



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado no Concelho de Évora

Susana Cristina Nunes Valido

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado no Concelho de Évora

Susana Cristina Nunes Valido

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Velhos são os trapos. (Provérbio Popular)

Devemos aprender durante toda a vida, sem imaginar que a sabedoria vem com a velhice.
(Platão)

Dedicado ao Miguel e à Rita, minhas forças motrizes em todas as circunstâncias da vida, um amor com o dom de transformar as fraquezas em forças e que permite ultrapassar todos os obstáculos. A minha vida é por eles e para eles.

AGRADECIMENTOS

O culminar deste projeto pessoal e profissional, repleto de tempos e contratempos, apenas foi exequível devido a todos aqueles que, empenhadamente, constituíram um fator motivacional de suma importância em todo o processo. Assim, agradeço:

- À Professora Ermelinda, pela sua indiscutível disponibilidade, preocupação nas situações mais adversas, pelo seu suporte motivacional e, acima de tudo, pela sua amizade;
- À Professora Felismina, pela sua disponibilidade e por me apresentar o Projeto ESACA;
- À Enfermeira Susana Saruga, por, através de toda a sua entrega e disponibilidade, transmitir tão sabiamente os seus conhecimentos e competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
- À Enfermeira Rosa, pela sua disponibilidade e compreensão;
- A todas as instituições que me acolheram, pelo carinho, simpatia, interesse e disponibilidade que demonstraram ao longo de todo o percurso;
- A todos os utentes e profissionais, cuidadores formais e diretoras técnicas das diversas instituições envolvidas, certa de que sem a sua colaboração e generosidade não seria possível a realização deste documento.
- A todos os colegas mestrandos, pelo carinho, amizade e momentos inesquecíveis de partilha, entrega e aprendizagem. Foram, sem dúvida, uma força e inspiração;
- A todos os amigos, por compreenderem os momentos de “ausência forçada”;
- A toda a minha família, aos meus pais, pelo seu carinho, amor e apoio incondicional, por serem a minha âncora e o meu porto de abrigo;
- Ao João, por ser parte constante da minha vida;
- Ao Miguel e à Rita, por serem luz, inspiração, amor e uma fonte de energia inesgotável que desperta o melhor de mim, por serem parte de mim;
- A Deus.

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

As alterações sociodemográficas das últimas décadas refletem-se no aumento do envelhecimento populacional, verificando-se uma crescente necessidade de institucionalização dos idosos. A ocorrência de violência sobre os idosos institucionalizados é um importante problema de saúde pública, onde o conhecimento das condições e os fatores de risco associados é fulcral para o estabelecimento de estratégias de intervenção neste âmbito.

O projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” está ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde, enquadra-se no *Projeto ESACA* e tem como objetivo prevenir a violência sobre os idosos institucionalizados no concelho de Évora. No diagnóstico de situação verificou-se que não existem situações de violência sobre os idosos institucionalizados e constatou-se que a maioria dos cuidadores (96,3%) não se encontra em *burnout*, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente. Neste sentido, foram delineadas, executadas e avaliadas intervenções comunitárias que colmataram as necessidades identificadas.

Palavras-Chave/Descritores: Institucionalização, Violência, Idoso, Cuidadores, Esgotamento Profissional

Prevention of violence against the institutionalized elderly in Évora

ABSTRACT

The sociodemographic changes of the last decades are reflected in the increase of population aging, being verified a growing need of institutionalization of the elderly. The violence occurrence on the institutionalized elderly is an important public health problem, where the knowledge of the conditions and the associated risk factors is central to the establishment of intervention strategies.

The “Old are the Rags: Prevention of violence against the institutionalized elderly” project was based on the Methodology of Health Planning, is part of the ESACA Project and aims to prevent violence on the institutionalized elderly in Évora. In the situation diagnosis it was verified that there weren't situations of violence on the institutionalized elderly, and it was verified that most of the caregivers (96.3%) aren't in burnout, although they feel physically and emotionally tired. Then, community interventions, that addressed the identified needs, were delineated, executed and evaluated.

Keywords/Descriptors: Institucionalization Violence, Aged, Caregivers, Burnout

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ACES, AC	Agrupamentos de Centros de Saúde, Alentejo Central
APA	American Psychological Association
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo
ARVII	Avaliação do Risco de Violência sobre o Idoso Institucionalizado (Preditores de Risco de Violência)
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CASE	Caregiver Abuse Screen
CME	Câmara Municipal de Évora
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ESACA	Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir, Refª: ALT20-03-0145-FEDER-000007
INE	Instituto Nacional de Estatística
MBSM	Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed
MMS	Mini Mental State
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWOT	Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	Universidade de Évora

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da consistência interna da escala (DeVellis, 1991).....	51
Quadro 2 - Caracterização das instituições respondentes.....	54
Quadro 3 - Avaliação da escala de consistência interna do <i>Burnout</i> Pessoal.....	62
Quadro 4 - Score Total do <i>Burnout</i> Pessoal	62
Quadro 5 - Avaliação da escala de consistência interna do <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	63
Quadro 6 - Score Total do <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho.....	63
Quadro 7 - Avaliação da escala de consistência interna do <i>Burnout</i> relacionado com o utente.....	64
Quadro 8– Score Total do <i>Burnout</i> relacionado com o utente	64
Quadro 9 – Opinião dos cuidadores formais relativo ao Caregiver Abuse Screen	65
Quadro 10– Avaliação da escala de consistência interna da Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed	66
Quadro 11– Score Total da Fadiga Física	66
Quadro 12– Score Total da Fadiga Cognitiva	67
Quadro 13 – Score Total da Exaustão Emocional	67
Quadro 14 – Score Total da Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed	68
Quadro 15 – Orçamento do Projeto	84
Quadro 16 – Avaliação intermédia das atividades do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”	90
Quadro 17 – Matriz de Análise SWOT – Avaliação do projeto.....	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de população idosa (65 e mais anos de idade), União Europeia 28, 2003 e 2013.....	19
Gráfico 2 - Pirâmides etárias, Portugal e União Europeia 28, 2013	20
Gráfico 3 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa em Portugal, 1970-2014	21
Gráfico 4 – Distribuição percentual dos respondentes quanto ao somatório do CASE.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.....	45
---	----

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	14
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. Envelhecimento	17
2.2. Violência sobre os Idosos	22
2.3. Institucionalização	24
2.4. Cuidador Formal.....	27
2.5. <i>Burnout</i> do Cuidador Formal	29
3. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	34
3.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final.....	34
3.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais.....	36
3.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências	36
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS.....	43
5. METODOLOGIA	45
5.1. Instrumento de Recolha de Dados	46
5.2. Procedimentos de Análises dos Dados.....	50
5.3. Considerações Éticas	52
6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	53
6.1. Recrutamento da População-Alvo	53
6.2. Caracterização Geral da População/Utentes	54
6.2.1. Idosos.....	55
6.2.2. Cuidadores Formais.....	56
6.2.3. Direção Técnica.....	58
6.3. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo.....	58
6.3.1. Idosos.....	58
6.3.2. Cuidadores Formais.....	62
6.3.3. Direção Técnica.....	68
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	75
7.1. Fundamentação das Intervenções	75
7.2. Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas	81

7.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	82
7.4. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	83
7.5. Análise da Estratégia Orçamental	84
7.6. Cumprimento do Cronograma	85
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	86
8.1. Avaliação dos Objetivos	86
8.2. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas.....	89
8.3. Avaliação da Implementação do Projeto	91
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS.....	96
10. CONCLUSÃO	101
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÊNDICES	112
ANEXOS.....	194

APÊNDICES

Apêndice I – Guião da Entrevista da Direção Técnica	113
Apêndice II – Autorização de utilização do questionário Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed adaptado para a realidade portuguesa.....	115
Apêndice III – Consentimento Informado	117
Apêndice IV – Distribuição percentual dos respondentes de acordo com as doenças crónicas diagnosticadas pelos médicos.....	119
Apêndice V – Distribuição percentual dos respondentes no que concerne à Escala de Depressão Geriátrica.....	120
Apêndice VI – Distribuição percentual dos Preditores de Risco de Violência (ARVII)	121
Apêndice VII – Opinião dos cuidadores formais acerca do <i>burnout</i> pessoal.....	123
Apêndice VIII – Opinião dos cuidadores formais acerca do <i>burnout</i> relacionado com o trabalho	124
Apêndice IX – Opinião dos cuidadores formais acerca do <i>burnout</i> relacionado com o utente	125
Apêndice X – Opinião dos cuidadores formais relativo à Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed	126
Apêndice XI– Guião de tópicos da entrevista	128
Apêndice XII – Grelha de Análise	130
Apêndice XIII – Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado”	131
Apêndice XIV – Dinâmica de Grupo – <i>O meu sonho é...</i>	139
Apêndice XV – Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais.....	141
Apêndice XVI – Jogos tradicionais – <i>Velhos?! Velhos são os trapos!</i>	150
Apêndice XVII – Exercícios de Ginástica Mental – <i>Os melhores cá do sítio!</i>	153
Apêndice XVIII– Dinâmica de Grupo – <i>Estendal dos Sonhos</i>	155
Apêndice XIX – Capítulo a aguardar publicação no livro <i>Perspetivas Inovadoras para o Bem-Estar Subjetivo No Envelhecimento</i>	159
Apêndice XX – Cronograma.....	191
Apêndice XXI – Avaliação do projeto	192

ANEXOS

Anexo I– Questionário aplicado ao idoso (Projeto ESACA).....	195
Anexo II – Questionário aplicado ao cuidador formal (Projeto ESACA).....	204
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Projeto ESACA).....	210

1. INTRODUÇÃO

A sociedade atual está em constante mutação. As alterações demográficas no final deste século traduzem-se nas modificações da estrutura das pirâmides etárias, refletindo-se no envelhecimento da população, colocando aos governos, famílias e comunidade desafios para os quais não estavam preparados.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social com repercussões multidimensionais de impacto significativo, o que torna premente a reflexão e tomada de decisões que visem contribuir para uma adequação dos contextos sociais facilitando a integração desta nova realidade, com um mínimo de repercussões negativas para os cidadãos, e potenciando uma harmonização consensual. Fácil será perceber que o campo da saúde é um dos que mais sentirá as repercussões do envelhecimento demográfico.

Torna-se assim prioritário encontrar respostas sociais para acolher um número significativo de idosos, o que “implica na sua essência falar, em tempos de mudança política, na reforma do estado português e de um período de transição com vista no bem-estar, proteção social e direitos sociais” (Chambel, 2016, p.21). Com este novo paradigma impera a necessidade de cuidadores formais de idosos qualificados, no intuito de que a melhor preparação destes se reflita na melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na melhor qualidade de vida e proteção dos idosos.

Segundo Meleis et al. (2000) os cuidados de enfermagem visam ajudar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida, definindo transição como a passagem ou movimento de um estado ou condição para outro. Collière defende que “a curva dos cuidados de acompanhamento é inversamente proporcional à curva de idades” (Collière, 2003, p.209), sendo que “com o envelhecimento, os cuidados procurados pelos outros adquirem novamente uma grande amplitude, que no entanto varia em função daquilo que marcou biológica, efectiva e socialmente a história da vida” (Collière, 2003, p. 209).

A institucionalização pode ser propícia a ocorrência de situações de violência sobre os idosos, tornando-se, por isso, fundamental conhecer as condições e fatores de risco que lhe estão associados, de modo a que se possam estabelecer estratégias de intervenção/prevenção neste âmbito (Carrilho, Gameiro e Ribeiro, 2015).

Segundo a APAV (2010, p.41), “o reconhecimento de que os mais velhos eram vitimados foi lento, mas é hoje um fenómeno cada vez mais evidente dentro do actual processo de

envelhecimento populacional mundial”. Em Portugal, estima-se que 39,4% da população de idosos seja vítimas de agressões (APAV, 2013), sendo “identificado pela Organização Mundial de Saúde como o quinto país, entre 53 Nações Europeias pesquisadas, com índices significativos de violência contra pessoas idosas” (Coler, 2014, p.19).

A violência sobre os idosos é, sem qualquer sombra de dúvida um alarmante problema de saúde pública, em que se verifica uma explícita violação dos direitos humanos e “resulta de uma combinação de fatores individuais (vítima e agressor), de fatores contextuais e de factores socioculturais – representação coletivas da violência que congrega mitos, crenças e estereótipos da violência” (Mendes, Zangão e Mestre, 2017, p. 1109). Impera a necessidade de avaliar o risco de violência sobre idosos e estabelecer políticas de saúde e estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a minimização deste flagelo. Urge a necessidade de desmontar os estereótipos negativos associados ao envelhecimento, mudando a atual mentalidade ocidental, de modo a aumentar a abertura para encarar com respeito e valor as problemáticas ligadas aos direitos e necessidades da população idosa.

É neste pressuposto, que surge o presente Relatório de Estágio, na sequência do Estágio Final (que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora), do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, ministrada no 1º semestre do 2.º ano. Este trabalho é consignado à questão da Avaliação de Risco de Violência Sobre Idosos Institucionalizados, com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde. Os instrumentos que permitiram o diagnóstico de situação enquadram-se no Projeto **ESACA** - *Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir*, Refª: ALT20-03-0145-FEDER-000007, doravante designado por ESACA.

Deste modo, estabelecemos como objetivo geral: **prevenir a violência sobre os idosos institucionalizados no concelho de Évora**. Especificamente, pretende-se identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais; consciencializar os diversos atores (idosos, cuidadores formais e direções técnicas) para as questões da violência; sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o *burnout* do cuidador formal; promover o debate sobre violência sobre os idosos; aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável; promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos.

O presente relatório de estágio, de modo a atingir os objetivos propostos, encontra-se dividido em capítulos que se interligam e complementam. Numa primeira fase faz-se um

enquadramento conceptual sobre a temática a abordar, uma breve abordagem ao contexto em que se desenvolveu o Estágio Final, com a caracterização dos recursos humanos e a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Segue-se a metodologia adotada e a análise da população/utentes, a análise reflexiva sobre os objetivos, a análise reflexiva sobre as intervenções (onde consta a fundamentação das intervenções, a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos no projecto, os contactos e parcerias desenvolvidas, a análise orçamental e o cumprimento do cronograma). Posteriormente, faz-se uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, com a avaliação dos objetivos, a descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas no decorrer do projeto. Torna-se, então, pertinente a análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas. No final são apresentadas as principais conclusões do presente trabalho, apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

A organização e formatação deste trabalho obedecem aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 6ª edição. O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Envelhecimento

As alterações demográficas e o aumento do envelhecimento populacional que se verificam nas últimas décadas acarretam importantes repercussões nas famílias, na comunidade e na sociedade.

Do ponto de vista demográfico só a partir dos anos 50 do Século XX o envelhecimento começou a ser estudado, sobretudo como resultado do já referido desenvolvimento científico e tecnológico, mas também do desenvolvimento económico atingido por países europeus e norte-americanos. Definir a velhice e estabelecer uma idade cronológica para ela foi uma dificuldade. Em 1972, a Organização Mundial de Saúde definiu-a como o período da vida durante o qual o enfraquecimento das funções mentais e físicas se faz sentir cada vez com mais intensidade do que em períodos anteriores da vida (APAV, 2010, p. 16).

Embora a definição de idoso baseada apenas no padrão etário seja um pouco controverso e limitado, considera-se pessoa idosa, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, e este marco foi aceite por várias organizações internacionais como a OMS e a ONU (Paschoal, 2000). Todavia, a aceitação do critério da idade surge por ser difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que os diferencie. O processo de envelhecimento é variável e de acordo com “as épocas, as culturas, os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos assim ocorrem modificações no processo de envelhecer” (Imaginário, 2008, p. 41). Segundo Neugarten (sd), citado por Moragas (1997), modificações no estado de saúde, na situação económica e no estado civil podem até ter mais repercussões no envelhecimento do que propriamente a idade, por interferirem na adaptação social.

O aumento da longevidade acabará por se traduzir num envelhecimento biológico com alteração progressiva da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio

ambiente (Robert, 1995) o que vulnerabiliza a pessoa e propicia o surgimento de doenças crónico-degenerativas que podem condicionar dependência.

Do ponto de vista biológico, Reis (1980) define velhice como “uma fase da vida em que a involução dos órgãos começa a ser evidente”, e Lehr (1998) salienta que esse processo ocorre tanto a nível biológico e fisiológico, como a nível psíquico e social. Timiras (1997, p. 6) refere que “o envelhecimento é a soma de todas as alterações que ocorrem num organismo com o passar do tempo”.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística,

o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015, p.1).

De acordo com os dados divulgados no relatório da “World Population Ageing 2013”, divulgado em 2013 pela Divisão de População das Nações Unidas (United Nations Population Division), citado pelo INE (2015, p. 2), “a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050”, sendo que as projeções das Nações Unidas, em valores absolutos, preveem que o número de “pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050”.

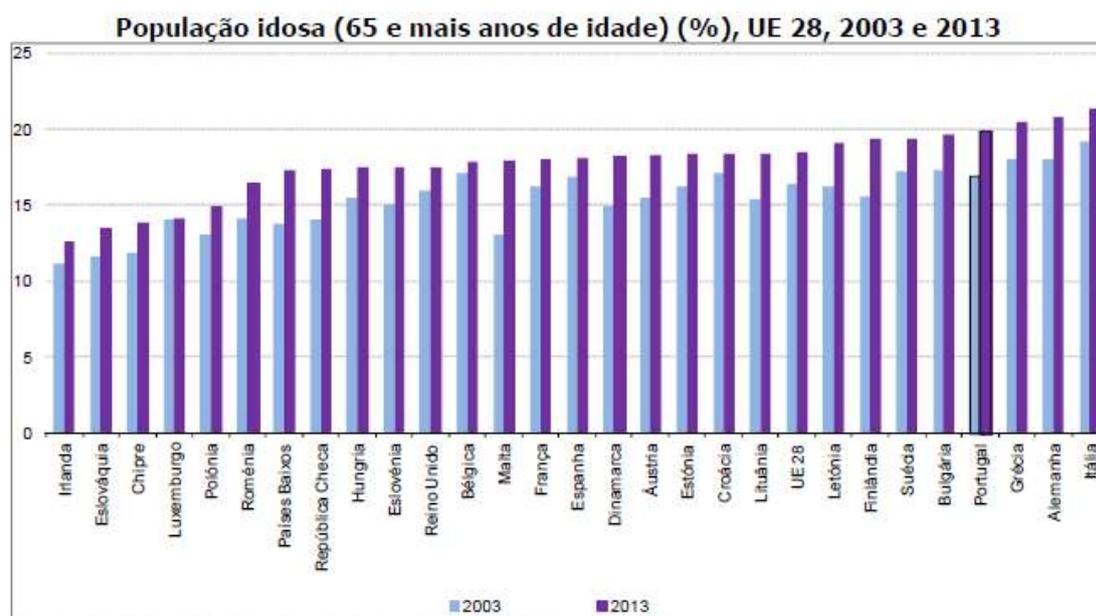
À escala mundial, e Portugal não é exceção, verifica-se que “a população idosa é predominantemente composta por mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens” (INE, 2015, p. 2), sendo que

em 2013, a nível mundial, havia 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 e mais anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 e mais anos. É expectável que este rácio aumente moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma melhoria ligeiramente mais rápida na esperança de vida dos homens nas idades avançadas (INE, 2015, p. 2).

Os dados relativos ao ano de 2013 indicam que Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados Membros da União Europeia: “a proporção de pessoas com 65 e mais anos era 18,5% na UE 28 e 19,9% em Portugal, valor apenas ultrapassado

pela Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e Itália (21,4%); a proporção mais baixa verificou-se na Irlanda (12,6%)” (INE,2015, p.4) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentagem de população idosa (65 e mais anos de idade), União Europeia 28, 2003 e 2013



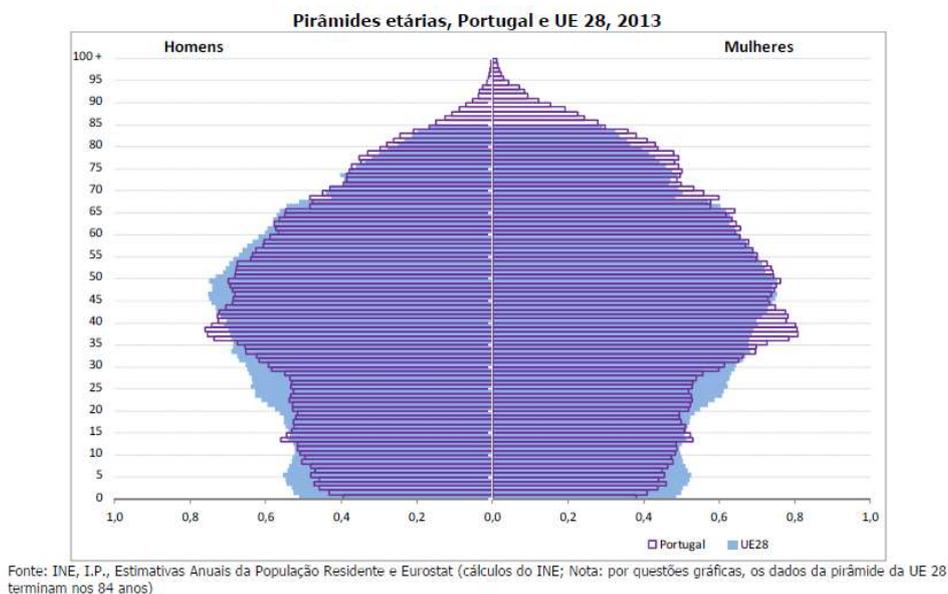
Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat

Fonte: INE, 2015, p. 4. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2

A análise das pirâmides etárias sobrepostas, para a Portugal e para UE 28, para o ano de 2013, revelam o duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento, mais evidente para Portugal do que para a UE 28, enquanto o seu topo se alarga, com valores semelhantes para Portugal e para a UE 28 (INE, 2015, p. 8) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Pirâmides etárias, Portugal e União Europeia 28, 2013



Fonte: INE, 2015, p. 8. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2

Fruto da diminuição da natalidade, do aumento da longevidade, da diminuição da mortalidade, nas últimas décadas verificou-se em Portugal um decréscimo da população jovem, bem como da população em idade ativa, em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade) (INE, 2015).

O número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em Portugal, em 2000, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014 (INE, 2015, p. 3).

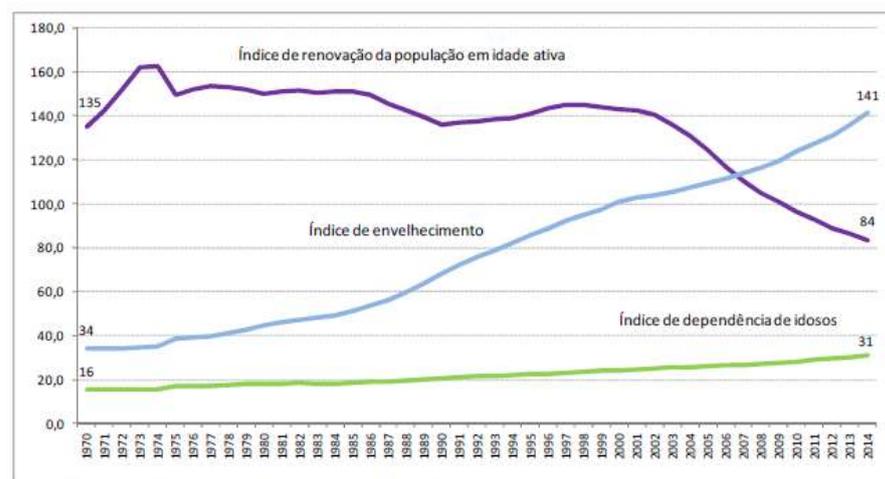
Entre 1970 e 2014 constatou-se que “o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), aumentou continuamente” (INE, 2015, p. 3), “passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014” (INE, 2015, p. 3).

Por sua vez, o índice de renovação da população em idade ativa, que traduz a relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 65 anos de idade), tem vindo a diminuir, com maior incidência nos últimos

quinze anos: desde 1999 que este índice tem diminuído continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014 (INE, 2015, p. 3) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa em Portugal, 1970-2014

Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014



Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: INE, 2015, p. 3. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2

Nas projeções do INE sobre a população residente em Portugal prevê-se que até 2080 “o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer” (INE, 2017, p.4), devendo-se esta situação ao “facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2017, p.4).

Para Hesbeen (2000, p.67),

os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa e aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.

2.2. Violência sobre os Idosos

Enquanto que na cultura oriental o envelhecimento é encarado como algo que traz valor à pessoa, pela sua história de vida e o saber que adquiriu nesse percurso, sendo frequentemente conselheiro de jovens, na sociedade ocidental persiste a “crença social de que o idoso é um estorvo e que não tem mais utilidade dentro da sociedade é um dos factores que contribui para a violência familiar e para os sentimentos de desvalia e desamparo dos próprios idosos agredidos” (Silva, 2012, p.6).

Segundo a APAV (2010, p.41),

Só no início dos anos 80 do século XX é que começou a ser reconhecido como um grave problema social, vindo a público através da denúncia por parte de profissionais que trabalhavam directamente com as pessoas idosas vitimadas. Foi um tema pouco explorado e quase exclusivamente tratado pelos profissionais de saúde e pelos assistentes sociais. Talvez por isto, por ter estado sob o domínio da prática, a literatura sobre violência doméstica anterior aos finais da década de 80 e início da de 90 é relativamente escassa quanto a pessoas idosas vítimas.

A questão da violência, enquanto importante e crescente problema de saúde pública, foi reconhecida mundialmente, em 1996, na 46.ª Assembleia Mundial de Saúde (Gonçalves, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), citada pela APAV (2010, p.44) define

violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) (1995) refere que “a violência contra a pessoa idosa é um acto (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (APAV, 2010, p.45). Também a OMS, na Declaração de Toronto Para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas, caracteriza a violência contra as pessoas idosas como

o mau trato de pessoas idosas define-se como a acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança (APAV, 2010, p.45).

De acordo com Martins (2012, p. 54), “a violência contra idosos deve ser compreendida como parte do contexto das grandes mudanças que as famílias tradicionais passaram nas últimas décadas”. Para Pasinato, Camarano e Machado (2004, p.1),

Se por um lado, a violência contra os idosos se insere nos meandros dos conflitos intrafamiliares, muitas vezes invisíveis para a sociedade, por outro lado, a própria construção do ser idoso nas sociedades capitalistas associa idade avançada à obsolescência, se traduz em violência social. Isto coloca a questão da violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático.

Os idosos têm sido vítimas dos mais diversos tipos de violência,

que podem incorrer em insultos e agressões físicas perpetradas pelos próprios familiares e cuidadores, configurando a chamada violência doméstica. Podem, ainda, sofrer maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições públicas. Inclui-se, também, a própria violência decorrente de políticas econômicas e sociais que tendem a manter ou aumentar as desigualdades socioeconômicas ou de normas sócio-culturais que legitimem o uso da violência, denominada de violência social (Martins, 2012, p. 54).

A violência contra idosos é definida de acordo com a seguinte tipologia divulgada pela OMS (2002) e pelo National Research Council (2003) (citados por Coler, 2014, p. 37-38):

- **Violência Física:** qualquer ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física da pessoa idosa;
- **Violência Psicológica ou Emocional:** sofrimento mental ou emocional desencadeado por condutas verbais ou não verbais como gritar, chamar nomes, insultar, humilhar, ameaçar, perseguir, reter ou limitar opções de espaço do idoso contra sua vontade;
- **Violência Financeira:** exploração inadequada ou apropriação ilegal ou ainda uso de recursos financeiros da pessoa idosa contra sua vontade;
- **Violência Sexual:** qualquer tipo de contacto sexual não consensual com a pessoa idosa.
- **Negligência:** privar o idoso de serviços necessários para promover ou manter sua saúde. Inclui auto-negligência definida como falha do indivíduo em satisfazer suas próprias necessidades básicas. Compreende também o abandono ou violência que se manifesta pela deserção ou ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem assistência à pessoa idosa.

Em Portugal, estima-se que 39,4% da população de idosos seja vítimas de agressões (APAV, 2013, citado por Coler, 2014, p.19). O relatório estatístico anual da APAV mais recente, refere que em 2016 foram efetuados atendimentos a 1 009 idosos vítima de violência,

perfazendo uma média de 3 idosos agredidos por dia e 19 por semana (APAV, 2017). Por este motivo, Portugal é “identificado pela Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS) como o quinto país, entre 53 Nações Europeias pesquisadas, com índices significativos de violência contra pessoas idosas” (Coler, 2014, p.19).

A integração social do idoso contribuirá para minimizar a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir de forma positiva para aprender a viver a velhice com qualidade de vida. Berger (1995, p. 190) salienta que “o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil dos idosos”. Esta postura vai de encontro ao conceito de envelhecimento ativo preconizado pela OMS e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002), definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, contribuindo proactivamente para a adoção de comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis. Numa outra perspetiva, contribuirá para desmontar os estereótipos negativos associados ao envelhecimento, mudando a atual mentalidade ocidental, de modo a aumentar a abertura para encarar com respeito e valor as problemáticas ligadas aos direitos e necessidades da população idosa.

A violência sobre os idosos é, sem qualquer sombra de dúvida um alarmante problema de saúde pública, em que se verifica uma explícita violação dos direitos humanos. Impera a necessidade de estabelecer políticas de saúde e estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a minimização deste flagelo.

2.3. Institucionalização

O aumento do envelhecimento populacional, as mudanças sócio-económicas e culturais da sociedade, associados às alterações estruturais familiares nas últimas décadas que se refletem na redução da capacidade das famílias responderem às necessidades dos seus parentes idosos, conduzem a uma crescente necessidade de institucionalização (WHO, 2011).

