde (Ryan et al., 2022). Mediante o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012), os objetivos destes estabelecimentos focam-se em providenciar auxílio constante e adaptado às patologias biopsicossociais dos residentes, favorecer o envelhecimento saudável, potencializar as interpelações ao nível familiar e a inclusão na sociedade.

A maioria dos idosos que ingressam numa instituição tendem a ser indivíduos com idade avançada, autónomos ou não, que não possuem condições para residir com as suas famílias ou nas suas casas (Medeiros, 2012). De acordo com Duarte (2014), no processo de institucionalização, o idoso, tende a reorganizar os seus vínculos e adaptar-se a uma nova dinâmica que pode ser completamente diferente da que vivia anteriormente. Os utentes são submetidos a dois efeitos diferentes: o de desconstrução da vida que tinham anteriormente e o de construção de uma vida social diferente da que estavam habituados. Assim, estes indivíduos alteram os seus padrões sociais e dão início a uma vida com regras institucionais, que variam de instituição para instituição (Duarte, 2014). Neste contexto destacam-se alguns fatores de risco para os idosos que são institucionalizados, tais como: (a) agravamento do défice cognitivo e/ou funcional; (b) estados depressivos e/ou confusionais; (c) despersonalização; (d) isolamento

e afastamento da sociedade com possível perda de relacionamentos afetivos; (e) habitação e convívio com indivíduos desconhecidos; (f) abandono do seu quotidiano e rotinas; e (g) perda de autoestima (Medeiros, 2012). No entanto, apesar de existirem fatores de risco, há evidências que demonstram que a institucionalização do idoso pode aliviar as famílias das consequências negativas que surgem pela prestação de cuidados ao familiar (Araújo & Ceolim, 2007). Nesta vertente, torna-se imprescindível adequar as políticas já existentes, desenvolver novas práticas de prestação de cuidados a esta população, com o intuito de promover a sua QV, sendo indispensável que se fomente um aumento ao nível financeiro por parte do governo, que proporcione o reforço dos meios que se encontram à disposição, construindo novas infraestruturas de apoio e melhorando as já existentes (Gama & Silva, 2019; Lima-Costa & Veras, 2003; Medeiros & Júnior, 2021; Silva et al., 2021). Desta forma, os sistemas de saúde, a sociedade e os cuidadores, têm o dever de promover um estilo de vida saudável, de modo a proporcionar a reintegração dos idosos na sociedade (Loureiro, 2019).

Tendo em consideração o período crítico (pandémico) em que o presente estudo foi realizado, é de realçar a maneira como foi vivido institucionalmente. Neste contexto pandémico as instituições sofreram várias alterações. Tendo em conta que, os idosos são identificados como população de risco, ou seja, com maior suscetibilidade a serem infetados pelo novo SARS-CoV-2, os idosos residentes em lares foram obrigados a isolarem-se, com o intuito da não disseminação da infeção (Alzheimer Portugal, 2020; Santos et al., 2021). Neste enquadramento, muitos familiares não tiveram oportunidade de se despedir dos idosos que faleceram, assim como não tiveram possibilidade de realizar os habituais rituais fúnebres (OPP, 2020b; Río, 2021). Em momentos de instabilidade como este, não são apenas os idosos que sofrem, os cuidadores também tendem a ter sentimentos de instabilidade emocional, infelicidade e frustração (Antunes, 2020). A Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2020^a),

disponibilizou várias informações com o intuito de auxiliar o isolamento do idoso, como manter ao máximo as suas rotinas diárias, alimentação e atividades.

O cuidador pode ser um familiar (Cuidador Informal – CI) ou pode desempenhar a função de cuidador como profissão, ou seja, são indivíduos contratados por uma instituição de prestação de cuidados (Cuidadores Formais – CFs). Em qualquer uma das situações o intuito do cuidador deve ser o de proporcionar a melhor qualidade de vida (QV) ao idoso e promover a sua autonomia (Dantas, 2019; Lima-Costa & Veras, 2003; Pavlidis et al., 2020). Ao nível profissional e familiar, o papel de cuidar sempre foi associado à figura feminina (Colomé et al., 2011). Dado que a estrutura das famílias se modificou, devido à incorporação da figura feminina no contexto profissional, o que, por consequência, leva a uma redução de número de filhos, existe uma redução de familiares livres e sem ocupação para cuidar dos familiares mais velhos (Figueiredo et al., 2021; Gama & Silva, 2019).

Perante a impossibilidade/incompatibilidade de prestar cuidados ao familiar idoso, os familiares deparam-se com a inegável decisão de institucionalizar o idoso. O CI tende a ser um familiar ou um indivíduo próximo da pessoa que necessita de cuidados, que pode, ou não, auferir de remunerações financeiras, embora não tenha experiência profissional para o realizar. Os CIs, tendem a sofrer de altas taxas de sobrecarga e adversidades, devido ao ato de cuidar (Cesário et al. 2020; Lacerda et al., 2021). Assim, quando os familiares já não conseguem, por diversos motivos, dar o melhor cuidado ao idoso, ocorre a “claudicação familiar” (Río, 2021). Este fenómeno, encontra-se diversas vezes relacionado com a carga excessiva e níveis altos de burnout, dada a exposição persistente ao stress experienciado pelos familiares cuidadores (Río, 2021). A institucionalização tende a ser um experimento angustiante para a família do idoso, que pode influenciar o luto após o falecimento do mesmo. Estas famílias podem experienciar sentimentos de arrependimento e culpa pelo sucedido, especialmente se o idoso morrer pouco tempo após a institucionalização (Río, 2021).

Cuidador Formal de Idosos

No contexto da institucionalização de idosos é crucial destacar a figura do cuidador. Neste presente trabalho, iremos centrar-nos no cuidador formal. O cuidador formal (CF) é um indivíduo que recebe um salário pela ação profissional que integra e deve dispor de conhecimentos na área compreendendo as necessidades do idoso cuidado. Habitualmente, o grupo de profissionais que lida com os idosos, tende a ser constituído 30% por enfermeiros e 70% por equipas de assistência ou profissionais de ação direta (CF) (Dixe & Querido, 2020; Figueiredo, 2019; Lacerda et al., 2021).

Quanto ao perfil dos CFs ou profissionais de ação direta verifica-se que são, normalmente, do género feminino, tendem a ter poucas habilitações literárias e carência de estudo na especialização (Figueiredo, 2019). São indivíduos que exercem a sua atividade profissional de forma remunerada e que perpetuam o cuidado a indivíduos que estejam em regime domiciliário ou institucional (Figueiredo, 2019; Martins et al., 2019). No entanto, verifica-se que estes profissionais tendem a ser mal remunerados, trabalham durante muitas horas, são vulneráveis a doenças do fórum mental, têm reduzidas perspetivas de evolução profissional e, ainda, possuem altas taxas de rotatividade no trabalho (Miguel et al., 2007; Pinheira & Beringuilho, 2017). As grandes taxas de rotatividade emergem mais trabalho para os que se mantêm, o que tende a gerar maiores taxas de sobrecarga e frustração, resultando em profissionais mais predispostos ao abuso físico e psicológico às pessoas idosas, ou o oposto (Stone, 2004). O facto de ser um trabalho tendencialmente realizado por turnos, afeta os profissionais, uma vez que altera os seus ciclos circadianos, intensificando o risco de desenvolver patologias (Angerer et al., 2017; Antunes, 2021). Alguns autores recomendam ainda que fatores como as habilitações literárias e a formação, sejam pensados e considerados para um perfil de CF mais capacitado (OMS, 2013). Neste âmbito foi criada pela OMS a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que pode ser

utilizado por qualquer profissional da área da saúde com o intuito de promover mais conhecimentos (OMS, 2013).

Em geral, as obrigações profissionais dos CFs centram-se em: (a) admitir e ajudar o idoso na adaptação à institucionalização, fornecendo apoios e ferramentas que sejam necessários para apoiar nas atividades da vida diárias (AVDs); (b) execução de cuidados de saúde básicos; (c) redução de quadros clínicos associados à doença; (d) realização de tarefas socioeducativas e ocupacionais; (e) ajuda e motivação, por meio de conversas, compreendendo os gostos e motivações dos idosos; (f) vigilância e assistência (24 horas por dia); (g) garantir as refeições e a nutrição dos utentes; (h) assegurar os cuidados de limpeza, bem-estar da instituição, garantindo a organização, temperatura e organização dos quartos; e (i) garantir a higiene dos utentes. Esta última tarefa (i), requer uma atenção especial devido à necessidade dos CFs, necessitarem de tocar em partes sensíveis do corpo do idoso, o que exige o dobro do cuidado. Caso não exista esse cuidado, pode aumentar o risco de transmissão de infeções. É vital que os cuidadores considerem algumas preferências e requerimentos do idoso na hora do cuidado da higiene (Fonseca, 2019; Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2015; Tavares, 2019b).

Quanto ao ato de cuidar este requer uma série de aspetos que evidenciam a sua complexidade, como as suas crenças, tradições, culturas e a maneira como o indivíduo “olha” para a vida (Pocinho et al., 2017). Assim, a relação entre o CF e o idoso que recebe cuidados deve considerar algumas especificidades como: a relação de ajuda deve ser de partilha e de qualidade; o cuidador deve ser flexível nas rotinas e gostos do idoso pois, se assim acontecer, o processo de cuidar será mais facilitado; é importante que o cuidador consiga estabelecer uma relação terapêutica, adquirir competências técnicas, ter conhecimento acerca das alterações processo de envelhecimento, e boa aptidão para se relacionar com o grupo com quem trabalham; e boas capacidades comunicacionais e de escuta emocional (Martins, 2019^a; Lima,

2019^a; Tavares, 2019^a). O cuidador deve ser sempre um coparticipante, uma vez que o indivíduo cuidado deve ter uma postura ativa neste relacionamento. Ser cuidador de um indivíduo idoso, implica um envolvimento consciencioso, empático e aberto ao envolvimento com o outro (Tavares, 2019^a).

Não são apenas os idosos que necessitam de ser cuidados, os cuidadores também necessitam de o ser, uma vez que exige, por parte destes, uma grande capacidade psicológica e física (Tavares, 2019^a). Segundo Brotto e Rosaneli (2021), é necessário reconhecer a magnitude de quem cuida, de cuidar de quem cuida de outros e de oferecer assistência e apoios a estes indivíduos. Uma vez que, estes cuidadores sofrem de um risco acrescido de desenvolver depressão ou outras patologias psicológicas ou físicas, devido à sobrecarga e stress da tarefa (Santana, 2019). Espera-se assim que estes indivíduos compreendam a importância da prática de hábitos saudáveis, tenham acompanhamento no ato de cuidar e usufruam de serviços sociais e de saúde especializados (Afonso et al., 2019).

Em Portugal, existe excesso de indivíduos formados em educação e uma insuficiência de cuidadores de idosos (Gama & Silva, 2019). No ano de 2015, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), afirmou que a Europa possui das taxas mais baixas de apoio a CFs, sendo que Portugal conta com a taxa mais baixa de cuidados concebidos em meio não domiciliário (Gama & Silva, 2019). Cerca de 125 milhões de indivíduos, em geral, exercem cuidados a idosos ou pessoas dependentes na Europa (Gama & Silva, 2019).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, admitiu recentemente que os CFs têm obrigações ao nível emocional, psicológico e físico, e solicitou a formação educacional como condição integrante das instituições (Figueiredo, 2019). De acordo com o Parlamento Europeu (2021), foi elaborado um requerimento que proporcione um acordo e um programa europeu para os indivíduos que prestam cuidados, que consiste em solicitar benefícios para esta profissão. A QV na atividade profissional de um CF tende a não chegar a

um consenso, embora existam amplos fatores que podem definir este conceito, como o bem-estar do CF (ao nível psicológico, social e familiar), o ambiente físico, as crenças e objetivos pessoais (Caçote & Faria, 2016).

Segundo a literatura, a profissão de CF está associada à exaustão emocional, stress e ansiedade que resulta das suas obrigações. Este mal-estar psicológico, pode afetar o empenho e profissionalismo no ato de cuidar (Caçote & Faria, 2016). Neste contexto surge a necessidade de destacar um conceito tão abordado atualmente, no âmbito da psicologia social e do trabalho, que se designa por burnout, sendo este comum em CFs (Vicente & Oliveira, 2015).

Burnout

O burnout trata-se de uma síndrome psicológica multidimensional e psicossocial associada ao meio laboral (Gil-Monte, 2001; Higgins et al., 2020; Rodrigues et al., 2021).

O conceito de burnout diz respeito à vivência de stress extremo associado ao ato profissional que é definido por três áreas: (a) exaustão ao nível emocional - cansaço emocional, (b) despersonalização - sensações e posturas de negação a respeito dos colegas de trabalho, e (c) baixos níveis de concretização pessoal – baixo desempenho profissional do próprio (Caravaca-Sánchez et al., 2022; Fernández-Berrocal, 2021; Fonte, 2011; Maslach et al., 2001). Desta forma, é um estado mental persistente, relacionado com o trabalho, onde predomina o afeto negativo (i.e., stress, ansiedade, preocupações) que tem um impacto bastante significativo na saúde dos indivíduos (Castro et al., 2020; Fuente-Solana et al., 2020).

Quanto às manifestações clínicas desta síndrome, estas podem incluir: (a) exaustão emocional - vazio ao nível emocional, gradual deterioração da empatia, redução da sensibilidade pelos outros; (b) pouca satisfação laboral - o trabalho que realiza é visto pelo próprio como ineficaz e improdutivo; (c) redução drástica do empenho e comprometimento da atividade laboral; (d) problemáticas ao nível físico - cansaço extremo, dores nos músculos e na

cabeça, modificações no ciclo circadiano, problemáticas ao nível nutricional, aumento da tensão arterial, patologias cardiovasculares; (e) problemáticas ao nível psicológico - estes indivíduos podem vir a sofrer de patologias relacionadas com a ansiedade, depressão, álcool e suicídio; (f) diminuição da QV do próprio e, ainda, declínio das relações interpessoais (Nunes, 2017; OPP, 2020d).

Segundo Fonte (2011), existem seis áreas cruciais para o desenvolvimento do burnout: (a) sobrecarga laboral - tendencialmente ocorre quando existe um encargo excedente de trabalho. Pode acontecer quando a pessoa se encontra num trabalho que não gosta, ou que não tem capacidades para exercê-lo ou que as emoções que lhe são solicitadas não correspondem com os seus sentimentos. Habitualmente, este fator está amplamente associado à exaustão emocional; (b) carência de controlo - este ponto, está associado com a incapacidade ou com baixo sucesso pessoal. As pessoas que não têm uma participação ativa nas escolhas associadas à sua atividade laboral, tendem a lidar com uma pressão de carência de controlo, assim como de sobrecarga de laboral. Esta carência de controlo, geralmente, reflete que as pessoas não possuem autodeterminação para solucionar problemáticas que possam surgir, ou decidir respostas a problemas, com a preocupação de que podem vir a ser criticadas posteriormente. Este cenário é criador de níveis de stress, pois sentem que não dispõem de competências para concretizar o que lhes é imposto. Interliga-se com a baixa satisfação pessoal e possui uma repercussão assinalável na proporção de burnout e stress; (c) sensação de recompensa insatisfatória - este panorama ocorre quando as pessoas entendem que não são recompensadas justamente, por exemplo, não ser recompensado corretamente ao nível monetário, ou não usufruir de vantagens associadas à atividade laboral. Embora, o que se entende por mais gratificante neste ponto, seja a carência de aprovação social, i.e., depreciação negativa da atividade laboral e dos seus trabalhos. Adicionalmente, a ausência de recompensas inerentes ao próprio (como a falta de autoestima em realizar algo produtivo de forma bem executada),

também pode estar interligada com este conflito. Deste modo, a sensação de recompensa insatisfatória está vinculada com sensações de insucesso e incapacidade. Simultaneamente, sentimentos contrários podem ser geradores fundamentais para prevenir o burnout; (d) insuficiência de comunidade - acontece quando os trabalhadores abandonam a sentido relacional benéfico com os colegas de trabalho. Os relacionamentos no local de trabalho são vitais para que as pessoas sintam mérito e apoio por parte destes. À parte desta relação de transferências ao nível emocional e material, o suporte social auxilia o trabalhador no sentido da partilha de valores. A maior dificuldade relacional nas atividades laborais tende a ser os conflitos persistentes e constantes. Perante este cenário, os níveis de stress e burnout tendem a ser maiores e a atividade laboral evolui para um complexo de dificuldade; (e) ausência de justiça - a carência de respeito e de justiça inter-relacional, têm repercussões negativas no ambiente laboral. O respeito entre os colegas é essencial para um bom clima na coletividade trabalhadora. O panorama de injustiça acontece tendencialmente quando existe discrepância na quantidade de trabalho ou ao nível monetário. A ausência de justiça influencia o burnout de duas maneiras: ser abordado de maneira injusta tende a ser uma situação emocionalmente exigente e fatigante; sentimentos de injustiça vão fomentado desprezo pela organização laboral; (f) confronto de valores - este pode existir quando ocorre uma contradição entre os valores do indivíduo e os valores da profissão. Quando o colaborador se depara com alguma tarefa que seja necessária de realizar, mas que vá contra os seus valores e princípios éticos, a situação pode tornar-se desconfortável.