Deste modo, “a velhice associada à ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos, bem como da satisfação

das suas necessidades básicas, conduziu ao aparecimento de instituições onde o isolamento deste grupo etário passa a ser institucionalizado” (Chambel, 2016, p.26). Torna-se prioritário “encontrar respostas sociais, que criem e organizem condições para acolher um número significativo de idosos” (Meireles, 2016, p.4). E, de acordo com Chambel (2016, p.21), “falarmos de respostas sociais para idosos, implica na sua essência falar em tempos de mudança política na reforma do estado português e de um período de transição com vista no bem-estar, proteção social e direitos sociais”.

É necessário que o Estado, as Entidades Sociais e a Sociedade Civil unam esforços no sentido de providenciar mecanismos básicos de assistência, em consequência dos desafios sociais, económicos e políticos que se impõem (Jacob, 2012). Assim, nas últimas décadas “têm-se vindo a criar iniciativas políticas na área social, principalmente no que diz respeito às instituições para idosos, de modo a satisfazer as necessidades do idoso e a facilitar o seu progressivo envelhecimento” (Chambel, 2016, p. 22).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), descrevem o processo de institucionalização, essencialmente, pela saída (de curta ou longa duração) dos idosos das suas casas e compreende a tomada de decisão de institucionalizar, a escolha da instituição e a adaptação a esta nova fase. Para Fernandes (2000), a institucionalização caracteriza-se como um recurso importante para o idoso, que considera o seu estado de saúde em geral e a sua autonomia.

Durante o processo de institucionalização, o idoso é confrontado com diversos problemas que afetam de forma distinta a sua autonomia funcional e capacidades (Fernandes, 2000), sendo que as consequências decorrentes da adaptação à vida institucionalizada podem influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida do idoso. Deste modo, a institucionalização pode ter um significado nocivo para o idoso, uma vez que se encontra diversas vezes privado das suas atividades quotidianas e familiares, sentindo-se limitado pelas normas da instituição (Pestana e Espírito-Santo, 2008).

As instituições que prestam cuidados aos idosos “são essencialmente constituídas por pessoas, nomeadamente os idosos, os familiares, o pessoal técnico, bem como por toda a comunidade que se encontra ao seu redor” (Chambel, 2016, p.28), sendo que “neste tipo de valências, a assistência humana está presente pela necessidade que o ato de cuidar tem subjacente, onde a influência do dinamismo humano tem um peso bastante relevante no caráter assistencial que estas organizações dispõem ao seu público-alvo” (Chambel, 2016, p.28).

No estudo de Duarte e Paúl (2006-2007), em que se realizou uma avaliação multidimensional do ambiente institucional de um lar público de pessoas idosas em Portugal, os

autores concluíram que devido ao reduzido número de funcionários, o grau de apoio aos residentes era baixo (20%), comprometendo, deste modo, a individualização do cuidado. De acordo com a WHO (2011), as instituições de prestação de cuidados aos idosos, com maior expressão nos lares e centros de acolhimento, ao se tornarem lugares de segregação, estigma e preconceitos, potenciam a ocorrência de violência.

Apesar da violência institucional ser uma realidade, o seu conhecimento raramente chega às fontes de informação oficiais, ficando limitada à denúncia informal, tornando-se essencial a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde para o fato de existir risco de violência em instituições médicas e sociais, criadas para cuidar e proteger as pessoas idosas (WHO, 2011). De acordo com Gil e Fernandes (2011, p.9), os profissionais de saúde identificam determinadas práticas “como formas de maus-tratos e negligência, em contexto familiar, é de salientar que algumas destas práticas não são consideradas, pelos mesmos, como actos violentos ou abusivos, fazendo até mesmo parte dos normativos e procedimentos profissionais”.

Schiamberg et al. (2011) referem que os fatores de risco para a ocorrência de violência, parecem existir em todos os níveis do contexto ecológico do desenvolvimento humano, incluindo interpessoal/psicológico, interpessoal/familiar, rede social, institucional, comunitário/social, cultural e histórico.

Fernandes e Silva (2016, p.78) referem que “o acentuado grau de dependência, isolamento social e fragilidade econômica conduzem a uma maior vulnerabilidade e risco de incidência de violência”. De acordo com Dias (2005), os idosos institucionalizados podem estar sujeitos a um risco acrescido de violência devido à sua dependência e debilidade física, bem como o desconhecimento que manifestam dos seus direitos legais, associado ao receio de retaliações em caso de denúncia.

A institucionalização pode criar condições de ocorrência de violência sobre os idosos, tornando-se por isso importante conhecer não só, as condições em que ocorre esta violência, mas também os fatores de risco que lhe estão associados, para que possamos estabelecer uma estratégia de prevenção/intervenção neste domínio (Carrilho, Gameiro e Ribeiro, 2015, p.122).

As instituições prestadoras de cuidados a idosos têm “inerente um conjunto de fatores, nomeadamente, política institucionalizadora, gestão, pessoal técnico, qualificação, desenvolvimento de formações internas” (Chambel, 2016, p.29) que contribuem para a qualidade da prestação desses mesmos cuidados. É fundamental combater situações de

isolamento social e de abuso através da adoção de medidas preventivas e fomentar a comunicação entre a família do idoso e os cuidadores (Schiamberg et al., 2011).

2.4. Cuidador Formal

Na atual sociedade, perante o aumento do envelhecimento populacional, bem como de doenças crónicas, degenerativas e progressivas coloca constantes e diversificados desafios às famílias e às instituições de apoio à terceira idade e, conseqüentemente, aos cuidadores informais e formais. Neste contexto, os cuidadores formais assumem “um papel de destaque, na medida em que as alterações na estrutura familiar determinam que, muitas vezes, a tarefa do cuidado aos idosos seja relegada às Instituições de apoio a este grupo etário da população” (Meireles, 2016, p.1).

O cuidador, “além de auxiliar nas atividades da vida diária ainda contribui para a manutenção do bem estar dos idosos sejam eles, saudáveis, enfermos e/ou fragilizados” (Souza, 2016, p.11). No entanto, importa salientar a distinção entre cuidador informal e cuidador formal. No primeiro caso, o apoio informal refere-se ao cuidado contínuo ao idoso dependente prestado por familiares, amigos e/ou vizinhos, que não são remunerados nem possuem formação específica para a prestação desses mesmos cuidados (Silva, 2016). No que concerne ao cuidador formal, caracteriza-se por deter “uma preparação específica para o desempenho do papel que lhe foi encarregue e estão integrados no âmbito laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional, sendo remunerados e /ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.” (Meireles, 2016, p.8-9).

Por norma, os cuidadores formais são indivíduos devidamente qualificados, que possuem competência técnica e/ou científica, detêm preparação para o desempenho das suas funções e encontram-se integrados numa atividade adequada às suas competências profissionais, sendo remunerados pelos serviços que prestam (Sequeira, 2007). Deste modo, são profissionais que possuem competências que lhes permite ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento (Kim, Bursac, DiLillo, White, e West, 2009), conhecendo as necessidades do idoso e apoiando-o na realização das suas atividades diárias (Hartke, King, Heinemann, e Semik, 2006).

A prestação de cuidados aos idosos desenvolvidos em contexto profissional tem como objetivo a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, temporárias ou definitivas (Silva, 2016). Deste modo, requer o envolvimento de diversas respostas sociais e equipas multidisciplinares, na medida em que exige profissionais qualificados das áreas da saúde, psicologia, ciências sociais, entre outras (Sequeira, 2010).

A prestação de cuidados aos idosos, devido à sua exigente complexidade, “acarreta nos cuidadores formais elevadas exigências que poderão levantar questões relacionadas com a sua saúde, sendo comum que estes indivíduos apresentem níveis elevados de stress” (Ferreira, 2014, p. 7). Também para Leal e Sousa (2016), cuidar de idosos gera no cuidador sentimentos diversos como cansaço, desgaste, alegrias e satisfação, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada.

De acordo com Meireles (2016, p.9), “as exigências profissionais, emocionais e pessoais que se colocam aos cuidadores formais, no âmbito dos cuidados que prestam aos idosos no seu processo de envelhecimento, são, quase sempre, fonte de stress e atritos”.

A rede social formal de apoio a idosos é bastante importante no que se refere à prestação de cuidados, sendo que cabe ao cuidador a responsabilidade de zelar de forma continuada pelo idoso, o que pode implicar um desgaste da sua saúde física e psicológica, podendo gerar sobrecarga no cuidador (Chambel, 2016, p.10).

As inadequas condições de trabalho podem desencadear a presença de aspetos causadores de stress no cuidador, que se tornam permanentes e, conseqüentemente, passam a contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Silva e Carlotto, 2008), sendo caracterizado por um quadro bastante nítido de exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho (Tamayo e Tróccoli, 2009).

No estudo realizado por Melo, Gomes e Cruz (1997), os autores reconheceram níveis elevados de stress relacionados com a sobrecarga de trabalho, sugeriram eventuais conseqüências na satisfação com o trabalho e a possibilidade do próprio stress gerar pressão e mal-estar naqueles que cuidam.

Se por um lado, alguns dos cuidadores que maltratam os idosos são oportunistas ou sociopatas, outros podem simplesmente estar em situação de sobrecarga de trabalho (Sibbald e Holroyd-Leduc, 2012), “o que se vem verificando cada vez mais no nosso país” (Carrilho, Gameiro e Ribeiro, 2015, p.125).

Os constantes desafios a que o cuidador formal está sujeito coloca-o “sob constante pressão, sendo que se impõe a reflexão sobre a problemática do stress ocupacional e das políticas e práticas adequadas que podem ser desenvolvidas para colmatar estas preocupações” (Almeida, 2013, p. 10). No entanto, “as organizações, na maioria das situações, não estão preparadas para lidar com os problemas apresentados pelos seus colaboradores” (Ferreira, 2014, p. 7).

2.5. *Burnout* do Cuidador Formal

Vários autores consideram que os cuidadores formais com maior compaixão e altruísmo, em consequência da exposição a fatores de stress no trabalho, podem prejudicar a sua saúde mental, traduzindo-se em estados de exaustão com implicações visíveis na vida pessoal, familiar e institucional (Jamieson, Teasdale, Richardson e Ramirez, 2010).

O Síndrome de *Burnout* é, na atualidade, uma das consequências mais marcantes do stress profissional, pelo que se revela importante a investigação acerca da mesma, sobretudo nos denominados grupos de risco, como é o caso dos cuidadores formais de idosos institucionalizados (Meireles, 2016, p.1).

Diversos estudos na área do *burnout* “sugerem a presença de exaustão e fadiga por compaixão nas relações entre os prestadores de cuidados formais e os seus destinatários” (Saúde, 2013, p.3-4), sendo que os cuidadores podem ficar mais vulneráveis a desenvolver o síndrome de *burnout* como resposta a situações de stress continuadas inerentes ao trabalho, o que deteriora, de forma significativa, a qualidade do trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado (Souza, 2016).

Maslach (2003) refere que as profissões onde se presta assistência ao outro são as mais suscetíveis ao síndrome de *Burnout*, uma vez que é solicitado ao cuidador que estabeleça uma relação intensa, de duração considerável, com pessoas que se encontram frequentemente em situações problemáticas, repletas de sentimentos de frustração, medo ou desespero. A tensão e o stress resultantes dessa mesma relação podem desencadear um efeito de “dessecação emocional”, deixando os profissionais vazios e emocionalmente predispostos ao síndrome de *burnout*.

O conceito de *Burnout* é referido pela primeira vez em 1974 por Herbert Freudenberger, na sequência do seu estudo sobre profissionais de saúde, onde o autor percebeu que “muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, demonstrando um estado de exaustão” (Chambel, 2016, p. 36). Freudenberger constatou que os profissionais que se encontravam num estado de exaustão mental e emocional eram pessoas idealistas, “que mostram ser extremamente competentes, dinâmicas, inesgotáveis, agindo ativamente, mesmo quando não alcançam os resultados que seriam de esperar” (Meireles, 2016, p. 14) e que acabavam cansadas e desesperadas, necessitando de mais ajuda do que aqueles que cuidavam (Almeida, 2013).

Deste modo, Freudenberger identificou o stress contínuo no âmbito profissional e definiu *burnout* como um “desgaste, uma exaustão física e emocional, decorrente de um trabalho excessivo e exigente, e em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos” (Ferreira, 2014, p.10). Assim, o Síndrome de *Burnout* traduz-se num “estado de fadiga ou frustração causado por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada” (Freudenberger, 1980, citado por Queirós, 2005, p. 27).

O termo *burnout* é constituído, morfológicamente pelas palavras burn (queima) e out (exterior), “o que sugere que o indivíduo que padeça deste tipo de stress, se consome física e emocionalmente, evidenciando manifestações de comportamentos agressivos e de irritação constante” (Meireles, 2016, p. 14). No jargão popular inglês, *burnout* refere-se àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, surge como uma metáfora que define aquele que, por falta de energia, chegou ao seu limite, apresentando um estado de fadiga física e mental, ocorrido em inúmeros profissionais, transmitindo a ideia da imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada” (Benevides-Pereira, 2002; Queirós, 2005).

Em 1974, Freudenberger (citado por Queirós, 2005), referiu como causas do *burnout* a baixa implicação laboral, a falta de apoio da supervisão e direção, a pressão do trabalho, a idade, as características determinadas pelo posto de trabalho, a falta de suporte social, a indefinição de tarefas, os fracos níveis de autonomia no trabalho, a incomodidade física, as mudanças tecnológicas e a alta pressão no trabalho.

Tendo como base de partida os estudos do autor supra-citado, Malasch e Jackson (1982), concluíram nos seus estudos que o síndrome de *Burnout* era constituído pela conjugação de três componentes:

- a) A exaustão emocional, que ocorre mediante fatores pessoais e situacionais. O indivíduo sente uma carga emocional mais intensa do que em condições normais, uma sensação de exaustão que o leva a sentir-se incapacidade perante o outro, sem qualquer tipo de recursos emocionais, o que o leva a ter um decréscimo no seu desempenho de trabalho;
- b) A despersonalização, que se caracteriza pelo facto do indivíduo adotar uma postura pouco flexível e impessoal perante o outro e na prestação do seu serviço. Esta atitude poderá ser vista como um mecanismo de defesa, no sentido de diminuir os sentimentos de impotência, indefesa e desesperança pessoal;
- c) A realização pessoal, que se reveste o sentimento do indivíduo acreditar que o seu trabalho não merece qualquer tipo de dispêndio de energia, que todo e qualquer esforço que eventualmente possa fazer para mudar profissão ou de instituição é apenas uma perda de tempo (Ferreira, 2014, p. 9-10).

Ferreira (2014) refere que o *burnout* inicia-se com o stress e com o esforço efetuado para o superar, sendo que apresenta três estados distintos:

O primeiro consiste num desequilíbrio entre o nível de stress e os recursos para lidar com o mesmo; a segunda fase é o surgimento de tensão emocional, fadiga e exaustão. O terceiro estado, consiste na mudança de atitudes e comportamentos a tendência para tratar os clientes de forma mecânica e a preocupação com gratificação pessoal (Ferreira, 2014, p. 10).

De acordo com Silva (2016, p.22) “é possível fazer-se a distinção entre *stress* e *Burnout* tendo em consideração o tempo (uma vez que o *stress* profissional prolongado pode conduzir ao *Burnout*) e também entre a depressão e o *Burnout* no que diz respeito ao conteúdo”. O stress é resultado do desequilíbrio face aos recursos que o cuidador possui e às exigências com que é confrontado, sendo que este tem consciência desse desequilíbrio e tem a sensação de que é possível controlar a situação e que, conseqüentemente, o mal-estar da pessoa tende a desaparecer (Neto, Areosa e Arezes, 2014; Bakker e Sanz-Vergel, 2014). Em situação de *burnout*, o cuidador possui poucos recursos pessoais e encontram-se em grandes dificuldades para enfrentar a situação geradora de stress, sendo que as atitudes e os comportamentos acabam por se alterarem devido à tensão negativa gerada no local de trabalho (Silva, 2016).

Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objectos”. Tende a ver cada questão relacionada ao trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido

(...). Assim o contacto com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade, ansiedade (França e Rodrigues, 2005, p. 54).

Landeiro (2011, p. 12), descreve o Síndrome de *Burnout* como “um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adotadas pelos indivíduos – como afastamento e desumanização – alternando o seu comportamento no local de trabalho”.

Deste modo, as exigências emocionais que são impostas aos profissionais de ajuda constituem a principal causa fundamental do *Burnout* (Maslach, 2003).

Segundo Almeida (2013, p. IV), “a Síndrome de *Burnout* tem vindo a ser definida como uma das consequências mais marcantes do stresse profissional, e caracteriza-se pela exaustão emocional, sobretudo em profissões com elevados níveis de contato interpessoal”. De facto, o *burnout* ocorre frequentemente em contextos onde os recursos que o trabalhador possui, no âmbito da prestação de cuidados aos idosos, são insuficientes para fazer face às exigências da tarefa (Silva, 2016).

A prestação de cuidados à pessoa idosa poderá causar sentimentos de mal-estar psicológico e de morbilidade física no cuidador. Deste modo, verifica-se que o cuidador “não se encontra de plena saúde e condição física e psicológica para o fazer, pelo que o cansaço poderá ser evidente, assim como a sensação de deterioração da sua saúde, desgaste físico e psicológico e consequente o *burnout*” (Ferreira, 2014, p. 10).

Verifica-se uma crescente necessidade de investigar as questões relacionadas com o *burnout*, “em virtude de ser um constructo que passou a ter bastante protagonismo no mundo laboral na medida em que permitiu explicar grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização” (Silva, 2016, p. 20).

Atualmente, o “*burnout* é considerado um grande problema no mundo profissional, pois esta síndrome gera consequências tanto para o individuo quanto para a organização na qual está inserido, bem como para os usuários de seus serviços” (Souza, 2016, p.24).

Os cuidadores formais de idosos que apresentam significativos níveis de *burnout*, são afetados no seu estado de saúde física e psíquica, na baixa realização pessoal, no absentismo, na qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, na insatisfação dos utentes (Saúde, 2013).

Por outro lado, também a instituição sente os efeitos do *burnout*, “na medida em que há uma deterioração do desempenho laboral por parte do profissional, baixa satisfação laboral e diminuição do interesse pela profissão, aumentando o absentismo laboral, chegando ao

abandono do posto de trabalho, da organização e da profissão” (Chambel, 2016, p.38). O aumento do absentismo e da rotatividade profissional influencia diretamente a produtividade, conduzindo a uma redução nos lucros (Souza, 2016).

Diversos estudos evidenciam que as elevadas exigências, com impacto na saúde, a que o cuidador formal está sujeito aquando da prestação de cuidados ao idoso, origina “elevados índices de stress nos cuidadores, sendo que as instituições não estão preparadas para lidar com os problemas que abrangem os seus colaboradores” (Saúde, 2013, p.5).

Maslach (2003) defende que uma das formas de prevenir o *burnout* passa pela promoção de um compromisso entre os profissionais e a instituição onde desempenham funções, de modo a aumentar a energia dos cuidadores, contribuindo para que estes se mostrem disponíveis para a concretização das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia.

3. ANÁLISE DO CONTEXTO

O Estágio Final desenvolveu-se na UCC Évora sob a supervisão da Enfermeira Coordenadora, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

3.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O concelho de Évora é constituído por 12 freguesias, numa área total de 1307,08 km² e tem 56596 habitantes (INE, 2013). Verifica-se que “as freguesias mais jovens do concelho são a Malagueira e a Horta das Figueiras e as mais envelhecidas, as freguesias rurais de N^a Sra. da Boa-Fé e de S. Vicente do Pigeiro (Vendinha)” (CME, 2012, p. 25). É notório “aumento do peso dos cidadãos acima dos 65 anos, o que remete para um cenário que potencia todas as problemáticas associadas a um território envelhecido e em risco de desertificação humana” (CME, 2012, p.20), sendo “o segundo grupo populacional com maior peso no total da população residente, representando 19,7%” (CME, 2012, p.21) da população. Os idosos octogenários, em 2010, representavam 28,8% da população idosa do concelho (CME, 2012).

No que concerne ao envelhecimento populacional, se por um lado “esta situação é reveladora do desenvolvimento e qualidade das respostas na área da medicina e da melhoria da qualidade de vida destes cidadãos, também revela a existência de situações limite da degradação física e mental, associadas a este fenómeno” (CME, 2012, p. 20), verificando-se “diagnósticos de “demências” associadas sobretudo à degradação do organismo, por via do envelhecimento” (CME, 2017, p. 135). Deste modo, verifica-se a utilização crescente de “idade funcional” e menos a “idade cronológica”, na medida em que as problemáticas associadas ao envelhecimento populacional residem, essencialmente, no grau de funcionalidade que os indivíduos possuem, remetendo para o conceito de “4^a idade” (CME, 2017, p.20).

De acordo com dados da CME (2012, p.129),

na área do envelhecimento populacional, todas as freguesias do concelho estão apetrechadas de equipamentos para os idosos, sendo que a cobertura territorial da valência de Centro de Convívio é de 100%, seguida da valência de Centro de Dia, que só

não existe no Centro Histórico, e depois da valência de Lar que continua a ser aquela que menos representatividade territorial tem e que face a 2004, diminuiu em 16 lugares a capacidade de resposta (545 utentes em 2004, para 529 em 2012), continuando a ser uma das valências de maior carência no concelho (CME, 2012, p.129).

A UCC Évora foi criada no ACES AC e “rege-se pelos princípios de Cooperação; Solidariedade e trabalho de equipa; Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica e Articulação efectiva com as outras unidades funcionais do ACES” (UCC Évora, 2017, p. 3) e tem como valores a responsabilidade, a solidariedade a ética e respeito pela dignidade humana.

É objetivo da UCC Évora “estar despertos para as necessidades de saúde e sociais da população do concelho de Évora, orientando-a para respostas atempadas e adequadas facilitando a sua capacitação, a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida” (UCC Évora, 2017, p.3). Deste modo, a instituição tem como missão

proporcionar acompanhamento individualizado ao utente e grupos populacionais do concelho de Évora, mantendo elevados níveis de qualidade técnico-científica e organizacional, promovendo a acessibilidade, a equidade de acesso e de utilização, assim como a satisfação dos diferentes stakeholders, numa lógica de melhoria contínua e de obtenção de ganhos em saúde (UCC Évora, 2017, p.3).

Deste modo, a UCC Évora “articula-se também com outras organizações de saúde e com os parceiros da comunidade para a obtenção de ganhos em saúde e proteção da saúde ao longo do ciclo vital” (UCC Évora, 2017, p.4).

A UCC Évora

tem 60625 utentes inscritos, na população residente os índices de envelhecimento e de dependência de idosos refletem o envelhecimento populacional, com consequências sociais, económicas, e efeitos na saúde que impõem uma adequação dos eixos de intervenção desta UCC- Cuidados Continuados e Intervenção Comunitária- Promoção da Saúde (UCC Évora, 2017, p.3).

3.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

A UCC Évora situa-se no rés do chão da Unidade de Saúde da Porta de Avis - Zona Azul, é constituída por uma equipa multidisciplinar (nove enfermeiras, uma médica, uma assistente técnica, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista e uma fisioterapeuta) e

presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, cuja ação se direciona essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis que se encontrem em situação de maior risco ou dependência física funcional ou a casos de patologia que exijam acompanhamento próximo (UCC Évora, 2017, p.3).

A UCC dispõe de 5 gabinetes de trabalho, áreas comuns partilhadas com outras unidades, sala de reuniões e instalações sanitárias. A equipa dispõe de duas unidades móveis de saúde e está munida com os dispositivos médicos necessários para a prestação de cuidados.

3.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

É indiscutível que os enfermeiros são profissionais de saúde imprescindíveis na sociedade. Koch (2014, p.58) define Enfermagem como uma profissão “relacional em que os próprios cuidados, enquanto intervenções contextualizadas, nunca se repetem, já que é impossível estandardizar aquilo que por natureza é um processo sistémico, dinâmico, interativo, envolvendo pessoas cuja semelhança é apenas, e tão só, a sua singularidade”. É essencial e inerente ao cuidar a relação interpessoal, relação de ajuda ou relação terapêutica, que se caracteriza pela parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa, grupo, família ou comunidade.

No mundo contemporâneo, completamente globalizado, tecnológico e competitivo, cada vez mais se exige dos profissionais os mais elevados conhecimentos e competências para assim se responder às exigências impostas pelas rápidas e contantes mudanças que ocorrem na nossa sociedade (Koch, 2014). Deste modo, as questões relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados constituem um importante pilar da enfermagem.

As competências do enfermeiro especialista derivam do aprofundamento dos conhecimentos providenciados pelas competências do enfermeiro de cuidados gerais. O enfermeiro especialista possui

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011 a, p.8648).

Independentemente da área de especialização, a globalidade dos enfermeiros especialistas têm em comum “um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2011 a, p. 8648), sendo que “também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2011 a, p. 8648).

Deste todo, todos os enfermeiros especialistas estão munidos de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro), competências do domínio da gestão dos cuidados (gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados) e competências do domínio das aprendizagens profissionais (desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários surgem enquanto rede prestadora de cuidados, após a reforma do sistema de saúde em 1971, onde se decreta a 27 de setembro de 1971, o direito à saúde de todos os cidadãos (Ministério da Saúde e Assistência, 1971).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, alerta para a importância dos cuidados de saúde primários e enfatiza a universalidade do direito aos cuidados de saúde como uma das principais metas a alcançar pelos governos de todas as nações. Em 1979 é criado em Portugal o Serviço Nacional de Saúde, tendo com base conceptual as diretrizes de Alma-Ata, sendo que os cuidados de saúde primários passam a cobrir a generalidade do território nacional. Não obstante, os modelos de gestão adotados então e a organização da prestação de cuidados, concretamente a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, a gradual desarmonia entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e a existência de um sistema remuneratório sem incentivos levaram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação destes profissionais, o que origina uma profunda reforma destes cuidados nos últimos anos no intuito de colmatar estas lacunas (Miguel, 2010).

Nos últimos anos a profunda reforma existente nos cuidados de saúde primários, compreende a reorganização local dos cuidados, com especial destaque para a criação das recentes Unidades de Saúde Familiar, e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde. Os ACES, estruturalmente incluem, para além das Unidades de Saúde Familiares e de órgãos específicos de gestão e decisão, outras estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Miguel, 2010).

A enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel preponderante nos cuidados de saúde e na sociedade, desenvolvendo “uma prática globalizante centrada na comunidade” (OE, 2011 b, p. 8667), onde se evidenciam “as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (OE, 2011 b, p. 8667). Deste modo,

responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2011 b, p. 8667).

No Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011 da OE estão claramente definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde

pública, que visam “prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (OE, 2011 b, p. 8667):

- a) estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011 b, p. 8667).

Em 2015 a OE define o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pretendendo “que fosse um documento simples e de fácil utilização como referencial para a prática profissional de enfermeiro especialista e como guia de recolha de informação sobre evidências dessas mesmas práticas” (OE, 2015, p. 16481). Neste regulamento a OE (2011) considera que de modo a promover o máximo potencial de saúde o enfermeiro especialista em cuidados de saúde primários deverá adquirir competências concretas, que lhe permitam liderar, integrar e avaliar processos comunitários.

Pela natureza dos cuidados que presta, a enfermagem em cuidados de saúde primários “atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais” (OE, 2015, p. 16482), reconhecendo “a importância dos saberes/competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria” (OE, 2015, p. 16482). Este fator assume especial destaque aquando da abordagem do enfermeiro especialista, uma vez que desenvolve o seu campo de ação numa equipa com diferentes profissionais de saúde, levando a cabo intervenções autónomas, bem como intervenções interdependentes.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde (OE, 2015, p. 16482).

A OE definiu os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que “visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (OE, 2015, p. 16482), pretendendo “que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (OE, 2015, p. 16482). Deste modo, na procura permanente da excelência do exercício profissional, foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública: “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica” (OE, 2015, p. 16482).

Relativamente à satisfação do cliente, o enfermeiro especialista deve respeitar as “capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e comunidades na conceção de intervenções com vista à resolução de problemas identificados”, deve procurar “constante da empatia nas interações com o grupo/comunidade” (nomeadamente com os adolescentes e família), garantindo “o envolvimento dos conviventes significativos do grupo/comunidade individual no processo de cuidados”, estabelecendo “parcerias com o grupo/comunidade no planeamento do processo de cuidados” (OE, 2015, p. 16483), otimizando “a rede de suporte e interage com competência cultural no desenvolvimento dos projetos de saúde dos grupos ou comunidades” (OE, 2015, p. 16483), bem como garante a otimização de “fluxos de informação e recursos com vista à maximização da satisfação de grupos e comunidade” (OE, 2015, p. 16483). É essencial “o empenho do enfermeiro de enfermagem comunitária e de saúde pública, tendo em vista minimizar o impacto negativo no grupo/comunidade, provocando pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2015, p. 16483).

Quanto à promoção da saúde, o enfermeiro especialista deve proporcionar a “criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificadas” (OE, 2015, p. 16483), liderando, integrando e avaliando “processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos da saúde coletivos” (OE, 2015, p. 16483), assumindo “processos de mediação que contribuam para a promoção e defesa da saúde de grupos e comunidade” (OE, 2015, p. 16483) e promovendo “a responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas” (OE, 2015, p. 16483).

Face à prevenção de complicações, compete especificamente ao enfermeiro especialista reconhecer “a complexidade da dinâmica comunitária e a sua transformação, como fator a ter em conta no planeamento e na concretização das intervenções” (OE, 2015, p. 16483), identificar “precocemente problemas potenciais nos grupos-alvo, definindo intervenções antecipatórias, tendo em conta a gestão do risco” (OE, 2015, p. 16483), referenciar “para outros profissionais/organizações, de acordo com os respetivos mandatos sociais dos diferentes parceiros comunitários” (OE, 2015, p. 16483), bem como “para outros enfermeiros especialistas, de acordo com a área de intervenção e do perfil de competências de cada especialidade” (OE, 2015, p. 16483) e supervisionar “as atividades delegadas e concretiza as intervenções de enfermagem” (OE, 2015, p. 16483).

No que concerne ao bem-estar e auto cuidado, o enfermeiro especialista, entre outras, “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, lidera, integra e avalia processos de intervenção com vista à consecução de projetos da saúde dos grupos/comunidades, supervisiona as atividades e concretiza as intervenções de enfermagem e assume processos de mediação que contribuam para a promoção e proteção da saúde dos grupos/comunidades” (OE, 2015, p. 16484).

Relativamente à readaptação funcional, é específico aos cuidados especializados a potencialização dos “recursos da comunidade para garantir a continuidade dos cuidados e a sua adequada utilização” (OE, 2015, p. 16484), a identificação, ponderação e divulgação dos recursos para dar resposta às necessidades do grupo/comunidade” (OE, 2015, p. 16484) e a promoção do “enquadramento das intervenções integradas de suporte a grupos e comunidade” (OE, 2015, p. 16484).

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública “fundamenta e assenta as práticas num modelo intervenção ratificado e apropriado pela equipa, onde o foco dos cuidados são os grupos específicos e de maior vulnerabilidade e a comunidade, em diferentes contextos de saúde” (OE, 2015, p. 16484), define, implementa e monitoriza “estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão de saúde da população, avaliando e analisando o impacto das intervenções em saúde” (OE, 2015, p. 16484), está capacitado para a “utilização de um sistema de informação que incorpore a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde dos grupos e comunidade (necessidades de cuidados, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções)” (OE, 2015, p. 16484), bem como para a “utilização dos resultados da avaliação periódica da satisfação dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e

saúde pública realizada, com recurso a instrumentos validados para profissionais de saúde (de acordo com o ciclo de gestão das organizações), para definir estratégias promotoras de satisfação dos profissionais (OE, 2015, p. 16484)". Fatores como a "dotação de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública face às necessidades dos grupos/comunidades, colaborando na adequação de recursos às necessidades identificadas, com base em documentos orientadores sobre dotações seguras" (OE, 2015, p. 16484), a "existência de política de formação contínua de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, promotora do seu desenvolvimento profissional e da qualidade dos seus cuidados especializados" (OE, 2015, p. 16484) e "a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem com vista à maximização da satisfação dos grupos/comunidades e do seu capital humano, social e cultural" (OE, 2015, p. 16484) são também elementos específicos dos cuidados especializados.

Face ao planeamento em saúde e vigilância epidemiológica, o enfermeiro especialista deve "utilizar a metodologia do planeamento em saúde na avaliação do estado de saúde de uma comunidade" (OE, 2015, p. 16485), elaborar "o diagnóstico de saúde de uma comunidade" (OE, 2015, p. 16485), estabelecer "as prioridades em saúde de uma comunidade" (OE, 2015, p. 16485), definir "estratégias para o processo de capacitação de grupos e comunidades, incluindo a educação e a advocacia em saúde" (OE, 2015, p. 16485), estabelecer "programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados" (OE, 2015, p. 16485), integrar a "gestão de programas de saúde e respetiva avaliação" (OE, 2015, p. 16485) realizar e cooperar "na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico" (OE, 2015, p. 16485).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, acompanha o indivíduo ao longo do seu ciclo vital, orientando-o na sua adaptação, sem nunca o substituir na tomada de decisão, e responsabilizando-o com o recurso a educações para a saúde (Pereira, 2015).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte” (Imperatori e Geraldès, 1993, p.77). Para os mesmos autores, afixação dos objetivos “é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Geraldès, 1993, p.77). Deste modo, o presente projeto tem como objetivo geral **prevenir a violência sobre os idosos institucionalizados no concelho de Évora**.

Após a definição do diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCC Évora, bem como com as diretoras técnicas das diversas instituições, no sentido de apresentar os resultados obtidos e o diagnóstico de situação, bem como a definição de prioridades do projeto. Deste modo, neste projeto foram delineadas intervenções para as necessidades identificadas, nomeadamente, para a necessidade de formação dos cuidadores formais sobre as questões da violência sobre os idosos institucionalizados e para a necessidade de prática de atividades lúdicas entre cuidadores e idosos no sentido da melhoria dos cuidados prestados. Relativamente à necessidade de acompanhamento psicológico aos cuidadores formais, não foi possível delinear intervenções que permitam colmatar esta necessidade por escassez de recursos humanos por parte da UCC Évora.

O investimento num envelhecimento ativo e saudável tem sido uma das principais preocupações da agenda política de diversos países. No que concerne ao “envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia” (ENEAS, 2017, p.6), tendo sido criado um Grupo de Trabalho Interministerial que delineou a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025.

A ENEAS apresenta um conjunto de linhas orientadoras e medidas, estruturadas numa abordagem interdisciplinar, com base em quatro eixos estratégicos: Saúde, Participação, Segurança e Medição, Monitorização e Investigação. O eixo da Segurança apoia “iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas” (ENEAS, 2017, p.20).

A segurança é um dos pilares do envelhecimento ativo e saudável, sendo essencial para a manutenção da capacidade intrínseca e funcional das pessoas idosas. A proteção, os cuidados e a dignidade das pessoas idosas devem ser garantidos através de políticas e programas de segurança física, social e financeira (World Health Organization, 2002) (ENEAS; 2017, p.32).

Uma das medidas para a Segurança delineada pela ENEAS (2017) envolve diversas entidades e pretende “promover ações de sensibilização dirigidas às pessoas idosas e respetivos prestadores de cuidados no âmbito da prevenção, proteção e apoio em situações de ocorrência de crime” (ENEAS 2017, p. 33), concretizável através de diversas ações:

- Campanhas contra a violência sobre pessoas idosas, incluindo a violência doméstica e de género;
- Promover competências das forças de segurança para prevenção e deteção de sinais de violência;
- Sensibilizar as famílias e outros prestadores de cuidados informais para os riscos e consequentes sinais de qualquer tipo de violência contra a pessoa idosa (física, psicológica ou patrimonial) e posterior denúncia destes casos;
- Promover competências dos profissionais de saúde para: avaliação sistemática em todas as pessoas idosas, nos CSP, de sinais de violência pelo menos uma vez por ano e para avaliação sistemática de sinais de violência e negligência sempre que se verifiquem lesões nas pessoas idosas
- Promover competências dos profissionais judiciais para gerir situações de violência sobre pessoas idosas, incluído a violência doméstica e de género;
- Implementar sistemas eletrónicos de vigilância e alerta em articulação com as forças de segurança PSP/GNR (e.g. telemetria) (ENEAS, 2017, p.33).

Assim, delinearam-se como objetivos específicos: identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais; consciencializar os diversos atores (idosos, cuidadores formais e direções técnicas) para as questões da violência; sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o *burnout* do cuidador formal; promover o debate sobre violência sobre os idosos; aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável; promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos.

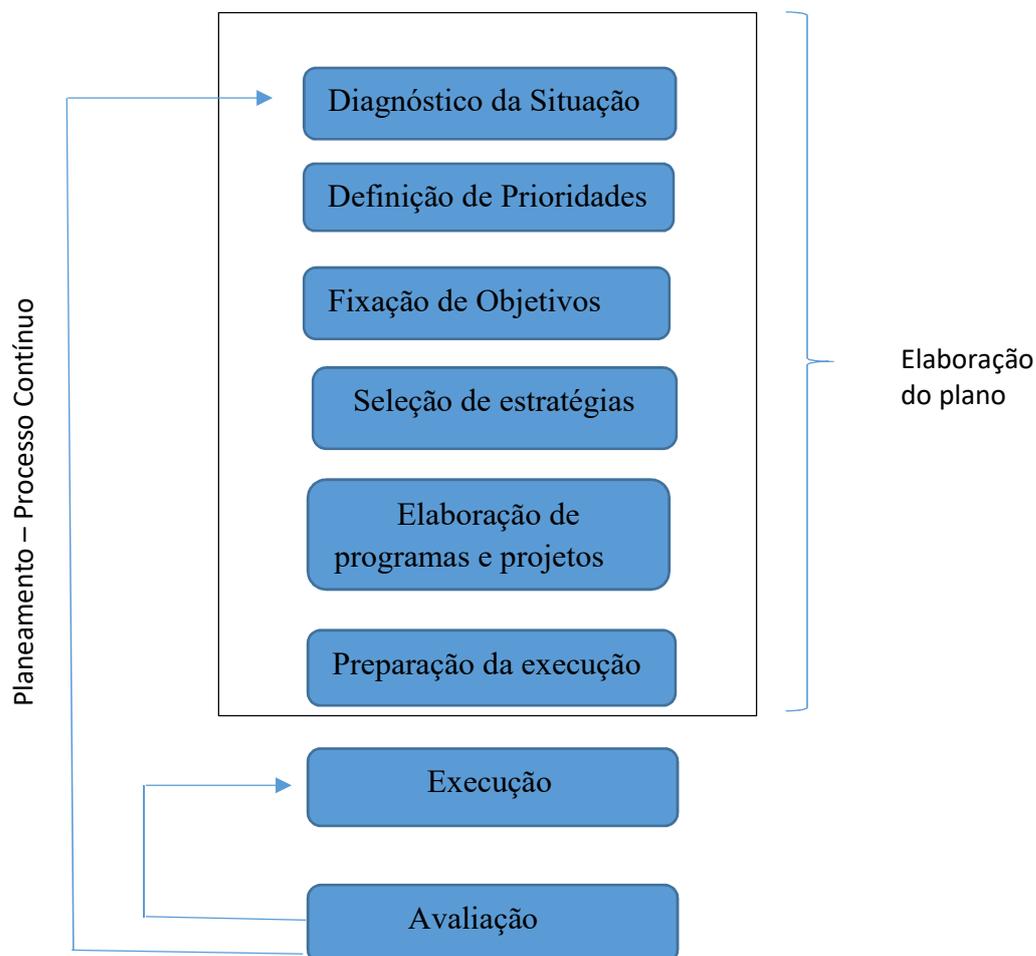
O envelhecimento ativo e saudável deve ser “encarado como um potenciador da economia através da dinamização do empreendedorismo, da cocriação e do codesenvolvimento” (ENEAS, 2017, p.10).

É possível gerar valor acrescentado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, da maior satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, da melhor qualidade de vida e segurança financeira dos familiares e outros cuidadores informais, bem como da maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (ENEAS, 2017, p.10).

5. METODOLOGIA

O projeto de estágio está ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde (Figura 1). De acordo com Tavares (1990), é esta a metodologia indicada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Figura 1 - Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde



Fonte: Adaptado de Imperatori e Giraldes (1993)

Esta metodologia constitui um processo contínuo e dinâmico, inseparável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere no intuito de alcançar os objetivos delineados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993). No âmbito do presente trabalho,

realizou-se o diagnóstico da situação face à prevenção de violência sobre os idosos institucionalizados.

A pertinência do planeamento em saúde é abrangente: é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção; é fundamental intervir nas causas dos problemas e basear, cada vez mais, as decisões e as diversas intervenções projetadas na evidência; é essencial evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes; os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente e é necessário utilizar e adequar os serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados (Imperatori e Giraldes, 1993).

5.1. Instrumento de Recolha de Dados

No sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, aplicaram-se os inquéritos por questionário referentes ao idoso e ao cuidador do projeto ESACA, na medida em que se constituem instrumentos de registo escrito, que são planeados, através de questões, de modo a para pesquisar dados sobre indivíduos relativamente a conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (LoBiondo-Wood e Haber, 2001). Fortin (2003, p. 249) defende que o questionário é “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

No que concerne ao questionário aplicado ao idoso (Anexo I), foi aplicado o questionário Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos Institucionalizados (ARVII), constituído por questões que permitem a caracterização sócio-demográfica, seguido de questões que nos cedem informações sobre as condições de saúde do idoso, o *Mini Mental State*, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15, versão breve, Yesavage et al, 1983), o Índice de Barthel: Grau de Dependência e os Preditores de Risco de Violência (ARVII).

- **Mini Mental State:** teste elaborado por Folstein e colaboradores, em 1975, que permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais, “examina a orientação temporal

e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva” (Apóstolo, 2012, p. 61). No entanto, “não pode ser usado para diagnosticar demência” (Apóstolo, 2012, p. 61). Deste modo, “todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso” (Apóstolo, 2012, p. 61).

De acordo com a tradução e adaptação do MMS para a população portuguesa realizada por Guerreiro e Colaboradores (1994), pelo Laboratório de estudos do centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, em Lisboa, o *score* total pode variar de 0 a 30, sendo que ≤ 15 pontos – Analfabetos; ≤ 22 pontos – 1 a 11 anos de escolaridade e ≤ 27 pontos – Com escolaridade superior a 11 anos.

- **Escala de Depressão Geriátrica:** constituída por 15 itens, trata-se de uma versão curta da escala original (constituída por 30 itens), tendo sido elaborada a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (Sheikh e Yesavage, 1986), demonstrando boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. A versão reduzida, devido à necessidade de um tempo menor para a sua aplicabilidade, relativamente à escala original, é amplamente usada para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados (Paradela, Lourenço e Veras, 2005). A escala avalia o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, nomeadamente na semana anterior e tem duas alternativas de resposta, sim (com a atribuição de 1 ponto nas questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15) e não (com a atribuição de 1 ponto nas questões 1, 5, 7, 11 e 13). Considera-se, deste modo, que resultados de 0-5 indicam que o idoso está sem depressão e resultados superiores a 5 indicam suspeita de depressão (sendo que de 5-10 se considera depressão ligeira e valores superiores a 11 indicam depressão grave).

- **Índice de Barthel:** avalia o nível de independência do idoso para a realização de dez atividades básicas de vida diária (higiene pessoal, evacuar, urinar, ir à casa de banho (uso de sanitário), alimentar-se, transferências (cadeira/cama), mobilidade (deambulação), vestir-se, escadas e banho) de modo independente. Cada AVD apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que a dependência total é pontuada com 0 (zero) e a independência corresponde à pontuação de 5, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência. O valor total da escala, considerando os 10 itens que a integram, pode variar entre 0 e 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo e Matos, 2003; Apóstolo, 2012).

- **Preditores de Risco de Violência (ARVII):** questionário constituído por um total de 35 questões distribuídas por 5 dimensões (Institucionalização – questões 1-5; Relacionamentos atuais e isolamento social – questões 6-13; Relações familiares – questões 14-30 e Questões financeiras – questões 31-35), sendo que existem 2 opções de resposta, sim (à qual é atribuída 1 ponto) e não (à qual é atribuída 0 pontos).

Quanto ao questionário aplicado ao cuidador (Anexo II), após as questões que permitem a caracterização sócio-demográfica, foram aplicados os questionários *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen, et al. 2005) adaptado e validado para a população portuguesa por Fonte (2011), o *Caregiver Abuse Screen* (CASE) (Reis e Namiash, 1995) e o questionário Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) (Gomes, 2012).

O CBI pretende avaliar a Síndrome de *Burnout* e contém dezanove questões, sendo que essas questões estão divididas em três escalas:

- **Avaliação do *Burnout* Pessoal:** constituído por 6 questões que avaliam o grau e exaustão física, psicológica e a exaustão experienciada pela pessoa, numa escala tipo likert de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).

- **Avaliação do *Burnout* relacionado com o trabalho:** constituído por 7 itens que avaliam o grau de fadiga física e psicológica, bem como a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).

- **Avaliação do *Burnout* relacionado com o utente:** constituído por 6 questões que avaliam o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes, numa escala tipo likert de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens e considera-se como um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou inferiores a 3.

O **CASE** é constituído por 8 questões às quais o cuidador responde sim ou não e cujo somatório permite avaliar o risco de violência sobre os idosos, sendo que um somatório igual ou superior a 4 é sugestivo de elevado risco de abuso por parte do cuidador.

Questionário **Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed**, adaptado para a realidade portuguesa por Gomes (2012), com base nos trabalhos originais de Armon, Shirom e Melamed (2012) e Shirom e Melamed (2006). O instrumento é constituído por 14 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1= Nunca; 7= Sempre). Permite avaliar três dimensões: Fadiga Física, nas questões 1-6 (sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física), Exaustão Emocional, nas questões 7-11 (sentimentos de cansaço

emocional face ao relacionamento com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas) e Fadiga Cognitiva, nas questões 12-14 (sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração). De acordo com Gomes (2012, p.3) “a pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se depois o resultado final pelo número de itens correspondentes”, sendo que “valores mais elevados significam maiores níveis de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva”. Ou seja, “elevados níveis de “burnout” estão associados a elevados “scores” de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva” (Gomes, 2012, p.3). Este instrumento permite avaliar o esgotamento dos recursos energéticos do indivíduo a diferentes níveis através do cálculo do *score* total “resultante da soma dos valores obtidos nas três subescalas, efetuando-se depois a divisão por três” (Gomes, 2012, p.4), sendo que “como valores meramente indicativos para a definição de sentimentos de “burnout” (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos), pode-se sugerir valores iguais os superiores a cinco da escala “Likert” (“Algumas vezes”) como indicador de problemas neste domínio” (Gomes, 2012, p.4).

Relativamente à diretoria técnica, a entrevista foi a técnica de eleição para a recolha de dados, uma vez que “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 2003, p. 245). Polit e Hungler (1995, p. 170) reforçam esta ideia, pois, na sua opinião, “as entrevistas prestam-se menos a uma interpretação errónea, por parte dos respondentes, devido à presença do entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correcta”.

A classificação das entrevistas varia de acordo com o ponto de vista dos diferentes autores, variando essencialmente em função do grau de estruturação dos seus conteúdos. Deste modo, o grau de estruturação é definido em função das características do estudo, as quais estabelecem, à partida, os seus elementos de análise a obter e o grau de flexibilidade permitido na recolha de informação.

Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, uma vez que, de acordo com Bell e Pais (1997) (designadas pelos autores por entrevista guiada ou focalizada), é regida por tópicos ou questões sobre as quais a entrevista será conduzida, estabelecendo-se assim uma estrutura. No entanto, é permitido ao entrevistado uma margem considerável de movimentos dentro dessa estrutura. São feitas determinadas perguntas, mas os entrevistados têm liberdade de falarem sobre o assunto e de exprimirem as suas opiniões. O entrevistador limita-se a colocar

habilmente as questões e, se necessário, a sondar opiniões, no momento certo. A entrevista é semi-estruturada na medida em que não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. O investigador dispõe de uma série de perguntas – guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas na ordem em que as anotou e sob a formulação prevista (Quivy e Campenhoudt, 1992).

De acordo com Albarello, Digneffe e Hiernaux (1997, p. 110) “o guião de entrevista enuncia os temas a abordar com o objectivo de intervir de maneira pertinente para levar o entrevistado, a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fala espontaneamente” (Apêndice I).

5.2. Procedimentos de Análises dos Dados

Para Gil (1989, p. 166) “a análise tem como objectivo organizar e resumir os dados de forma tal, que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”.

Relativamente aos questionários, quer dos idosos, quer dos cuidadores formais, procedeu-se a uma análise univariada através de estatísticas descritivas. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas contagens, proporções e algumas representações gráficas.

Considerando a importância de avaliar a sensibilidade e fidelidade dos resultados, efetuou-se uma análise da consistência interna dos itens através do Alpha de Cronbach (α) nas questões *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho, *Burnout* relacionado com o utente e no questionário MBSM. Esta é uma medida muito utilizada quando se pretende avaliar a consistência interna de vários itens numa escala tipo Likert. O Alpha de Cronbach (α) pode definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Armitage e Colton, 2005; Pestana e Gageiro, 2003). Uma escala com múltiplos itens tem consistência interna se os itens que a compõem estão inter-correlacionados (Cronbach, 1951).

Se a medida Alpha de Cronbach (α) se encontrar numa amplitude aceitável, podemos utilizar o score total da escala composta pelos diversos itens. Pelo contrário, se o Alpha de

Cronbach (α) não estiver numa amplitude aceitável, cada item deverá ser individualmente analisado (DeVellis, 1991) (Quadro 1). Esta medida varia entre 0 e 1, classificando-se a consistência interna de acordo com as seguintes directrizes (DeVellis, 1991):

Quadro 1 - Classificação da consistência interna da escala (DeVellis, 1991)

Excelente	$\alpha >0,9$
Muito Boa	α entre 0,80 e 0,90
Boa	α entre 0,70 e 0,80
Razoável	α entre 0,65 e 0,70
Fraca	α entre 0,60 e 0,65
Inadmissível	$\alpha <0,60$

Fonte: Adaptado de DeVellis, 1991

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa SPSS– Statistical Package for the Social Sciences (versão IBM SPSS Statistics 21.0).

No que concerne às entrevistas, a técnica de tratamento de dados de eleição foi a análise de conteúdo de acordo com Vala (1986). Entende-se análise de conteúdo como a técnica que permite “a desmontagem de um discurso e a produção de um novo discurso através de um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar” (Vala, 1986, p.104).

Com a utilização desta técnica foi possível organizar todas as descrições recolhidas, realçando o significado das experiências, através de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos da descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p.48). Os autores referem ainda que a finalidade da análise de conteúdo é a dedução, de maneira lógica, de conhecimento sobre quem emite a mensagem. Por outras palavras, esta técnica consiste na inferência que o pesquisador realiza acerca das mensagens que recebe.

5.3. Considerações Éticas

O respeito pela dignidade humana é um princípio ético que serve como pilar a todos os outros princípios éticos, dada a extrema necessidade para defender o Homem como pessoa.

O presente trabalho encontra-se integrado no projeto ESACA e usufrui de todos os pareceres e autorizações do mesmo (Anexo III). A utilização do questionário Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed adaptado para a realidade portuguesa foi autorizada pelo autor da mesma (Apêndice II)

O consentimento informado é fundamental para que a participação do indivíduo na investigação surja de forma consciente e de livre vontade. A garantia do anonimato assegura ao indivíduo que as suas declarações não serão identificadas, ficando protegido de qualquer tipo de comprometimento, sendo a proteção da pessoa contra qualquer espécie de dados indispensável. Todos os respondentes foram informados sobre o tema, os objetivos do estudo, a finalidade e a possível utilidade do mesmo. Foram informados de forma clara de todos os procedimentos, tendo consciência da sua adesão voluntária ao estudo. Foi fornecida informação quanto à necessidade de gravação das entrevistas e pedido autorização para a mesma, com a respetiva garantia de anonimato. Todos os respondentes assinaram o consentimento informado (Apêndice III). Deste modo, foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Para Fortin (2003, p. 202), a

população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. (...) uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo.

Deste modo, os diferentes instrumentos de recolha de dados foram aplicados a idosos institucionalizados, aos cuidadores formais e às diretoras técnicas de três instituições prestadoras de cuidados a idosos, doravante denominadas **Instituição A**, **Instituição B** e **Instituição C**. Foi necessário seleccionar um sub-conjunto da população, pois “os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 191).

Considera-se que o método de amostragem mais adequado para a realização deste estudo seria a amostragem por conveniência, uma vez que, de acordo com Carmo e Ferreira (1998, p. 192) se “utiliza um grupo de indivíduos que estejam disponíveis ou sejam voluntários” e que cumpram os critérios de inclusão previstos no Projeto ESACA. Este tipo de amostragem engloba-se na amostragem não probabilística, onde os sujeitos serão seleccionados de acordo “com um ou mais critérios julgados importantes para o investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 192).

6.1. Recrutamento da População-Alvo

Os diferentes instrumentos de recolha de dados foram aplicados a idosos institucionalizados, aos cuidadores formais e às diretoras técnicas e englobou 34 idosos institucionalizados, 34 cuidadores formais e 3 diretoras técnicas das três instituições prestadoras de cuidados a idosos do concelho de Évora (**Instituição A**, **Instituição B** e **Instituição C**) participantes no projeto **ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas**

e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir, Refª: ALT20-03-0145-FEDER-000007 (ESACA, 2017).

Os participantes cumpriam os critérios de inclusão previstos no Projeto ESACA, nomeadamente, idosos com ausência de défice cognitivo grave e cuidadores de idosos mais frágeis que aceitem participar no estudo mediante preenchimento do consentimento.

6.2. Caracterização Geral da População/Utentes

As instituições que participaram no estudo prestam cuidados a idosos há mais de 20 anos, têm uma média de 42 utentes, sendo que, em média, 10 utentes são do género masculino e 32 utentes são do género feminino (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização das instituições respondentes

	Prestação de cuidados a idosos (anos)	Utentes (n)	Utentes masculinos (n)	Utentes femininos (n)
Instituição A	29	42	8	34
Instituição B	25	49	9	40
Instituição C	22	35	12	23

Quanto à instituição prestadora de cuidados aos idosos, 38,2% dos respondentes estão institucionalizados na **Instituição C**, 32,4% na **Instituição B** e 29,4% na **Instituição A**.

Importa referir que a prestação de cuidados de enfermagem tem uma carga horária semanal de 12 horas numa instituição e de 25 horas numa outra instituição, sendo que houve uma instituição que referiu que a prestação de cuidados de enfermagem se verifica em regime de voluntariado.

6.2.1. Idosos

Do total de 126 idosos institucionalizados, apenas 34 idosos cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Deste modo, obteve-se uma taxa de resposta de 27% referente aos questionários aplicados aos idosos

A totalidade dos idosos respondentes tem nacionalidade portuguesa, sendo que 85,3% pertence ao distrito de Évora e 5,9% ao distrito de Setúbal. A maioria dos respondentes (88,3%) é oriunda de localidades do Alentejo.

No que concerne ao tempo total de institucionalização, a generalidade dos idosos (32,4%) refere estar institucionalizado num período compreendido entre 3 e 6 anos, correspondendo este valor (3 a 6 anos) ao tempo de permanência na atual instituição para a mesma percentagem de respondentes (32,4%).

Quanto ao género, 64,7% dos idosos são do género feminino e 35,3% são do género masculino. A maioria dos respondentes (26,5%) tem idade compreendida entre os 85 e os 90 anos, sendo que 2,9% tem idade compreendida entre 65 e 70 anos e 2,9% dos respondentes tem idade superior a 95 anos.

No que concerne ao estado civil, 67,6% dos idosos são viúvos, 17,6% são casados, 8,8% são separados/divorciados e 5,9% são solteiros.

Relativamente à profissão, 67,6% dos idosos exerciam funções como trabalhadores rurais, 5,9% como empregadas domésticas. Quanto à idade da reforma, 31,3% dos respondentes reformou-se com mais de 65 anos de idade e 12,5% dos respondentes reformou-se com idade inferior a 50 anos.

Maioritariamente, os respondentes são analfabetos (41,2%), 17,6% sabem ler e/ou escrever mas não completaram o 1.º ciclo, 35,3% dos respondentes completou o 1.º ciclo, 2,9% completaram o 2.º ciclo e 2,9% completaram o 3.º ciclo de escolaridade.

Quanto ao rendimento mensal auferido pelos respondentes, 55,9% recebem entre 350 e 550 euros, 32,4% recebem menos de 350 euros mensais, 8,8% recebem entre 550 e 750 euros e 2,9% tem um rendimento mensal entre 1150 e 1350 euros.

Verificou-se que 75,8% dos respondentes estão polimedicados, fazendo diariamente mais de 5 medicamentos diferentes. Assim, 54,5% dos idosos toma diariamente entre 5 e 10 medicamentos diferentes, 27,3% toma até 5 medicamentos diários e 18,2% dos respondentes faz mais de 10 medicamentos diários.

6.2.2. Cuidadores Formais

Num universo de 40 cuidadores, foram devolvidos 34 questionários válidos, obtendo-se, deste modo, uma taxa de resposta de 85%. Todos os questionários foram entregues e rececionados durante o mês de agosto.

No que concerne à instituição, 38,2% dos questionários devolvidos foram da **Instituição A**, 26,5% pertenciam aos cuidadores da **Instituição B** e 35,3% da **Instituição C**.

A maioria dos respondentes das diferentes instituições tem idade compreendida entre os 45 e 50 anos (30%), seguido dos cuidadores com idade entre os 40 e os 45 anos (20%), sendo que apenas 3,3% tem entre 55 e 60 anos.

Verificou-se que 100% dos cuidadores respondentes são do género feminino.

Quanto ao estado civil, 56,3% dos inquiridos são casados, 31,3% vivem em união de facto, 9,4% são divorciados e 3,1% são solteiros.

Constatou-se que 87,1% dos cuidadores têm filhos, 12,9% não têm filhos. Dos respondentes com filhos, 45,8% têm 2 filhos, 41,7% têm 1 filho e 12,5% têm 3 filhos. Verificou-se que 78,9% dos respondentes não têm outros dependentes a seu cargo e que 21,1% dos inquiridos têm outros dependentes (apenas um cuidador referiu que tem 3 dependentes a seu cargo).

Relativamente às habilitações literárias, 45,5% dos inquiridos terminou o ensino superior, 30,3% têm o 3.º ciclo de escolaridade, 12,1% frequentaram o ensino superior (são licenciados), 6,1% terminaram o 1.º ciclo e 6,1% concluíram o 2.º ciclo de escolaridade.

Profissionalmente, os respondentes são, maioritariamente, auxiliares de ação (54,5%) e ajudantes de ação direta (15,2%).

Na instituição, os respondentes desempenham, na sua grande maioria, prestação de cuidados aos idosos (78,6%).

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que a maioria dos respondentes trabalha num intervalo temporal entre 5 e 10 anos (51,5%), seguidos dos respondentes que trabalham entre 1 e 5 anos (15,2%) e 15 e 20 anos (15,2%). No que concerne ao tempo de exercício profissional na instituição, constatou-se que 43,8% dos respondentes trabalham na instituição num intervalo temporal entre os 5 e 10 anos, 28,1% são colaboradores da instituição entre 1 e 5 anos e 15,6% trabalha no mesmo local entre 15 e 20 anos. 2,9% dos

respondentes exerce a sua atividade profissional noutra instituição, referindo que tem uma carga horária de 17 horas semanais nessa mesma instituição.