Esta patologia adquiriu maior destaque em profissões que envolvem atividades que trabalhem diretamente com pessoas, i.e., profissionais da área da saúde e da educação, ou técnicos envolvidos com indivíduos doentes que procuram resolver problemáticas já existentes (Caixeta et al., 2021; Fonte, 2011; OPP, 2020d; Sant'Anna & Gomes, 2021). Neste âmbito, o

burnout consiste numa síndrome psicológica que pode afetar o CF, devido à sua profissão o tornar vulnerável (Vicente & Oliveira, 2015).

Especificamente nesta profissão, esta patologia determina três eixos: (a) esgotamento – surgimento de problemáticas ao nível psicológico e físico-somáticos (como a ansiedade ou a depressão), e problemáticas ao nível social (como o afastamento e a solidão); (b) indiferença quanto ao indivíduo que estão a cuidar ou à função – interfere negativamente na qualidade do cuidado exercido para com os utentes; e (c) baixos níveis de êxito profissional – experiência sentimentos de baixo autoestima perante o próprio e perante as tarefas executadas pelo próprio (Río, 2021).

Ribeiro et al. (2009) referem a presença de sentimentos de cansaço e excesso de trabalho, o que leva a crer que os CFs de idosos tendem a ser vulneráveis a este tipo de síndrome, devido à dificuldade de o ato cuidar (Monteiro et al., 2014). Vicente e Oliveira (2015), reforçam esta ideia pois, ao analisar o burnout em CFs de idosos e doentes crónicos verificaram que a dimensão exaustação emocional era a mais relevante. Os participantes deste estudo deram maior importância aos fatores relacionais, interpessoais e de valor delegado na atividade profissional que aos aspetos organizacionais/institucionais (Vicente & Oliveira, 2015). De acordo com Özçakar et al. (2012), estes profissionais tendem a sofrer de grandes níveis de stress e esgotamento.

Segundo Albuquerque e Cerejeira (2019), as alterações nos ciclos circadianos dos idosos são um fator risco para desenvolver a síndrome de burnout nos CFs. Estas alterações levam a estados confusionais e de agitação nos idosos, o que, por sua vez, leva a um elevado mau estar físico e psicológico dos CFs. Pereira e Marques (2014), constataram que quanto mais elevados forem os níveis de cansaço (tanto físico como psicológico) e de ansiedade nos CFs, mais adversidades encontram no ato de cuidar dos idosos.

De acordo com estudos realizados com CF's, em que os participantes foram convidados a responder ao *The Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), conclui-se que a maior percentagem de CF's têm baixos níveis de burnout nas duas subescalas (Burnout Relacionado com o Trabalho e Burnout Relacionado com o Utente) (Almeida, 2013; Chambel, 2016; Costa, 2017; Gregório, 2015; Silva, 2016).

Segundo um estudo de Altafim et al. (2015), cuidadores que exercem a sua atividade com idosos que sofram de doenças crónicas estão mais vulneráveis a desenvolver problemáticas do fórum psico-emocional (tais como sintomatologia depressiva, défice na memória, perturbações de sono, dores de cabeça, violência, entre outras), daí a importância da regulação emocional (RE) na sua atividade profissional.

Regulação Emocional

A definição de emoção encontra-se amplamente associada ao conceito de capacidade emocional, que envolve diversas aptidões (Curvello & Mendes, 2020). Na área de psicologia, as emoções são conceituadas como um estado recetivo que compreende modificações ao nível fisiológico e psicológico que intervêm na forma como o indivíduo age e pensa (Kleinman, 2012). A regulação emocional (RE) define-se como o processo que influencia a maneira como as pessoas experienciam e expressam as suas emoções, correspondendo aos procedimentos extrínsecos e intrínsecos, mediante as experiências do indivíduo, após o nascimento, até à sua morte (Grandey, 2015; Silva & Freire, 2014). Este é o método mais complexo da inteligência emocional (Fernández-Berrocal, 2021). O processo de RE é fundamental para o progresso dos seres humanos, pois os indivíduos utilizam variados métodos para conterem, dominarem ou manifestarem as suas emoções, com o objetivo de responder às suas necessidades, que podem ser influenciadas pelo meio social em que se inserem (Cremasco et al., 2020; Wiltenburg & Miguel, 2021). Este processo pode ocorrer espontaneamente (quando não requer tomada de decisão) ou propositadamente (quando requer tomada de decisão) (Cremasco et al., 2020).

Desta forma, existem variadas estratégias de RE que o ser humano utiliza para responder às suas necessidades, como por exemplo, evitar, aceitar, ignorar, solucionar dificuldades, concentrar-se, entre outras (Naragon-Gainey et al., 2017). Este estudo apenas se centrará em duas estratégias de RE, que se separam periodicamente, i.e., a reavaliação cognitiva (RC) e a supressão emocional (SE). A RC, consiste na estratégia emocional que antecede a reação emocional. Esta estratégia de RE, possibilita a alteração completa do processo emocional, proporcionando ao indivíduo sentir menos emoções negativas e mais emoções positivas, sem repercussões ao nível fisiológico, interpessoal ou cognitivo. A SE, define-se como a estratégia emocional que incide na reação emocional. Esta restringe-se à alteração do comportamento e expressão da reação emocional. Esta proporciona ao indivíduo sentir as mesmas emoções negativas, embora possa reduzir mais as emoções positivas (Vaz et al., 2008).

No contexto laboral, verifica-se que os indivíduos invocam diferentes processos de RE com o objetivo de assumir o controlo das emoções que vivenciam no local de trabalho (Grandey, 2015). A autorregulação emocional, tende a ser descrita como a capacidade de conseguir dominar as suas próprias emoções (Batista & Noronha, 2021). De acordo com um estudo de Ferreira (2011) e Coelho (2011), em que os participantes eram CFs, conclui-se que estes utilizavam em maior número estratégias emocionais adaptativas (como a RC), e em menor número estratégias desadaptativas (como a SE).

Apesar do ato de “cuidar” de outro, seja uma tarefa difícil e árdua, sentir-se como vítima no processo não ajuda e não altera a situação. É benéfico para o cuidador exteriorizar as suas emoções. Em situações problemáticas, o cuidador deve avaliar de forma sensata e fria os meios que predispõe para resolver a dificuldade (Tavares, 2019^a).

Segundo um estudo Andela et al. (2014), cujo objetivo foi analisar em que medida as mais diversas estratégias emocionais influenciam a atividade profissional e o burnout, verificou-se que a revogação das emoções esgota os recursos mentais, afetando o desempenho

do funcionário e manifestando emoções negativas. De acordo com um estudo de Diefendorff et al. (2011), observaram que o burnout e a RE são dois conceitos que estão diretamente interligados, contudo torna-se importante explorar melhor esta relação e a sua qualidade no que toca às emoções (Rodriguez et al., 2017). Rodriguez et al. (2017), estudaram a hipótese de a RE influenciar antecipadamente o burnout e se a autoeficácia atuava como variável mediadora na ligação entre a RE e o burnout. Foi verificado que a RE antecipava o burnout e confirmado que a autoeficácia agia como conciliadora entre as duas variáveis (Rodriguez et al., 2017).

Deste modo, o cuidador tende a relacionar-se com problemas emocionais quando são expostas questões como a morte, a total dependência física e funcional do idoso, as exigências do indivíduo cuidado e ainda as exigências dos familiares que, muitas vezes, não fazem parte das obrigações destes profissionais (Altafim et al., 2015).

Fenómeno da Morte

Como já foi referido anteriormente, durante o desenvolvimento do presente estudo, Portugal atravessava uma crise pandémica (SARS-CoV-2), sendo a, morte em idosos a mais recorrente (OPP, 2020b).

A morte trata-se do evento que envolve mais emoções e pensamentos, tanto à pessoa que morre, como às pessoas que estão envolvidas no acontecimento (Barbosa & Massaroni, 2016). O ser humano, ao longo da vida, vai-se consciencializando da sua própria morte como papel integrante na vida de todos os seres vivos. Embora se encare a morte como parte integrante da condição humana, este fenómeno continua a ser tabu na sociedade portuguesa, dado que, é destacada pela sua essência desconhecida (Costa, 2019; Mota, 2017). O medo da morte relaciona-se com a ânsia de não viver mais, a insegurança do que poderá acontecer após a morte, e o pânico da dor antes de morrer (Espinoza & Sanhueza, 2012). Este é um acontecimento global repleto de complexidades, cada sociedade percebe a morte de maneira diferente, mediante as suas crenças e culturas (Pereira et al., 2010).

Desde o início da idade média até ao século XIX a atitude perante a morte tem resultado em pequenas e graduais modificações (Frias, 2001). Assim, no início da Idade Média para a sociedade ocidental, a morte era um acontecimento que ocorria dentro do seio familiar e era considerada como um evento natural da vida humana (Feliciano, 2008). Séculos depois a ideia da morte foi-se alterando, a morte passou a ser um ponto de cessação, uma vez que, o indivíduo que morria abandonava a sua vida cotidiana e passava para um lugar pavoroso, impetuoso e desconhecido (Feliciano, 2008). Já no século XX, a morte passa a ocorrer maioritariamente em instituições hospitalares. O luto começa a ser estudado pelas áreas da psiquiatria e medicina, e deixa de ser visto como um acontecimento religioso e moral (Río, 2021). Na atualidade para a sociedade ocidental, evita-se falar da morte e evita-se ver o corpo do indivíduo que morre, uma vez que, traz aos familiares e amigos a consciência e a certeza do final da vida (Feliciano, 2008).

Como podemos ver neste breve resumo histórico sobre a forma de ver a morte na sociedade, este fenómeno sofreu alterações, uma vez que a sociedade atual prioriza cada vez mais a felicidade e a progressão da vida (Feliciano, 2008). Atualmente, a morte ocorre, na maior parte dos casos, em hospitais e instituições, ou seja, o morrer deixou de ser um fenómeno que era natural, partilhado pela família e espectável, para um fenómeno institucional e muitas vezes repleto de solidão (Costa, 2019; Oliveira & Amâncio, 1999). No atual contexto pandémico, tal como já mencionámos, esta situação agravou-se, e estas estruturas foram foco de preocupação (Pazes, 2020). Em 2020, as mortes que ocorreram em Portugal aconteceram, maioritariamente, em clínicas ou hospitais (59.9%) e poucas no domicílio (25.9%) (INE, 2021).

Conhecer e compreender o processo da morte é fundamental para quem lida com ela, principalmente quando se trata de algo que faz parte da rotina laboral (Barbosa & Massaroni, 2016; Espinoza & Sanhueza, 2012). Existem ainda poucas investigações acerca deste tema nos cuidadores, e as que foram realizadas destinam-se a promover a saúde, i.e., auxiliar os profissionais de saúde e os profissionais que lidam com a morte a desenvolver melhores

conhecimentos (Pereira et al., 2010). Estes profissionais, especificamente os cuidadores formais (CFs), tendem a alterar a forma como lidam com a morte, tanto ao nível pessoal como ao nível profissional (Barbosa & Massaroni, 2016).

O CF tem como papel proporcionar ao idoso a melhor qualidade de vida (QV) e, quando chegar o momento da morte, oferecer-lhe uma morte com dignidade (Conceição, 2010). Para a conservação da individualidade do idoso são essenciais esforços das equipas dos CFs, o que exige sabedoria para lidar com o processo da morte (Simões, 2013).

No que se refere aos mecanismos de defesa dos CFs, estes centram-se: no entendimento do processo da morte como algo natural, a crença que a pessoa está descansada e que já não lhe vão causar sofrimento e a fé/esperança (Costa, 2019). Após a morte de um utente os CFs, afirmam que, inicialmente, dão prioridade a estarem sozinhos e a rezarem, e só após esse período de isolamento desejam exteriorizar o que sentem através do diálogo, necessitando também de algum tempo e espaço para realizarem o processo de luto, não ocupando imediatamente a cama do falecido com outro idoso (Costa, 2019). Todavia, existe empenho e persistência, por parte dos profissionais, em não deixar que as emoções os afetem, e dedicação em voltar à realidade. Nestas situações, o CF tem de priorizar os outros utentes, não conseguindo refletir sobre as emoções que acarreta (Costa, 2019).

A questão que se coloca no momento do falecimento de um utente prende-se com apoio dado aos CFs, em momentos de sofrimento devem dar-lhes espaço, isto significa, proporcionar um ambiente de reflexão, sem julgamentos nem críticas, e oferecer-lhes uma escuta empática. Nas primeiras etapas do processo de luto, a tendência é de pensar no passado e não no futuro, embora, se esta predisposição for autocontrolada, pode vir a ser benéfica para o indivíduo em prol de herdar forças com o que já aconteceu anteriormente (Costa, 2019).

De acordo com Wong, Reker e Gesser (1994), existem duas esferas relativamente às atitudes face à morte: o medo e a aceitação. Relativamente ao medo, esta divide-se em duas

classes: (a) o medo – em que o indivíduo se confronta com sentimentos sobre a morte, (b) e o evitamento – em que a pessoa prefere não pensar sobre a morte, evita pensamentos e conversas sobre a mesma, com o intuito de reduzir a ansiedade que a morte lhe transmite. Na esfera da aceitação, existem três componentes de aceitação da morte: (a) aceitação neutra - refere-se à aceitação da morte como parte integrante da vida. O indivíduo não receia nem acolhe a morte, apenas aceita-a e aproveita a vida da melhor forma, sabendo que tem um fim; (b) aceitação como aproximação – este tipo de aceitação da morte, tende a exigir a existência de uma crença religiosa, de uma vida após uma morte feliz; (c) aceitação como escape/fuga – esta caracteriza-se, quando a vida de um indivíduo está repleta de dor e sofrimento, e a única alternativa para o alívio é a morte (Wong, Reker & Gesser, 1994). Elisabeth Kübler-Ross realizou várias investigações acerca deste tema e a sua teoria leva-nos à reivindicação de que a morte deve ser compreendido como parte integrante do processo da vida (Costa, 2019).

Apesar do luto, ser alvo de várias investigações por vários autores, nas últimas décadas, ainda não é possível chegar a um consenso sobre o mesmo. Especificamente, sabe-se que o luto é conceituado como uma agregação de reações (físicas, sociais e psicológicas), que surgem após o falecimento de um indivíduo próximo. Quando uma pessoa está de luto, é normal exprimir sentimentos de infelicidade, fadiga e tumulto, e cruzar-se com emoções como o medo, negação, confusão, frustração, atenuação e esperança (Río, 2021). Existem vários tipos de luto, no entanto, durante o período pandémico, era esperado que grande parte dos indivíduos realizassem os chamados: (a) lutos antecipatórios - antecipar o falecimento de um indivíduo antes de ele falecer. Este tipo de luto tende a ser tão sofrido quanto o falecimento real, no entanto, prepara a família para a irrevogável finalidade da vida; (b) lutos adiados – nesta conjuntura existem lutos que tendem a ser adiados, por diversos motivos: alguns porque não têm a oportunidade de se despedir do falecido; outros porque a despedida tem, obrigatoriamente, de ser rápida; outros porque têm outras prioridades em que tem de atuar

rapidamente; e (c) luto de mortes ocorridas inesperadamente – no contexto pandémico, é provável que ocorram mortes inesperadas. Neste caso específico, o luto tende a ser mais complicado para a saúde psicológica dos familiares (OPP, 2020b; Río, 2021).