No que se refere à rotatividade horária, 37,5% dos respondentes refere trabalhar por turnos e 62,5% têm um horário fixo, sem turnos. Os cuidadores, nas diferentes instituições, têm diferentes cargas horárias semanais, sendo que 55,6% dos respondentes trabalha 40 horas por semana, 29,6% faz um horário de 35 horas semanais, 7,4% dos funcionários trabalha 42 horas por semana e 7,4% perfaz 37 horas semanais. Quanto à situação contratual, 60% dos respondentes pertencem ao quadro efetivo e 40% dos respondentes tem um vínculo contratual precário com termo.

Relativamente à tipologia de prestação de cuidados ao idoso, 33,3% presta cuidados aos idosos internos na instituição, enquanto que 66,7% presta cuidados a idosos domiciliários, bem como a idosos internos na instituição.

No que diz respeito à assiduidade, no último ano, 68,8% dos respondentes refere nunca ter faltado, 25% referem ter faltado raramente, 3,1% faltaram algumas vezes e 3,1% faltaram muitas vezes. No último mês, 87,1% dos respondentes nunca faltou, 6,5% raramente faltou, 3,2% faltaram algumas vezes e 3,2% referem que faltaram muitas vezes.

Quando inquiridos sobre a possibilidade de deixar de exercer funções na instituição onde trabalha, 74,2% dos respondentes respondeu que não deixaria e 25,8% referiram que deixariam a instituição. Relativamente à possibilidade de mudança de profissão, 66,7% dos respondentes mantinha a mesma profissão, enquanto que 33,3% mudaria de profissão.

No que concerne às questões colocadas sobre o seu estado de saúde, 67% dos respondentes refere não ter nenhuma doença diagnosticada pelo médico e 32,4% tem uma doença diagnosticada pelo médico, sendo que as patologias mais referidas são hipertensão arterial, patologia osteoarticular, depressão, doença venosa crónica, patologia cardíaca, diabetes. Habitualmente, 54,5% dos respondentes não toma medicação, e 45,5% toma medicação com frequência, sendo que 76,5% dos inquiridos são medicados com prescrição médica.

6.2.3. Direção Técnica

As entrevistas foram realizadas durante o mês de agosto e setembro de 2017, mediante disponibilidade das entrevistadas. As entrevistas tiveram uma duração média de 11 minutos e 9 segundos.

Após a análise dos dados, verificou-se que a totalidade das entrevistadas pertencem ao género feminino e são licenciadas. Duas das entrevistadas são casadas e uma vive em união de facto. Uma das entrevistadas tem 2 filhos, sendo que duas das entrevistadas não têm filhos. Nenhuma das inquiridas tem outros dependentes a seu cargo. Quanto à profissão, duas das entrevistadas são técnicas superiores de serviço social e uma é diretora técnica e na instituição desempenham funções na diretoria técnica, sendo que uma inquirida acumula funções de coordenação de serviços gerais. Quanto ao número de anos de exercício profissional e o número de anos que exercem a sua atividade profissional na instituição, verificou-se que 66,7% da amostra exerce entre 5-10 anos, e 33,3% entre 10 e 15 anos.

6.3. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

6.3.1. Idosos

➤ Doenças Crónicas diagnosticadas pelo médico

A totalidade dos respondentes referiu como antecedente pessoal a existência de alguma doença crónica. Verificou-se que as doenças crónicas diagnosticadas pelo médico foram maioritariamente, doenças vasculares periféricas (incluindo varizes) (76,5%), hipertensão arterial (73,5%) e doenças cardiovasculares (70,6%) (Apêndice IV).

Foram ainda identificadas outras doenças crónicas diagnosticadas pelo médico, como, por exemplo, anemia, obesidade, hipotireoidismo, obstipação crónica, hérnia do hiato, hiperplasia benigna da próstata, gastrite crónica e síndrome cólon irritável.

➤ **Mini Mental State**

Após a análise do somatório obtido no MMS, verificou-se que 50% dos respondentes apresenta literacia correspondente a escolaridade superior a 11 anos, 38,2% apresentou literacia entre 1 a 11 anos de escolaridade e 11,8% são analfabetos.

➤ **Escala de Depressão Geriátrica**

No que concerne à avaliação da escala de depressão geriátrica, verificou-se que 38,2% dos respondentes não apresenta depressão, 38,2% dos idosos apresenta valores sugestivos de depressão e 23,5% dos respondentes apresentam valores coincidentes com depressão grave (Apêndice V).

➤ **Índice de Barthel**

Quanto à avaliação do grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias dos idosos, constatou-se que 44,1% dos respondentes tem uma dependência muito leve, 26,5% dos respondentes são independentes, 23,5% dos idosos têm uma dependência moderada e 5,9% apresentam uma grave dependência.

➤ **Avaliação do Estado de Saúde**

Quanto à avaliação do seu estado de saúde em geral, 47,1% dos respondentes considera que a sua saúde é boa, 23,5% considera que é fraca, 14,7% consideram que é muito fraca e 14,7% consideram que é boa. Comparando com o ano passado, 44,1% dos respondentes considera que a sua saúde está um pouco pior, 35,3% considera que a sua saúde está mais ou menos na mesma que no ano passado. 17,6% dos respondentes referem melhorias do estado de saúde, enquanto que 47% referem um agravamento do estado de saúde face ao ano passado. Comparando com a maioria das pessoas do mesmo género e idade, 47,1% dos respondentes consideram que a sua saúde está mais ou menos na mesma do que a dos seus semelhantes, sendo que 41,1% dos respondentes referem melhoria relativamente ao estado de saúde dos seus semelhantes e 11,8% refere que a sua saúde está um pouco pior.

No que concerne à utilização de dispositivos médicos para o auxílio nas atividades de vida diárias, 85,3% dos utentes fazem uso diário de dispositivos, nomeadamente de óculos (76,5%), bengala (50%), aparelho auditivo (14,7%), andarilho (8,8%) e cadeira de rodas (5,9%). Importa referir que os idosos, de modo geral, utilizam mais do que um dispositivo médico de auxílio para as atividades quotidianas.

Verificou-se que 47,1% tem alguma doença que interfere de alguma forma nas suas atividades diárias, sendo as mais significativas estatisticamente, osteoartroses, dor e sequelas de AVC Isquémico.

➤ **Preditores de Risco de Violência (ARVII)**

Quanto à institucionalização, 61,8% dos respondentes refere que a decisão de ir para a instituição foi sua, 73,5% dos idosos indica que a decisão de ir para a instituição foi da sua família. Importa referir que em diversos casos a decisão de institucionalização foi de mútuo acordo entre o idoso e a família. Deste modo, 85,3% dos idosos não foi contrariado para a instituição. Em 70,6% dos casos, a decisão de ir para a instituição esteve associada a limitações físicas e 88,2% esteve associada a questões/impossibilidades familiares.

Face aos relacionamentos atuais e isolamento social, habitualmente, 64,7% dos respondentes recebe a visita de amigos/colegas e 91,2% recebe visita de familiares. Quanto aos relacionamentos na instituição, 82,4% dos idosos não tem relações conflituais com os/alguns colegas da instituição, e 94,1% não quebrou relações com nenhum(a) colega, desde que está na instituição. 97,1% dos respondentes refere que ninguém os forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade. A maioria dos respondentes (94,1%) refere que ninguém, na instituição o obrigou a fazer coisas que você não queria fazer, 85,3% menciona que ninguém da instituição lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento e 94,1% refere que ninguém da instituição o agrediu fisicamente.

Relativamente às relações familiares, 83,5% dos idosos referem que recebe ajuda da família sempre que necessário e 94,1% dos idosos recebem ajuda de amigos/colegas sempre que necessitam. A maioria dos respondentes (91,2%) confia na maioria das pessoas da sua família, 20,6% dos idosos sente alguma amargura para com a sua família e 2,9% dos respondentes sente medo de alguém da sua família e 8,8% sente que ninguém da sua família o quer por perto.

Em contexto familiar, a totalidade dos idosos respondentes (100%) negou que alguém da sua família o tenha agredido fisicamente, 100% negou que algum membro da sua família tenha gritado e lhe tenha chamado nomes fazendo com que se sentisse envergonhado, 100% dos respondentes negaram que alguém da sua família os tivessem obrigado a fazer coisas que não queriam, 100% negou que alguém da sua família lhe tenha retirado coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento. Dos idosos respondentes, 2,9% referem que alguém da sua família lhes disse que está doente quando o idoso sabe que não está e 2,9% menciona que alguém da sua família os forçou a assinar papéis contra a sua vontade.

No que concerne às dificuldades cognitivas e emocionais, 35,3% dos respondentes considera que as outras pessoas são injustas consigo, 58,8% costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente, 52,9% costuma irritar-se frequentemente. A maioria dos idosos respondentes (76,5%) não sente dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida. No entanto, 94,1% dos idosos considera que precisa constantemente de atenção daqueles que estão à sua volta.

Relativamente às questões financeiras, 76,5% dos respondentes dispõe de meios financeiros para as suas necessidades pessoais, 91,2% dispõe de meios financeiros para adquirir os seus medicamentos. Apenas 5,9% dos respondentes gere pessoalmente o dinheiro da sua aposentação. A maioria dos idosos (79,4%) nega receber apoio financeiro da sua família e 11,8% admite apoiar financeiramente alguém da sua família (Apêndice VI).

No que concerne à representação social da violência, os idosos, na sua totalidade, utilizaram palavras com conotação negativa tanto no que refere à violência sobre os idosos, bem como quanto à explicação da existência de violência sobre os idosos. Relativamente à ocorrência de violência sobre os idosos, as palavras utilizadas com mais frequência foram maldade/mau (46,7%), palavras indicativas de violência psicológica (23,3%), não gosto/ não concordo/sem sentido (13,3%), palavras relacionadas com a necessidade de denúncia e punição do agressor (13,3%) e falta de humanidade (10,0%). Quanto à explicação da existência de violência sobre os idosos, os respondentes utilizaram maioritariamente as seguintes palavras: maldade (20,0%), debilidade/fragilidade (16,7%), dinheiro (16,7%), falta de paciência (13,3%), poder (13,3%) e falta de educação (10,0%).

6.3.2. Cuidadores Formais

➤ *Burnout* Pessoal

A opinião dos cuidadores formais acerca do grau de exaustão física e psicológica, bem como a exaustão experienciada pela pessoa indica que 88,2% dos respondentes se sente cansado frequentemente e às vezes e 82,3% dos respondentes se sente fadigado frequentemente e às vezes. Quando questionados acerca da frequência com que se sentem frágeis e suscetíveis de ficar doentes, 44,1% dos cuidadores referem que raramente e 17,6% referem que quase nunca/nunca (Apêndice VII).

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,869 (com classificação: Muito Boa) (Quadro 3), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens.

Quadro 3 - Avaliação da escala de consistência interna do *Burnout* Pessoal

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
<i>Burnout</i> Pessoal	6	0,869	Muito Boa

Verificou-se, deste modo, que 58,8% dos respondentes sente-se, às vezes, em *burnout* pessoal e 23,5% dos cuidadores raramente se sente em *burnout* pessoal (Quadro 4).

Quadro 4 - *Score* Total do *Burnout* Pessoal

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Score Total do <i>Burnout</i> Pessoal</u>	34	2,9	14,7	58,8	23,5	0,0
n - número de casos válidos						

➤ **Burnout Relacionado com o Trabalho**

Relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho, 47,1% os cuidadores respondentes considera que o trabalho que desempenham é emocionalmente desgastante sempre e frequentemente, 64,7% dos respondentes, às vezes, sente-se esgotado no final de um dia de trabalho. A maioria dos cuidadores (41,2%) refere ainda que tem energia suficiente para a família e para os amigos durante o tempo de lazer (Apêndice VIII).

Após a avaliação da consistência interna da escala, obteve-se *Alpha de Cronbach* de 0,748 (com classificação: Boa) (Quadro 5), pelo que se procedeu à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens.

Quadro 5 - Avaliação da escala de consistência interna do *Burnout* relacionado com o trabalho

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	7	0,748	Boa

Após a análise estatística do *score* total, verificou-se que 65,6% dos respondentes considera estar, às vezes em *burnout* relacionado com o trabalho, sendo que 18,8% dos respondentes referem que estar raramente nessa situação e 15,6% considera estar frequentemente em *burnout* relacionado com o trabalho (Quadro 6).

Quadro 6 - *Score* Total do *Burnout* relacionado com o trabalho

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Score Total do <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho</u>	32	0,0	15,6	65,6	18,8	0,0
n - número de casos válidos						

➤ **Burnout Relacionado com o Utente**

Relativamente ao *burnout* relacionado com o utente, 58,85% dos respondentes, às vezes, considera difícil trabalhar com os utentes e 41,2% dos cuidadores, às vezes, questiona-se sobre quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com os utentes (Apêndice IX).

Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da escala, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,863 (com classificação: Muito Boa) (Quadro 7), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens.

Quadro 7 - Avaliação da escala de consistência interna do *Burnout* relacionado com o utente

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	6	0,863	Muito Boa

Após a análise estatística do *score* total, verificou-se que 57,6% dos cuidadores considera estar raramente em *burnout* relacionado com o utente, sendo que 36,4% dos respondentes considera estar, às vezes, nessa situação e 6,1% dos respondentes refere que quase nunca/nunca se encontra em *burnout* relacionado com o utente (Quadro 8).

Quadro 8– *Score* Total do *Burnout* relacionado com o utente

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Score Total do <i>Burnout</i> relacionado com o utente</u>	33	0,0	0,0	36,4	57,6	6,1
n - número de casos válidos						

➤ Caregiver Abuse Screen

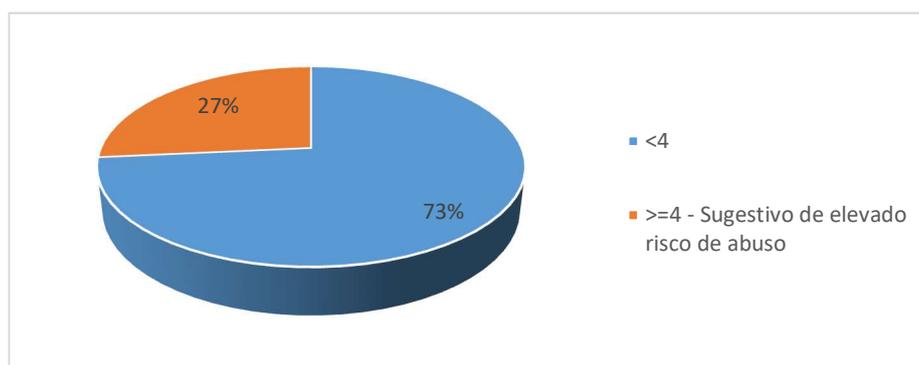
A opinião dos cuidadores formais relativamente às questões do CASE encontra-se refletida no Quadro 9.

Quadro 9 – Opinião dos cuidadores formais relativo ao Caregiver Abuse Screen

	n	Sim	Não
		%	%
Caregiver Abuse Screen			
1. Às vezes sente dificuldade de controlar a irritação ou agressividade do idoso?	33	39,4	60,6
2. Sente-se forçado, muitas vezes, a agir contra a sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	34	44,1	55,9
3. Sente dificuldade em controlar o comportamento do idoso?	33	27,3	72,7
4. Às vezes sente-se forçado a ser bruto com o idoso?	33	2,9	97,1
5. Às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário, ou deve ser feito para o idoso?	33	57,6	42,4
6. Muitas vezes considera que tem que rejeitar ou ignorar o idoso?	34	35,3	64,7
7. Muitas vezes sente-se tão cansado/exausto que não consegue responder às necessidades do idoso?	34	29,4	70,6
8. Muitas vezes considera que tem que gritar com o idoso?	33	2,9	97,1
n - número de casos válidos			

O total obtido após o somatório das respostas, constatou-se que 73,5% dos respondentes tem um valor inferior a 4 e 26,5% dos respondentes apresenta um somatório igual ou superior a 4, sugestivo de elevado risco de abuso (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos respondentes quanto ao somatório do CASE



➤ **Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed**

n = 34

Procedeu-se à avaliação da opinião dos cuidadores formais relativo à Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (Apêndice X). Uma vez que, após a avaliação da consistência interna da

escala, se obteve *Alpha de Cronbach* de 0,880 (com classificação: Muito Boa) (Quadro 10), procedeu-se à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens.

Quadro 10– Avaliação da escala de consistência interna da Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed

	n.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Classificação
Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed	14	0,880	Muito Boa

Após a análise estatística do *score* total dos itens correspondentes à fadiga física, verificou-se que 35,7% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Quadro 11). De acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da fadiga física, 35,7% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Quadro 11– *Score* Total da Fadiga Física

	1	2	3	4	5	6	7	
n	Nunca ou quase nunca	Muito poucas vezes	Poucas vezes	Por vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	
	%							
<u>Score Total da Fadiga Física</u>	28	0,0	14,3	14,3	35,7	17,9	10,7	7,1
n - número de casos válidos								

Após a análise estatística do *score* total dos itens correspondentes à fadiga cognitiva, verificou-se que 16,6% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Quadro 12). Assim, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da fadiga cognitiva, apenas 16,6% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Quadro 12– Score Total da Fadiga Cognitiva

	n	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
%								
<u>Score Total da Fadiga Cognitiva</u>	30	20,0	23,3	20,0	20,0	13,3	3,3	0,0
n - número de casos válidos								

Após a análise estatística do score total dos itens correspondentes à exaustão emocional, verificou-se que nenhum dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Quadro 13). Deste modo, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do score total da exaustão emocional, nenhum dos respondentes apresenta valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout*.

Quadro 13 – Score Total da Exaustão Emocional

	n	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
%								
<u>Score Total da Exaustão Emocional</u>	30	50,0	30,0	13,3	6,7	0,0	0,0	0,0
n - número de casos válidos								

Procedeu-se, deste modo, à análise estatística do score total dos itens correspondentes à Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed, tendo-se verificado que 3,7% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Quadro 14).

Assim, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do score total da Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed, apenas 3,7% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Quadro 14 – Score Total da Medida de Burnout de Shirom-Melamed

	1	2	3	4	5	6	7	
	Nunca ou quase nunca	Muito poucas vezes	Poucas vezes	Por vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	
n	%							
Score Total da Medida de Burnout de Shirom-Melamed	27	7,4	22,2	37,0	29,6	3,7	0,0	0,0
n - número de casos válidos								

6.3.3. Direção Técnica

A técnica de tratamento de dados de eleição foi a análise de conteúdo de acordo com Vala (1986). Para Gil (1989, p. 166) “a análise tem como objectivo organizar e sumariar os dados de forma tal, que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”. Entende-se análise de conteúdo como a técnica que permite “a desmontagem de um discurso e a produção de um novo discurso através de um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar” (Vala, 1986, p. 104).

Com a utilização desta técnica foi possível organizar todas as descrições recolhidas, realçando o significado das experiências, através de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos da descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p.48). Os autores referem ainda que a finalidade da análise de conteúdo é a dedução, de maneira lógica, de conhecimento sobre quem emite a mensagem. Por outras palavras, esta técnica consiste na inferência que o pesquisador realiza acerca das mensagens que recebe (Apêndice XI).

É fulcral a construção da grelha de análise dos resultados (Apêndice XII).

➤ Medidas preventivas de violência

Relativamente às medidas e intervenções adotadas pela instituição para prevenir os diversos tipos de violência, verificou-se que as instituições apostam, essencialmente na formação e conversas informais.

Formação interna e externa. Temos feito as duas coisas. Formação externa, empresas que vem fazer formação, que normalmente todos os anos fazemos, ou 25h ou 50h, mais ou menos, às vezes mais, às vezes menos. E aqui o acompanhamento diário, basicamente. Em conversas com os idosos, chamando a atenção muitas vezes por certas atitudes às funcionárias, sobretudo verbais. E1

(...) as medidas adotadas têm muito a ver com a prevenção, por isso existem reuniões formativas onde são falados esses assuntos para sensibilizar os colaboradores a avaliarem, a perceberem os tipos de violência, os vários tipos de violência que podem existir. E2

Porque nas reuniões falamos muito sobre esses assuntos da violência, e dos vários tipos e como pode acontecer e como elas devem estar alertas para essas situações. E2

O que nós tentamos fazer, a nível mais dos colaboradores tem a ver com workshops, sessões informativas e mesmo diretamente com os idosos (...) E3

(...) são conversas informais que também uma pessoa, eu, não posso dar conta do mundo, não é [risos]. Deste mundo daqui. E1

A propostas de intervenção para prevenção da violência sobre os idosos institucionalizados passa, na opinião das entrevistadas, pela formação e sensibilização dos cuidadores acerca das questões sobre a violência exercida sobre o idoso institucionalizado. É, ainda, referida a temática salarial, as baixas remunerações face às exigências e desgastes causados pelo trabalho com pessoas idosas.

Acho que é importante haver formações por parte de entidades externas, porque não é a mesma coisa ser eu ou vir uma pessoa de fora, que não daqui. Ahhh... Também falar um bocadinho do que é que é considerado violência, o que é que é considerado negligência, maus tratos, abusos, nomeadamente na forma de falar com as pessoas. E1

A formação, a formação. A componente formativa é muito importante porque existe uma grande dificuldade em encontrar colaboradores para esta área dos idosos. (...) partimos do princípio que alguns já têm essa componente formativa, mas não é suficiente, de todo, e, portanto, acho que a formação é fundamental. E2

A formação, os salários com um valor superior. Isto é um trabalho difícil, desgastante fisicamente, psicologicamente e a remuneração é muito baixa. Os colaboradores também, muitos deles, não têm formação e se tivessem formação e os salários mais elevados eu penso que haveria mais respostas para essa questão e podíamos minimizar o problema, certamente. E2

Foi sugerido o apoio psicológico prestado ao cuidador, no sentido de melhoria dos cuidados prestados.

No nível A [do processo de gestão da qualidade], que é o que acaba por ser a excelência, eles têm previsto exatamente haver uma psicoterapeuta ou um psicólogo na instituição para falar com as funcionárias, é um dos requisitos para termos o nível A na gestão de qualidade. Portanto, há alguém que pensa no assunto, não é... Agora até chegar cá a estar pequeninas instituições... E1

O reconhecimento, valorização e o investimento na felicidade dos cuidadores é a aposta e sugestão de uma das diretoras técnicas para a melhoria dos cuidados prestados.

Fazer felizes os funcionários. No fundo, é fazer felizes... as pessoas têm que se sentir felizes no posto de trabalho. É fazer o outro feliz, tanto os funcionários... porque se eu fizer o funcionário sentir-se feliz, ele, por sua vez, vai fazer sentir feliz o idoso... vai-se refletir no trabalho e nos cuidados, fundamentalmente isso. Temos que reconhecer o trabalho das pessoas, apostar nas pessoas, acreditar nas pessoas, valorizar, porque todas as pessoas têm coisas menos boas e coisas boas e apostar naquilo que é menos bom e trabalhar essa questão e é isso que tentamos aqui fazer um bocadinho. Trabalhar a questão menos boa e fazer o outro feliz, no fundo resume-se a isto. E2

Foi, também, sugerida a rotatividade nos postos de trabalho e atividades de grupo que permitissem ao cuidador ter noção da sua prestação de cuidados através da perspetiva do idoso.

Daí eu muitas vezes defender a rotatividade nos postos de trabalho das pessoas, nos postos de trabalho acho que era muito importante (...). E1

Com os cuidadores, é provável que a gente consiga fazer aí algumas atividades de eles se conseguirem colocar na pele do outro, de se fazer assim algumas brincadeiras nesse sentido (...). E3

➤ **Burnout do cuidador formal**

As diretoras técnicas das diferentes instituições referem que o *burnout* do cuidador formal tem influência na prestação de cuidados ao idoso.

Ah...Eu acho que sim (...) não existe tranquilidade na funcionária que o idoso requer e nota-se muito quando as funcionárias andam mais agitadas ou alteradas por algum motivo, os idosos ficam com mais agitação e com mais necessidades, conseqüentemente. E1

Sem dúvida. Porque se eles forem portadores dessa doença, do burnout, as competências, a forma de estar, a forma de ser, não tem nada a ver com uma pessoa que está bem psicologicamente e fisicamente. A resposta, a capacidade, a autonomia é muito maior do que uma pessoa que tenha este problema e essa situação. Porque este trabalho não é um trabalho fácil, propriamente. É um trabalho muito exigente, é uma entrega diariamente e não é fácil, por vezes, a juntar a isso os problemas familiares que muitos colaboradores têm. É muito difícil, e daí surgirem as baixas médicas com alguma frequência. E2

Uma pessoa se andar cansada, se andar desmotivada não consegue cuidar do outro como... da melhor forma. E3

Relativamente à existência de cuidadores formais em *burnout* na instituição, as diretoras técnicas admitem que possam existir funcionários em *burnout*. No entanto, realçam a dificuldade de trabalhar com idosos, bem como a existência de problemas pessoais e familiares dos cuidadores que são transportados para o trabalho.

Eu considero, nomeadamente uma pessoa que trabalha aqui, desde que praticamente isto começou. Eu acho que ela já há algum tempo que anda em baixo. (...) se bem que se pensar que se está aqui alguém em burnout, talvez duas pessoas. Acho que todos os outros, as outras funcionárias acaba por ser problemas pessoais misturados aqui com o trabalho, a maior parte das vezes acho que é o que acontece. (...) As pessoas estão cansadas. E1

É provável. É sempre possível. A gente sabe que eles andam cansados não só do trabalho aqui, mas também é desgastante tratar de pessoas com demências e pessoas idosas. Depois a parte pessoal deles em casa também não deve ser fácil. Normalmente tem que haver aqui uns que andam mais cansados que outros, isso é verdade. E3

Importa ainda referir que nem sempre existe sensibilidade por parte da direção da instituição face às questões relacionadas com o *burnout* do cuidador.

(...) há uma perspetiva de casa e não de trabalho, de espaço profissional, o que complica e esgota as pessoas, a mim nomeadamente, porque estou sempre a tentar equilibrar, portanto, tudo. E eu às vezes sinto-me à beira de um ataque de nervos [risos]. Eu às vezes penso, mas como é que eu aguento... E1

Da perspetiva da diretoria técnica, pode, eventualmente, existir confusão no diagnóstico médico das funcionárias, na medida em que pode haver cuidadores em *burnout* diagnosticadas com depressão.

Ela já foi várias vezes ao médico, dizem que ela está a ficar com uma depressão, mas eu, honestamente, acho que é mais só aqui no trabalho, não é tanto fora do trabalho. Acho que é mais o burnout profissional do que propriamente uma depressão, acho eu. Pelo menos se a pessoa estivesse com uma depressão era em tudo e não era só aqui e acaba por acontecer isso. E1

(...) atrevo-me a dizer que a depressão poderá eventualmente ser confundida com burnout, porque existem muitas baixas médicas e todas elas, ou grande parte delas, não quero generalizar, tem a ver com depressão. As funcionárias, com muita facilidade, surge um atestado médico e estão deprimidas e estão com depressão. E2

As intervenções preventivas do *burnout* dos cuidadores formais passam, essencialmente, por conversas informais por parte das diretoras técnicas com os cuidadores, no sentido de tentar minimizar prováveis situações de *burnout*.

Eu o que vou tentando fazer é conversas informais, conversar mais, tento dar mais atenção, perguntar mais vezes, estar mais presente, mas eu própria também não consigo porque eu sou só uma e elas são muitas. E1

(...) agora o que estamos a fazer é através do reconhecimento, da palavra, do dar feedback do trabalho das pessoas, que acho que isso é muito importante, dizer quando fazem bem, dizer que fizeste bem, estás de parabéns, olha que bem, obrigada pela tua disponibilidade. E2

Tentamos ir falando com eles [cuidadores], perceber o que é que se está a passar. Quando vimos que estão mais cansados ou que alguma coisa não está bem, vamos falando com eles. Depois tentamos

ajustar às vezes um bocadinho os horários ou damos mais duas ou três folgas naquela semana para ver se a pessoa também descansa mais um bocadinho do trabalho que está a fazer. E3

As entrevistadas sugerem várias propostas de intervenção preventiva do *burnout* do cuidador formal na instituição, como, acompanhamento psicológico, realização de atividade física regular e diversas sugestões para motivar os funcionários.

(...) uma psicoterapeuta, por exemplo, que viesse e fosse estranha à casa (...) Que elas falassem à vontade, todas elas, podiam falar do trabalho, podiam falar da vida delas, do que fosse (...) E1

E atividades físicas, acho que seria muito importante, muito importante. Sei lá... haver uma espécie, um espaço onde houvesse 3 ou 4 máquinas onde elas pudessem fazer bicicleta, passadeira. Ou que nem que viesse uma professora ou um professor de ioga ou pilates, acho que seria extraordinário para isso. Eu já fiz pilates e, realmente, sentia-me muito mais descontraída, muito, muito. E1

(...) com a avaliação do desempenho, oferecer o dia do aniversário ao colaborador, oferecer um dia, por exemplo, aos colaboradores que têm crianças, que têm filhos pequenos ou que têm avós, ter um dia, ou o dia dos avós. Tentar motivar as pessoas, tentar... ou fazer um seguro de saúde coletivo (...). E2

As condições financeiras das instituições constituem um importante fator a considerar na implementação de medidas preventivas de *burnout* do cuidador formal

Mas neste momento, financeiramente não temos condições para o fazer, mas é um objetivo da instituição, o mais rápido possível, fazer a avaliação do desempenho e tentar, também dessa forma, arranjar estratégias e formas de motivar mais os colaboradores, dinamizar outro tipo de estratégias (...). E2

Eu acho que era muito positivo, os custos para a instituição não eram por aí além e acho que trazia grandes mais-valias. E1

➤ **Encaminhamento de situações de violência sobre o idoso**

Em nenhuma das três instituições onde se desenvolveu o estudo se verificou, de acordo com as respetivas diretoras técnicas, nenhuma situação de violência contra nenhum idoso institucionalizado. No entanto, as entrevistadas identificaram faltas de respeito e abusos, nomeadamente no tom de voz.

Não, não, não. Pelo menos que seja do meu conhecimento. E1

Não, mas estamos a acompanhar uma senhora de violência em casa, por parte da família. E3

Acho que violência física, desde que aqui trabalho, nunca aconteceu. Verbais, que lhe podemos chamar violência, também acho que não, mas às vezes são abusos, faltas de respeito, falar mais alto, que tem sido uma dificuldade aqui. (...) a maneira como se fala às vezes não é a mais indicada, apesar delas

[cuidadoras]acharem que é. (...) Muitas vezes não é considerado... pela sociedade acaba por ser um bocadinho considerado mau trato e acaba por ser. Uma pessoa que é repetidamente, sei lá... que se fala repetidamente da mesma maneira com a pessoa de uma forma abrupta e faltas de respeito, acaba por ser... a pessoa começa-se a sentir com isso. E1

Violência, só no tom de voz, por exemplo. Pode ser considerada uma violência quando se fala num tom de voz mais altivo, pronto. E2

No entanto, foi referido o medo de represálias aquando da denúncia por parte dos funcionários da instituição.

Eu não sei, não faço ideia porque aqui nunca aconteceu, mas também acredito que se existem negligências ou maus tratos a idosos, que os assuntos sejam sempre um bocadinho abafados, acredito... E1

Eu depois penso, está tudo muito bem, vieram denunciar, mas se tivesse sido a técnica a denunciar, a segurança social depois paga um ordenado à técnica? E eu tenho, quer dizer, eu tenho uma casa, agente tem contas... Acho que essa parte da sociedade ou no governo, no estado, depois não há proteção para quem denuncia. Não há. E depois as pessoas muitas vezes calam-se, ou quase sempre. Calam-se tudo. E1

A responsabilidade em última causa é sempre nossa porque nós é que estamos aqui, somos direção técnica, nós temos obrigação de saber as coisas e de agir, não é só de saber, nós temos obrigação de agir e muitas vezes, obviamente, não temos apoio da direção, não é... Não convém a imagem da instituição ser denegrida. E1

As diferentes instituições têm, de acordo com as suas diretoras técnicas, metodologias e algoritmos a aplicar em caso de violência sobre o idoso institucionalizado.

(...) o que nós temos feito, informar todas as instâncias interessadas no assunto, seja direção. E1

Nós temos definido, portanto, um cronograma em caso de situações de negligência, abuso e maus tratos. Nunca aconteceu, portanto, nunca o aplicámos. Mas temos definido o que fazer, as instâncias a que comunicar, todos os passos que temos que dar se alguma vez acontecer. Não digo que não aconteça, mas felizmente nunca ocorreu. (...) Mas sei que é a direção, a família, os técnicos, informar a segurança social, informar todas as instâncias. Agora o que é que depois a partir daí é feito, honestamente, também não sei... nunca ocorreu, portanto... Provavelmente, imagino eu, que a segurança social venha fazer um inquérito e que esteja mais presente. E1

Provavelmente, se for com uma funcionária, a direção terá que falar com a funcionária e aplicar medidas, dependendo também da gravidade da situação, não é... Para mim, qualquer negligência ou mau trato e grave, seja em que medida for. E1

(...) nas reuniões também falámos sobre isso, temos as metodologias para os abusos, negligências e maus tratos a idosos. Portanto, temos uma metodologia que é do conhecimento de todas as colaboradoras, os passos e os trâmites legais que temos que percorrer para sinalizar a situação. E2

(...) já tem acontecido no tom de voz, mas pronto, é sempre trabalhada a questão e nunca enfiada na areia como as avestruzes. Quando há coisas para esclarecer, têm que ser no momento e sem ser de uma forma destrutiva e sempre construtiva. E, aliás, as nossas reuniões falamos sempre sobre esses aspetos e até mesmo as relações entre os colaboradores têm que ser sempre apontadas, sempre de uma forma construtivas, e como é que gostaríamos que nos fizessem a nós ao calçar o sapato do outro. E2

E depois isso, tudo isso é reportado à diretora técnica. Porque nas reuniões falamos muito sobre esses assuntos da violência, e dos vários tipos e como pode acontecer e como elas devem estar alertas para essas situações. E2

Temos que ouvir o utente, temos que ouvir o colaborador, ouvir ambas as partes, avaliar a situação e pronto... seguir os trâmites legais. E2

A primeira coisa que nós fazemos é tentamos falar com a pessoa em questão e vemos em que moldes é que a situação está. Depois fazemos relatório, quer para a polícia, quer para a segurança social. Eles depois vêm cá, fazem os inquéritos deles. (...) Encaminhamos para as duas instituições de suporte que temos, que é a segurança social e a PSP, que temo núcleo de apoio à vítima, também. E3

As entrevistadas defendem o envolvimento dos intervenientes em todo o processo que envolva questões relacionadas com a violência sobre os idosos. Referem ainda que, para além do que está definido na instituição para o encaminhamento de situações de violência sobre os idosos, se houver necessidade, têm que fazer um encaminhamento para o hospital.

E acho que as pessoas, se participarem, se se sentirem parte do processo, que as coisas funcionam muito melhor. E2

Quando é violência mais física temos que os encaminhar diretamente para o hospital. Mas como também não tivemos nenhuma situação dessas nenhuma assim logo grave... nunca aconteceu. E3

Após a análise estatística dos resultados, verificou-se que, de um modo geral, não existem situações de violência sobre os idosos institucionalizado nos diferentes equipamentos. Relativamente aos cuidadores formais, constatou-se que, objetivamente, a maioria dos cuidadores (96,3%) não se encontra em *burnout*, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente. Foram identificadas diversas necessidades de intervenção, nomeadamente a formação dos cuidadores formais sobre as questões da violência sobre os idosos institucionalizados, a necessidade de prática de atividades lúdicas entre cuidadores e idosos no sentido da melhoria dos cuidados prestados e a necessidade de acompanhamento psicológico aos cuidadores formais.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

7.1. Fundamentação das Intervenções

O Planeamento em Saúde constitui-se um importante instrumento dinamizador de políticas e objetivos de saúde, mas também como a tradução da ação concreta de desenvolvimento na área da saúde, podendo ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 23).

No PNS 2012-2016 e na sua respetiva extensão a 2020 está patente que a responsabilidade de identificar necessidades em saúde e de estabelecer intervenções prioritárias com os recursos disponíveis conduz a ganhos em saúde e que são inerentes ao processo de planeamento.

A primeira fase do planeamento operacional é a elaboração do projeto e comporta o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori e Giraldes, 1993). O “projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.129).

De modo a alcançar os objetivos estabelecidos, foi considerado o Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed, desenvolvido por Lawrence em 1971 (etapa precede) e concluído por Lawrence e Kreuter em 1990 (etapa proceed). O referido modelo valoriza o conjunto de fatores que influenciam a prática de comportamentos preventivos (Brito, 2007), sendo realizado em duas etapas, a primeira corresponde ao termo *precede* e consiste na realização do diagnóstico de situação e a segunda etapa corresponde ao termo *proceed* e consiste na implementação e avaliação do processo, do impacto e dos resultados obtidos. Assim, este modelo constitui um esquema linear de causa-efeito, na qual a educação para a saúde, a regulamentação adequada e as organizações apoiam mudanças de estilos de vida que aumentam a qualidade de vida (Brito, 2007).

A Carta de Ottawa, realizada em 1986, alerta para a importância da promoção da saúde, na medida em que

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Deste modo, a saúde é encarada como um “conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Carta de Ottawa, 1986, p.1), tratando-se de recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A Promoção da Saúde deve ser da responsabilidade de diversos sectores da sociedade, e não uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, na medida em que a prática de estilos de vida saudáveis é essencial para atingir o bem-estar.

Na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com as pessoas ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde, mobilizando recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e a participação em políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 16485).

As intervenções estabelecidas para este projeto foram ao encontro dos objetivos e metas delineadas no Plano Nacional De Saúde, revistas e extensas a 2020. O PNS defende “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015, p.14) e “desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde” (Carta de Ottawa, 1986, p.3).

Planear consiste em projectar uma mudança, antecipar conceptualmente uma realidade desejável, prever as etapas necessárias de transformação dessa realidade e os caminhos a percorrer pelos agentes, identificar os factores que afectam o processo e os modos como se pode intervir sobre eles, escolher as acções correspondentes e mobilizar os meios necessários para que a mudança desejada ocorra de facto no sentido projectado” (Capucha, 2008, p. 13).

Durante o mês de agosto de 2017, após a integração na UCC, foi discutida, com a Enfermeira coordenadora da UCC, a área onde existia necessidade de intervenção comunitária. Posteriormente, foram contactadas as três instituições prestadoras de cuidados a idosos, no

sentido de proceder à aplicação dos instrumentos de recolha de dados que permitiram o estabelecimento do diagnóstico de situação, após o qual, foram definidos os objetivos, estabelecidas as estratégias e discutidas as intervenções que os permitissem alcançar, tendo sempre em linha de conta uma adequada gestão de recursos humanos disponíveis.

Uma vez delineadas as estratégias, torna-se essencial a especificação detalhada das atividades a realizar, nomeadamente através da definição pormenorizada dos resultados a obter com o projeto, da preparação de uma lista das atividades do projeto, bem como a precisão com que cada uma dessas atividades deve ser executada, a determinação detalhada das necessidades em recursos ao longo do tempo e o estabelecimento de um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori e Giraldes, 1993).

O envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC é fundamental para a sustentabilidade do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”. Deste modo, foi realizada uma **sessão formal para apresentação e discussão do projeto**, onde foi apresentado o diagnóstico de situação. Após a apresentação dos resultados obtidos e do diagnóstico de situação, foi discutida com a equipa a priorização de necessidades, os objetivos e as estratégias e intervenções delineadas (Apêndice XIII). Proporcionou-se, deste modo, a sensibilização sobre a temática da prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado, o envolvimento dos profissionais da UCC Évora no projeto e a discussão e validação do plano de ação a implementar. Estiveram presentes 11 dos 15 profissionais da equipa da UCC Évora, tendo-se verificado um indicador de avaliação de 73,3%.

Depois de devidamente estruturadas as atividades propostas, definido o tempo, o espaço e os recursos possivelmente necessários, foi realizada uma **reunião com as diretoras técnicas das diversas instituições** para apresentar e discutir as atividades planeadas. Assim, terminadas as reuniões com os parceiros, fundamentais para a adequada evolução e sucesso do projeto, programaram-se as seguintes atividades:

- Dinâmica de Grupo – *O meu sonho é...*
- Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais
- Jogos tradicionais – *Velhos?! Velhos são os trapos!*
- Exercícios de Ginástica Mental – *Os melhores cá do sítio!*
- Dinâmica de Grupo – *Estendal dos Sonhos*

Todas as atividades foram executadas nas três instituições e o seu agendamento foi realizado de acordo com a disponibilidade das instituições e das necessidades identificadas no decorrer do projeto e tiveram lugar entre novembro de 2017 e janeiro de 2018.

No sentido de dar a conhecer e de aumentar a receptividade do projeto e de motivar todos os intervenientes a participarem e a intervirem, iniciámos as atividades com uma **dinâmica de grupo, *O meu sonho é...***, onde cada idoso e cada cuidador formal, voluntariamente, escreveram num quadro qual o seu sonho e tirámos uma fotografia em que a pessoa segurava o quadro onde estava escrito o respetivo sonho (Apêndice XIV). Posteriormente, as fotografias foram impressas e reservadas para a dinâmica de grupo *Estendal dos Sonhos*. A grande maioria dos idosos e dos cuidadores participaram na atividade, tendo um total de 112 participantes, ou seja, 32 cuidadores formais (participaram todos os cuidadores que estavam a desempenhar funções nas instituições no dia em que a atividade foi realizada) e 80 idosos (no total de 90 idosos indicados pelas instituições para a participar na atividade), tendo um indicador de avaliação de 91,80%.

Todos os intervenientes estiveram muito motivados, pedindo para ver as fotografias e referindo que queriam repetir a atividade com regularidade. O facto de idosos e cuidadores formais partilharem sonhos e objetivos de vida fez com que houvesse uma melhoria da comunicação e uma aproximação, através de momentos lúdicos, entre idosos e cuidadores formais.

A segunda atividade a ser desenvolvida foi a **sessão de formação dirigida aos cuidadores formais**, crucial para criar momentos de discussão que alertaram e promoveram o debate para a problemática sobre a prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado. O grupo de trabalho do ENEAS (2017), para um envelhecimento ativo e saudável, alerta para o incentivo à formação e sensibilização dos profissionais de saúde no âmbito da geriatria e gerontologia, baseada numa abordagem não discriminatória e de direitos humanos, designadamente em razão da idade e incluído a discriminação múltipla, bem como para a promoção de “ações de sensibilização dirigidas às pessoas idosas e respetivos prestadores de cuidados no âmbito da prevenção, proteção e apoio em situações de ocorrência de crime” (ENEAS, 2017, p.33), nomeadamente através de do desenvolvimento de “campanhas contra a violência sobre pessoas idosas, incluindo a violência doméstica e de género” (ENEAS, 2017, p.33) e da promoção de competências dos profissionais de saúde para a avaliação sistemática em todas as pessoas idosas de sinais de violência e negligência sempre que se verificarem lesões nas pessoas idosas, pelo menos uma vez por ano (ENEAS, 2017, p.33).

No sentido de aumentar o interesse, a motivação e o empenho dos cuidadores formais na sessão de formação, desenvolveu-se um clima de grupo, acompanhados por um quadro conceptual mobilizador de discussão e diálogo (Cachapuz et al, 2002).

Foi delineada a formação para os cuidadores formais das diferentes instituições, com duração de 1 hora e com os seguintes objetivos:

- Apresentar dados mundiais e nacionais sobre envelhecimento;
- Refletir sobre o burnout do cuidador formal;
- Promover o debate sobre a violência sobre o idoso institucionalizado;
- Apresentar resultados obtidos e diagnóstico de situação;
- Sensibilizar profissionais para a problemática da violência sobre o idoso institucionalizado (Apêndice XV).

A sessão de formação teve lugar em cada uma das instituições e participaram, no global das 3 instituições, 25 cuidadores formais, dos 32 que estavam a exercer a sua atividade profissional no dia em que se realizou a formação, perfazendo um indicador de 78,10%.

Importa salientar que os cuidadores se mostraram, ao longo de toda a atividade, muito interessados, motivados e participativos quanto à temática abordada. A exposição de conteúdos e a apresentação de vídeos sobre a violência contra os idosos foram cruciais para o desenvolvimento de momentos de reflexão, partilha, debate e discussão sobre adequação de comportamentos, que certamente, se refletirão na melhoria dos cuidados prestados.

A **dinâmica de grupo Jogos tradicionais – Velhos?! Velhos são os trapos!** foi a terceira atividade a ser executada e consistiu na realização de um concurso de diversos jogos tradicionais (damas, vários jogos de cartas, dominó, lançamento da moeda, etc), onde participaram idosos e cuidadores formais das 3 instituições parceiras do projeto (Apêndice XVI). Estiveram presentes 32 idosos (dos 50 idosos referenciados pelas instituições) e 10 cuidadores formais (dos 15 que estavam a desempenhar funções nos dias em que a atividade teve lugar), perfazendo, deste modo, um indicador de 64,6%.

Apesar de todas as instituições terem disponíveis diversos jogos tradicionais, foi-nos dito que não eram utilizados pelos idosos, embora tenha sido uma atividade em que, tanto idosos como os cuidadores, mostraram muito interesse em participar. Ficou o compromisso de que iriam realizar outras atividades semelhantes, onde utilizariam os recursos que têm disponíveis em cada instituição.

A quarta intervenção, a **dinâmica de grupo Exercícios de Ginástica Mental – Os melhores cá do sítio!**, onde se realizou um concurso entre equipas constituídas por 1 idoso e 1

cuidador formal sobre “quebra-cabeças” (encontrar diferenças entre imagens, exercícios de memória, sopa de letras, encontrar objetos numa imagem, entre outros) e em que se sagrava vencedora a equipa que completasse o exercício no menor tempo (Apêndice XVII). No entanto, com o desenrolar da atividade, houve idosos que começaram a fazer competições entre si, proporcionando momentos lúdicos e de diversão entre todos os presentes.

Nesta dinâmica de grupo participaram 25 idosos (dos 40 idosos referenciados pelas instituições) e 8 cuidadores formais (dos 12 que estavam a desempenhar funções nos dias em que a atividade teve lugar), perfazendo, deste modo, um indicador de avaliação de 63,5%.

A última atividade do projeto foi a **Dinâmica de Grupo– Estendal dos Sonhos**, onde os idosos e os cuidadores formais colocaram as suas fotografias com os respetivos sonhos (da primeira atividade realizada, a dinâmica de grupo, *O meu sonho é...*) num estendal de cordel, preso com molas, num local com fácil visibilidade, definido por cada instituição, de modo a que todos os intervenientes tivessem acesso às fotografias e sonhos de cada um (Apêndice XVIII). Deste modo, para além da divulgação do projeto nas diferentes instituições, as Dinâmicas de Grupo– *O meu sonho é...* e *Estendal dos Sonhos* permitiram também uma aproximação e envolvência das famílias dos idosos no projeto, uma vez que foi manifestado o interesse na realização de alguns sonhos dos idosos, chegando mesmo a concretizar-se o sonho de uma utente da **Instituição A**.

A escolha do local onde ficaria o “estendal dos sonhos” ficou a cargo das instituições e a colocação do cordel, a escolha da organização das fotografias e a sua colocação ficou a cargo dos idosos e dos cuidadores formais. As fotografias foram oferecidas pela mestranda aos participantes da atividade, sendo que quando retirassem o “estendal dos sonhos”, cada um ficaria com a sua fotografia.

Esta atividade foi a que teve mais adesão por parte dos idosos e cuidadores formais, sendo que se mostraram muito motivados e com elevadas expectativas quanto ao resultado final, passando algum tempo a contemplar e a tecer comentários entre si sobre cada fotografia. Participaram 45 idosos (dos 50 idosos referenciados pelas instituições) e 15 cuidadores formais (a totalidade dos cuidadores que estavam a desempenhar funções nos dias em que a atividade teve lugar), perfazendo, deste modo, um indicador de 92,3%.

A realização de dinâmicas de grupo entre os idosos e os cuidadores formais permitiu colmatar a necessidade da existência de momentos lúdicos, que permitissem a melhoria da comunicação e estreitamento de laços entre os cuidadores de os idosos institucionalizados.

Num contexto de relações e solidariedades intergeracionais, a inclusão das pessoas idosas no quotidiano e na transmissão de conhecimentos e saberes, estímulos, valores e tradições é uma mais-valia para as gerações mais novas, mas também estas são enriquecedoras nesta relação. Na perspetiva da pessoa idosa esta interação é potenciadora de bem-estar, integração e reconhecimento social (ENEAS, 2017, p.30).

Os recursos materiais utilizados nas atividades Dinâmica de Grupo – *O meu sonho é...*, Exercícios de Ginástica Mental – *Os melhores cá do sítio!* E Dinâmica de Grupo– *Estendal dos Sonhos* foram oferecidos pela mestranda às instituições, de modo a que as atividades sejam replicadas sempre que idosos e cuidadores formais assim o desejarem. Em todas as instituições ficou o compromisso que iriam utilizar os recursos que tinham e os que foram disponibilizados para promoverem momentos lúdicos e de descontração que proporcionam melhoria na comunicação e, conseqüentemente, da melhoria dos cuidados prestados.

O projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” será contemplado na intervenção comunitária da UCC Évora, estando prevista a sua replicação anual, com as devidas adaptações que se justificarem, no mês de outubro, mês do idoso e da saúde mental.

A avaliação teve lugar ao longo de todo o processo dinâmico do projeto e encontra-se descrita no ponto 8 do relatório.

7.2. Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas

A seleção de estratégias é a etapa do planeamento em saúde que permite delinear qual o processo mais adequado para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados como prioritários e para atingir os objetivos delineados. Podemos definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

Uma vez identificados os problemas mais prioritários a intervir e delineados os objetivos e metas a atingir, foram definidas as estratégias mais adequadas para atingir os objetivos

traçados. Assim, foram delineadas as seguintes estratégias ao longo do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”:

- Seguir o Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed (Lawrence e Kreuter, 1990);
- Seguir as diretrizes do Plano Nacional de Saúde revisto e extenso a 2020;
- Seguir as diretrizes definidas na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025;
- Promover do envolvimento dos diversos atores (idosos e dos cuidadores formais das instituições prestadoras de cuidados e equipa de trabalho da UCC Évora);
- Estabelecer parcerias que permitam o enriquecimento e a sustentabilidade do projeto;
- Adoptar metodologias ativas e participativas nas intervenções;
- Divulgar o projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”.

O envolvimento de todos os atores, o estabelecimento de parcerias (apresentadas no ponto 7.4.) e a divulgação do projeto (através da publicação de capítulo no livro *Perspetivas Inovadoras para o Bem-Estar Subjetivo No Envelhecimento*, a aguardar publicação (Apêndice XIX) e do estendal dos sonhos nas instituições) são cruciais para o sucesso, continuidade e sustentabilidade do projeto.

7.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Na metodologia de planeamento em saúde é vital definir e acordar os recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a determinação das necessidades de recursos ao longo do tempo, de modo a que seja viável a execução do projeto planeado (Imperator e Giraldes, 1993). É crucial a identificação dos recursos humanos e materiais para a prossecução do projeto, sendo que a sua definição influenciará o processo de planeamento (Tavares, 1990).

Noro (2012) considera que os recursos humanos se referem a entidades/pessoas envolvidas no projeto, a pessoas ou organizações ativamente envolvidas no projeto ou que podem ser influenciados pela execução do mesmo.

Os recursos planeados devem ser otimizados e adequados às necessidades do projeto, na medida em que, apenas deste modo, é possível assegurar o sucesso das intervenções, bem como a sua continuidade.

Na operacionalização do projeto “Velhos são os Trapos” foram necessários os seguintes recursos humanos:

- Equipa de enfermagem da UCC Évora;
- Mestranda;
- Elementos da direção técnica das três instituições prestadoras de cuidados a idosos, **Instituição A, Instituição B e Instituição C;**
- Cuidadores formais das três instituições prestadoras de cuidados a idosos, **Instituição A, Instituição B e Instituição C;**
- Utentes (com critérios de inclusão definidos pelo ESACA) das três instituições prestadoras de cuidados a idosos, **Instituição A, Instituição B e Instituição C.**

Foram ainda necessários diversos recursos materiais, como, por exemplo, computador, projetor, impressora, máquina fotográfica, folhas A4, fotocópias, tinteiros de impressora, plastificações, jogos tradicionais, cronómetro, gravador de voz, quadro branco, marcadores quadro branco, molas, cordel, viatura de transporte (no projeto foi utilizado meio de transporte da mestranda).

Importa referir que foram utilizados recursos físicos, como as instalações da UCC Évora e as instalações das diferentes instituições prestadoras de cuidados.

7.4. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Foi efetuada uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCC Évora, Enfermeira supervisora do Estágio Final, e com as instituições parceiras do projeto, no sentido de fomentar o envolvimento de todos os atores. Para além disso, foi criada uma parceria com a Equipa de Prevenção de Violência no Adulto (equipa de trabalho da UCC Évora), com o intuito de enquadrar o projeto Velhos são os Trapos na equipa.

7.5. Análise da Estratégia Orçamental

Todos os projetos têm custos inerentes, sendo que a estimativa desses custos faz referência, essencialmente, aos custos dos recursos necessários para a realização das atividades, para que decorra com um orçamento determinado e aprovado (Noro, 2012). Capucha (2008, p. 28) defende que “o orçamento dos projectos deve permitir identificar os recursos financeiros a mobilizar, as respectivas fontes de financiamento, mas também deve permitir quantificar os custos dos meios já existentes e que vão ser utilizados para a intervenção”.

Os gastos decorrentes do projeto deveram-se, essencialmente, com materiais consumíveis, material de apoio, material de consumo, horas de trabalho dos profissionais envolvidos e custo referentes às deslocações. Deste modo, o projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”, tem um orçamento previsto de 5.450.43 Euros (Quadro 15).

Quadro 15 – Orçamento do Projeto

Recurso	Especificação	Custo
Material de Apoio	Computador	Recurso da UCC
	Projektor	Recurso da UCC
	Máquina Fotográfica	119,99€
	Fotocópias	850€
	Folhas A4	10,10€
	Tinteiros Impressora	79.48€
	Quadro Branco	25€
	Marcador Quadro Branco	2.62€
	Jogos tradicionais	Recurso da UCC, das instituições e da mestranda
	Plastificação	54€
	Marcador de acetato	7,86€
	Cordel	7,90€

	Molas	8,50€
	Fotografias	25€
	Cronómetro	19,99€
	Gravador de voz	59,99€
Material de Consumo	Internet, eletricidade	400€
Recursos Humanos	Enfermeiro	3.160€
Combustível	Deslocações	620€
	TOTAL	5.450.43€

7.6. Cumprimento do Cronograma

O cronograma é uma representação gráfica que identifica o tempo e as atividades integrantes do projeto (Imperator e Giraldes, 1993). Constitui-se uma ferramenta essencial no planeamento e organização das atividades ao longo do tempo, na medida em que serve de referencial para a execução, acompanhamento e avaliação do projeto, o que possibilita uma visão mais abrangente em termos de gestão de tempo, como também uma forma de ajuda (Carvalhosa, Domingos e Sequeira, 2010) (Apêndice XX).

Importa referir que o cronograma do projeto “Velhos São os Trapos” foi cumprido, cujas atividades planeadas foram realizadas no tempo previsto.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui-se uma importante etapa do processo contínuo e dinâmico do planeamento e pode ser executada por agentes externos ou pelos participantes nos diversos componentes de um dado projeto (Campos, Faria e Santos, 2010). Assume especial destaque em projetos de intervenção comunitária, na medida em que nos permite determinar o impacto das intervenções realizadas, “a avaliação é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das acções desenvolvidas” (Capucha, 2008, p. 45) e baseia-se no processo de planeamento e de decisão, permitindo os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos estabelecidos, possibilitando, igualmente a expansão do projeto, mudança dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo a sua total interrupção (Campos, Faria e Santos, 2010).

8.1. Avaliação dos Objetivos

A determinação dos objetivos do projeto é um passo essencial na metodologia de planeamento em saúde, na medida em que visa dar resposta e colmatar as necessidades identificadas. Capucha (2008, p.16) defende que “a avaliação é um elemento central de qualquer programa, política ou plano de intervenção, permitindo-lhe não apenas determinar os níveis de realização dos objectivos, mas também aquilatar do conjunto de impactos que produz e os processos que conduziram a tais impactos”.

O Projeto *Velhos são os Trapos* tem como objetivo geral prevenir a violência sobre os idosos institucionalizados no concelho de Évora.

Estabelecemos como objetivos específicos:

- identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais

Após a definição do diagnóstico de situação, foram realizadas reuniões com a com a enfermeira coordenadora da UCC Évora, de modo a apresentar e discutir as intervenções do projeto, definir o tempo, o espaço e os recursos necessários para a realização das mesmas.

Depois de devidamente estruturadas as atividades propostas, foi realizada uma reunião com as diretoras técnicas das diversas instituições para apresentar e discutir as atividades planeadas e a sua respetiva execução e avaliação.

- consciencializar os diversos atores (idosos, cuidadores formais e direções técnicas) para as questões da violência

A sessão de apresentação do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” dirigida à equipa da UCC Évora permitiu que a equipa da UCC tivesse conhecimento do projeto, dos instrumentos utilizados, do diagnóstico de situação e proporcionou momentos de discussão das atividades planeadas, verificando-se o envolvimento da equipa no projeto.

Verificaram-se diversas necessidades de intervenção, nomeadamente a formação dos cuidadores formais sobre as questões da violência sobre os idosos institucionalizados. A sessão de formação dirigida aos cuidadores formais permitiu colmatar uma lacuna identificada, quer pelos cuidadores formais, quer pelas diretoras técnicas, sendo que houve lugar a partilha de conhecimentos, partilha de experiências e momentos de reflexão acerca de práticas e procedimentos que permitem uma melhoria dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

- sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o *burnout* do cuidador formal

A apresentação e discussão do projeto com a equipa da UCC Évora, bem como a formação dirigida aos cuidadores formais, nas quais estiveram presentes as diretoras técnicas das diferentes instituições, permitiram a sensibilização de todos os atores envolvidos no projeto para as questões relacionadas com o *burnout* do cuidador formal e a sua relação com o risco de violência sobre o idoso institucionalizado.

- promover o debate sobre violência sobre os idosos

Tanto a sessão de formação destinada aos cuidadores formais, como as dinâmicas de grupo e atividades contribuíram para a troca de ideias e experiências e promoveram discussões futuras sobre a violência sobre o idoso institucionalizado, tendo os intervenientes manifestado interesse no projeto, bem como no desenvolvimento de futuras formações e atividades sobre a

temática. Foi sugerido pelas cuidadoras formais que se realizassem regularmente outras sessões de formação que promovessem o debate sobre a violência sobre os idosos institucionalizados.

- aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável

Uma das necessidades de intervenções identificadas foi a necessidade de prática de atividades lúdicas entre cuidadores e idosos no sentido da melhoria dos cuidados prestado. Deste modo, foram realizadas diversas dinâmicas de grupo com o objetivo de “desenvolver ações tendentes à promoção de uma imagem positiva do envelhecimento, nomeadamente a importância do envelhecimento ativo e saudável e o combate a atitudes e preconceitos estigmatizantes e à discriminação e exclusão social das pessoas idosas” (ENEAS, 2017, p.30), proporcionando momentos em que foi possível verificar o estreitamento de laços entre os cuidadores de os idosos institucionalizados. A avaliação destas intervenções ao longo do projeto foi muito positiva, havendo referência por parte dos intervenientes que deveria haver momentos lúdicos com mais regularidade.

- promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos.