As pesquisas de Elisabeth Kübler-Ross, segundo Afonso & Minayo (2013), tornaram-se num auxílio, tanto para os profissionais da área da saúde, como para famílias, sendo que o luto mal realizado tem repercussões para a vida emocional do indivíduo. De acordo com Afonso e Minayo, (2013), Macedo (2004) e Río (2021), Elisabeth Kübler-Ross refere que existem 5 etapas no processo de luto para doentes em fases terminais: (a) a negação – é uma resistência e uma proteção ao processo que a morte acarreta. O indivíduo nega-se a encarar a situação; (b) a revolta ou a raiva – é encarada tanto pelos indivíduos, como para as famílias, como para profissionais de saúde, como uma fase extremamente complicada, onde predomina a agressividade; (c) a negociação – este é um período em que o indivíduo deixa os sentimentos de raiva e adota métodos de negociação com a vida, com o intuito de viver durante mais tempo, tendencialmente com a ajuda da espiritualidade; (d) a depressão – acontece quando já não é permitido ao doente negar a doença e se encontra num estado vulnerável, esta é a fase em que alguns doentes começam a desistir das terapêuticas; e (e) o entendimento ou aceitação – é designado quando o indivíduo aceita a doença e as limitações que esta acarreta.

Embora existam autores que concordem com a teoria desta autora, outros consideram, ainda, a importância de alguns fatores como a afetividade que o cuidador sente pelo indivíduo que recebe os seus cuidados, a idade do indivíduo e o nível de maturidade do cuidador (Costa, 2019). Os CFs que lidam com pensamentos, sentimentos e acontecimentos relacionados com a morte no dia-a-dia, procuram analisar, em primeira instância, as circunstâncias da morte, i.e., se foi uma morte esperada, inesperada, um suicídio, ou por exemplo, uma morte por agressão (Costa, 2019; Río, 2021).

O luto no âmbito profissional centra-se maioritariamente nos técnicos que desempenham cuidados na área dos cuidados perante a morte de um utente. Neste contexto, usa-se a designação de “trauma secundário”, que pode proceder ao burnout. Nesta situação, existem diversas causas como: o desequilíbrio emocional; cansaço por solidariedade e empatia – que se determina pela baixa aptidão empática para com os utentes, em virtude de contínuos traumas; isolamento; pouca formação na área; escassez de capacidades relativas ao processo de luto; e carência de cuidados ao nível pessoal. Este tipo de luto gera mal-estar psicológico aos profissionais (Río, 2021).

As intervenções psicossociais têm tido um papel fundamental na ajuda aos processos de luto, estas tem o intuito de: aconselhar, auxiliar na participação em equipas psicoeducativas e equipas de apoio. Os resultados tendem a ser positivos para ajudar, tanto os idosos, como os cuidadores, no processo de luto. Manifestações depressivas e adversidades na adaptação após o luto, tendem a ser atenuadas com a participação nestes grupos (Lima, 2019b).

No entanto, ainda há poucos estudos referentes às atitudes dos CFs perante a morte dos utentes residentes em instituições.

De acordo com estudos de cuidadores de doentes oncológicos, admitem que o luto antecipatório é menos propenso a originar sintomatologia depressiva (Río, 2021).

Relativamente ao processo de luto dos utentes e de acordo com uma investigação de Cabral (2019), os CFs que exercem a sua função em unidades de cuidados paliativos, descrevem este processo como sendo emocionalmente árduo, embora os lutos realizados sejam saudáveis. Neste trabalho de Cabral (2019), no qual utilizou o instrumento *Death Attitude Profile – Revised (EAPAM)*, os CFs comparativamente com enfermeiros, utilizam mais atitudes de Aceitação como Escape, Aceitação como Aproximação e Evitamento (Cabral, 2019). Uma vez que as investigações elaboradas em CFs são reduzidas, achamos pertinente procurar outras populações, associadas ao ato de cuidar. Assim, as estratégias mais usadas pelos CFs são a

Aceitação como Escape, Aceitação como Aproximação e o Evitamento (Cabral, 2019). Já as atitudes mais usadas pelos CIs são a Aceitação como Escape (Lopes, 2011). As atitudes mais utilizadas pelos enfermeiros são Aceitação como Escape e a Aceitação como Aproximação (Serra, 2012) e a Aceitação Neutral/Neutralidade (Ferraboli et al., 2021). Num estudo realizado, os profissionais que exerciam a sua atividade em cuidados paliativos e que não tinham formação especializada apresentavam mais atitudes de Medo, e menos de Aceitação Neutral/Neutralidade (Pais et al., 2020). Outra investigação com CFs de indivíduos com patologias incuráveis, afirmam que o luto antecipatório, torna-se intensamente stressante e ambíguo, devido à antecipação da morte enquanto a pessoa ainda está viva e necessita do apoio dos cuidadores (Río, 2021). É nestes casos, em que o profissional que cuida do doente que está em fase terminal, ajuda-o e apoio-o nas fases de luto anteriormente descritas por Elisabeth Kübler-Ross. Para dar este apoio, os CFs necessitam de estabelecer uma relação de partilha e de confiança, com vínculo terapêutico. É importante que os CFs detetem os fatores que causam maior sofrimento ao paciente. (Río, 2021).

Investigações realizadas evidenciam que profissionais que cuidam dos seus pacientes podem vir a ter lutos traumáticos com sintomatologia mais acentuada, do que indivíduos que cuidavam do seu companheiro/a e ficam viúvos (Río, 2021). A partilha de sentimentos de infelicidade e dor, concebe um fator de risco para o cansaço extremo por compaixão (Río, 2021). Assim, quando o luto traumático progride para o luto integrado, a competência de regular as emoções aumenta, diminuindo, tanto a força como a frequência de experimentos negativos (Río, 2021).

Objetivos e Hipóteses da Investigação

Os objetivos gerais deste trabalho centram-se em explorar o burnout, a regulação emocional e as atitudes perante a morte em cuidadores formais (CFs) de idosos e não cuidadores formais (NCs) testando potenciais diferenças entre estes dois grupos.

Os objetivos específicos da investigação visam: (1) identificar os tipos de estratégias de regulação emocional (RE) utilizadas pelos CFs, e em que medida são distintas das usadas pelos NCs; (2) identificar os níveis de burnout pelos CFs e em que medida são distintas dos níveis dos NCs; (3) identificar atitudes perante a morte dos CFs e em que medida são distintas dos níveis dos NCs; e 4) explorar as relações entre o burnout, regulação emocional (RE) e atitudes perante a morte.

H1: Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere aos níveis de burnout.

Esta hipótese justifica-se pelo facto de os CFs estarem sujeitos a um conjunto de stressores específicos inerentes à tarefa de cuidar que pode aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento do burnout (Albuquerque & Cerejeira, 2019; Caçote & Faria, 2016; Figueiredo, 2019; Fonte, 2011; Gomes, 2017; Monteiro et al., 2014;; Özçakar et al. 2012; Ribeiro et al., 2009; Sant’Anna & Gomes, 2021; Tavares, 2019^a; Vicente & Oliveira, 2015). Há estudos que evidenciam que profissionais que trabalhem diretamente com pessoas (i.e., profissionais da área da saúde e da educação ou técnicos envolvidos com indivíduos doentes, etc.) são mais predispostos a desenvolver burnout, comparando com indivíduos que não tenham este tipo de profissões (Caixeta et a., 2021; Fonte, 2011; OPP, 2020d; Sant’Anna & Gomes, 2021).

H2: Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às estratégias de RE utilizadas.

Esta hipótese justifica-se pelo facto de os CFs estarem sujeitos a um conjunto de stressores específicos inerentes à tarefa de cuidar que pode levar ao uso privilegiado de determinadas estratégias de regulação emocional (RE). Existem dados que demonstram que os CFs têm uma atividade profissional propícia ao desenvolvimento de problemáticas do fórum emocional (Altafim et al. 2015; Tavares, 2019^a) e assim, maiores dificuldades de RE. Baseados nestes estudos, prevemos que os CFs utilizem mais estratégias de RE desadaptativas (Supressão Emocional), ainda que exista pouca evidência relativa a esta previsão. Embora exista alguma literatura que refira que os CFs utilizem mais estratégias de RE, de RC do que de SE, não foram encontrados estudos comparativos com os NCs (Coelho, 2011; Ferreira, 2011). Posto isto, não temos dados que nos afirmem, a priori, quais são as estratégias mais utilizadas pelos NCs.

H3: Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às atitudes perante a morte.

Os CFs tendem a modificar a forma como lidam com o processo da morte ao nível pessoal e profissional (Barbosa & Massaroni, 2016; Costa, 2019; Oliveira, 2021; Río, 2021). Os CFs seguem um perfil de aceitação para com a morte, i.e., comparativamente com enfermeiros, utilizam mais atitudes de Aceitação como Escape, Aceitação como Aproximação, no entanto, também evidenciam o Evitamento (Cabral, 2019). Num estudo realizado, os profissionais que exerciam a sua atividade em cuidados paliativos e que não tinham formação especializada apresentavam mais atitudes de Medo, e menos de Aceitação Neutral/Neutralidade (Pais et al., 2020).

Baseados nestes estudos, prevemos que os CFs utilizem atitudes perante a morte relacionadas com a aceitação. Embora exista alguma literatura que refira que os CFs utilizem mais atitudes perante a morte relacionadas com a aceitação, não foram encontrados estudos

comparativos com os NCs. Deste modo, não possuímos conhecimentos que nos afirmem, a priori, quais são as atitudes perante a morte mais utilizadas pelos NCs.

H4: Esperam-se associações positivas entre os níveis de burnout, o uso de estratégias de RE desadaptativas (SE), e atitudes perante a morte relacionadas com o medo e evitamento no grupo de cuidadores formais (CFs).

Baseados na literatura é expectável que o burnout se associe ao uso de estratégias de regulação emocional (i.e., RC e SE) já que estão diretamente interligados (Rodriguez et al., 2017; Dienfendorff et al., 2011, Andela et al., 2014; Rodriguez et al., 2017). Com base nestes estudos, prevemos que o burnout dos CFs se associe a estratégias de RE desadaptativas (SE). No entanto um estudo realizado com cuidadores, afirma que as estratégias de RE (RC e SE) não antecipam o burnout (Almeida, 2020). Outros estudos evidenciam que não existem associações estatisticamente significativas entre as estratégias de RE (RC e SE) e o burnout (Coelho, 2011; Silva, 2007).

O luto no âmbito profissional centra-se maioritariamente nos técnicos que desempenham cuidados na área dos cuidados perante a morte de um utente. Neste contexto, usa-se a designação de “trauma secundário”, que pode proceder ao burnout (Río, 2021). Por sua vez, é expectável que atitudes perante a morte relacionadas com o medo e evitamento se associem ao burnout dos cuidadores. A morte dos utentes, pode levar os profissionais a desenvolver patologias como o burnout e a não conseguirem ajudar emocionalmente o utente (Santos, 2016; Rodrigues, 2020). Neste contexto, o cuidador tende a relacionar-se com problemas emocionais quando são expostas questões como a morte (Altafim et al., 2015).

Tendo em conta, o impacto que os níveis de burnout e a RE podem ter, já evidenciados na literatura, é expectável que estas mesmas variáveis (níveis de burnout e níveis altos de RE)

estejam associados com atitudes que consideramos desadaptativas, nomeadamente o medo e o evitamento.

METODOLOGIA

Design

Trata-se um estudo comparativo de corte transversal de comparação entre grupos (CFs e NCs), dado que a intenção pretendida com o estudo, baseia-se na comparação das variáveis nos dois grupos, e na verificação de interações entre eles. É um estudo de natureza experimental, devido a pré-condição de uma variável ser manipulada, que consiste em ser ou não ser CF. Sendo este, um estudo quantitativo, uma vez que o método é constituído por interpretação de dados, análise de dados e conceção de conclusões a partir dos mesmos.

Definição e Operacionalização das Variáveis

Neste estudo a variável independente (VI) são o grupo de CFs e NCs (neste caso, a VI diz respeito a uma característica (ser vs. não ser cuidador) que distingue os participantes, pré-condição, não sendo manipulada experimentalmente). Como variável dependente (VD) propomos o burnout, a regulação emocional e a atitude perante a morte.

Participantes

A população do estudo dispõe de uma amostra por conveniência, obtida em vários lares e casas de acolhimento do concelho de Torres Vedras. Os critérios de inclusão para os participantes CFs foram os seguintes: (a) serem auxiliares de ação direta numa instituição que preste cuidados ao nível geriátrico institucional e/ou domiciliário no concelho de Torres Vedras, e (b) ter uma idade igual ou superior a 18 anos. Quanto aos participantes NCs os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) não ter pessoas a seu cargo que sejam dependentes, i.e., não ter a cargo indivíduos com deficiência ou com patologia que necessite de cuidado [a condição de ser pai ou mãe não é caracterizado como ter a cargo indivíduo(s) dependente(s)] e (c) exercer alguma atividade profissional. Na seleção da amostra foram considerados, também, os critérios de exclusão, para os dois grupos, que englobam: (a)

não ser fluente ou compreender a língua portuguesa, e (b) indivíduos com níveis altos de alfabetização (i.e., que não tenham aptidões para responder aos instrumentos aplicados).

Procedimento

Inicialmente o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação em Psicologia (CIP) do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa. É igualmente relevante frisar que todos os pressupostos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) foram garantidos. Foi também dada a aprovação do Comité Ético das instituições de recrutamento de participantes. Para recrutar os participantes do grupo experimental (CF) foram contactadas telefonicamente algumas instituições do concelho de Torres Vedras e convidadas a participar no estudo. Após realizado o primeiro contacto telefonicamente e explicado a intenção do mesmo, para as instituições que demonstraram disponibilidade em participar no estudo foi enviada via e-mail a informação mais detalhada, que compreendia os principais objetivos do trabalho, aspetos éticos e de proteção de dados (i.e., participação voluntária, anonimato e confidencialidade). Após a aprovação do projeto por ambos os comités éticos, foi iniciada a recolha de dados nos locais de interesse.

Aos participantes interessados em fazer parte do estudo e que cumpriam os critérios de seleção da amostra foi dado um consentimento onde se explicava o estudo, os seus principais objetivos, aspetos éticos e, ainda, sobre a proteção de dados (i.e., participação voluntária, anonimato e confidencialidade). Depois de assinado o seu consentimento procedeu-se à aplicação do protocolo de avaliação que incluía todos os instrumentos da presente investigação.

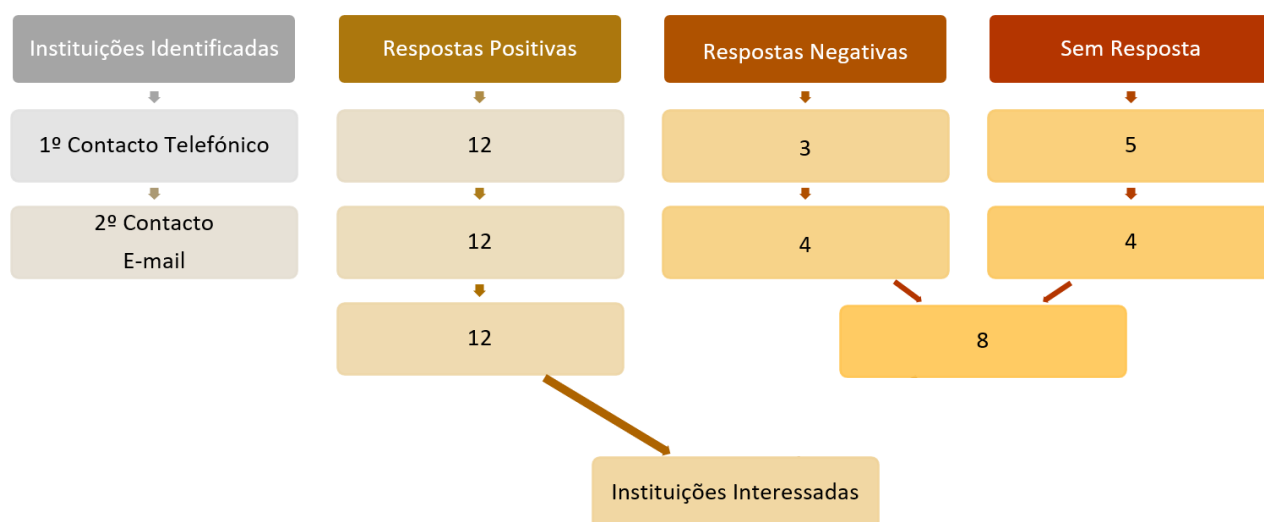
Relativamente ao grupo de controlo (NC), a amostra foi selecionada de forma aleatória. Para os participantes que aceitaram participar no estudo foi entregue, presencialmente, o protocolo do estudo que incluía um pequeno resumo do mesmo, onde se destaca os principais objetivos, aspetos éticos e de proteção de dados (i.e., participação voluntária, anonimato e

confidencialidade). Ao aceitarem, foi solicitado aos participantes que assinassem o consentimento informado, e de seguida, que preenchessem os instrumentos de avaliação do estudo.

Tanto a aplicação do questionário sociodemográfico como os instrumentos de avaliação das variáveis foram aplicados tendo em consideração o código deontológico, integrando os princípios específicos que invocam o sigilo e a privacidade dos participantes proporcionando o maior conforto e liberdade de resposta. Após o término do estudo, se a instituição permitisse e desejasse, ser-lhe-ia enviado via e-mail para cada instituição uma cópia dos resultados, na íntegra, obtidos do mesmo. No caso do grupo de NCs, foi disponibilizado o e-mail da autora do estudo para os participantes poderem tomar conhecimentos dos resultados obtidos na íntegra.

Figura 3

ERPIs Identificadas Para Participação no Estudo e Respetivas Respostas



Instrumentos de Avaliação

Neste estudo foram usados vários instrumentos para recolher informação sobre as características sociodemográficas de todos os participantes, tal como sobre as variáveis de

estudo. Concretamente, para avaliar o burnout utilizamos o *The Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Fonte, 2011); para avaliar a regulação emocional usamos o *The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)* (Brandão et al., 2017) e, ainda, para avaliar a atitude perante a morte foi utilizado o *Death Attitude Profile – Revised (EAPAM)* (Loureiro, 2010). Mais abaixo descrevem-se, com detalhe, todos os instrumentos usados na presente investigação.

Variáveis Sociodemográficas

Para obter informação relativas às características sociodemográficas dos participantes foram incluídas perguntas sobre sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. Igualmente, foram incluídas questões relacionadas com a atividade laboral (condição de ter pessoas a seu cargo que sejam dependentes e o conselho da instituição empregadora).

Burnout

O *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* é um instrumento que avalia o burnout. É constituído por 19 itens e 3 subescalas - (a) *Burnout Pessoal*, (b) *Burnout Relacionado com o Trabalho* e (c) *Burnout Relacionado com o Utente* (Fonte, 2011) [Versão Original (VO) - Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen, 2005; Versão Portuguesa (VP) - Fonte, 2011]. Neste estudo apenas serão usadas as últimas duas escalas, isto é, o *Burnout Relacionado com o Trabalho* e o *Burnout Relacionado com o Utente*, pois são as que se adequam aos objetivos deste estudo. Relativamente à subescala *Burnout Relacionado com o Trabalho* (7 itens - 3, 5, 8, 12, 13, 14 e 17) esta avalia o nível de cansaço psicológico e físico, assim como a perceção da exaustão influenciada pela sua função profissional. Exemplo de itens desta subescala: “Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?”, “O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?”. A subescala *Burnout Relacionado com o Utente* ou *Burnout Relacionado com as Pessoas* (para os NCs) (6 itens - 1, 6, 15, 16, 18 e 19), centra-se na análise do nível de cansaço psicológico e físico, assim como a perceção da exaustão influenciada pelos clientes.

Exemplo de itens desta subescala: “Acha difícil trabalhar com utentes?”, “Está cansado de trabalhar com pessoas?”.

Para aplicação deste instrumento solicita-se aos participantes que respondam às questões com autenticidade e de acordo com a frequência com que têm esse sentimento, numa escala de *Likert* de cinco pontos (1= sempre/muito a 5= nunca/ quase nunca). As pontuações da subescala *Burnout Relacionado com o Trabalho*, contêm 5 opções: nas questões 3, 5 e 8 variam entre muito pouco = 0 pontos e muito = 100 pontos; nas questões 12, 13 e 14 variam entre nunca/ quase nunca = 0 pontos e sempre = 100 pontos; já a última questão é aplicada ao contrário, isto é, varia entre nunca/ quase nunca = 100 pontos e – sempre = 0 pontos (Fonte, 2011). As pontuações da subescala *Burnout Relacionado com o/as Utente/Pessoas*, variam entre 5 possibilidades: nas questões 1, 6, 15 e 16 diferem entre muito pouco = 0 pontos e muito = 100 pontos, nas seguintes questões diferem entre nunca/ quase nunca = 0 pontos e sempre = 100 pontos (Fonte, 2011). Este instrumento é pontuado de acordo com a pontuação total da escala utilizando-se a média dos scores dos itens, qualificando-se como alto grau de burnout, uma pontuação igual ou acima dos cinquenta (50) pontos em determinada subescala (Borritz & Kristensen, 2004; Fonte, 2011).

As propriedades psicométricas da VO da dimensão *Burnout Relacionado com o Trabalho* classifica-se com uma boa consistência interna ($\alpha = .866$), e o *Burnout Relacionado com o/as Utente/Pessoas* classifica-se igualmente com uma boa consistência interna ($\alpha = .843$) (Borritz & Kristensen, 2004). As propriedades psicométricas na VP, da segunda subescala *Burnout Relacionado com o Trabalho*, revelam uma consistência interna boa ($\alpha = .829$), e da terceira subescala, *Burnout Relacionado com o/as Utente/Pessoas*, revela uma consistência interna razoável ($\alpha = .796$) (Fonte, 2011). A escala total revela uma boa consistência interna, demonstrando boas qualidades psicométricas, o que resulta num instrumento fiável, homogêneo e válido para o reconhecimento e aferição da variável burnout (ver Tabela 1)

(Fonte, 2011). No presente estudo a consistência interna da subescala *Burnout Relacionado com o Trabalho* é aceitável ($\alpha = 0.697$), já a subescala *Burnout Relacionado com o/as Utente/Pessoas*, caracteriza-se como boa ($\alpha = .810$) (ver Tabela 1). O total das subescalas apresentam uma boa consistência interna ($\alpha = .851$).

Regulação Emocional

Utilizamos o questionário *The Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) (VO - Gross e John, 2003; VP - Filipa Machado Vaz e Carla Martins, 2008) para avaliar a regulação de emoções dos participantes. Para aplicação da escala solicita-se aos participantes que respondam às questões com veracidade, numa escala de *Likert* de sete pontos (1 = discordo a 7= concordo totalmente). Este questionário é constituído por 10 itens e divide-se em duas estratégias emocionais: (a) *Reavaliação Cognitiva* (RC) e (b) *Supressão Emocional* (SE) (Brandão et al., 2017; Vaz, 2009).

A dimensão RC, foca-se na forma como o indivíduo se sente (Gouveia et al., 2018), e na alteração da percepção que o indivíduo dá à experiência emocional. É uma estratégia emocional precedente, em que o indivíduo pode alterar a forma como vai lidar com a situação emocional (Preece et al., 2020). É constituída por 6 itens (1, 3, 5, 7, 8, 10). Exemplos de itens: “Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar”, “Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação”.

A subescala SE relata a tendência de o indivíduo demonstrar as suas emoções (Gouveia et al., 2018). A SE representa o inverso da RC, na medida em que têm efeitos sociais e cognitivos negativos (Vaz, 2009). Esta ocorre após o experimento emocional e tem como intuito a alteração do comportamento, contudo sem reduzir a componente emocional negativa (Vaz, 2009). É composta por 4 itens (2, 4, 6, 9). Exemplos de itens: “Guardo as

minhas emoções para mim próprio”, “Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar”.

Relativamente ao método de cotação destas subescalas seguem o seguinte sistema: na (a) *RC* – quanto mais elevada for a pontuação, mais emoções positivas o participante sente, (b) *SE* – quanto maior a pontuação, menos emoções positivas o participante sente. Em suma, quanto maior a pontuação em determinada subescala (*RC* ou *SE*), significa que mais o indivíduo se identifica com essa estratégia de RE (Vaz et al., 2008).

Quanto às características psicométricas deste instrumento, verifica-se que na VO, a dimensão de *RC* demonstrou uma boa consistência interna ($\alpha = .80$), tal como a dimensão de *SE* ($\alpha = .73$) (ver Tabela 1) (Gross e John, 2003). A escala na VP, a subescala de *RC* é classificada como razoável ($\alpha = .76$), e a subescala de *SE* aceitável ($\alpha = .65$) (Vaz, 2009). O instrumento revela uma boa consistência interna e fiabilidade para avaliar a regulação emocional (Vaz, 2009). Concretamente (ver Tabela 1). No presente estudo a consistência interna da subescala *RC* é considerada boa ($\alpha = .843$), já a subescala *SE*, caracteriza-se como razoável ($\alpha = .729$) (ver Tabela 1).

Atitudes Acerca da Morte

Para avaliar as atitudes acerca da morte utilizámos a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM) que consiste numa escala multidimensional constituída por 32 itens e 5 dimensões (VO - Paul T. P. Wong, Gary T. Reker e Gina Gesser, 1994; VP – Luís Manuel De Jesus Loureiro, 2010): *Medo*, *Evitamento*, *Aceitação Neutral/Neutralidade*; *Aceitação Como Aproximação* e *Aceitação Como Escape*. A primeira dimensão, *Medo*, é composta por 7 itens (1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32) e corresponde a sentimentos e pensamentos relativos à morte e ao seu processo. Alguns exemplos de itens: “a morte é sem dúvida uma experiência cruel”, “a incerteza de nada saber ao que acontece depois da morte, preocupa-me”.

A segunda dimensão é o *Evitamento*, constituída por 5 itens (3, 10, 12, 19 e 26) que diz respeito ao abordar ou pensar relativamente ao processo da morte com o intuito de reduzir a ansiedade e o medo. Alguns exemplos de itens: “evito a todo o custo pensamentos relacionados com a morte”, “Tento não fazer nada que esteja relacionado com o assunto da morte”. A terceira dimensão, *Aceitação Neutral/Neutralidade*, é composta por 5 itens (6, 14, 17, 24 e 30) e consiste na aceitação da morte como parte integrante da vida humana, é aceite como uma etapa da vida natural. Alguns exemplos de itens: “a morte deve ser vista como um acontecimento natural, inegável e inevitável”, “a morte não é boa nem má”. A quarta dimensão, *Aceitação Como Aproximação*, compreende 10 itens (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 e 31) e refere-se ao facto de acreditar numa vida de paz depois da morte, num último lugar de satisfação. Alguns exemplos de itens: “acredito que depois de morrer irei para o céu”, “olho antecipadamente para a vida depois da morte”). Finalmente, a quinta dimensão, *Aceitação Como Escape*, é constituída por 5 itens (5, 9, 11, 23 e 29) e refere-se à morte como última opção, isto é, dependendo das circunstâncias e do sofrimento que o indivíduo vive, a morte é a sua única alternativa para acabar com o sofrimento. Alguns exemplos de itens: “A morte traz um fim para todos os meus problemas”, “Vejo a morte como alívio do fardo desta vida” (Loureiro, 2010). Para a execução deste instrumento solicita-se a colaboração dos participantes que respondam aos itens com a maior veracidade numa escala de *Likert* de sete pontos (1 = discordo completamente a 7= concordo totalmente) (Loureiro, 2010). Este instrumento é pontuado de acordo com a pontuação total de cada subescala. Para pontuar cada subescala utiliza-se o total dos *scores* dos itens e divide-se pelo número de itens dessa subescala. Quanto mais elevado for o *score*, maior a identificação com essa subescala. Na sua totalidade, o score diferir entre 32 e 224 (Novais et al., 2021).

Quanto às características psicométricas da subescala o instrumento na VO e na VP caracteriza as subescalas da seguinte forma: Medo revela uma consistência interna boa (VO α

= .86; VP α = .84); *Evitamento* revela uma consistência interna boa (VO α = .88; VP α = .87); *Aceitação Neutral/Neutralidade* revela uma consistência interna aceitável (α = .64); *Aceitação Como Aproximação* revela uma consistência interna excelente (VO α = .97; VP α = .91); *Aceitação Como Escape* revela uma consistência interna boa (VO α = .84; VP α = .82) (ver Tabela 1) (Cardoso et al., 2020; Loureiro, 2010).

No presente estudo a consistência interna da subescala *Medo*, é boa (α = .848), da subescala *Evitamento* é caracterizada como excelente (α = .903), da subescala *Aceitação Neutral/Neutralidade* é caracterizada como aceitável (α = .669), da subescala *Aceitação Como Aproximação* é excelente (α = .913) e, por último, da subescala *Aceitação Como Escape* é razoável (α = .791) (ver Tabela 1). Na totalidade da escala verificou-se uma boa consistência interna boa (α = .886).

Tabela 1

Alfa de Cronbach Para a Análise Dos Instrumentos do Estudo, na Versão Original, Portuguesa e do Presente Estudo

Escala	Subescala	Nº de Itens	α VO Original	α VP	α do Estudo
CBI	Burnout Relacionado com o Trabalho	7	.866	.829	.697
	Burnout Relacionado com os/as Utentes/Pessoas	6	.843	.796	.810
ERQ	Reavaliação Cognitiva (RC)	6	.80	.76	.843
	Supressão Emocional (SE)	4	.73	.729	.729
EAPAM	Medo	7	.86	.84	.848
	Evitamento	5	.88	.87	.903
	Aceitação Neutral/Neutralidade	5	.65	.64	.669
	Aceitação Como Aproximação	10	.97	.91	.913
	Aceitação Como Escape	5	.84	.82	.791

Nota. α = Alfa de Cronbach, VO = Versão Original, VP = Versão Portuguesa.

Fonte: Adaptado de Fonte (2011); Loureiro (2010); Vaz (2009).

Análise de Dados

Após a recolha dos dados de investigação, torna-se primordial analisar os mesmos. Com o objetivo de corresponder a essa análise, foi necessário recorrer ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 26.0. Sendo um estudo experimental com análise estatística procedeu-se à análise da estatística descritiva com apuração de frequências (percentagens), medida de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvios padrões, número mínimo e máximo) de todos os participantes e das variáveis de estudo (burnout, RE e atitude perante a morte). Para explorar se as variáveis do estudo seguiam uma distribuição normal foi realizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* e o coeficiente de assimetria, os quais indicaram que os dados não seguiam uma distribuição normal. Segundo esta conclusão houve

a necessidade de se optar por testes não paramétricos para análise dos resultados. Deste modo, foi selecionado o teste *Mann-Whitney* entre duas amostras independentes com o intuito de apurar possíveis diferenças entre os grupos (CFs e NCs) nas variáveis de estudo. Posteriormente, foi realizado o teste de correlação não paramétrico de *Spearman*, com o objetivo de verificar as associações entre as variáveis. Usámos como critério de classificação o de Cohen (1988) em que se considera uma correlação fraca quando os valores são menores que $<.30$, correlação moderada $\geq .30$ e $<.50$, e correlação forte $\geq .50$.

RESULTADOS

Análise Descritiva

Participantes

Posteriormente à realização da análise da informação recolhida, torna-se essencial apresentar e caracterizar as variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo (ver Tabela 2). Este estudo contou com um total de 300 participantes: 150 cuidadores formais (grupo experimental - CFs) e 150 não cuidadores formais (grupo control – NCs).

No que diz respeito ao grupo experimental (CFs) verificou-se uma percentagem superior de indivíduos do sexo feminino (96.7%), com idades entre os 19 e os 65 anos. Quanto às habilitações literárias foi possível constatar que 32.7% dos participantes referiu ter o terceiro ciclo do ensino básico (i.e., 7º ao 9º ano) tal como o ensino secundário (i.e., do 10º ao 12º ano), com apenas 8.7% o ensino superior. A maioria dos participantes indicou ser casado(a) (43.3%). Quanto ao facto de ter pessoas a cargo dependentes, verificou-se que mais de metade dos inquiridos (75,3%) referiu não ter ninguém a seu cargo (ver Tabela 2 para mais detalhes).