Ao longo de todo o projeto, desde o primeiro contacto, passando pela aplicação dos instrumentos que permitiram o estabelecimento do diagnóstico de situação, da apresentação e discussão das intervenções delineadas, até à execução e avaliação das intervenções e do projeto, obtivemos sempre uma excelente receptividade por parte de todas as instituições envolvidas, bem com dos atores que a constituem. Em todas as etapas do projeto, todos os intervenientes se mostraram muito motivados e proactivos, tanto na execução das atividades, contribuindo com sugestões práticas para melhorar o resultado das intervenções, bem como propondo sugestões para futuras intervenções.

Importa referir que as metas estabelecidas foram alcançadas, sendo que, na maioria das atividades desenvolvidas, foram ultrapassadas as expectativas na adesão dos idosos e cuidadores formais. Consideramos, deste modo, que foram cumpridos os objetivos inicialmente delineados, não se verificando necessidade de alteração dos mesmos.

8.2. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

A avaliação é a última etapa do Planeamento em Saúde e deve ser pertinente e precisa, para que seja possível determinar o sucesso ou o insucesso do planeamento, permite melhorar os programas e orientar a distribuição de recursos, justificar as atividades realizadas e/ou identificar carências e tem como finalidade a correção (Imperatori e Giraldes, 1993).

Sendo transversal a todo o processo, a avaliação poderá relançar um novo ciclo e conduzir a um novo diagnóstico, bem como à reformulação de objetivos e metas, na medida em que permite a comparação entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores “são os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta do observador” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.178) e permitem-nos a conhecer a realidade e medir os avanços alcançados. A definição de metas surge como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (Imperatori e Giraldes ,1993, p. 80). Estes autores referem que um indicador de atividade pretende “medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 78).

O processo de avaliação teve lugar ao longo de todo o projeto, através de um acompanhamento sistemático e dinâmico das ações desenvolvidas nas diferentes fases de implementação do mesmo. A realização de uma avaliação intermédia tornou possível a introdução de medidas corretivas que permitiram o cumprimento dos objetivos estabelecidos. No final de cada intervenção houve espaço para que os participantes fizessem uma avaliação da mesma, partilhando sentimentos, ideias, opiniões e sugestões de melhoria. Ou seja, para além da avaliação global do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”, houve uma avaliação em cada intervenção, que permitiu avaliar objetivos, metas e indicadores estabelecidos e aplicadas, sempre que necessário, medidas corretivas que permitiram o sucesso do projeto (Quadro 16).

Quadro 16 – Avaliação intermédia das atividades do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado”

Avaliação Intermédia			
Atividade	Meta	Indicador de atividade	Avaliação
Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” dirigida à equipa da UCC Évora	Que 60% dos elementos da equipa esteja presente na sessão de apresentação	(nº participantes/ nº elementos da equipa da UCC Évora) x100	(11/15) x 100 = 73,3% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida
Dinâmica de Grupo – <i>O meu sonho é...</i>	Que 80% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100	(112/122) x 100 = 91,80% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida
Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais	Que 60% dos cuidadores formais participem na sessão de formação	(nº participantes/ nº cuidadoras formais das instituições) x100	(25/32) x 100 = 78,10% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida
Jogos tradicionais – <i>Velhos?! Velhos são os trapos!</i>	Que 50% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100	(42/65) x 100 = 64,6% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida
Exercícios de Ginástica Mental – <i>Os melhores cá do sítio!</i>	Que 50% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100	(33/52) x 100 = 63,5% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida

Dinâmica de Grupo – Estendal dos Sonhos	Que 80% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100	(60/65) x 100 = 92,3% ✓ Considera-se que a meta estabelecida foi atingida
--	---	---	--

Consideramos, deste modo, que todas as metas inicialmente estabelecidas foram alcançadas e ultrapassadas, revelando a adesão, motivação e empenho, por parte dos atores envolvidos no projeto.

Após diversos momentos de discussão e reflexão, houve necessidade de adequar o planeamento das intervenções às necessidades das instituições e dos idosos, proporcionando condições para a adesão dos atores intervenientes no projeto de intervenção comunitária. Assim, inicialmente, estava planeado que cada uma das intervenções se realizasse em dias diferentes, no entanto, na **Instituição A** e na **Instituição B** verificou-se que seria mais proveitoso e despertaria mais o interesse dos idosos e das cuidadoras se se realizassem mais do que uma dinâmica de grupo no mesmo dia. Por outro lado, na **Instituição C**, as atividades foram realizadas em dias diferentes de modo a manter o interesse e o estímulo quanto às mesmas.

8.3. Avaliação da Implementação do Projeto

Para o sucesso de um projeto de intervenção comunitária é essencial que a avaliação seja uma constante no planeamento. Para Capucha (2008, p, 44), “a utilização de questionários para aferir a opinião dos intervenientes e dos destinatários acerca dos efeitos e contributos dos projectos para a resolução dos problemas identificados é um contributo para uma aproximação à eficácia”. Assim, para obtermos a avaliação do projeto dos diversos atores envolvidos, foram elaborados questionários, de resposta aberta, destinados às enfermeiras da UCC Évora, às diretoras técnicas e cuidadoras formais das instituições prestadoras de cuidados a idosos envolvidas no projeto (Apêndice XXI). Os questionários permitiram avaliar a motivação dos diversos atores, as dinâmicas internas (forças e fraquezas), as dinâmicas externas (oportunidades e ameaças) do projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o

Idoso Institucionalizado”, bem como a apresentação de sugestões de melhoria ao projeto. Foram entregues 42 questionários e foram devolvidos 16 questionários devidamente preenchidos, obtendo-se, deste modo, uma taxa de resposta de 38,1%.

Uma das técnicas mais comuns para organizar o debate e as respectivas conclusões é o de propor aos grupos que construam tabelas *SWOT*, primeiro de forma individual e depois de forma colectiva, procurando chegar a consensos tão alargados quanto possível. Estas agrupam em quatro quadrantes diferentes as opiniões que o grupo possui sobre as forças internas (primeiro quadrante), as fraquezas internas (segundo quadrante), as oportunidades oferecidas pelo contexto exterior (terceiro quadrante) e as ameaças que o exterior apresenta (quarto quadrante) (Capucha, 2008, p. 20)

A totalidade dos respondentes refere estar bastante/extremamente motivados pelo projeto e objetivos, considerando-o muito aliciante e uma mais valia, uma vez que incide sobre uma problemática não visível na instituição e na comunidade.

Com base nos dados colhidos dos questionários procedeu-se à elaboração e análise da matriz SWOT (Quadro 17). No que concerne à análise e interpretação de dados, a matriz SWOT permite traçar indicadores de avaliação e definir estratégias para projetos futuros (Caldeira, 2015).

Face às dinâmicas internas no projeto, foram identificadas forças e fraquezas do mesmo. Assim, foram identificadas diversas forças (aspetos positivos no contexto, objetivos e resultados alcançados), nomeadamente o facto do projeto constituir uma mais valia para as instituições, na medida em que contribui para a perceção dos idosos da sua importância na instituição, para a sua integração no meio social, proporcionando momentos de alegria e ânimo, onde o idoso pode revelar as suas capacidades, sentir-se útil e evitar o isolamento, reforçando a autoestima do idoso e contribuindo para a satisfação dos utentes.

As atividades desenvolvidas promoveram dinâmicas entre idosos e funcionários, através de momentos lúdicos e de diálogo que contribuíram para a melhoria da comunicação com os idosos. Foi enaltecido o facto do projeto incentivar o idoso a realizar atividades relacionadas com as suas capacidades físicas e motoras, Aumenta a motivação dos idosos a novas atividades e para a sua participação no projeto.

Foi referido o facto das estratégias utilizadas no projeto terem sido muito adequadas aos objetivos a alcançar, conduzindo à tomada de consciência sobre violência institucional sobre os idosos e à sensibilização dos cuidadores para sinais de alerta em caso de violência sobre os

idosos. De um modo global, pelas oportunidades referidas, o projeto contribuiu para os atores envolvidos pudessem encarar a velhice de um modo positivo.

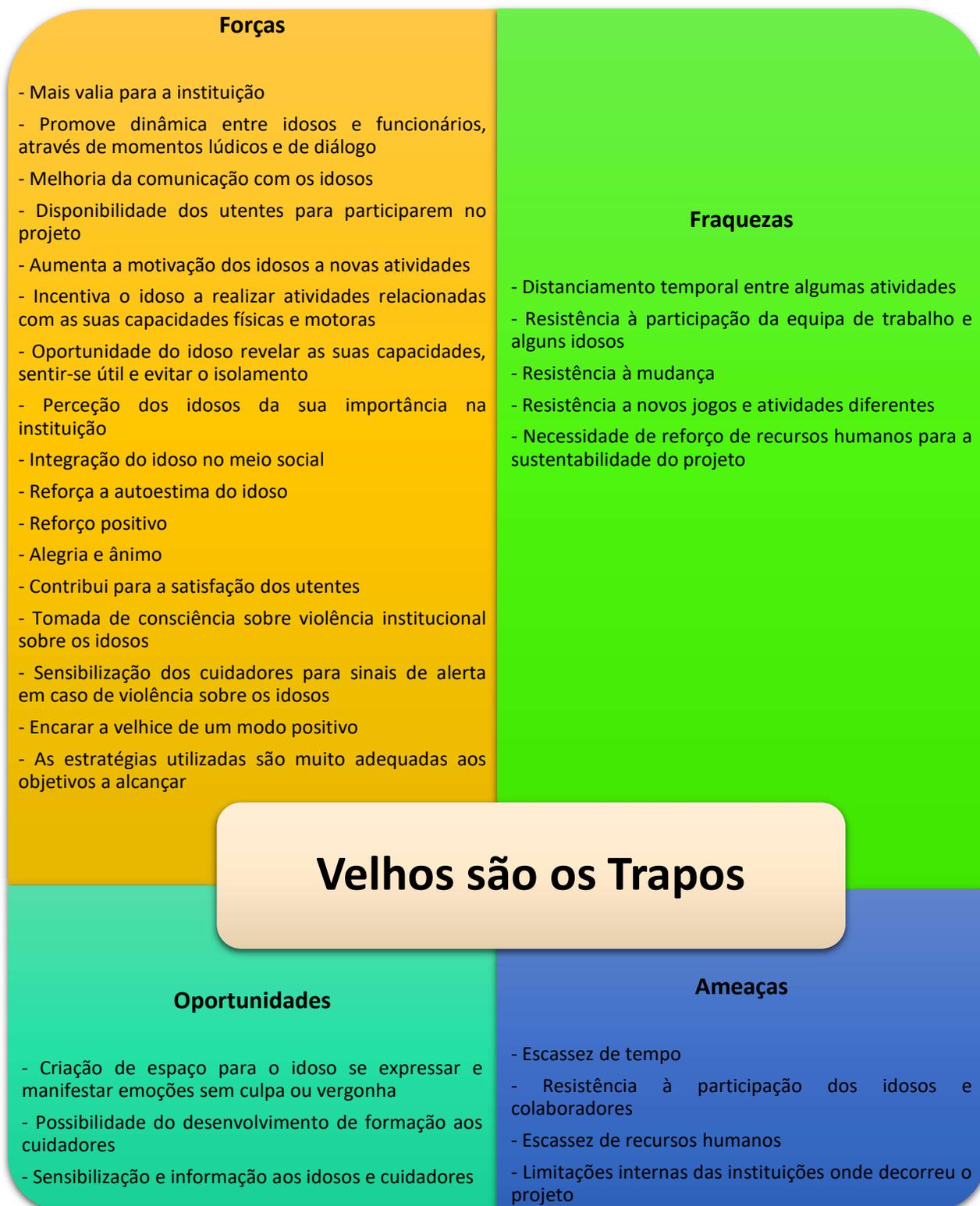
Quanto às fraquezas do projeto (aspectos negativos, objetivos não atingidos, bloqueios e dinâmicas de resistência à mudança), foram apontados a resistência à mudança, bem como a resistência à participação da equipa de trabalho e alguns idosos e a resistência a novos jogos e atividades diferentes. No entanto, importa referir que, embora apenas 34 idosos tenham respondido ao questionário que permitiu estabelecer o diagnóstico de situação, a execução das intervenções foi alargada a todos os idosos das 3 instituições prestadoras de cuidados, no sentido que todos se sentissem integrados e incluídos nas atividades desenvolvidas. As resistências referidas verificaram-se nos idosos que apresentam demência, dependência total nas AVD ou outro tipo de patologia incapacitante para a participação nas atividades. O distanciamento temporal em que decorreram as atividades foi discutido e foram implementadas medidas corretivas que foram de encontro às necessidades organizacionais específicas de cada instituição. A necessidade de reforço de recursos humanos foi uma fraqueza identificada e é fulcral para a sustentabilidade do projeto, bem como para dar resposta a necessidades identificadas as quais não foi possível colmatar (acompanhamento psicológico), justamente pela escassez de recursos humanos disponíveis.

Relativamente às dinâmicas externas, foram apontados como oportunidades do projeto (aspectos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados) a criação de um espaço onde o idoso se pode expressar e manifestar emoções sem culpa ou vergonha face às questões da violência institucional, a sensibilização e informação aos idosos e cuidadores sobre a temática em questão e a possibilidade do desenvolvimento de formação aos cuidadores. No final da sessão de formação dirigida aos cuidadores formais, foi solicitado que se replicasse a mesma, mesmo fora do âmbito do projeto, uma vez que a formação se constituiu como um momento de reflexão e debate.

As ameaças identificadas (aspectos da envolvente que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos) relacionaram-se com a resistência à participação dos idosos e colaboradores (resistência que, no caso dos idosos, se verifica nos indivíduos apresentam demência, dependência total nas AVD ou outro tipo de patologia que incapacite para a participação nas atividades), a escassez de tempo para a execução do projeto, a escassez de recursos humanos disponíveis na UCC para colmatar as necessidades identificadas e as limitações organizacionais das instituições onde decorreu o projeto.

Foram referidas diversas sugestões que permitem a sustentabilidade e continuidade do projeto, bem como para a melhoria do mesmo, nomeadamente através do incentivo de dinâmicas entre idosos e cuidador formal, da realização de atividades que os idosos faziam quando eram jovens, de atividades e jogos ao ar livre. Foi ainda referido pelos cuidadores formais que o projeto “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” contribuiu para melhoria dos cuidados prestados. Para além do reforço positivo para a continuidade do projeto e da necessidade de envolvimento dos utentes, colaboradores e instituições, foi ainda sugerida a realização de projetos semelhantes, que alertassem para a problemática da prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado.

Quadro 17 – Matriz de Análise SWOT – Avaliação do projeto



9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS

É fundamental que os enfermeiros, na “sua formação profissional básica, especializada e contínua, privilegiem o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde” (OE, 2015, p. 16482).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011), define as competências específicas atribuídas ao profissional de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde (OE, 2015, p. 16482).

Assim, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

O projeto de intervenção comunitária “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” seguiu a Metodologia do Planeamento em saúde, uma vez que é a abordagem metodológica indicada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Tavares, 1990). Assim, de modo a adquirir competências específicas, foram mobilizados conhecimentos na referida metodologia, nomeadamente através da aplicação de diversos instrumentos de colheita de dados que permitiram o diagnóstico de situação e a priorização das necessidades das instituições. Consequentemente, foram estabelecidos os objetivos e delineadas as intervenções e estratégias a executar. A avaliação foi uma constante ao longo de todo o projeto, na medida em que permitiu a discussão e adequação das intervenções às necessidades identificadas em cada instituição. O planeamento foi fundamental para o sucesso do projeto e para a sua sustentabilidade.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;
- Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

O investimento do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados prestados é fundamental, sendo que a execução do projeto de intervenção comunitária permitiu a sensibilização da sociedade para a temática sobre a prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado e contribuiu para a capacitação das instituições e atores envolvidos para a problemática em questão, nomeadamente através de sessões de educação para a saúde. O aumento da literacia em saúde e o acesso à informação constituem elementos fulcrais para um envelhecimento ativo e saudável, “capaz de influenciar o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a prosperidade em geral” (ENEAS, 2017, p.27)

O PNS defende que a aposta numa cultura de aprendizagem ao longo da vida contribui para a capacitação dos indivíduos, conduzindo à responsabilização e autonomia individual e da comunidade, “torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde” (DGS, 2015, p. 21).

Os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do

desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2015, p. 16482).

Os momentos de aprendizagem devem ter lugar ao longo do ciclo vital e deve dar resposta a “múltiplas áreas como sejam a acessibilidade da informação sobre os direitos, alfabetização, literacia financeira, inclusão tecnológica, literacia em saúde e autocuidados” (ENEAS, 2017, p.27)

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde:

- Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde, revisto e extenso a 2020 tem como linha orientadora os princípios e da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia e manifesta-se num importante documento agrega e orienta as “medidas consideradas mais relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal, enquanto referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área” (DGS, 2015, p. 4). O PNS preconiza “um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a cuidados de saúde integrados” (DGS, 2015, p.9).

A Estratégia Health 2020 enfatiza o papel dos ambientes saudáveis e das comunidades resilientes na obtenção de ganhos em saúde e na redução das desigualdades em saúde. As ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, bem como ambientes específicos, tendo em atenção fatores ambientais ou ocupacionais. (DGS; 2015, p.21).

Deste modo, o projeto de intervenção comunitária “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” foi planeado tendo por base os objetivos e metas delineadas no PNS e as intervenções realizadas visaram a obtenção de ganhos em saúde para os indivíduos envolvidos e para a comunidade, uma vez que “as atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de

cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social” (DGS, 2015, p.4).

Concomitantemente, o projeto, vai de encontro aos objetivos preconizados pela Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, proposta pelo Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016), no sentido de contribuir para uma “sociedade onde o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável” (ENEAS, 2017, p. 18) e, consequentemente, “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (ENEAS, 2017, p. 18).

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

- Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geográfica.

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional com repercussões na sociedade e que requer políticas de saúde adequadas. O aumento da longevidade acarreta problemáticas questões para as quais os países devem ter capacidade de resposta.

As transições epidemiológicas traduzidas pela diminuição dos riscos para doenças infecciosas, passando as doenças crónicas a ser a principal causa de morte e incapacidade, intersejam o envelhecimento na medida em que as pessoas passam a viver o tempo suficiente para as doenças crónicas se desenvolverem (International Longevity Centre Brazil, 2015) (ENEAS, 2015, p.11).

Por outro lado, o envelhecimento e o facto, de se viver mais significa estar mais exposto a riscos e abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais, seja por discriminação ou negligência (ENEAS, 2015). Neste sentido, o projeto preconiza uma intervenção comunitária proactiva que pretende prevenir o risco de violência sobre o idoso institucionalizado, bem como contribuir para um envelhecimento ativo e saudável.

Para além das competências adquiridas com a execução do projeto, a realização do estágio na UCC Évora proporcionou ainda a participação em diversas atividades desenvolvidas pela UCC Évora, nomeadamente no âmbito da saúde escolar, intervenção comunitária e nos

cuidados continuados integrados, que contribuíram para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

Concomitantemente, o presente curso permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências conferentes do grau de mestre, sendo que se verificou o desenvolvimento de “conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (UE et.al, 2018, p.2); a aquisição de competências no âmbito da promoção da “melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso a investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos” (UE et.al, 2018, p.2-3), a capacitação para a “governança clínica, a liderança de equipas e de projectos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica” (UE et.al, 2018, p. 3), tendo contribuído para “o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (UE et.al, 2018, p. 3).

A realização do estágio em contexto dos cuidados de saúde primários, a elaboração do projeto (tendo por base a metodologia de planeamento em saúde), a execução das atividades que tiveram como linha orientadora a capacitação de grupos e comunidades e, conseqüentemente, a melhoria dos cuidados prestados, bem como a divulgação científica do estudo realizado contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências supracitadas.

10. CONCLUSÃO

A violência sobre os idosos é um alarmante problema de saúde pública, em que se verifica uma explícita violação dos direitos humanos. Impera a necessidade de avaliar o risco de violência sobre idosos e estabelecer políticas de saúde e estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a minimização deste problema. Torna-necessário desmontar os estereótipos negativos associados ao envelhecimento, mudando a atual forma de conceber e perceber o envelhecimento, de modo a aumentar a valorização social dos idosos e das problemáticas ligadas aos direitos e necessidades da população idosa.

Pretendemos, com a elaboração e divulgação do projeto de intervenção comunitária Velhos são os trapos, sensibilizar tanto a comunidade como os profissionais de saúde para a prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado, indo de encontro às políticas preconizadas pela OMS, PNS e ENEAS. No entanto, para o sucesso, sustentabilidade e continuidade do projeto e para que este se repercuta em ganhos para a saúde, é essencial o envolvimento e motivação de todos os atores intervenientes (UCC, enfermeiros, instituições de prestação de cuidados a idosos, direções técnicas, cuidadores formais e idosos).

Apesar das questões relacionadas com a prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado começarem a fazer parte das agendas políticas de diversos países, não há muitos estudos desenvolvidos que se debrucem sobre esta temática. No entanto, deve-se ressaltar o facto de se incentivarem medidas e ações que contribuam para a prevenção da violência sobre o idoso e, deste modo, promovam o envelhecimento ativo e saudável.

Uma das maiores limitações do projeto, para além das limitações temporais inerentes aos trabalhos académicos, prendeu-se com a escassez de recursos humanos da UCC de Évora, o que fez com que fosse necessário proceder a uma priorização das necessidades e respetivas intervenções. Quanto à necessidade de apoio psicológico identificada no diagnóstico de situação, não foi possível traçar nenhuma estratégia que fosse de encontro ao colmatar esta necessidade pela indisponibilidade do psicólogo. No entanto, fica o compromisso da UCC entrar em contacto com a MetAlentejo (associação que intervém na área da saúde mental para o bem-estar psicossocial na comunidade, otimizando os recursos pessoais e disponibilizando os recursos comunitários), no sentido de delinear intervenções e estratégias de modo a dar resposta à necessidade identificada e que não foi priorizada neste projeto.

Prevê-se, ainda, o desenvolvimento de novas parcerias com instituições sensíveis à temática abordada, de modo a envolver toda a comunidade na problemática da prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado.

Enquanto parte integrante do projeto ESACA, seria interessante a aplicação do projeto de intervenção comunitária “Velhos são os Trapos: Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado” a outras instituições de prestação de cuidados ao idoso do concelho de Évora, de modo a abranger toda a comunidade.

O projeto teve uma boa receptividade por parte de todos os atores e, de acordo com os parceiros envolvidos, será aplicado anualmente, em outubro, mês do idoso e da saúde mental.

Consideramos, assim, que foram atingidos os objetivos propostos, proporcionando, deste modo, para a aquisição de competências enquanto mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A crença pessoal de que o empenho, o trabalho, aumento do conhecimento e a aquisição de competências específicas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública contribuem para o desenvolvimento profissional e reflete-se, sem dúvida, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este foi o móbil para a conclusão de um projeto tão ambicionado.

A saúde começa em casa... E na família, na comunidade e na sociedade.

(Um Futuro para a Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian. 2014, p.39).

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarelo, L., Digneffe, F., & Hiernaux, J.-P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, A. R. (outubro de 2013). A Síndrome de Burnout em cuidadores Formais (auxiliares de acção direta) de Idosos Institucionalizados. (*Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, pela Universidade da Beira Interior*). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Obtido em setembro de 2017, de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1649/1/Disserta%3%a7%c3%a3o_Ana%20Almeida.pdf
- Apóstolo, J. (Maio de 2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em agosto de 2017, de https://www.google.com/search?source=hp&ei=AX-BW8_yL8mYlwTs9YvADQ&q=Instrumentos+para+Avalia%C3%A7%C3%A3o+em+Geriatria+%28Geriatric+Instruments%29&oq=Instrumentos+para+Avalia%C3%A7%C3%A3o+em+Geriatria+%28Geriatric+Instruments%29&gs_l=psy-ab.3..0.2038.2038.0.3124.1.1.0.0.0.206.206.2-1.1.0....0...1c.2.64.psy-ab..0.1.206....0.goWF9_c_3yU#
- Armitage, P., & Colton, T. (2005). *Encyclopedia of Biostatistics* (Second Edition ed., Vol. 2). England: John Wiley & Sons.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2010). *Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Obtido em maio de 2017, de http://www.apav.pt/intranet16/images/manuais/manuais_intranet/Manual_Titono.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2017). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2016*. APAV. Obtido em maio de 2017, de http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*(3 série, 8 (4)), pp. 199-204.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, pp. 389-411. Obtido em setembro de 2017, de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>

- Bell, J., & Pais, J. M. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação: Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Lisboa: Gradiva.
- Benevides-Pereira, T. M. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica.
- Brito, I. (2007). Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica. (*Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, pela Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*). Porto. Obtido em agosto de 2017, de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7216>
- Cachapuz, A., & al, e. (2002). *Ciência, Educação em Ciência e Ensino das Ciências*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Caldeira, E. (2015). Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar. (*Tese de Doutoramento, para obtenção de grau de Doutor em Enfermagem, pela Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*). Obtido em fevereiro de 2018, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20228>
- Câmara Municipal de Évora [CME]. (2012). *Diagnóstico Social Évora 2013/2015*. Évora: Câmara Municipal de Évora | CLASE. Obtido em agosto de 2017, de http://www.cm-evora.pt/pt/rede_social/Documents/Diagnostico%20Social_CLASE_2013%281%29.pdf
- Campos, F., Faria, H., & Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (2.ª ed.). Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Obtido em setembro de 2017, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>
- Capucha, L. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos, Guião prático*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Obtido em setembro de 2017, de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projectos_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33(n.º 1), pp. 121-135. doi:doi:10.14417/ap.736
- Carvalhosa, S. F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica*, 18 (n.º3), pp. 479-490. doi:<https://doi.org/10.14417/ap.319>
- Chambel, D. (abril de 2016). Trabalhar com idosos institucionalizados: Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. (*Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia e Saúde, pelo Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde de Portalegre*). Portalegre: Instituto Politécnico de

Portalegre. Obtido em maio de 2017, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20e%20Cuidadores%20Formais.pdf>

Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.

Coler, M. (Outubro de 2014). A violência contra idosos e suas representações sociais. (*Tese de Doutoramento em Psicologia, pela Universidade de Évora*). Évora. Obtido em maio de 2017, de https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/12962/1/TESE_COLER_UE.pdf.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), pp. 297-334.

Declaração de Alma-Ata. (6-12 de setembro de 1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS. Obtido em janeiro de 2017, de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

DeVellis, R. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. Newbury Park: Sage.

Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. *Revista da Faculdade de Letras - Sociologia*(15), pp. 249-274.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em agosto de 2017, de Plano nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020

Duarte, M., & Paúl, C. (2006-2007). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, n.º 1, pp. 17-29. Obtido em maio de 2017, de <http://files.rtgerontologia.webnode.pt/200000027-6aa0c6b9c1/RTG%20I%2C%202007.pdf>

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável [ENEAS]. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Obtido em setembro de 2017, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

ESACA- *Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir*, Refª: ALT20-03-0145-FEDER-000007. 2017. Disponível em <http://www.esaca.uevora.pt/>

Fernandes, M. J., & Silva, A. (janeiro/abril de 2016). Violência contra a pessoa idosa no contexto português: questões e contradições. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, 13, n.º 1, pp. 68-80. doi:<http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v13i1.5169>

Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.

- Ferreira, J. (setembro de 2014). Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional. (*Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo Instituto Universitário da Maia, Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento*). maia: Instituto Universitário da Maia. Obtido em maio de 2017, de <https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/248/1/TESE%20FINAL%20pdf.pdf>
- Fonte, C. (Agosto de 2011). Adaptação e validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre). Coimbra: Universidade de Coimbra. Obtido em Janeiro de 2018, de <https://core.ac.uk/download/pdf/19132104.pdf>
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3.ª ed.). Lusociência: Loures.
- França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2005). *Stress e Trabalho - Uma Abordagem Psicossomática*. São Paulo: Atlas, S.A.
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social* (2.ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. P., & Fernandes, A. A. (2011). "No trilho da negligência..." configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Fórum Sociológico*(n.º 21). Obtido em maio de 2017, de <http://journals.openedition.org/sociologico/471>
- Gomes, R. (2012). Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM). Braga: Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Gonçalves, R. (2010). Avaliação do Abuso no Idoso em Contexto Institucional: Lares e Centros de dia. (*Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto*). Porto. Obtido em maio de 2017, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26898/3/Tese%20Final.pdf>
- Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*(1), pp. 9-10.
- Gulbenkian, F. C. (2014). *Um Futuro para a Saúde: Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido em junho de 2018, de https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf
- Hartke, R. J., King, R. B., Heinemann, A. W., & Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitaion Psychology*(51 (2)), pp. 150-156.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. 2ª ed, Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3.ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2013). *Anuário Estatístico da Região Alentejo 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em agosto de 2017, de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjr7a6VxYjdAhVLXhoKHYf3AFgQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D210190897%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AOvVaw3yaVw5vgn5UjbfbxXcnJm
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (15 de julho de 2015). Dia mundial da população. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, pp. 1-8. Obtido em maio de 2017, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (29 de março de 2017). Projeções de População Residente: 2015-2080. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, pp. 1-19. Obtido em maio de 2017, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Jacob, L. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.
- Jamieson, L., Teasdale, E., Richardson, A., & Ramirez, A. (2010). *The Stress of Professional Caregiving*. New York: University Press.
- Kim, K. H., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. B., & West, D. S. (2009). Brief report: stress, race, and body weight. *Health Psychology*(28 (1)), pp. 131-135. doi:10.1037/a0012648
- Koch, M. (Junho de 2014). Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem. *(Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde)*. Lisboa. Obtido em agosto de 2017, de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18293/1/Tese_final_maio2015.pdf
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*(19, 3), pp. 192-207.
- Landeiro, E. (2011). Viagem pelo Mundo da Ansiedade, Burnout e Perturbação Depressiva. *Psicologia.pt*. Obtido em agosto de 2017, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf>
- Lakatos, E. M. (1992). *Metodologia do trabalho científico* (4.ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Leal, J., & Sousa, J. (2016). Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos de instituições de longa permanência. *XXV Encontro Anual de Iniciação Científica; II Encontro Anual de Iniciação Científica Júnior*, (pp. 1-4). Obtido em maio de 2017, de

http://apps.uepg.br/proresp/pesquisa/eaic/public/storage/uploads/2016/09256323923/2016-09-28_23-41-03.pdf

- Lehr, U. (1998). *Psicologia de la Senectud.- proceso e aprendizaje del envejecimiento*. 2ª ed. Barcelona: Hernder.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lúcio, G. (Fevereiro de 2013). Relatório de Mestrado. (*Trabalho de Projecto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo Instituto Politécnico de Seúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem*). Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Obtido em janeiro de 2018, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4358/1/Relatório%20de%20Mestrado%20EMC%20-%20Gabriel%20Lúcio.pdf>
- Martins, M. (2012). Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosos no contexto familiar. (*Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Psicologia – Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia*). Manaus. Obtido em agosto de 2017, de <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/3241/1/Monica.pdf>
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. New York: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. Em G. S. Sanders, & J. Suls, *Social Psychology of Health and Illness*. London: Laurence Erlbaum Associates.
- Meireles, S. (maio de 2016). Burnout em Cuidadores Formais de Idosos. (*Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo*). Bragança. Obtido em maio de 2017, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Burnout%20em%20cuidadores%20Formais%20de%20idosos.pdf>
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. ; Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Nº23 (1), 12-28.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*(2), pp. 53-72.
- Mendes, F., Zangão, M. O., & Mestre, T. (Dezembro de 2018). Representações Sociais Da Violência Sobre Idosos: Idadismo, Esteriótipos E Discriminação. *RIASE: Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3, n.º 3. doi:<http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3%283%29.%25p>
- Miguel, L. S. (Novembro de 2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa, Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde. Obtido em agosto de 2017,

de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>

Ministério da Saúde e Assistência [MAS]. (27 de Setembro de 1971). Decreto-Lei nº413/71, de 27 de Setembro. Diário da República - I Série - N.º 228, pp. 1406-1434. Obtido em Novembro de 2016, de <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/74/DL413-71.pdf>

Moragas, R. (1997). *Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Edições Paulinas.

Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: Civeri Publishing.

Noro, G. (2012). A Gestão de Stakeholders em Gestão de Projetos. *Revista de Gestão e Projetos*, 3 (n.º1), pp. 127-158. doi:<http://dx.doi.org/10.5585/10.5585>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem–Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 20 de Outubro de 2016, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (18 de fevereiro de 2011 a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República*, pp. 8648-8653. Obtido em novembro de 2016, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (18 de Fevereiro de 2011 b). Regulamento n.º 128/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35, pp. 8667-8669.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (19 de Junho de 2015). Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 118, pp. 16481-16486.

Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Ottawa, Canadá. Obtido em agosto de 2017, de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0T03UU-nZu0J:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Paradela, E. M., Lourenço, R., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de saúde Pública*(39 (6)), pp. 918-923.

Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000

- Pasinato, M. T., Camarano, A. A., & Machado, L. (2004). Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. (*Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004*). Obtido em agosto de 2017, de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/17.pdf
- Pestana, L. C., & Espírito-Santo, F. H. (2008). As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(n.º 2), pp. 268-275.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3.ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Gradiva.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reis, J. (1980). Aspectos gerais e históricos da geriatria. *Gerontologia*, Nº6 (2) 29-43.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14, pp. 45-60.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento – factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Saúde, S. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos. (*Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade de Aveiro, Departamento de Educação*). Aveiro: Universidade de Aveiro. Obtido em setembro de 2017, de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/11418/1/7835%20por.pdf>
- Schiamberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffore, R. J., Weatherill, R. P., Post, L. A. (Abril de 2011). Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. (23 (2)), pp. 190-211. doi:10.1080/08946566.2011.558798
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Em *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). New York: NY: The Haworth Press.
- Sibbald, B., & Holroyd-Leduc, J. M. (6 de novembro de 2012). Protecting our most vulnerable elders from abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (16), p. 1763. doi:10.1503/cmaj.121472

- Silva, C. (2012). O Idoso e a Institucionalização: o fenómeno da solidão. (*Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialidade em Clínica, ministrado pelo Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*). Obtido em maio de 2017, de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2597/1/14524.pdf>
- Silva, J. (2016). Burnout em Cuidadores Formais. (*Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Obtido em maio de 2017, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5321/1/Tese.pdf>
- Silva, T. D., & Carlotto, M. S. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(n.º 1), pp. 113-130.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ligis Editora/Livpsic.
- Souza, M. (2016). Saúde física e mental dos idosos e sobrecarga dos cuidadores formais de instituições de longa permanência para idosos. (*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde*). Maringá: Centro Universitário de Maringá. Obtido em maio de 2017, de <https://www.unicesumar.edu.br/presencial/wp-content/uploads/sites/2/2017/04/MARIANA-VALEN--A-DE-SOUZA.pdf>
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, 14(n.º 3), pp. 213-221.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Timiras, P. (1997). *Bases Fisiológicas del Envejecimiento y Geriatria*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Évora [UCC Évora]. (2017). *Relatório de Atividades 2016*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Universidade de Évora [UE] et al. (2018). Edital Abertura do Mestrado em Enfermagem . Obtido em junho de 2018, de [http://www.oferta.uevora.pt/mestrados/\(codigo\)/487](http://www.oferta.uevora.pt/mestrados/(codigo)/487)
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Em A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- WHO. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Obtido em maio de 2017, de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

APÊNDICES

Apêndice I – Guião da Entrevista da Direção Técnica



Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos

Institucionalizados

Direção Técnica

1- Data: _____ 2- Local: _____
3- Código: _____

I. Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____	2. Género: ___1. Feminino / ___2. Masculino
3. Estado Civil: ___3.1. Solteira(o) ___3.2. Casada(o) ___3.3. União de Fato ___3.4. Viúva (o) ___3.5. Separada(o) ___3.6. Divorciada(o)	
4. Tem filhos? ___1. Não ___2. Sim se 2.1. Sim quantos? _____	
4.1. Outros Dependentes? ___1. Não ___2. Sim, se 2.1. Sim quantos? _____	
2. Habilitações Literárias: ___1. Não sabe ler nem escrever ___2. Sabe ler e /ou escrever mas não completou o 1º ciclo ___3. 1º Ciclo ___4. 2º Ciclo ___5. 3º Ciclo ___6. Ensino Secundário ___7. Ensino Superior 7.1. Especificar _____	
3. Profissão _____	
4. Que atividade desempenha na Instituição? _____	
5. Número de anos que exerce a sua profissão? _____	
6. Há quanto tempo exerce a sua função na Instituição? _____	

II. Caracterização da Instituição

- Há quanto tempo esta instituição presta cuidados a idosos?
- Quantos utentes tem a instituição? _____ 2.1. Masculinos _____ 2.1. Femininos _____
- A instituição tem enfermeiro permanente? Sim _____ Não _____
- Quais os diferentes profissionais que exercem a sua atividade na instituição e qual a respetiva carga horária semanal?



III. Entrevista

1. Quais são as medidas adotadas pela instituição para a prevenção dos diversos tipos de violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência)?

2. Na sua opinião, o burnout dos cuidadores formais tem influência na prestação de cuidados aos idosos? Especifique.

3. Considera que na instituição que gere tem cuidadores em burnout?

4. Desenvolvem alguma(s) intervenções para prevenir o burnout do cuidador?
 - 4.1. Se sim, Quais?
 - 4.2. Se não, Que proposta(s) apontaria para prevenir o burnout do cuidador?

5. Já ocorreu alguma situação de violência contra um Idoso Institucionalizado nesta organização? Como se prevê o encaminhamento?

6. Quais as medidas que considera adequadas no encaminhamento de situações de violência contra o Idoso Institucionalizado?

7. Desenvolvem alguma(s) intervenções para prevenir a violência sobre os idosos?
 - 7.1. Se sim, Quais?
 - 7.2. Se não, Que proposta(s) apontaria para prevenir a violência sobre os idosos?

Grata pela sua colaboração,
Susana Valido

Apêndice II – Autorização de utilização do questionário Medida de Burnout de Shirom-Melamed adaptado para a realidade portuguesa

Pedido de autorização para aplicação MBI

Caixa de entrada



Susana Valido <susana.n.valido@gmail.com>

10/08/17

para jrcruz, rgomes

Bom dia caríssimos professores José Fernando Cruz e António Rui Gomes

Chamo-me Susana Valido, sou enfermeira e estou a frequentar o I Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado em associação pela Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco. Neste âmbito, estou a desenvolver, durante o mês de Agosto, um estudo sobre a "Avaliação Do Risco De Violência sobre Idosos Institucionalizados," sendo que uma das dimensões avaliadas será o burnout do cuidador formal, solicito a V. Ex. autorização para a utilização da validação portuguesa do "Maslach Burnout Inventory" no referido estudo.

Sem outro assunto de momento

Grata pela atenção dispensada.

Os melhores cumprimentos pessoais,

Susana Valido

António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

10/08/17

para mim

Olá,

Neste momento, não estamos a usar o instrumento nas nossas investigações. Estamos a usar a Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (esta posso fornecer).

Quanto à MBI, existe uma empresa que comercializa os seus direitos www.mindgarden.com OU <http://www.mindgarden.com/titles.htm>

Em tempos, esta empresa questionou-nos se não nos importariamos de fornecer aos autores portugueses a nossa versão traduzida do instrumento. Não nos opusemos a essa situação, por isso eles têm em seu poder essa tradução. Por isso, pode entrar em contacto com a empresa e pedir a versão portuguesa, ao comprar as licenças em causa. Repare que este pagamento é efetuado à empresa, nós não temos qualquer ganho ou relação com esta empresa, além de termos fornecido a nossa tradução.

Neste sentido, não tenho mais nenhum contacto com esta empresa nem com os autores do instrumento. Ou seja, terá de ser sempre a partir da empresa que deverá obter o instrumento em causa.

Entretanto, temos vindo a trabalhar numa outra versão de avaliação do "burnout" (Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed), que poderemos facultar sem este tipo de condicionantes (ver no nosso site abaixo). Mas este instrumento tem uma lógica diferente do anterior e não tem a difusão da MBI. Se quiser informações sobre a versão original pode consultar a página do próprio autor <http://www.shirom.org/arie/index.html> Da nossa parte, a tradução está pronta e estamos a usá-la nos nossos estudos, podendo ser consultada no nosso site, em instrumentos de avaliação (www.ardh-gi.com).

Bom trabalho.

Rui

Rui Gomes

Professor Auxiliar / Assistant Professor

Universidade do Minho / University of Minho

Escola de Psicologia / School of Psychology

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Portugal

Tel. +351 253 604 232 / Fax +351 253 604 224. Gabinete 1018

Susana Valido <susana.n.valido@gmail.com>

11/08/17

para António

Boa noite caríssimo professor,

Muito obrigado pela celeridade da sua resposta.

Como refere, apesar deste instrumento possuir uma lógica e uma difusão diferente do MBI, a Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed permite a avaliação do risco de burnout, indo de encontro aos objetivos da investigação. Deste modo, e com a sua autorização, iremos utilizar este instrumento (Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed) na avaliação de risco de burnout dos cuidadores formais.

Sem outro assunto de momento

Grata pela atenção dispensada e pela sua disponibilidade.

....

Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado no Concelho de Évora

 **António Rui Silva Gomes** <rgomes@psi.uminho.pt>
para mim

11/08/17 ☆  

Bom trabalho!

Rui Gomes
Professor Auxiliar / Assistant Professor
Universidade do Minho / University of Minho
Escola de Psicologia / School of Psychology
Campus de Guallar
4710-057 Braga
Portugal
Tel: [+351 253 604 232](tel:+351253604232) / Fax: +351 253.604.224. Gabinete 1018
www.psi.uminho.pt (Escola de Psicologia / School of Psychology)
www.ardh-gi.com/ (Grupo de Investigação / Research Group)

De: Susana Valido [<mailto:susana.n.valido@gmail.com>]
Enviada: 11 de agosto de 2017 00:48
Para: António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>
Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação MBI

Apêndice III – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

Susana Valido, enfermeira, a exercer funções no Hospital do Espírito Santo, EPE., a frequentar o I Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, atualmente a realizar Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, no âmbito do qual se encontra a realizar o diagnóstico de situação relativamente à violência sobre idosos, sob a orientação da profª Doutora Ermelinda Caldeira, solicita a sua participação neste estudo através da resposta a um questionário.

Este questionário insere-se no estudo "ESACA - Envelhecer com Segurança no Alientejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir". Neste estudo serão abordados os aspetos relacionados com a violência sobre idosos institucionalizados, no sentido de identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde na comunidade e realizar um diagnóstico de saúde dessa mesma comunidade.

A recolha de dados será efetuada no Centro Social Paroquial de São Brás e no Centro Social Paroquial de Nossa Senhora da Boa Fé, em Évora. Para o efeito, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora, em abril de 2015. Nesta, bem como nas demais etapas do projeto, serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos). O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa. No entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo, através dos seguintes contactos: Susana Valido (Estagiária do projeto) – 963235693; Felismina Mendes (Coordenadora do projeto) – 964627211.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Grata pela atenção,

(Susana Valido)



ATENÇÃO

Por favor, leia atentamente a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do I Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e no âmbito da pesquisa intitulada "ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir.", no âmbito da candidatura aprovada pelo AL2020.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Nome

Assinatura

Évora.....

Cofinancado por:



Apêndice IV – Distribuição percentual dos respondentes de acordo com as doenças crónicas diagnosticadas pelos médicos

	n	Não %	Sim %
<u>Doenças crónicas diagnosticadas pelo médico</u>			
1. Doenças Pulmonares	34	91,2	8,8
2. Doenças Cardiovasculares	34	29,4	70,6
3. Doenças vasculares periféricas (incluindo varizes)	34	23,5	76,5
4. Hipertensão arterial	34	26,5	73,5
5. Diabetes	34	67,3	32,4
6. Doença de Parkinson	34	97,1	2,9
7. Esclerose múltipla	34	100,0	0,0
8. Síndrome pólio ou pós pólio (fadiga, fraqueza e dores musculares decorrentes da poliomielite)	34	97,1	2,9
9. Cancro ou tumor	34	85,3	14,7
10. Osteoporose	34	61,8	38,2
11. Artrose	34	55,9	44,1
12. Artrite reumatóide	34	67,6	32,4
13. Outros problemas articulares	34	70,6	29,4
14. Fibromialgia	34	97,1	2,9
15. Dependência (álcool, drogas)	34	94,1	5,9
16. Depressão	34	67,6	32,4
17. Neuropatia (problemas sensoriais)	34	35,3	64,7
18. Epilepsia ou perda de consciência	34	94,1	5,9
19. Síndrome vertiginoso	34	79,4	20,6
20. Outros problemas neurológicos	34	94,1	5,9
21. Doenças cerebrovasculares	34	67,6	32,4

n - número de casos válidos

Apêndice V – Distribuição percentual dos respondentes no que concerne à Escala de Depressão Geriátrica

	n	Sim	Não
		%	%
<u>Escala de Depressão Geriátrica</u>			
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	34	50,0	50,0
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	34	85,3	14,7
3. Sente que a sua vida é/está vazia?	34	64,7	35,3
4. Aborrece-se com frequência?	34	76,5	23,5
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	34	58,8	41,2
6. Teme que algo de mal lhe possa acontecer?	34	38,2	61,8
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	34	70,6	29,4
8. Sente-se frequentemente desamparado(a)?	34	14,7	85,3
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	34	55,9	44,1
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	34	29,4	70,6
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	34	79,4	44,1
12. Vale a pena viver como vive agora?	34	73,5	26,5
13. Sente-se cheio(a) de energia?	34	82,4	17,6
14. Acha que sua situação tem solução?	34	47,1	52,9
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	34	58,8	41,2

n - número de casos válidos

Apêndice VI – Distribuição percentual dos Preditores de Risco de Violência (ARVII)

	n	Sim %	Não %
<u>Preditores de Risco de Violência (ARVII)</u>			
Institucionalização			
1. A decisão de vir para a instituição foi sua?	34	61,8	38,2
2. A decisão de vir para a instituição foi da sua família?	34	73,5	26,5
3. Veio contrariado para a instituição?	34	14,7	85,3
4. A decisão de vir para a instituição esteve associada a limitações físicas?	34	70,6	29,4
5. A decisão de vir para a instituição esteve associada a questões/impossibilidades familiares?	34	88,2	11,8
Relacionamentos atuais e isolamento social			
6. Recebe a visita de amigos/colegas, habitualmente?	34	64,7	35,3
7. Recebe a visita de familiares habitualmente?		91,2	8,8
8. Tem relações conflituais com os/alguns colegas da instituição?	34	17,6	82,4
9. Já quebrou relações com algum(a) colega, desde que está na instituição?	34	5,9	94,1
10. Já alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?	34	2,9	97,1
11. Já alguém da instituição o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?	34	5,9	94,1
12. Já alguém da instituição lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	34	14,7	85,3
13. Já alguém da instituição agrediu fisicamente (empurrou, etc)?	34	5,9	94,1
Relações familiares			
14. A sua família o(a) ajuda-o(a) quando precisa?	34	85,3	14,7
15. Os(as) seus/suas amigo(a)s/colegas o(a) ajudam quando precisa?	34	94,1	5,9
16. Confia na maioria das pessoas da sua família?	34	91,2	8,8
17. Sente alguma amargura para com a sua família?	34	20,6	79,4
18. Sente medo de alguém da sua família?	34	2,9	97,1
19. Sente que ninguém da sua família o quer por perto?	34	8,8	91,2

20. Já alguém da sua família o agrediu fisicamente (empurrou, lhe bateu,...)?	34	0,0	100,0
21. Já algum membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?	34	0,0	100,0
22. Alguém da sua família lhe diz que está doente quando você sabe que não está?	34	2,9	97,1
23. Já alguém da sua família o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?	34	0,0	100,0
24. Já alguém da sua família lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	34	0,0	100,0
25. Já alguém da sua família o(a) forçou a assinar papéis contra a sua vontade?	34	2,9	97,1

Dificuldades cognitivas/emocionais

26. Considera que as outras pessoas são injustas consigo?	34	35,3	64,7
27. Costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente?	34	58,8	41,2
28. Costuma irritar-se frequentemente?	34	52,9	47,1
29. Sente que tem dificuldade em tomar decisões sobre a sua vida?	34	23,5	76,5
30. Considera que precisa constantemente de atenção daqueles que estão à sua volta?	34	94,1	5,9

Questões financeiras

31. Dispõe de meios financeiros para as suas necessidades pessoais?	34	76,5	23,5
32. Dispõe de meios financeiros para adquirir os seus medicamentos?	34	91,2	8,8
33. Gere pessoalmente o dinheiro da sua aposentação?	34	5,9	94,1
34. Recebe apoio financeiro da sua família?	34	20,6	79,4
35. Apoia financeiramente alguém da sua família?	34	11,8	88,2

n - número de casos válidos

Apêndice VII – Opinião dos cuidadores formais acerca do *burnout* pessoal

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Burnout Pessoal</u>						
1. Com que frequência se sente Cansado?	34	8,8	20,6	67,6	2,9	0,0
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	34	8,8	8,8	67,6	14,7	0,0
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto (a)?	34	2,9	20,6	55,9	20,6	0,0
4. Com que frequência pensa: “eu não aguento mais isto”?	34	2,9	17,6	44,1	23,5	11,8
5. Com que frequência se sente fatigado(a)?	34	5,9	23,5	58,8	11,8	0,0
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	34	0,0	8,8	29,4	44,1	17,6

n - número de casos válidos

Apêndice VIII – Opinião dos cuidadores formais acerca do *burnout* relacionado com o trabalho

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Burnout relacionado com o trabalho</u>						
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	34	14,7	32,4	52,9	0,0	0,0
2. Sente-se esgotado(a) com o seu trabalho?	33	6,1	12,2	60,6	9,1	6,1
3. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	33	3,0	9,1	51,5	24,2	12,1
4. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	34	11,8	14,7	64,7	8,8	0,0
5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	33	3,0	6,1	30,3	45,5	15,2
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	34	2,9	8,8	32,4	32,4	23,5
7. Tem energia suficiente para a família e para os amigos durante o tempo de lazer?	34	41,2	14,7	20,6	14,7	8,8

n - número de casos válidos

Apêndice IX – Opinião dos cuidadores formais acerca do *burnout* relacionado com o utente

	n	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase Nunca/Nunca
		%				
<u>Burnout relacionado com o utente</u>						
1. Acha difícil trabalhar com os utentes?	34	0,0	8,8	58,8	26,5	5,9
2. Acha frustrante trabalhar com os utentes?	33	0,0	3,0	33,3	39,4	24,2
3. Trabalhar com os utentes deixa-o(a) sem energia?	33	0,0	12,1	39,4	42,4	6,1
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com os utentes?	33	12,1	6,1	36,4	33,3	12,1
5. Está cansado de trabalhar com os utentes?	33	0,0	0,0	30,3	39,4	30,3
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com os utentes?	34	8,8	5,9	41,2	23,5	20,6

n - número de casos válidos

Apêndice X – Opinião dos cuidadores formais relativo à Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed

	n	1	2	3	4	5	6	7
		Nunca ou quase nunca	Muito poucas vezes	Poucas vezes	Por vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
		%						
<u>Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed</u>								
1. Sinto-me cansado(a)	31	9,7	6,5	3,2	25,8	22,6	22,6	0,0
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar ?	31	16,1	19,4	29,0	9,7	12,9	9,7	3,2
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a)?	30	3,3	10,0	3,3	46,7	23,3	6,7	6,7
4. Sinto-me fatigado(a) de trabalhar	31	12,9	9,7	16,1	38,7	9,7	12,9	0,0
5. Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	31	6,5	9,7	25,8	25,8	16,1	16,1	0,0
6. Sinto-me sem forças	30	6,7	10,0	23,3	23,3	13,3	23,3	0,0
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	31	19,4	22,6	6,5	19,4	22,6	9,7	0,0
8. Tenho dificuldades em concentrar-me	30	20,0	23,3	13,3	20,0	16,7	6,7	0,0
9. Sinto que não consigo pensar com clareza	31	19,4	22,6	16,1	25,8	12,9	3,2	0,0
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	31	29,0	22,6	22,6	12,9	9,7	3,2	0,0
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	31	29,0	19,4	16,1	19,4	9,7	6,5	0,0

Prevenção da Violência sobre o Idoso Institucionalizado no Concelho de Évora

12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	30	56,7	16,7	16,7	3,3	3,3	3,3	0,0
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	31	58,1	22,6	12,9	6,5	0,0	0,0	0,0
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	30	53,3	30,0	13,3	3,3	0,0	0,0	0,0

n - número de casos válidos

Apêndice XI– Guião de tópicos da entrevista

Tópico Central	Aspetos a abordar
Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">➤ Apresentar o tema e os objectivos do trabalho.➤ Explicar a importância do papel da entrevistada para a realização do estudo.➤ Enfatizar a importância da colaboração para o desenvolvimento do projeto.➤ Garantir autorização para gravar a entrevista.
Caracterização Socio-demográfica	<ul style="list-style-type: none">➤ Idade➤ Género➤ Estado civil➤ Filhos➤ Outros dependentes➤ Habilitações literárias➤ Profissão➤ Atividade que desempenha na instituição➤ Tempo de exercício profissional➤ Tempo de exercício profissional na instituição
Caracterização da instituição	<ul style="list-style-type: none">➤ Tempo de prestação de cuidados a idosos➤ Número de utentes➤ Existência de enfermeiro permanente na instituição➤ Diferentes profissionais que exercem atividade na instituição e respectiva carga horária
Medidas preventivas de violência	<ul style="list-style-type: none">➤ Quais são as medidas adotadas pela instituição para a prevenção dos diversos tipos de violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência)?➤ Desenvolvem alguma(s) intervenções para prevenir a violência sobre os idosos? Se sim, Quais? Se não, Que proposta(s) apontaria para prevenir a violência sobre os idosos?
<i>Burnout</i> do cuidador formal	<ul style="list-style-type: none">➤ Na sua opinião, o <i>burnout</i> dos cuidadores formais tem influência na prestação de cuidados aos idosos? Especifique.

- Considera que na instituição que gere tem cuidadores em *burnout*?
 - Desenvolvem alguma(s) intervenções para prevenir o *burnout* do cuidador? Se sim, Quais? Se não, Que proposta(s) apontaria para prevenir o *burnout* do cuidador?
-

**Encaminhamento de situações de
violência**

- Já ocorreu alguma situação de violência contra um idoso institucionalizado nesta organização? Como se prevê o encaminhamento?
 - Quais as medidas que considera adequadas no encaminhamento de situações de violência contra o idoso institucionalizado?
-

Apêndice XII – Grelha de Análise

Categorias	Unidades de Registo
Medidas preventivas de violência	<ul style="list-style-type: none">➤ Medidas e intervenções preventivas dos diversos tipos de violência adotadas pela instituição➤ Propostas de intervenção
<i>Burnout</i> do cuidador formal	<ul style="list-style-type: none">➤ Influência do <i>burnout</i> do cuidador na prestação de cuidados ao idoso➤ Existência de cuidadores em <i>burnout</i> na instituição➤ Intervenções preventivas de <i>burnout</i> do cuidador➤ Propostas de intervenções preventivas de <i>burnout</i> do cuidador
Encaminhamento de situações de violência sobre o idoso	<ul style="list-style-type: none">➤ Ocorrência de situações de violência sobre os idosos na instituição➤ Encaminhamento previsto em situações de violência sobre os idosos➤ Medidas adequadas de encaminhamento em situações de violência sobre os idosos

Apêndice XIII – Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado”

Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado” dirigida à equipa da UCC Évora.

Objetivos: promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos; promover o debate sobre violência sobre os idosos; sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o burnout do cuidador formal

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade
Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado” dirigida à equipa da UCC Évora.	Mestranda	Novembro de 2017	Sala a definir pela UCC Évora	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo formador, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 60% dos elementos da equipa esteja presente na sessão de apresentação	Realização efetiva da sessão de apresentação	(nº participantes/ nº elementos da equipa da UCC Évora) x100

Recursos Materiais: Computador, Projetor, ferramentas e materiais de apoio ao tema.

Plano da Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado”							
Objetivos: promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos; promover o debate sobre violência sobre os idosos; sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o burnout do cuidador formal							
Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos e Técnicas	Avaliação
Equipa da UCC Évora.	Sala de reuniões da UCC Évora	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar dados mundiais e nacionais sobre envelhecimento ✓ Refletir sobre o burnout do cuidador formal ✓ Promover o debate sobre a violência sobre o idoso institucionalizado ✓ Apresentar resultados obtidos e diagnóstico de situação ✓ Priorizar necessidades de intervenção ✓ Sensibilizar profissionais para a problemática da violência sobre o idoso institucionalizado ✓ Refletir sobre estratégias de intervenção comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envelhecimento ✓ Institucionalização ✓ Cuidadores formais ✓ Burnout dos cuidadores formais ✓ Violência institucional ✓ Tipologia de violência contra a pessoa idosa ✓ Apresentação dos Resultados ✓ Diagnóstico de situação ✓ Discussão de intervenções, estratégias, metas e indicadores do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposição temática pelo formador, fomentando o diálogo; ✓ Visionamento de apresentação multimédia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ -Método ativo 	Participação dos intervenientes
Recursos Materiais: Computador, Projetor, ferramentas e materiais de apoio ao tema.							

Apresentação



Envelhecimento

- Do ponto de vista biológico, o velhice pode ser definido como uma fase da vida em que a involução dos órgãos começa a ser evidente.
- O envelhecimento é o soma de todas as alterações que acontecem no organismo com o passar do tempo.
- Processo que ocorre tanto a nível biológico e fisiológico, como a nível psíquico e social.



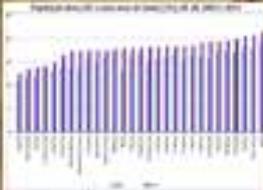
Envelhecimento Mundial

- a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade continua a aumentar
- as projeções das Nações Unidas e em valores absolutos, prevêm que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais de 2,1 mil milhões em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2020
- com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar atingindo os 302 milhões em 2020



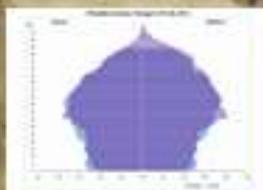
Envelhecimento em Portugal

- Em 2013, Portugal apresenta uma das estruturas etárias mais envelhecidas a nível da União Europeia.
- a proporção de pessoas com 65 e mais anos em 18,5% na UE 28 e 18,9% em Portugal, valor apenas ultrapassado pela Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e Itália (21,4%); a proporção mais baixa verificou-se na Irlanda (12,7%)



Envelhecimento em Portugal

- A análise da pirâmide etária nos subgrupos, para a Portugal e para UE 28, para o ano de 2013, revelam o duplo envelhecimento demográfico:
- a base da pirâmide apresenta um estreitamento, mas o sistema para Portugal é o que para a UE 28
- o seu topo alargou-se com o aumento vertiginoso para Portugal e para a UE 28



Institucionalização

«A institucionalização pode criar condições de ocorrência de violência sobre os idosos, tornando-se um fator importante, com efeito não só as condições em que ocorre esta violência, mas também os fatores de risco que lhe estão associados, para que possam estabelecer uma estratégia de prevenção/intervenção mais eficaz»



Costa, Tereza Maria. 2013, p. 112

Cuidadores Formais

- são indivíduos devidamente qualificados, que possuem competência técnica e/ou científica;
- têm preparação para o desempenho das suas funções;
- exercem-se integradas numa atividade adequada às suas competências profissionais;
- remunerados pelos serviços que prestam

- possuem competências que lhe permite ter uma intervenção adequada numa abordagem holística do envelhecimento;
- conhecem as necessidades do idoso e sabem-o materializar através atividades diárias



Proença, 2007

Burnout dos Cuidadores Formais

«estado de fadiga ou frustração causado por devotão a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada»



Frederickson, 1988, citado por Costa, 2003, p. 11

«... que sugere que o indivíduo que padece deste tipo de stress, se contém a si mesmo e em alguma medida, evita mostrar manifestações de comportamento agressivo e de irritação constante»



Envelhecimento e Violência

«... condição social de que o idoso é um indivíduo e que não tem mais utilidade dentro da sociedade e um dos fatores que contribui para a violência e para os sentimentos de desvalor e desrespeito dos próprios idosos ignorados»



Costa, 2011, p. 68

Violência

«... a sua intervenção de força física ou física real ou simbólica, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação»



Costa, 2003, citado por Costa, 2003, p. 11

Violência contra a pessoa idosa

Acto (contra ou repetido) de violência que lhe cause danos ou aflicção e que se produza em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança

• O mau trato de pessoas idosas define-se como a acção ou omissão repetida, ou a falta de resposta adequada, que cause danos ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorra dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança

2008, 2009 e 2010, 2011 e 2012



Violência contra idosos

Isso coloca a questão da violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático.