No que diz respeito ao grupo de controlo (NCs) foi possível verificar (ver Tabela 2) que, tal como no grupo de CFs, a maior da amostra é do sexo feminino (64%), com idades entre os 18 e os 72 anos. Quanto às habilitações literárias, a maioria dos participantes (44%) possuía o ensino secundário (i.e., 10º e o 12º ano). Relativamente ao estado civil os resultados demonstram que a maioria dos participantes era solteiro/a (44.7%).

Variáveis Sociodemográficas		CF (N= 150)		NC (N= 150)	
		N	Percentagem %	N	Percentagem %
Sexo	Feminino	145	96.7	96	64
	Masculino	5	3.3	54	36
Idade	18 - 35	29	19.33	73	48.67
	36 - 55	78	52	53	35.33
	56 - 75	42	28	24	16
	Não respondeu	1	0.67	-	-
Habilitações literárias	1º ciclo (1º - 4º Ano)	20	13.3	2	1.3
	2º ciclo (5º - 6º Ano)	18	12	6	4
	3º ciclo (7º - 9º Ano)	49	32.7	22	14.7
	Ensino Secundário (10º - 12º Ano)	49	32.7	66	44
	Ensino Superior	13	8.7	53	35.3
	Não respondeu	1	0.7	1	0.7
Estado Civil	Solteiro(a)	36	24	67	44.7
	Casado(a)	65	43.3	55	36.7
	Divorciado(a)	26	17.3	7	4.7
	Viúvo(a)	8	5.3	3	2
	União de facto	11	7.3	18	12
	Separado(a)	3	2	0	0
	Não respondeu	1	0.7	-	-
Ter pessoas dependentes a seu cargo	Sim	36	24	0	0
	Não	113	75.3	150	100
	Não respondeu	1	0.7	-	-

Tabela 2

Análise Descritiva Dos Dados Sociodemográficos Dos Participantes- CFs e NCs (N= 300).

Fonte: Output do SPSS

Burnout, Regulação Emocional (RE) e Atitude Perante a Morte

Na Tabela 3, podem-se encontrar os resultados na análise da estatística descritiva para cada variável em estudo e para cada grupo.

Atendendo à Tabela 3, verificou-se que os níveis de burnout são reduzidos, visto que, nenhuma das dimensões chegou aos 50 pontos. Foi possível observar que tanto os CFs como os NCs, demonstraram maiores níveis de *Burnout Relacionado com o Trabalho* ($\bar{x}$ = 41.80; DP = 1.042; $\bar{x}$ = 44.15; DP = .881, respetivamente) do que *Burnout Relacionado com o/as Utente/Pessoas* ($\bar{x}$ = 27; DP = 1.647; $\bar{x}$ = 32.53; DP = 1.484, respetivamente). No entanto, os NCs revelaram níveis superiores de burnout em ambas as dimensões.

Os resultados demonstraram também que tanto os CFs como os NCs utilizam mais estratégias de *Reavaliação Cognitiva (RC)*, o que significa que os participantes sentem menos emoções negativas e mais emoções positivas. Mais especificamente, observou-se os CFs aplicam mais estratégias de *Supressão Emocional (SE)* ($\bar{x}$ = 4.069; DP = .127) e menos de *RC* ($\bar{x}$ = 5.012; DP = .111), do que os NCs - *RC* ($\bar{x}$ = 5.035; DP = .096); *SE* ($\bar{x}$ = 3.883; DP = .108).

Considerando a escala de *Atitudes Perante a Morte*, é possível afirmar que os CFs sentem níveis superiores nas seguintes subescalas: *Medo da morte* (CFs - $\bar{x}$ = 4.15; DP = .119; NCs - $\bar{x}$ = 3.84; DP = .114); *Aceitação como Aproximação* (tendencialmente associada a crenças religiosas) (CFs - $\bar{x}$ = 4.31; DP = .099; NCs - $\bar{x}$ = 3.59; DP = .108); e *Aceitação como Escape* (com a finalidade de acabar com o sofrimento que o utente/pessoa sente) (CFs - $\bar{x}$ = 3.85; DP = .109; NCs - $\bar{x}$ = 3.23; DP = .118). Já os NCs demonstram mais atitudes de *Aceitação Neutral/Neutralidade*, i.e., aceitar a morte como algo natural da vida (NCs - $\bar{x}$ = 5.66; DP = .0723; CFs - $\bar{x}$ = 5.34; DP = .088). Quanto à subescala *Evitamento*, os dois grupos revelam níveis idênticos (NCs - $\bar{x}$ = 4.52; DP = .140; CFs - $\bar{x}$ = 4.52; DP = .140).

Tabela 3

Estatística Descritiva das Variáveis Burnout, Regulação Emocional e Atitudes Perante a Morte

Grupos		CF (N=150)	NC (N=150)	
Variáveis		$\bar{x}$ (DP)	$\bar{x}$ (DP)	Min-Max
Burnout	Burnout Relacionado com o Trabalho	41.80 (1.042)	44.15 (.881)	1-5
	Burnout Relacionado com os/as Utentes/Pessoas	27 (1.647)	32.53(1.484)	1-5
RE	RC	5.01 (.111)	5.04 (.096)	1-7
	SE	4.07 (.127)	3.88 (.108)	1-7
Atitude perante a morte	Medo	4.15 (.119)	3.84 (.114)	1-7
	Evitamento	4.52 (.140)	4.52 (.140)	1-7
	Aceitação Neutral/Neutralidade	5.34 (.088)	5.66 (.072)	1-7
	Aceitação como Aproximação	4.31 (.099)	3.59 (.108)	1-7
	Aceitação como Escape	3.85 (.109)	3.23 (.118)	1-7

Nota. $\bar{x}$ = média, DP = Desvio Padrão, Min = Número Mínimo, Max = Número Máximo.

Fonte: Output do SPSS.

Diferenças de Grupo no Burnout, Regulação Emocional (RE) e Atitude Perante a

Morte

Para explorar se as diferenças encontradas entre os grupos nas variáveis de estudo são significativas levou-se a cabo o teste não paramétrico *Mann-Whitney (U)*. Os resultados permitiram testar as primeiras três hipóteses.

Relativamente à primeira hipótese (H1: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs) no que se refere aos níveis de burnout”) verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *Burnout Relacionado com os/as Utentes/Pessoas* ($U = 8436.000$; $p = .005$). No entanto, não se encontram diferenças significativas entre os grupos no *Burnout Relacionado com o Trabalho* ($U = 9415.000$; $p = .148$). Ao contrário do que nós prevíamos, verificou-se que o grupo de NCs apresentou níveis mais elevados de burnout, tanto relacionado com o trabalho como com as pessoas, sendo essas diferenças significativas.

No que se refere à segunda hipótese (H2: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às estratégias de RE utilizadas”), não se observam diferenças significativas no uso de estratégias RE; especificamente, na RC ($U = 10919.500$; $p = .885$), e na SE ($U = 10292.000$; $p = .321$). Embora se possa apurar que os CFs, tal como nós esperávamos (H2) utilizam mais estratégias desadaptativas (ou seja, SE), essas diferenças não são significativas.

No que respeita à terceira hipótese (H3: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às atitudes perante a morte.”), verificam-se diferenças significativas nas várias subescalas: *Aceitação Neutral/Neutralidade* ($U = 9208.500$; $p = .008$); *Aceitação como Aproximação* ($U = 7799.000$; $p = .000$); e *Aceitação como Escape* ($U = 8403.500$; $p = .000$). Contrariamente, não se encontraram diferenças significativas nas subescalas *Medo* e *Evitamento* ($U = 9796.000$; $p = .065$; $U = 11160.500$; $p = .985$, respetivamente), tal como era expectável.

Atendendo à Tabela 3 de forma decrescente, é possível concluir, que o grupo dos CFs utilizam mais atitudes de *Aceitação Neutral/Neutralidade*, *Evitamento*, *Aceitação como Aproximação*, *Medo* e *Aceitação como Escape*, respetivamente. Já os NCs utilizam mais estratégias de *Aceitação Neutral/Neutralidade*, *Evitamento*, *Medo*, *Aceitação como Aproximação* e *Aceitação como Escape*.

Em comparação de forma decrescente, os NCs utilizam mais atitudes de *Aceitação Neutral/Neutralidade* perante a morte, e os CFs usam mais atitudes de *Medo*, *Aceitação Como Aproximação* e de *Aceitação Como Escape*. Perante os resultados obtidos, podemos aceitar parcialmente, a hipótese elaborada.

Associação entre Burnout, Regulação Emocional e Atitude Perante a Morte

Os resultados das várias correlações levadas a cabo permitiu-nos testar a quarta e última hipótese deste estudo. Ao testar esta hipótese (H4: “Esperam-se associações positivas entre os

níveis de burnout, o uso de estratégias de RE desadaptativas (SE), e atitudes perante a morte relacionadas com o medo e evitamento no grupo de cuidadores formais (CFs).’’), podemos afirmar que existem várias correlações significativas entre a variável burnout e a variável de RE e de Atitude Perante a Morte. Especificamente, podemos encontrar correlações positivas e fracas entre o burnout e a atitude do Medo ($r = .289$; $p\text{-value} = .000$); o burnout e a atitude de Aceitação como Escape ($r = .170$; $p\text{-value} = .044$); a RC e a Aceitação Neutral/Neutralidade ($r = .209$; $p\text{-value} = .027$); a RC e a Aceitação como Aproximação ($r = .210$; $p\text{-value} = .027$); a SE e o Evitamento ($r = .177$; $p\text{-value} = .0031$); a SE e Aceitação como Aproximação ($r = .203$; $p\text{-value} = .014$); e a SE com a Aceitação como Escape ($r = .278$; $p\text{-value} = .001$). Também é possível observar correlações negativas (nas duas dimensões de burnout). Entre o burnout e a RC existem correlações fracas ($r = -.222$; $p\text{-value} = .008$), e entre o burnout e a atitude Aceitação Neutral/Neutralidade existem correlações moderadas ($r = -.312$; $p\text{-value} = .000$). É possível concluir que os resultados não vão ao encontro da hipótese anteriormente elaborada, embora possamos afirmar que o burnout influencia negativamente a atitude do Medo perante a morte.

Na Tabela 4, é possível observar os coeficientes da correlação de *Spearman* para o grupo de CFs e para todas as variáveis.

Tabela 4*Correlações de Spearman Para o Grupo de CFs*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Burn_Trab		-	-	-	-	-	-	-	-
2. Burn_Utente	.638**		-	-	-	-	-	-	-
3. RC ¹	-.222**	-.297**		-	-	-	-	-	-
4. SE ¹	-.126	-.040	.380**		-	-	-	-	-
5. Medo ²	.142	.289**	-.028	.131		-	-	-	-
6. Evitamento ²	.031	.150	.047	.177*	.662**		-	-	-
7. ANeutral ²	-.312**	-.318**	.209*	.095	-.165*	-.041		-	-
8. AAproximação ²	-.086	-.011	.210*	.203*	.171*	.097	.174*		-
9. AEscape ²	.009	.170*	.085	.278**	.389**	.313**	.046	.438**	

Nota. Burn_Trab = Burnout Relacionado com o Trabalho, Burn_Utente = Burnout Relacionado com o Utente, RC = Reavaliação Cognitiva, SE = Supressão Emocional; 1 Regulação emocional, 2 Atitudes perante a morte.

* p < 0.05; ** p < 0.01.

Fonte: Output do SPSS.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Discussão

Esta presente investigação teve como objetivo identificar os níveis de burnout, o tipo de estratégias de RE utilizadas, e, ainda, as atitudes perante a morte em cuidadores formais (CFs) e em que medida poderiam ser diferentes das dos não cuidadores (NCs). A discussão dos resultados alcançados foi explorada com base no enquadramento teórico e em função das hipóteses previamente definidas. Nos próximos parágrafos iremos analisar os resultados obtidos tendo em conta as várias hipóteses formuladas.

Começamos por destacar os resultados que permitiram testar a primeira hipótese (H1: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs) no que se refere aos níveis de burnout.”), os quais nos levam a rejeitá-la. Os CFs têm uma profissão considerada frágil para o desenvolvimento do burnout (Albuquerque & Cerejeira, 2019; Caçote & Faria, 2016; Figueiredo, 2019; Fonte, 2011; Gomes, 2017; Monteiro et al., 2014; OPP, 2020d; Özçakar et al. 2012; Ribeiro et al., 2009; Sant’Anna & Gomes, 2021; Tavares, 2019^a; Vicente & Oliveira, 2015). De facto, ser CF coloca a pessoa numa situação de risco para desenvolver determinadas patologias do fórum psicológico (Altafim et al., 2015; Angerer et al., 2017; Figueiredo, 2019; Pinheira & Beringuinho, 2017; Santana, 2019; Stone, 2004). A literatura refere que os profissionais que trabalhem diretamente com pessoas (i.e., profissionais da área da saúde e da educação ou técnicos envolvidos com indivíduos doentes, etc.) são mais predispostos a desenvolver burnout, comparando com indivíduos que não tenham este tipo de profissões (Caixeta et a., 2021; Fonte, 2011; OPP, 2020d; Sant’Anna & Gomes, 2021). Isto deve-se ao facto desta profissão exigir uma grande capacidade psicológica e física (Tavares, 2019^a; Vicente & Oliveira, 2015).

Desta forma, era expectável encontrar diferenças significativas nos níveis de burnout entre os grupos de CFs e o grupo de NCs, mas tal não se verificou. Podem existir diferentes explicações para estes resultados. Por exemplo, o facto de desconhecermos as profissões dos

NCs, pode ter contribuído para este resultado. Poderia ser o caso dos NCs também terem empregos considerados vulneráveis (profissionais da área da saúde e da educação, profissionais da área da criminologia, guardas prisionais, bancários, profissionais de segurança pública, diretores empresariais, etc.) ao desenvolvimento desta síndrome dado o seu nível de exigência (Caixeta et al., 2021; Maslach et al., 2001). O burnout desenvolve-se tendencialmente em profissões que trabalham com pessoas ou profissões que cuidam de pessoas, devido à vivência de stress extremo associado ao ato profissional (Caixeta et al., 2021; Maslach et al., 2001).

Relativamente à segunda hipótese de investigação (H2: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às estratégias de RE utilizadas”.), verifica-se que não existem diferenças significativas nas estratégias de RE utilizadas pelos participantes. Embora se possa apurar que os CFs, tal como nós esperávamos utilizem mais estratégias desadaptativas (i.e., Supressão Emocional), comparativamente com o grupo de NCs, no entanto, essas diferenças não são significativas. Esta hipótese justifica-se pelo facto de os CFs estarem sujeitos a um conjunto de stressores específicos inerentes à tarefa de cuidar que pode levar ao uso de determinadas estratégias de regulação emocional (RE). O cuidador tende a relacionar-se com problemas emocionais quando são expostas questões como a morte, a total dependência física e funcional do idoso, as exigências do indivíduo cuidado e ainda as exigências dos familiares que, muitas vezes, não fazem parte das obrigações destes profissionais (Altafim et al., 2015). Com base na literatura podemos afirmar que os CFs são indivíduos vulneráveis a desenvolver problemas emocionais (Altafim et al., 2015; Figueiredo, 2019; Stone, 2004), daí poderem ser mais propícios a utilizar a estratégia emocional de Supressão Emocional, comparativamente com os NCs. No entanto, tal não se verificou.

No entanto, a literatura não é consensual quanto a esta questão de investigação. Existem autores que afirmam que os CFs têm uma atividade profissional propícia ao desenvolvimento

de dificuldade de RE (Altafim et al. 2015; Figueiredo, 2019; Stone, 2004; Tavares, 2019^a), no entanto, em estudos realizados, indicam que os CFs utilizam mais estratégias de RE, de Reavaliação Cognitiva (RC) (Coelho, 2011; Ferreira, 2011). A estratégia RE mais utilizada no presente estudo, tanto para os CFs como para os NCs, foi a estratégia que antecede a reação emocional, i.e., a Reavaliação Cognitiva indo ao encontro de resultados obtidos em alguns estudos (Coelho, 2011; Ferreira, 2011; Vaz, 2009). Estes resultados podem sugerir que, tanto o grupo de CFs como o grupo de NCs, experimentam mais emoções positivas que negativas, o que poderá denotar uma capacidade de enfrentar situações de forma adaptativa.

Podem existir diferentes explicações para estes resultados quanto aos CFs. Como por exemplo, pode estar relacionado com o nível de envolvimento com as tarefas que lhe são facultadas, i.e., quanto menor o envolvimento dos CFs com as tarefas exigidas, maior a utilização de estratégias de SE (Ferreira, 2011). Outro fator relacionado com o maior uso de estratégias de SE, prende-se com união com os colegas de trabalho, ou seja, quando a união com os colegas é reduzida, aumenta o uso de estratégias de SE (Ferreira, 2011).

No que diz respeito à terceira hipótese (H3: “Esperam-se diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais (CFs) e o grupo de não cuidadores (NCs), no que se refere às atitudes perante a morte.”), os resultados obtidos levam à sua aceitação parcial. Neste estudo, de forma decrescente, verificam-se o grupo dos CFs utilizam mais atitudes de Aceitação Neutral/Neutralidade, Evitamento, Aceitação como Aproximação, Medo e Aceitação como Escape. Já os NCs, de forma decrescente, utilizam mais estratégias de Aceitação Neutral/Neutralidade, Evitamento, Medo, Aceitação como Aproximação e Aceitação como Escape. Em comparação, os NCs utilizam mais atitudes de Aceitação Neutral/Neutralidade perante a morte, e os CFs usam mais atitudes de Medo, Aceitação Como Aproximação e de Aceitação Como Escape. No entanto, apenas se verificam diferenças significativas no uso de várias estratégias de atitudes perante a morte, tais como: Aceitação Neutral/Neutralidade,

Aceitação como Aproximação, e Aceitação como Escape. Contrariamente, não se encontraram diferenças significativas, nas subescalas Medo e Evitamento, tal como era expectável, com o grupo de CFs a fazer maior uso destas.

Segundo a literatura encontrada, os CFs tendem a alterar a forma como lidam com a morte e a seguir um perfil de aceitação para com a morte (Barbosa & Massaroni, 2016; Cabral, 2019; Costa, 2019; Oliveira, 2021; Río, 2021). Assim, as estratégias mais usadas pelos CFs são a Aceitação como Escape, Aceitação como Aproximação e o Evitamento (Cabral, 2019). Já as atitudes mais usadas pelos CIs são a Aceitação como Escape (Lopes, 2011). As atitudes mais utilizadas pelos enfermeiros são Aceitação como Escape e a Aceitação como Aproximação (Serra, 2012) e a Aceitação Neutral/Neutralidade (Ferraboli et al., 2021). Existem duas esferas relativamente às atitudes face à morte: o medo e a aceitação (Wong, Reker & Gesser, 1994). Verifica-se que os resultados do estudo tendem a ser, parcialmente, similares aos estudos anteriormente mencionados, uma vez que, os profissionais tendem a ter mais atitudes de aceitação para com a morte. Neste estudo verificamos a Aceitação Neutra/Neutral (que se refere-se à aceitação da morte como parte integrante da vida), a Aceitação como Aproximação (que se refere à existência de uma crença religiosa, de uma vida após uma morte feliz), e a Aceitação como Escape (que se caracteriza, pelo facto da vida de um indivíduo estar repleta de dor e sofrimento, e a única alternativa para o alívio ser morte) (Wong, Reker & Gesser, 1994), são as que se verificam diferenças significativas.

No entanto, podem existir diferentes explicações para estes resultados encontrados no grupo de CFs. Como por exemplo, a não formação na temática da morte, influencia negativamente os profissionais de saúde que lidam com ela. Num estudo realizado, os profissionais que exerciam a sua atividade em cuidados paliativos e que não tinham formação especializada apresentavam mais atitudes de Medo, e menos de Aceitação Neutral/Neutralidade (Pais et al., 2020).

Relativamente à quarta e última hipótese (H4: “Esperam-se associações positivas entre os níveis de burnout, o uso de estratégias de RE desadaptativas (SE), e atitudes perante a morte relacionadas com o medo e evitamento no grupo de cuidadores formais (CFs).”), podemos observar que os resultados não vão ao encontro da hipótese elaborada, embora possamos afirmar que existem algumas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do estudo (burnout e a atitude do Medo, e ainda, SE e o Evitamento).

Na presente investigação o burnout e a atitude do Medo, demonstraram-se significativamente associados. Especificamente, a associação entre o burnout e o Medo, significa que quando o burnout aumenta, a atitude do Medo perante a morte também aumenta. Com base na bibliografia encontrada é possível afirmar que a morte dos utentes pode levar os profissionais a desenvolver patologias como o burnout (Santos, 2016; Río, 2021; Rodrigues, 2020). Embora as investigações sobre este tema, sejam reduzidas, podemos deduzir que os CFs que revelem maiores níveis de burnout possam estar associados a um perfil de atitudes perante a morte relacionadas com o Medo e o Evitamento. Estes resultados podem ser explicados devido ao baixo nível de burnout dos CFs nesta amostra, em específico (Almeida, 2020; Almeida, 2013).

Também foi observada uma correlação significativa associada à regulação emocional (RE), mais concretamente entre a SE e o Evitamento. O que significa que quando a SE aumenta, o evitamento para com pensamentos e conversas sobre a morte, também aumenta. Segundo a escassa bibliografia encontrada, o cuidador tende a relacionar-se com problemas emocionais quando são expostas questões como a morte (Altafim et al., 2015). Desta forma, podemos sugerir que tanto a estratégia de SE como a atitude de Evitamento têm uma relação próxima com uma maior dificuldade em regular-se emocionalmente.

De facto, ao observamos a relação entre o burnout e RE tivemos em conta que são dois conceitos que estão diretamente interligados (Rodriguez et al., 2017; Dienfendorff et al., 2011,

Andela et al., 2014; Rodriguez et al., 2017), embora também haja evidência que refere que as estratégias de RE (RC e SE) não antecipam o burnout (Almeida, 2020). No entanto, no nosso não foram encontradas associações significativas entre o burnout e as estratégias de regulação emocional.

Posteriormente à elaboração da metodologia, dos resultados obtidos e da discussão, foram analisadas algumas limitações da presente investigação. A primeira foca-se no tipo de amostra. No grupo experimental (CFs), a amostra foi recolhida por conveniência aleatória, podendo limitar a generalidade dos resultados. Seria interessante num futuro estudo, não limitar a amostra por região permitindo uma maior representatividade dos dados obtidos. Outra limitação a destacar refere-se à impossibilidade de inquirir todos os CFs que atuam no concelho de Torres Vedras. A nossa amostra permitiu recolher participantes de 12 instituições, embora o concelho de Torres Vedras circunscreva, aproximadamente, 30 instituições (entre ERPIs e SAD). Desta forma, seria benéfico para futuras investigações, recolher uma amostra significativa de um maior número de instituições. Outro aspeto a ressaltar, centra-se no processo de recolha de dados. Este processo foi dificultado devido a Portugal estar a viver uma epidemia (SARS-cov-2), e as instituições de idosos serem locais de extrema facilidade na disseminação de infeções. Sendo um período atípico (pandémico), a adesão dos participantes também foi dificultada, e em alguns casos existiu uma elevada percentagem de itens não respondidos aos instrumentos entregues.

Não obstante e apesar das limitações anteriormente mencionadas, este estudo também relevou pontos fortes. Segundo os nossos conhecimentos não existe, até à atualidade, um estudo realizado com as variáveis utilizadas. Deste modo, caracteriza-se como um estudo inovador e pioneiro, em Portugal, que debruçasse numa temática pouco estudada.

Deste estudo podemos, também, destacar várias implicações. Quanto as contribuições teóricas, podemos referir que este estudo permitiu ficar a conhecer de forma mais aprofundada

as variáveis (burnout, RE e atitude perante a morte) e a relação entre elas, nos CFs. Principalmente, na variável Atitude Perante a Morte, uma vez que, é uma variável tão escassamente estudada.

Relativamente às implicações práticas do estudo, os resultados obtidos deste trabalho podem ajudar a desenhar estratégias psicossociais que tem como objetivo melhorar ou fomentar o bem-estar psicológico do CF através de várias ferramentas, como as intervenções psicoeducativas que tendem a ser soluções apaziguadoras do mau estar dos CFs, com o intuito de potencializar a qualidade de vida (Figueiredo, 2019). Existem também terapias psicológicas para ultrapassar o luto e grupos de apoio, com o objetivo de realizar um luto normativo (Río, 2021). Em suma, é correto dar valor à formação dos cuidadores neste domínio e às instituições que proporcionam o acontecimento destes grupos (Melo & Melo, 2021; Lima, 2019b). Podem ser tidas em conta, nomeadamente, por gestores de saúde pública ou institucionais, com o intuito de melhorar as capacidades profissionais e a saúde dos seus colaboradores.

Conclusão

A pertinência geral do estudo enfatiza o facto de a população mundial estar cada vez mais envelhecida, tal como foi referido no decorrer do enquadramento teórico, e existir uma maior necessidade de cuidar dos mais idosos. O estudo foca-se nas diferenças no burnout, regulação emocional (RE) e atitudes perante a morte entre um grupo de cuidadores formais (CFs) que exercem a sua atividade laboral em instituições (ERPI) e um grupo de não cuidadores (NCs).

Desta forma, após análise dos dados verificamos que das quatro hipóteses testadas, apenas uma foi, parcialmente, aceite. Mais concretamente, os resultados do estudo demonstram que os participantes têm baixos níveis de burnout e quando comparados com entre grupos (CFs e NCs), não se verificam diferenças significativas. Relativamente à RE, foi observado que

utilizam mais estratégias de Reavaliação Cognitiva (RC), embora os CFs utilizem mais estratégias de Supressão Emocional (SE), comparativamente com o grupo de NCs, no entanto as diferenças não são significativas. No que diz respeito, à atitude perante a morte, verificou-se que os CFs utilizam mais atitudes de aceitação para com a morte do que os NCs. Podemos verificar ainda, que existem associações significativas entre o burnout e a atitude do Medo, e ainda, entre a SE e o Evitamento. O que significa que quando o burnout aumenta, a atitude do Medo perante a morte também aumenta, assim como, quando a SE aumenta, o Evitamento também aumenta.

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, sugerimos ainda, que em próximas investigações se considere mais heterogeneidade da amostra em termos de sexo e em termos de distribuição geográfico. Também achamos relevante analisar outras variáveis como, a profissão dos NCs, a carga horária dos colaboradores, a formação especializada e a rede de suporte social, dado que podem funcionar como variáveis mediadoras para o aparecimento do burnout (Maslach, 2001).

Espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir através de um melhor conhecimento do funcionamento psicológico do CF para a promoção de estratégias e intervenções psicossociais (ex. no desenho ou implementação de programas psicossociais interventivos) para os profissionais de saúde e instituições.

Referências Bibliográficas

- Afonso, R. M., Tomás, T., Brandão, D., & Ribeiro, Ó. (2019, junho). Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal). *Análise Psicológica*, 2(37), 147–160. <https://doi.org/10.14417/ap.1482>
- Afonso, S. B. C., & Minayo, M. C. S. (2013). Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2729–2732. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900028>
- Albuquerque, E., & Cerejeira, J. (2019, dezembro). Perturbações de Sono no Idoso. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1ª ed., pp. 246-254). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Almeida, A. R. C. B. (2013). *A síndrome de burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. [dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- Almeida, C., Costa, C., Monteiro, M. J., Rainho, C., Barroso, I., Castro, J., Raimundo, F., & Rodrigues, V. (2019). Utilização de novas tecnologias por idosos institucionalizados. *Motricidade*, 15(4), 31–35. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.20135>
- Almeida, D. M. S. M. (2020). *Regulação Emocional, Funcionamento Familiar e Burnout em Cuidadores Informais de Pessoas Com Demência*. [dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/5055>
- Almeida, J. R. S., Andrade, M., Mendes, J. M. R., Duarte, H. A., Pereira, E. G. & Oliveira, L. C. (2021). Perfil funcional de saúde física e psicológica do idoso residente na

- comunidade: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(8).
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17509>
- Altafim, L. Z. M., Toyoda, C. Y., & Garros, D. S. C. (2015). As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. *Cadernos de terapia ocupacional da ufscar*, 23, 357–369. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0547>
- Alzheimer Portugal. (2020). *10 Dicas para cuidadores de pessoas com demência que vivem num lar*. https://alzheimerportugal.org/public/files/10_dicas_lar.pdf
- Andela, M., Truchot, D., & Ponz, Y. (2014). Exploring a refinement measure of deep acting on burnout. *Studia psychologica*, 56(4), 267–272.
<https://doi.org/10.21909/sp.2014.04.665>
- Angerer, P., Schmook, R., Elfantel, I., & Li, J. (2017). Night work and the risk of depression. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 114(24), 404-411.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0404>
- Antunes, J. (2021). Trabalho por turnos: efeitos na saúde. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(2), 397–410. <https://doi.org/10.15309/21psd220207>
- Antunes, N. (2020). *Novo coronavírus (covid-19) & demência—Medidas de Prevenção e Ideias para o tempo de Isolamento*. Alzheimer Portugal.
https://alzheimerportugal.org/public/files/covid-19_e_demencia_final.pdf
- Araújo, A., Azenha, A., & Pinheiro, J. P. (2019). Alteração da Mobilidade. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 174–181). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Araújo, C. L. O., Oliveira, J. F., & Pereira, J. M. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 109–128. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100017>

- Araújo, M. O. P. H., & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 378–385. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300006>
- Associação Nacional de Gerontologia Social [ANGES]. (2019). *Apresentação*. <https://anges.pt/apresentacao/>
- Banhato, E. F. C., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. P. E. (2009). Atividade física, cognição e envelhecimento: Estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 76–84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Barbosa, A. M. G. C., & Massaroni, L. (2016). Convivendo com a morte e o morrer. *Revista de Enfermagem*, 10(2), 457–463. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201611>
- Batista, H., & Noronha, A. (2021). Forças pessoais/de caráter e autorregulação emocional: Associações e evidências de validade. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(01), 37–49. <https://doi.org/10.15309/21psd220105>
- Borritz, M., & Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. *National Institute of Occupational Health*. <https://nfa.dk/-/media/NFA/Vaerktojer/Spoergeskemaer/CBI/cbi-first-edition.ashx?la=da>
- Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1647-1653. <https://doi.org/10.1002/pon.4356>

- Brotto, A., & Rosaneli, C. (2021). Vulnerabilities of family caregivers of patients with rare diseases: an integrative review. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(2), 659–673.
<https://doi.org/10.15309/21psd220228>
- Cabral, C. M. (2019) O luto e os cuidadores formais: as vivências dos profissionais de saúde (PDS) numa unidade de cuidados paliativos (UCP). *Revista oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos* 2, 6(1). 67.
<https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf>
- Cachioni, M., Delfino, L. L., Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Melo, R. C. & Domingues, M. A. R. C. et al. (2017). Subjective and psychological well-being among elderly participants of a University of the Third Age. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 340-351. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160179>
- Caçote, C. M., & Faria, L. C. (2016). Vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique*, 12, 49–61. <http://hdl.handle.net/11144/2734>
- Caixeta, N. C., Silva, G. N., Queiroz, M. S. C., Nogueira, M. O., Lima, R. R., Queiroz, V. A. M., Araújo, L. M. B., & Amâncio, N. F. G. (2021). A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1) 593-610.
- Caravaca-Sánchez, F., Pastor-Seller, E., Barrera-Algarín, E., & Sarasola, J. L. (2022). Burnout, apoyo social, ansiedad y satisfacción laboral en profesionales del Trabajo Social. *Interdisciplinaria*, 39(1), 179–194.
<https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.11>
- Cardoso, M. F. P. T., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Pereira, V. L. S. C., Pires, R. M. F., & Santos, M. R. (2020). Atitude dos enfermeiros gestores face à morte: Repercussões da pandemia por COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 42–59.
<https://doi.org/10.30681/252610104960>

- Castro, C. S. A. A., Timenetsky, K. T., Katz, M., Corrêa, T. D., Felício, A. C., Moriyama, T., Kernkraut, A. M., Ferraz, J. R., & Neto, A. S. (2020). Síndrome de burnout e engajamento em profissionais de saúde: Um estudo transversal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 381–390. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200066>
- Cesário, L. C., Mota, G. M. P., Jesus, I. T. M. & Zazzetta, M. S. (2020). Sobrecarga e perfil de cuidadores informais de pessoas idosas frágeis cadastradas em centros de referência de assistência social. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 17(2), 167. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v17i2.11969>
- Chambel, D. A. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados - Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. [dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17845>
- Coelho, M. M. S. (2011). Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e Regulação Emocional em Cuidadores Formais de Idosos na Valência Lar. Um Estudo Exploratório. [dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte]. Repositório científico CESPU. <http://hdl.handle.net/20.500.11816/103>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates
- Colomé, I. C. S., Marqui, A. B. T., Jahn, A. D. C., Resta, D. G., Carli, R. D., Winck, M. T., & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: Características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 306–312. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>
- Conceição, L. F. S. (2010). Saúde do idoso: Orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista Medicina*, 20(1), 81–91. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/386>

- Costa, D. G. (2017). *Cuidadores formais de idosos: burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde*. [dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa].
Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33348>
- Costa, L. M. B. (2019). Lidar com a Perda /Morte da Pessoa Cuidada. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 340–349). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Cremasco, G. S., Pallini, A. C., Bonfá-Araujo, B., Noronha, A. P. P., & Baptista, M. N. (2020). Emotional Dysregulation Scale – Adults (EDEA): Validity evidence. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(2), 161–178. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia>
- Curvello, R. P., & Mendes, D. M. L. F. (2020). Estratégias de regulação emocional de pais: Uma revisão da literatura. *Psicologia Clínica*, 32(2), 231–250.
<https://doi.org/0.33208/PC1980-5438v0032n02A02>
- Dantas, C. B. M. S. (2019). O Cuidado Complementar. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 160–171). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2019). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: Contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 18(2).
<https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional Display Rules as Work Unit Norms: A Multilevel Analysis of Emotional Labor Among Nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 170–186.
<https://doi.org/10.1037/a0021725>
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., Gratão, A. C. M. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e

- informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3789-3798.
- <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas* (Circular Normativa Nº 13/DGCG). Ministério da Saúde.
- <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/legislacao/CIRCULAR%20NORMATIVA%20DGS%20Programa%20Nacional%20para%20a%20saude%20das%20pessoas%20idosas.pdf>
- Dixe, M. A. C. R., & Querido, A. I. F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3).
- <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Duarte, L. M. N. (2014). O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: Espaço como lugar? *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 19(1), 201–217. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.33754>
- Esperto, H. (2019). O Idoso Precisa de Ajuda - Sinais de Alerta. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 98–107). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Espinoza, M., & Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607–613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
- Fernandes, A. M. A., Costa, V. J. S., Ferreira, M. M. H. P., & Girão, R. J. S. (2015). Fatores determinantes na redução dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de utentes com dependência: Artigo de revisão. *Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*, 2, 15–22.
- <http://hdl.handle.net/10400.26/16796>

- Fernández-Berrocal, P. (2021). *Inteligência emocional – aprender a gerir emoções*. Atlântico Press.
- Ferraboli, S., Quadros, A., & Fernandes, M. T. C. (2021). Perfil de Atitudes acerca da Morte e Nível de Resiliência em Técnicos de Enfermagem em Terapia Intensiva. *Revista Saúde em Redes*, 7(1). <https://doi.org/10.18310/2446-48132021v7n1.3102g638>
- Ferreira, V. L. P. (2011). Relação do ambiente laboral percebido pelos cuidadores formais com a regulação emocional e com os sintomas psicopatológicos: estudo exploratório nas unidades de internamento de cuidados continuados integrados. [dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte]. Repositório científico CESPU. <http://hdl.handle.net/20.500.11816/102>
- Figueiredo, D. (2019). O Cuidador Também Precisa de Ser Cuidado? Cuidar das Condições Físicas e Psicológicas do Cuidador. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 330–339). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Figueiredo, M. do L. F., Gutierrez, D. M. D., Darder, J. J. T., Silva, R. F., & Carvalho, M. L. de. (2021). Formal caregivers of dependent elderly people in the home: Challenges experienced. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 37–46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>
- Fonseca, J. P. F. (2019). Prevenção e Controlo da Infecção. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 268-274). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de copenhagen burnout inventory (CBI)* [dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18118>

- Frias, C. F. C. (2001). *A aprendizagem do cuidar e a morte - Um desígnio do enfermeiro em formação*. [dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/296>
- Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2020). Burnout syndrome in paediatric oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 8(3), 309. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030309>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP]. (2021). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2020*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>
- Gaeta, I., Hayar, M. A. S. P., & Mello, L. T. (2020, novembro). Psicogerontologia junguiana: metanóia, um caminho possível. In E. C., Sampaio (Ed.), *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos* (1.^a ed., pp. 601–610). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200801111>
- Gama, M. R., & Silva, Â. D. (2019). O Idoso e a Sociedade. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 154–159). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*, 3(5). [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo- \(sindrome-de-burnout\)](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo- (sindrome-de-burnout))

- Gomes, E. M. S. (2017). *Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: Vivências emocionais fora do espaço institucional*. [dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18627/1/Emilia%20Marlene%20dos%20Santos%20Gomes.pdf>
- Gouveia, V. V., Moura, H. M., Oliveira, I. C. V., Ribeiro, M. G. C., Rezende, A. T., & Brito, T. R. S. (2018). Emotional regulation questionnaire (ERQ): Evidence of construct validity and internal consistency. *Psico-USF*, 23(3), 461-471.
<https://doi.org/10.1590/1413-82712018230306>
- Grandey, A. A. (2015). Smiling for a wage: What emotional labor teaches us about emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(1), 54–60.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.962444>
- Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Cuidadores Formais*. [dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/23363>
- Gross, J.J. & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Higgins, J. T., Okoli, C., Otachi, J., Lawrence, J., Bryant, E. D., Lykins, A., & Seng, S. (2020). Factors associated with burnout in trauma nurses. *Journal of traum nursing*, 27(6), 319–328. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000538>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal: 2011*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/149446932>

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017, março, 27). *Projeções de população residente 2015-2080*. Instituto Nacional de Estatística.
- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). Estatísticas da Saúde—2019. Instituto Nacional de Estatística.
- https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=492336067&att_display=n&att_download=y
- Kalanlar, B., & Alici, N. K. (2020). The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1001–1009. <https://doi.org/10.1111/scs.12808>
- Kleinman, P. (2012). *Psicologia – Tudo o que precisa de saber*. Jacaranda.
- Lacerda, M. A., Silva, L. L. T., Oliveira, F., & Coelho, K. R. (2021). O cuidado com o idoso fragilizado e a estratégia saúde da família: Perspetivas do cuidador informal familiar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43127>
- Lima, M. P. (2019^a). A Gestão dos Afetos na Idade Avançada. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 93–97). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Lima, M. P. (2019^b). Grupos de Apoio. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 350–357). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700-701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
- Lobão, M. J., Guan, Y., Curado, J., Goncalves, M., Melo, R., Silva, C., Velosa, T., Cardoso, S., Santos, V., & Santos, C. (2021). Solution to support informal caregivers of patients

- with dementia. *Procedia Computer Science*, 181, 294–301.
<https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.149>
- Locatelli, P. A. P. C. (2017). As representações sociais sobre a velhice na perspectiva dos usuários de uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 14(1), 65–82. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.6107>
- Lopes, A. S. C. A. (2011). *Cuidador informal: sobrecarga e atitudes face à morte*. [dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1611>
- Loureiro, L. M. J. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 101–108. <https://10.12707/RII1012>
- Loureiro, M. H. V. S. (2019). Os Benefícios da Nutrição no Envelhecimento. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 76–92). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Macedo, J. C. G. M. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: A necessidade de uma educação para a morte*. [dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/947>
- Manzano, M. A., Almeida, E. B., & Silva, T. B. L. (2021). Experiências Musicais com Idosos em Periódicos da área da Gerontologia: Uma revisão da literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(29), 47–67. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p47-67>
- Martins, E. C. (2019^a). A percepção da morte por idosos institucionalizados: Estudo fenomenológico em dois lares residenciais portugueses. *Revista Londrina*, 21(2), 498–522. <http://hdl.handle.net/10400.11/6488>

- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. de S., Santos, P. T. A., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. *Escola Anna Nery*, 23(2).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>
- Martins, R. A. (2019b). Atividade Física e Envelhecimento. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 68–75). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Medeiros, A., & Júnior, J. H. (2021). Protocolo baseado na terapia de aceitação e compromisso para depressão geriátrica. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(2), 688–702.
<https://doi.org/10.15309/21psd220230>
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica*, 11(3), 439–453.
<https://doi.org/10.12957/polemica>
- Melo, R. C. C. P., & Melo, A. S. P. (2021). Da inatividade ao sentimento de utilidade da pessoa idosa: Efeito na redução dos sintomas de ansiedade e depressão. *Revista de Psicologia*, 2(1), 75–82. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2120>
- Miguel, M. E. G. B., Pinto, M. E. B., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 784–795. <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7504>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Sistema Nacional de Saúde.
https://issuu.com/boletiminfcompraspublicassaude/docs/retrato_da_saude_2018_compressed

- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Diário da República n.º 58/2012, Série I, 1324 – 1329. <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/3/21/p/dre/pt/html>
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2–12. https://www.researchgate.net/publication/273477007_Empatia_e_engagement_como_preditores_do_burnout_em_cuidadores_formais_de_idosos
- Morais, A., Caetano, Z., Costa, F. G., & Cunha, A. L. (2019). Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.ª ed., pp. 144–153). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Moreira, M. J. G. M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses—Envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/documentos/7738/como-envelhecem-os-portugueses-pdf-pdf>
- Mota, J. M. (2017). A cobertura da morte de figuras públicas na imprensa portuguesa. *Estudos em Comunicação*, 1(25), 201–234. <https://doi.org/10.20287/ec.n25.v1.a12>
- Nagata, C., Tsutsumi, M., Kiyonaga, A., & Nogaki, H. (2021). Evaluation of a training program for community-based end-of-life care of older people toward aging in place: A mixed methods study. *Nurse Education in Practice*, 54, 103091. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103091>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <http://doi.org/10.1037/bul0000093>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. (4.th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>

- Novais, S. A. L., Aguiar, A. R., Sousa, A. R., Almeida, M., & Raposo, M. (2021). Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a morte e os cuidados em fim de vida. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6). <https://doi.org/10.12707/RV20111>
- Nunes, A. P. L. (2017). *Programa de intervenção para prevenção do burnout em unidades de cuidados intensivos - Um dever ético* [dissertação de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/24180>
- O'Dwyer, S. T., Janssens, A., Sansom, A., Biddle, L., Mars, B., Slater, T., Moran, P., Stallard, P., Melluish, J., Reakes, L., Walker, A., Andrewartha, C., & Hastings, R. P. (2021). Suicidality in family caregivers of people with long-term illnesses and disabilities: A scoping review. *Comprehensive Psychiatry*, 110, 152261. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152261>
- Oliveira, A. L. (2019). Prevenção da Fragilidade Associada ao Processo de Envelhecimento e ao Declínio Cognitivo. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 134–143). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Oliveira, A., & Amâncio, L. (1999). Influências do contexto na perceção e nas representações sociais da morte. *Psicologia*, 12(2), 213–235. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v12i2.578>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2020^a). *Covid-19 - Como lidar com uma situação de isolamento se for um cidadão sénior (ou seu familiar)*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_seniores.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2020b). *Covid-19 – Todos estaremos de luto*.

Ordem dos Psicólogos Portugueses.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2020c). *Envelhecimento saudável qual o papel do psicólogo?* Revista oficial da ordem dos psicólogos portugueses, 18.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis_18_digital_vf.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2020d). *Perguntas e respostas sobre burnout*.

Ordem dos Psicólogos Portugueses.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_perguntas_respostas_sobre_burnout_vf.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2013). *Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*.

Organização Mundial de Saúde. <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Özçakar, N., Kartal, M., Dırık, G., Tekin, N., & Guldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: What affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266–272.

http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_662.pdf

Pais, N. J., Costeira, C. R. B., & Silva, A. M. M. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3). <https://doi.org/10.12707/RV20023>

- Parlamento europeu. (2021). *Sobre um velho continente a envelhecer—Possibilidades e desafios relacionados com a política de envelhecimento após 2020* (Documento de sessão A9-0194/2021). U.E. Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais.
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194_PT.html
- Pavarini, S. C. I., Mendiondo, M. S. Z., Barham, E. J., Varoto, V. A. G., & Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 398–402. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300011>
- Pavlidis, G., Downs, C., Kalinowski, T. B., Swiatek-Barylska, I., Lazuras, L., Ypsilanti, A., & Tsatali, M. (2020). A survey on the training needs of caregivers in five European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 385–398.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12940>
- Pazes, C. (outubro, 2020). Ser frágil em tempo de pandemia: Desafios para as ERPI. *Revista oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 7(1), 4-5.
- Pereira, A., Chaves, C., Coutinho, E., Jesus, E., Vagos, P., Ribeiro, L., Pinto, A., Correia, A., & Gonçalves, D. (2010). *Lidar com a percepção da morte: um estudo comparativo entre idades e género* [ata da apresentação da conferência]. 8º Congresso nacional de psicologia da saúde: sexualidade, género e saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, S. A. S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 1(2), 133-140.
http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *Revista de Psicologia*, 1(2), 225–236. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>

- Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019^a). Envelhecimento ativo e saudável—Conhecimento estruturante. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 36–98). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-Pardo, E., & Muñoz, J. J. F. (2017). Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Educación y Humanismo*, 19(32), 88–101.
<https://doi.org/10.17081/eduhum.19.32.2533>
- Pordata. (2021^a, agosto, 12). *Índice de dependência de idosos*.
<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%A4ncia+de+idosos-1929>
- Pordata. (2021b, agosto, 12). *Índice de dependência total*.
<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%A4ncia+total-1927>
- Pordata. (2021c, agosto, 12). *Índice de longevidade*.
<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+longevidade-1930>
- Pordata. (2021d, agosto, 12). *População residente, estimativas a 1 de janeiro: Total e por grupo etário*.
<https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+1+de+Janeiro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-1248>
- Pordata. (2021e, agosto, 26). *Esperança de vida aos 65 anos: Por sexo*.
<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+por+sexo-1262>
- Pordata. (2021f, junho, 14). *População residente, média anual: total e por grupo etário*.
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/582441>

- Pordata. (2021g, junho, 14). *População residente: total e por grandes grupos etários*.
<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K. & Gross, J. J. (2020). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties in General Community Samples. *Journal of Personality Assessment*, 102(3), 348-356.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1564319>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. (2020). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Serviço Nacional de Saúde. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio-de-Monitoriza%C3%A7%C3%A3o-da-RNCCI-Anual-2020-VF.pdf>
- Revista Dignus. (2021, maio, 27). *Combater o preconceito contra os mais velhos*. Dignus - Revista técnica de geriatria e gerontologia.
<https://www.dignus.pt/2021/05/27/combater-o-preconceito-contra-os-mais-velhos/>
- Ribeiro, M. T. F., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: Visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870–875.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600011>
- Río, C. J. (2021). Luto – Como enfrentar a perda. Biblioteca de Psicologia. Atlântico Press.
- Rodrigues, M. S. (2020). *Implicações Do Luto Em Profissionais De Saúde, Pacientes e Familiares*. [dissertação de mestrado, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos]. Repositório UNICEPLAC.
<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/358>
- Rodrigues, R., Hirota, V., Ferreira, J. P., Maffei, W., & Verardi, C. (2021). Impact of burnout syndrome in athletes: relationship between sex, age, and sport. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(02), 636–644. <https://doi.org/10.15309/21psd220226>

- Rodriguez, S. Y. S., Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2017). Impacto da regulação de emoções no trabalho sobre as dimensões de Burnout em psicólogos: O papel moderador da autoeficácia. *Análise Psicológica*, 35(2), 191–201.
<https://doi.org/10.14417/ap.1147>
- Ryan, D. P., Zeh, W. A., Rozo, J. V. C., & Liu, B. A. (2022). Guidance for hospital and community-based health services for older adults: The senior friendly care framework. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 98, 104564.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104564>
- Sabo, K., & Chin, E. (2021). Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. *Geriatric Nursing*, 42(2), 570–581.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.013>
- Salazar-Barajas, M. E., Avila-Alpirez, H., Ruiz-Cerino, J. M., Guerra-Ordoñez, J. A., Pérez-Zuñiga, X., & Duran-Badillo, T. (2020). Uso de la metodología walker y avant para análisis del concepto: Envejecimiento activo. *Cultura de los Cuidados*, 24(56), 289-299. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.20>
- Sant’Anna, E. P. A., & Gomes, M. A. (2021). Síndrome de burnout e o trabalho remoto: O impacto Covid-19 na vida dos profissionais. *Brazilian Journal of Development*, 7(10), 97887–97904. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-215>
- Santana, I. (2019). Défice Cognitivo e Demência. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 203–215). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Santos, A. C. O. (2016). *Satisfação das necessidades psicológicas básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte em enfermeiros*. [dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/8392>

- Santos, C. A. V., Barham, E., Paolillo, A. R., Barros, I. R., de Castro, M. I., Silva, B. B., Yamada, N. A., Zambrana, G. M. C., Montenegro, C. P., & Menegussi, J. M. (2021). Aprendizagem interdisciplinar em gerontologia e comunicação social da ciência durante a pandemia de covid-19. *Cadernos da Pedagogia*, 15(31), 186–198. <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1521/590>
- Serra, S. S. S. (2012). *Morrer na Presença de Quem Cuida: Atitudes do Enfermeiro de Cuidados Diferenciados Face à Morte e aos Cuidados ao Doente em Fim-De-Vida*. [dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/72951>
- Serviço Nacional de Saúde [. (2019). *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Silva, D. M. V. L. (2007). *Emotional labor e burnout em profissionais de saúde*. [dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/26189>
- Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 35(2), 187–198. <https://doi.org/10.14417/ap.746>
- Silva, J. M. F. (2016). *Burnout em cuidadores formais*. [dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/5321>
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 119–140. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15i2p119-140>

- Silva, R. L., Bonando, B. M., Santos, G. de S., Jacinto, A. F., & Vitorino, L. M. (2021). Hospitalization of Older People in a Large Brazilian Urban Center and its Associated Factors. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(2).
<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200335>
- Simões, Â. S. L. (2013). Cuidados em fim de vida em lares de idosos. Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 31–61. <http://hdl.handle.net/10400.26/23910>
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia [SPGG]. (2020). *Historial da sociedade portuguesa de geriatria e gerontologia (secção da sociedade das ciências médias de lisboa)*.
https://www.prismedica.pt/wpcontent/uploads/2020/04/20_04_11_HISTORIAL_SPGG.pdf
- Souza, G., Górski, F., Lucero, J. P., Paulin, J. N., & Garcia, E. (2020). Análise da produção científica em geriatria e gerontologia. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 17(2), 34. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v17i2.11896>
- Stone, R. I. (2004). The direct care worker: the third rail of home care policy. *Annual Review of Public Health*, 25, 521–537.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124343>
- Tavares, J. P. A. (2019^a). Cuidar da pessoa idosa: Habilidades fundamentais. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed, pp. 16-35). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Tavares, J. P. A. (2019^b). Higiene da Pessoa Idosa. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.^a ed., pp. 275–287). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Tavares, R. E., Jesus, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: Uma revisão

- integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889–900.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>
- Vaz, F. J. D. M. (2009). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa [dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho].
 RepositóriUM. <http://hdl.handle.net/1822/9898>
- Vaz, F. M., Martins, C., & Martins, E. C. (2008). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *Psicologia*, 22(2), 123-135.
- Veríssimo, M. T. (2019). A Patologia Crónica mais Característica do Idoso. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1ª ed., pp. 51-59).
 Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crónicos – Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3), 132-144.
<https://doi.org/10.5964/pch.v4i3.79>
- Vítor, P. T. (2019). Direitos do Idoso Dependente. In A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (1.ª ed., pp. 314–327). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>
- Wiltburg, T. D., & Miguel, F. K. (2021). Estudo de validade do Questionário Online de Regulação Emocional. *Psico*, 52(1), 1–10. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.1.34728>
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). The death attitude profile-revised (DAP-R): A Multidimensional Measure of Attitudes Towards Death. In R. A. Neimeyer, *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121–148).
 Taylor & Francis. https://www.researchgate.net/profile/Gary-Reker/publication/266261246_The_Death_Attitude_Profile_Revised_A_multidimensi

onal_measure_of_attitudes_towards_death/links/542b80080cf29bbc126a889a/The-
Death-Attitude-Profile-Revised-A-multidimensional-measure-of-attitudes-towards-
death.pdf

ANEXOS

Anexo A

Apresentação do Estudo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Este conjunto de questões destina-se a estudar as variáveis burnout, regulação emocional nos e a influência da atitude perante a morte em cuidadores formais de idosos em regime institucional. É parte integrante do trabalho de investigação da dissertação com o título “Atitude perante a morte, regulação emocional e o burnout no cuidador formal do idoso”, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), sob a orientação da Professora Doutora Catarina Tomé Pires.

Toda a informação obtida será tratada de forma confidencial sendo as suas respostas usadas exclusivamente para o fim acima descrito. Os dados recolhidos serão tratados sob anonimato, confidenciais, codificados e posteriormente eliminados. A sua resposta pessoal, sincera e espontânea é muito importante! Não existem respostas corretas ou incorretas. Pedimos que responda, na medida do possível, a todas as questões que lhe são apresentadas. O preenchimento do questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos. A sua participação neste estudo é de carácter voluntário, não remunerado, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento. É livre de não responder ou partilhar informações se não se sentir confortável a fazê-lo.

Se desejar receber informação sobre os principais resultados e conclusões da investigação devemos enviar um email para: mariapms67@gmail.com.

Estamos disponíveis para responder a quaisquer questões.

Contacto: Maria Santos

mariapms67@gmail.com

Anexo B

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e anónimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu, _____, aceito participar de livre vontade. Autorizo, de forma voluntária, a utilização de minhas respostas, confiando que apenas serão usadas para esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, NIF: 501641238

Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa

Diretora do Departamento de Psicologia: Professora Doutora Odete Nunes

onunes@autonoma.pt

Orientador Científico: Professora Doutora Catarina Tomé Pires

cpires@autonoma.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: sexo, idade, escolaridade, estado civil, dispor de pessoas a seu cargo que sejam dependentes e concelho do local de trabalho.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Estudar o burnout, a regulação emocional e atitudes perante a morte no cuidador formal do doente idoso.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, *passwords* de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

9 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email onunes@autonoma.pt, sem qualquer encargo.

O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço: mariapms67@gmail.com

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____/____/____

NOME: _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Investigadora Responsável

Anexo C

Questionário Sociodemográfico

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: _____ anos.
3. Escolaridade:
 - a. Sem qualquer escolaridade formal ____
1º - 4º Ano ____
 - b. 5º - 6º Ano ____
 - c. 7º - 9º Ano ____
 - d. 10º - 12º Ano ____
 - e. Ensino Superior ____
4. Estado Civil:
 - a. Solteiro(a) ____
 - b. Casado(a) ____
 - c. Divorciado(a) ____
 - d. Viúvo(a) ____
 - e. União de facto ____
 - f. Separado(a) ____
5. Ter pessoas a seu cargo que sejam dependentes (ser pai ou mãe não é considerado ter indivíduos dependentes):
 - a. Sim ____
 - b. Não ____
6. Concelho de local de trabalho:
_____.

Anexo D

Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) para Cuidadores Formais

Copenhagen Burnout Inventory (CBI)¹

Cuidadores Formais

Instruções: Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respetivo.

A seguir, encontrará afirmações que descrevem o modo como pode ver-se a si próprio **neste momento**. Use a escala seguinte para indicar o grau em que concorda ou discorda de cada uma das afirmações.

Sempre / Muito	5
Frequentemente / Bastante	4
Às vezes / Assim, assim	3
Raramente / Pouco	2
Nunca ou Quase nunca / Muito pouco	1

1. Está cansado de trabalhar com utentes? (CRB5)	1	2	3	4	5
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho? (WRB1)	1	2	3	4	5
5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho? (WRB2)	1	2	3	4	5
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes? (CRB6)	1	2	3	4	5
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si? (WRB3)	1	2	3	4	5
12. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer? (WRB4)	1	2	3	4	5
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante? (WRB5)	1	2	3	4	5
14. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)? (WRB6)	1	2	3	4	5
15. Acha difícil trabalhar com utentes? (CRB1)	1	2	3	4	5
16. Acha frustrante trabalhar com utentes? (CRB3)	1	2	3	4	5
17. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho (WRB7)	1	2	3	4	5
18. Trabalhar com utentes deixa-o(a) sem energia? (CRB5)	1	2	3	4	5
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes? (CRB4)	1	2	3	4	5

Anexo E

Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) para Não Cuidadores

Copenhagen Burnout Inventory (CBI)²

Não Cuidadores

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respetivo.

A seguir, você encontrará afirmações que descrevem o modo como pode ver-se a si próprio **neste momento**. Use a escala seguinte para indicar o grau em que concorda ou discorda de cada uma das afirmações.

Sempre / Muito	5
Frequentemente / Bastante	4
Às vezes / Assim, assim	3
Raramente / Pouco	2
Nunca ou Quase nunca / Muito pouco	1

1. Está cansado de trabalhar com pessoas? (CRB5)	1	2	3	4	5
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho? (WRB1)	1	2	3	4	5
5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho? (WRB2)	1	2	3	4	5
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com pessoas? (CRB6)	1	2	3	4	5
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si? (WRB3)	1	2	3	4	5
12. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer? (WRB4)	1	2	3	4	5
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante? (WRB5)	1	2	3	4	5
14. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)? (WRB6)	1	2	3	4	5
15. Acha difícil trabalhar com pessoas? (CRB1)	1	2	3	4	5
16. Acha frustrante trabalhar com pessoas? (CRB3)	1	2	3	4	5
17. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho (WRB7)	1	2	3	4	5
18. Trabalhar com pessoas deixa-o(a) sem energia? (CRB5)	1	2	3	4	5
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com pessoas? (CRB4)	1	2	3	4	5

Anexo F

Questionário de Regulação Emocional (ERQ)

J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins
(2008)

Instruções: Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou atua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspetos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo (1) Não concordo nem discordo (4) Concordo Totalmente (7)

Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar	1	2	3	4	5	6	7
Guardo as minhas emoções para mim próprio	1	2	3	4	5	6	7
Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo	1	2	3	4	5	6	7
Eu controlo as minhas emoções não as expressando	1	2	3	4	5	6	7
Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	1	2	3	4	5	6	7
Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6	7
Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.	1	2	3	4	5	6	7
Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo G

Questionário de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM)

Death Attitude Profile – Revised (Wong, P.; Reker, G.; Gesser, T., 1994)

Adaptado para a versão portuguesa (M & Santos, 2010)(M & Santos, 2010) (M & Santos, 2010) (Loureiro, 2010)

Instruções: Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua atitude perante a morte. As questões dividem-se em dimensões distintas; Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

Discordo completamente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

A morte é sem dúvida uma experiência cruel	1	2	3	4	5	6	7
A perspectiva da minha própria morte provoca-me ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
Evito a todo o custo pensamentos relacionados com a morte	1	2	3	4	5	6	7
Acredito que depois de morrer irei para o céu	1	2	3	4	5	6	7
A morte traz um fim para todos os meus problemas	1	2	3	4	5	6	7
A morte deve ser vista como um acontecimento natural, inegável e inevitável	1	2	3	4	5	6	7
Incomodo-me com a finalidade da morte	1	2	3	4	5	6	7
A morte é a entrada num lugar último de satisfação	1	2	3	4	5	6	7
A morte providencia um escape para este mundo terrível	1	2	3	4	5	6	7
Sempre que um pensamento relacionado com a morte me vem à cabeça tento afastá-lo a todo o custo	1	2	3	4	5	6	7
A morte é a libertação da dor e do sofrimento	1	2	3	4	5	6	7
Tento sempre não pensar na morte	1	2	3	4	5	6	7

Acredito que o céu será um lugar muito melhor do que este mundo	1	2	3	4	5	6	7
A morte é um aspeto natural da vida	1	2	3	4	5	6	7
A morte é a união com Deus e a felicidade eterna	1	2	3	4	5	6	7
A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa	1	2	3	4	5	6	7
Eu não temo a morte nem a desejo	1	2	3	4	5	6	7
Tenho um intenso medo da morte	1	2	3	4	5	6	7
Evito a todo o custo pensar acerca da morte	1	2	3	4	5	6	7
O assunto da vida depois da morte perturba-me muito	1	2	3	4	5	6	7
Assusta-me o facto de a morte significar o fim de tudo o que eu conheço	1	2	3	4	5	6	7
Olho para o futuro, depois da morte, como a reunião com as pessoas que amei	1	2	3	4	5	6	7
Vejo a morte como um alívio para o sofrimento terreno	1	2	3	4	5	6	7
A morte é simplesmente uma parte do processo da vida	1	2	3	4	5	6	7
Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e santo	1	2	3	4	5	6	7
Tento não fazer nada que esteja relacionado com o assunto da morte	1	2	3	4	5	6	7
A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma	1	2	3	4	5	6	7
Uma coisa que me dá conforto face à morte são as minhas crenças	1	2	3	4	5	6	7
Vejo a morte como alívio do fardo desta vida	1	2	3	4	5	6	7
A morte não é boa nem má	1	2	3	4	5	6	7
Olho antecipadamente para a vida depois da morte	1	2	3	4	5	6	7
A incerteza de nada saber ao que acontece depois da morte, preocupa-me	1	2	3	4	5	6	7

Anexo H

Autorização do Autor Para Utilizar o Instrumento EAPAM



Pedido de Utilização de Instrumento EAPAM

luisloureiro <luisloureiro@esenfc.pt>

Para: Maria Santos <mariapms67@gmail.com>

[Citação ocultada]

Bom dia,

Poderá utilizar a escala e que o trabalho seja um êxito,

Saudações

Luís Loureiro



Maria Santos <mariapms67@gmail.com>

Pedido de participação em Dissertação de Mestrado

1 mensagem

Maria Santos <mariapms67@gmail.com>

Para: ' '@hotmail.com

Exmo/a, Senhor/a Coordenador/a
Dr.º/a

Espero que se encontre bem.

Chamo-me Maria Rui Santos e venho por este meio solicitar a sua ajuda para a recolha de dados da minha Dissertação de Mestrado.

É parte integrante do trabalho de investigação da dissertação com o título "*Burnout, regulação emocional e atitudes perante a morte no cuidador formal do doente idoso*", a recolha de dados.

Este trabalho é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), sob a orientação da Professora Doutora Catarina Tomé Pires.

Assim, peço encarecidamente que me autorize a solicitar a ajuda dos seus colaboradores a responderem a três instrumentos validados para a língua portuguesa.

Caso autorize, e no que diz respeito ao procedimento, estarei à vossa inteira disposição sob qual a melhor forma para os realizar, uma vez que atualmente vivemos sob uma situação pandémica e os lares são locais de risco que necessitam de cuidados redobrados.

Poderei enviar os questionários por e-mail, ou então deixaria os questionários em papel na portaria ou em local a indicar.

Quanto à amostra, apenas solicito a resposta de cuidadores formais, isto é, os auxiliares. Excluindo assim psicólogos, administrativas, animadores socioculturais, profissionais de cozinha e profissionais de saúde. No caso de entender que eu entregue os questionários em papel, agradecia que me informasse quantos são necessários.

Recordo ainda que toda a informação obtida será tratada de forma confidencial sendo as suas respostas usadas exclusivamente para o fim acima descrito.

Envio em anexo para ter conhecimento dos respetivos consentimentos informados e os instrumentos que gostaria de aplicar.

Obrigada pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,