2008, 2009 e 2010, 2011 e 2012

Tipologia da Violência contra idosos

- **Violência Física:** qualquer acção ou omissão que traga em risco ou cause danos à integridade física da pessoa idosa.
- **Violência Psicológica ou Emocional:** sofrimento mental ou emocional desencadeado por constantes verbalizações ou actos verbais como gritos, chamar nomes, insultos, humilhação, ameaças, perseguição, humilhação, etc.
- **Violência Financeira:** espoliação, intencional ou acidental, legal ou ilícita, uso de recursos financeiros da pessoa idosa contra sua vontade.
- **Violência Sexual:** qualquer tipo de contacto sexual não consentido com a pessoa idosa.

2008, 2009 e 2010, 2011 e 2012

Tipologia da Violência contra idosos

- **Negligência:** de privar o idoso de serviços necessários para promover ou manter sua saúde, incluir auto-negligência definida como a falta de cuidados em si próprio, suas próprias necessidades básicas, cuidados de higiene, ou a transição na violência que se manifesta pela desatenção ou ausência das responsáveis governamentais, voluntárias ou familiares de cuidar e assistir a pessoa idosa.



2008, 2009 e 2010, 2011 e 2012

Em Portugal...

• Portugal é "identificado" Organização Mundial de Saúde como o quinto país, entre 33 Nações Europeias, de acordo com índices de "Risco de violência contra pessoas idosas"

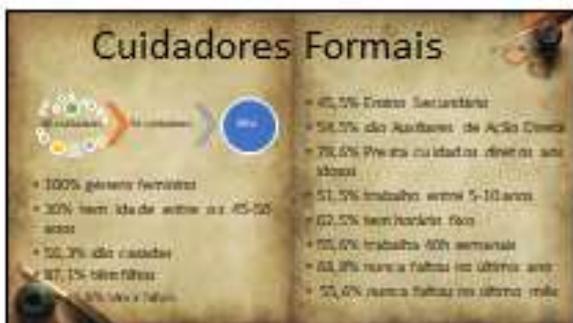
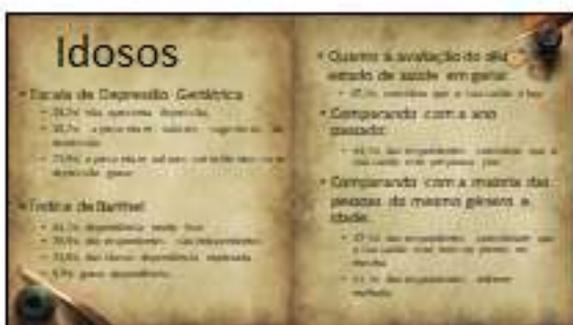
• O relatório estatístico anual da ANI, mais recente, refere que em 2010 foram vítimas dos abusos de violência, por parte de familiares, por dia e 18 por



2008, 2009 e 2010, 2011 e 2012

Apresentação dos Resultados





Cuidadores Formais

- Medida de Bamout de Shiran-Melamed x5
- Índice de 10,7%
- Índice de 10,6%
- Índice de 10,6%
- Índice de 10,7%

• A maioria dos cuidadores (96,2%) não se encontra em Bamout, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente



Diagnóstico de Situação

- Necessidade de formação aos cuidadores formais sobre as questões da violência sobre os idosos institucionalizados
- Necessidade de prática de atividades lúdicas entre cuidadores e idosos no sentido da melhoria dos cuidados prestados
- Necessidade de acompanhamento próximo aos cuidadores formais



Intervenções do projeto

*Velhos são os trapos:
Prevenção da violência sobre e
idosos institucionalizados*

Atividade	Objetivo	Metas	Indicadores
Formação	Formar cuidadores	100% dos cuidadores	Formação realizada
Atividade lúdica	Realizar atividades lúdicas	100% dos idosos	Atividade realizada
Acompanhamento	Monitorizar a situação	100% dos idosos	Acompanhamento realizado

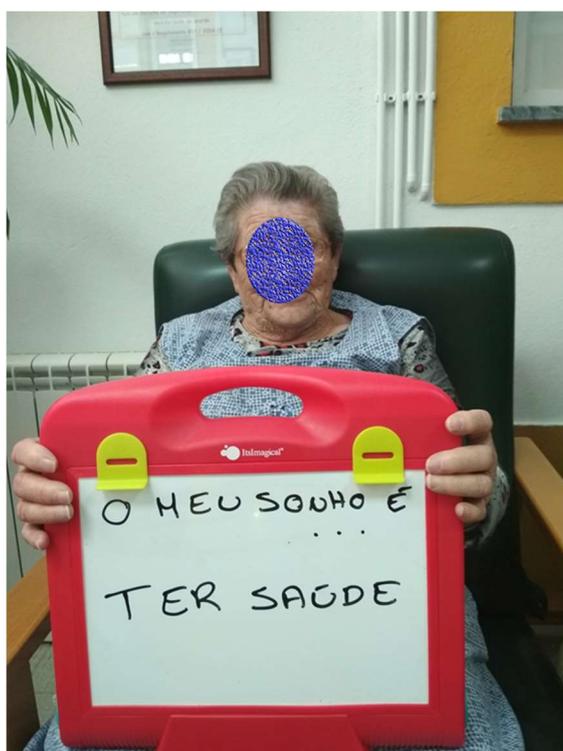
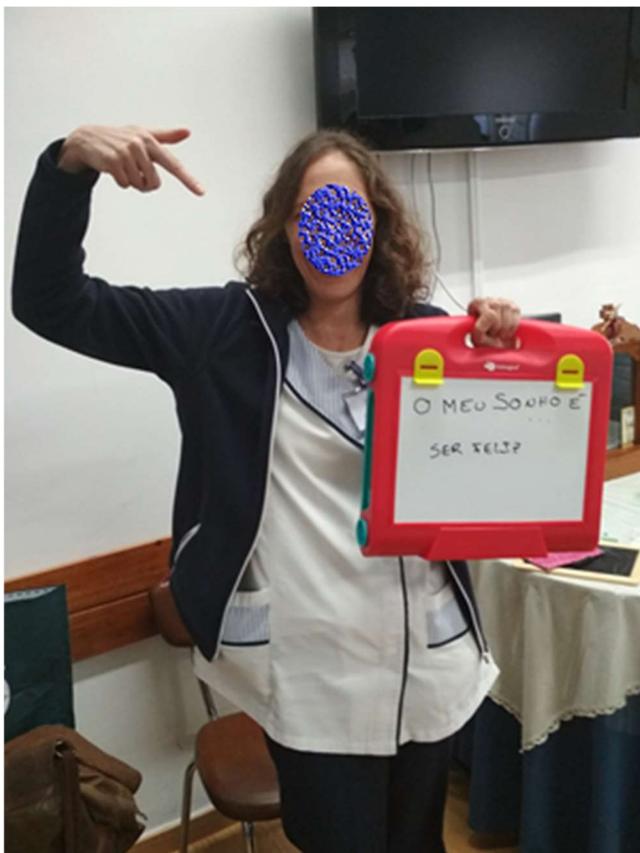
Atividade	Objetivo	Metas	Indicadores
Formação	Formar cuidadores	100% dos cuidadores	Formação realizada
Atividade lúdica	Realizar atividades lúdicas	100% dos idosos	Atividade realizada
Acompanhamento	Monitorizar a situação	100% dos idosos	Acompanhamento realizado

Atividade	Objetivo	Metas	Indicadores
Formação	Formar cuidadores	100% dos cuidadores	Formação realizada
Atividade lúdica	Realizar atividades lúdicas	100% dos idosos	Atividade realizada
Acompanhamento	Monitorizar a situação	100% dos idosos	Acompanhamento realizado

Apêndice XIV – Dinâmica de Grupo – *O meu sonho é...*

Dinâmica de Grupo – <i>O meu sonho é...</i>							
Objetivos: aumentar os conhecimentos dos diversos atores (idosos, cuidadores formais, direções técnicas) sobre violência, promover o debate sobre violência sobre os idosos, aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos.							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Dinâmica de grupo: cada idoso e cada cuidador formal escreve num quadro qual o seu sonho e tira uma fotografia	Mestranda e Enfermeiros	Dezembro 2017	Sala a definir pelas instituições	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo profissional de saúde, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 80% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	Realização efetiva da atividade	(nº participantes/ nº cuidadores a trabalhar e utentes referenciados pelas instituições) x100
Recursos Materiais: Quadro branco, marcador, Máquina Fotográfica							

Execução da atividade



Apêndice XV – Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais

Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais							
Objetivos: identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais, aumentar os conhecimentos dos diversos atores (idosos, cuidadores formais, direções técnicas) sobre violência, promover o debate sobre violência sobre os idosos, aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos; sensibilizar os diversos atores (enfermeiros, cuidadores formais e direções técnicas) para o <i>burnout</i> do cuidador formal							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de formação para cuidadores formais: prevenção da violência sobre os idosos institucionalizados	Mestranda	Novembro 2017	Sala a definir pelas instituições	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo formador, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 60% dos cuidadores formais participem na sessão de formação	Realização efetiva da sessão de educação para a saúde	(nº participantes/ nº cuidadoras formais das instituições) x100
Recursos Materiais: Computador, Projetor, ferramentas e materiais de apoio ao tema.							

Plano da Sessão de formação dirigida aos cuidadores formais

Objetivos: identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais, aumentar os conhecimentos dos diversos atores (idosos, cuidadores formais, direções técnicas) sobre violência, promover o debate sobre violência sobre os idosos, aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos

Destinatários	Local	Tempo	Objetivos	Conteúdos	Atividades	Métodos e Técnicas	Avaliação
Cuidadores formais das três instituições prestadoras de cuidados a idosos no concelho de Évora, Instituição A, Instituição B e Instituição C	Sala de reuniões das três instituições prestadoras de cuidados a idosos no concelho de Évora, Instituição A, Instituição B e Instituição C	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar dados mundiais e nacionais sobre envelhecimento ✓ Refletir sobre o <i>burnout</i> do cuidador formal ✓ Promover o debate sobre a violência sobre o idoso institucionalizado ✓ Apresentar resultados obtidos e diagnóstico de situação ✓ Sensibilizar profissionais para a problemática da violência sobre o idoso institucionalizado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envelhecimento ✓ Institucionalização ✓ Cuidadores formais ✓ <i>Burnout</i> dos cuidadores formais ✓ Violência institucional ✓ Tipologia de violência contra a pessoa idosa ✓ Apresentação dos Resultados ✓ Diagnóstico de situação ✓ Visionamento de filmes sobre violência e envelhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposição temática pelo formador, fomentando o diálogo; ✓ Visionamento de apresentação multimédia ✓ Visionamento de filmes, fomentando o diálogo e o debate ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ -Método ativo 	Participação dos intervenientes

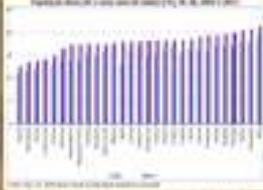
Recursos Materiais: Computador, Projetor, ferramentas e materiais de apoio ao tema.

Apresentação



Envelhecimento em Portugal

- Em 2013, Portugal apresenta uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados-Membros da União Europeia.
- a proporção de pessoas com 65 e mais anos é 18,5% na UE 28 e 18,9% em Portugal, valor superior à França (17,8%) e Grécia (20,5%), Alemanha (20,8%) e Itália (21,4%); a proporção mais baixa verificou-se na Irlanda (12,6%).



População total em Portugal (1970-2013)

Envelhecimento em Portugal

- A análise da pirâmide etária demonstra, para a Portugal e para UE 28, para o ano de 2013, o envelhecimento demográfico:
- a base da pirâmide apresenta um estreitamento, mais evidente para Portugal do que para a UE 28;
- o seu topo alarga-se, com valores percentuais para Portugal e para a UE 28.



Pirâmide etária de Portugal e da UE 28 em 2013

Envelhecimento em Portugal



Envelhecimento

- O envelhecimento demográfico é um fenómeno social com repercussões notáveis no modo de impactar significativamente, a que torna presente a reflexão e tomada de decisões que visem contribuir para uma adaptação das condições sociais facilitando a integração desta nova realidade, com um mínimo de repercussões negativas para os indivíduos, e promovendo uma coesão social.



Institucionalização

“As instituições que recebem muitos dos idosos são essencialmente constituídas por pessoas, nomeadamente os técnicos, os familiares, o pessoal técnico, bem como por toda a comunidade que se encontra ao seu redor”

Quaresima, 2014, p. 33



Institucionalização

“A institucionalização pode criar condições de ocorrência de violência sobre os idosos, tornando-se por isso importante conhecer não só as condições em que ocorre esta violência, mas também os fatores de risco que lhe estão associados, para que possam ser estabelecidas estratégias de prevenção/evitação” neste domínio.

Quaresima, 2014, p. 33



Cuidadores Formais

- são indivíduos devidamente qualificados, que possuem competência técnica e/ou científica;
- destinam-se ao desempenho das suas funções, para cumprir-se integral ou parcialmente a adequação de suas competências profissionais;
- remunerados e pagos aos quais que prestam

Fonte: 2019



Burnout dos Cuidadores Formais

- "estado de fadiga ou frustração causado por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da "recuperação esperada"

Fonte: 2019



Violência Institucional



Envelhecimento e Violência

- "crítica social de que o idoso é um estorvo e que não tem mais utilidade dentro da sociedade é um dos fatores que contribui para a violência e para os sentimentos de desvalor e desamparo dos próprios idosos agredidos"

Fonte: 2019



Violência

- "a ação intencional da força física ou do poder real ou simbólico, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tem a possibilidade de resultar em lesão, em sofrimento psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação"

Fonte: 2019



Violência contra a pessoa idosa

- "Atos (único ou repetidos) ou ameaças que lhe cause dano ou angústia e que se produzem em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança"

Fonte: 2019



Violência contra idosos

Se por um lado, a violência contra os idosos é uma das manifestações das violências estruturais, mediadas através de instituições, por outro lado, a própria existência de um idoso, tal, constitui um fator de vulnerabilidade a situações de violência, em razão da sua condição social.

Isto coloca a questão da violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático.

Fonte: Conselho Nacional de Idosos (2002), p. 2. Acesso por internet: 2012, p. 44

Tipologia da Violência contra idosos

- **Violência Física:** qualquer ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de pessoa idosa;
- **Violência Psicológica ou Emocional:** sofrimento mental ou emocional, intencional ou por negligência, verbal ou não, verbal ou escrito, como gritos, chamar nomes, insultos, humilhação, ameaças, perseguição, entre outros, que se dá no espaço da existência da vítima;
- **Violência Financeira:** expropriação inadequada ou a propósitos ilegais da vida ou de recursos financeiros de pessoa idosa contra sua vontade;
- **Violência Sexual:** qualquer tipo de contacto sexual não consentido com a pessoa idosa.

Fonte: Conselho Nacional de Idosos (2002), Acesso por Internet: 2012, p. 17-18

Tipologia da Violência contra idosos

- **Negligência:** de privar o idoso de serviços necessários para promover ou manter sua saúde, inclui a negligência, definida como a falta de cuidados em situações de sua própria ou responsabilidade. Também compõem de tal forma o abandono ou violência que se manifesta pela descurso ou sua falta de ou mesmo através do governo mas, negligência da família e de instituições assistenciais à pessoa



Fonte: Conselho Nacional de Idosos (2002), Acesso por Internet: 2012, p. 17-18



Em Portugal...

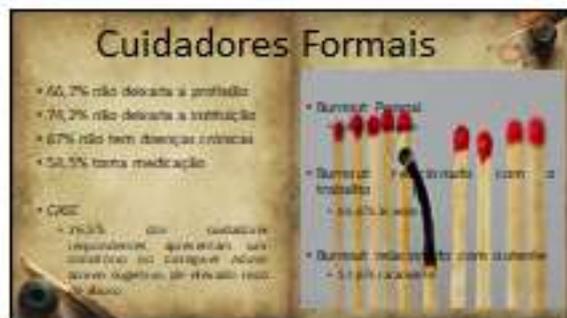
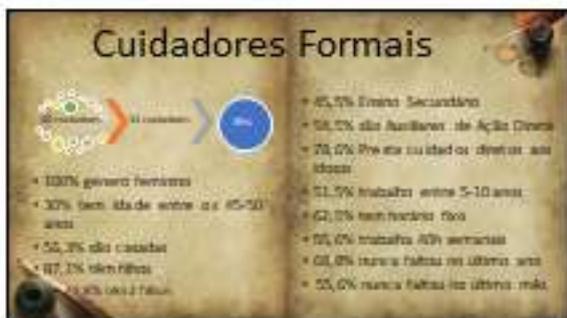
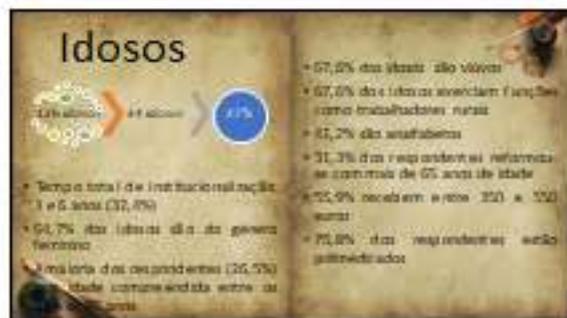
- Estima-se que 30,4% da população de idosos se veja vítima de agressões.
- O relatório estatístico anual da ANAF mais recente, releve que em 2010 foram registados atendimentos a 1.000 idosos vítimas de violência, sendo uma média de 3 ataques cometidos por dia e 18 por

Portugal é "identificado" pela Organização Mundial de Saúde como o quinto país, entre 29 Nações Europeias pesquisadas, com índices significativos de violência contra pessoas idosas.



Fonte: ANAF (2011), Acesso por Internet: 2012, p. 19





Cuidadores Formais

• Medida de Barrois de Situação-Maternal a 5

- Índex total: 45,1%
- Índex Cognitivo: 16,6%
- Índex emocional: 37%
- Índex total: 4,7%

• A maioria dos cuidadores (96,3%) não se encontra em formação, apesar de se sentirem capazes para a responsabilidade



Diagnóstico de Situação

• Necessidade de formação aos cuidadores formais sobre as questões da violência sobre os idosos institucionalizados;

• Necessidade de prática de atividades físicas entre cuidadores e idosos no sentido da melhoria dos cuidados prestados;

• Necessidade de acompanhamento psicológico aos cuidadores formais;



• A violência sobre os idosos é, sem qualquer sombra de dúvida um alarmante problema de saúde pública, em que se verifica uma explícita violação dos direitos humanos. Implica a necessidade de estabelecer políticas de saúde e estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a minimização deste flagelo.



Bibliografia



Execução da atividade

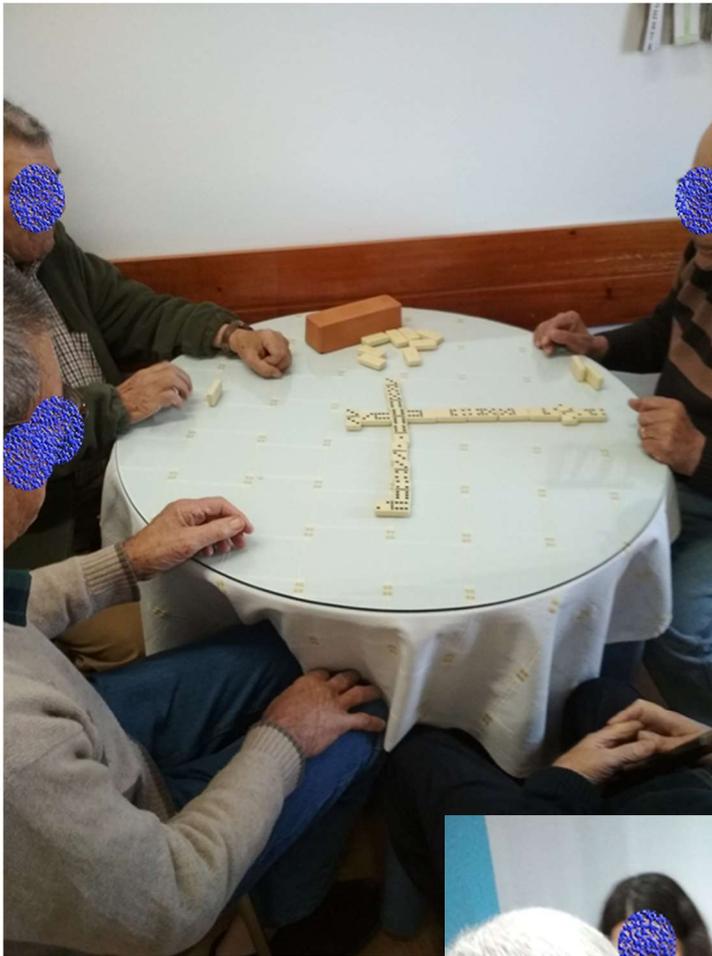


Apêndice XVI – Jogos tradicionais – *Velhos?! Velhos são os trapos!*

Jogos tradicionais – <i>Velhos?! Velhos são os trapos!</i>							
Objetivos: identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais, aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos.							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Dinâmica de grupo: cada idoso e cada cuidador formal participa num concurso de jogos tradicionais	Mestranda e Enfermeiros da UCC Évora	Dezembro 2017	Local a definir pelas instituições	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo profissional de saúde, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 50% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	Realização efetiva da atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100
Recursos Materiais: Jogos tradicionais							

Execução da atividade

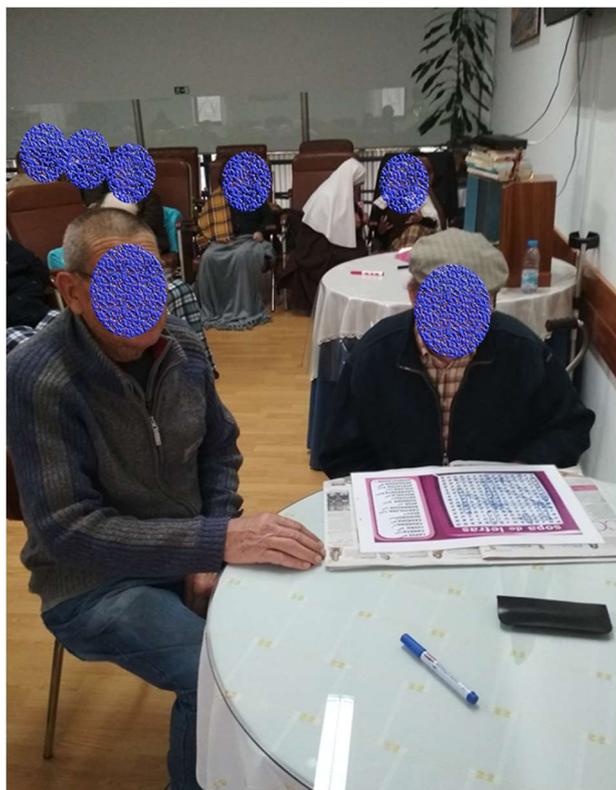
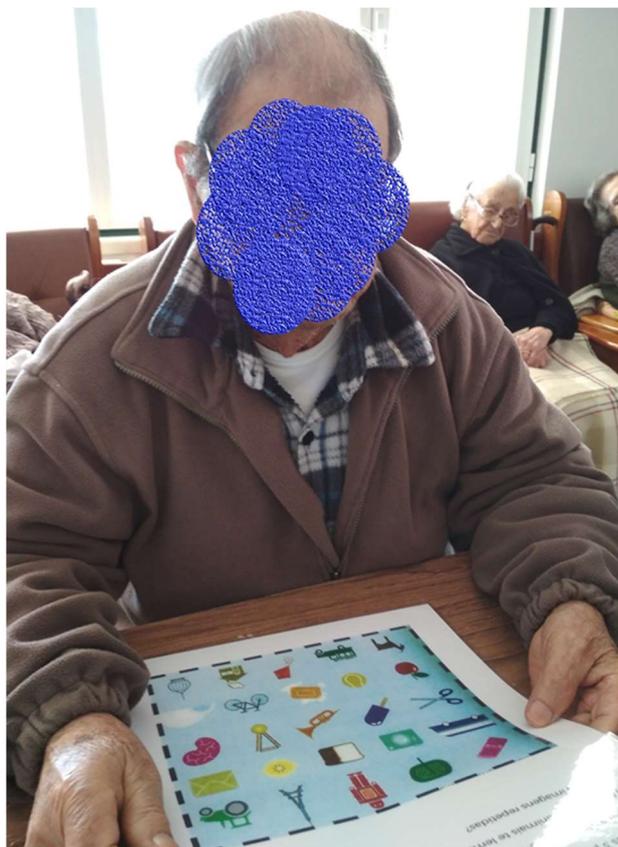
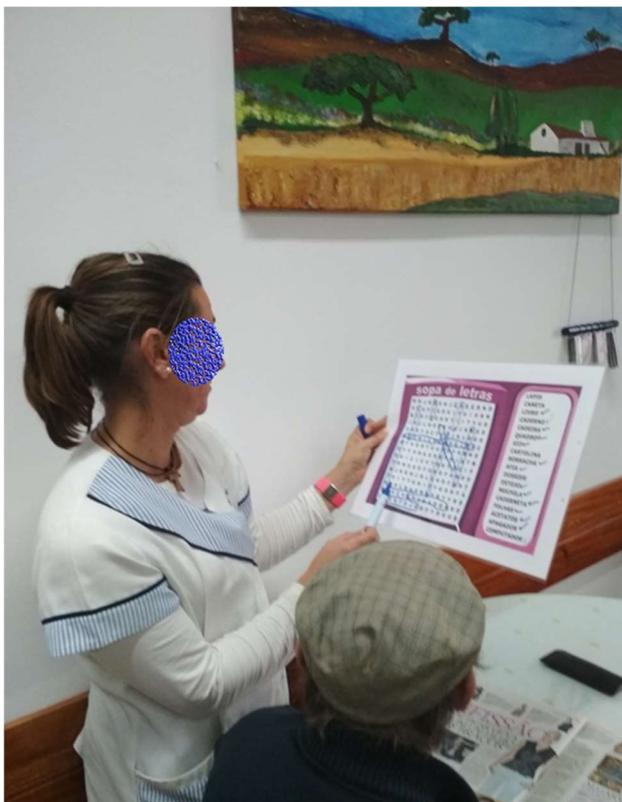




Apêndice XVII – Exercícios de Ginástica Mental – *Os melhores cá do sítio!*

Exercícios de Ginástica Mental – <i>Os melhores cá do sítio!</i>							
Objetivos: identificar o risco de violência nas práticas dos diferentes atores institucionais, aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Dinâmica de grupo: concurso entre equipas constituídas por 1 idoso e 1 cuidador formal. Vence a equipa que completar o exercício no menor tempo.	Mestranda e Enfermeiros	Dezembro 2017	Local a definir pelas instituições	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo profissional de saúde, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 50% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	Realização efetiva da atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100
Recursos Materiais: Folhas A3 Plastificadas, Canetas de acetato, cronómetro							

Execução da atividade

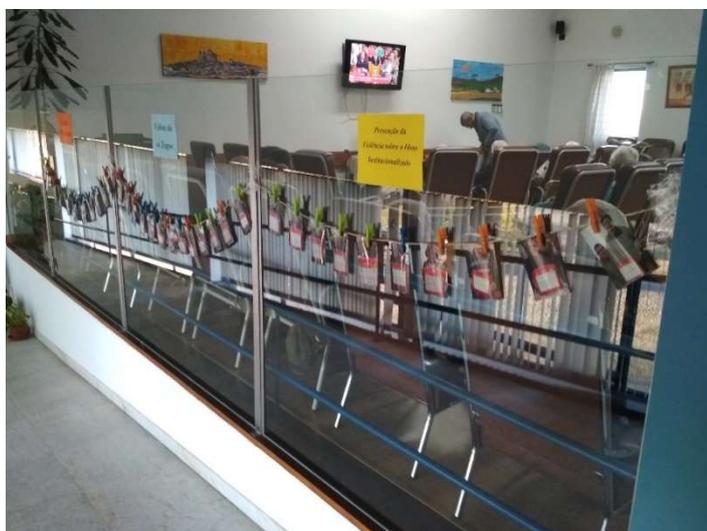


Apêndice XVIII– Dinâmica de Grupo – *Estendal dos Sonhos*

Dinâmica de Grupo – <i>Estendal dos Sonhos</i>							
Objetivos: aumentar a relação entre os cuidadores formais e os idosos institucionalizados no sentido da promoção do envelhecimento positivo e saudável e promover a mobilização e o envolvimento dos diversos atores no projeto de prevenção da violência sobre os idosos							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Dinâmica de grupo: idosos e cuidadores formais colocam as suas fotografias com os respetivos sonhos num estendal de cordel, preso com molas.	Mestranda e Enfermeiros	Dezembro 2017	Local a definir pelas instituições	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Método interrogativo; ✓ Método demonstrativo; ✓ Método ativo ✓ Exposição temática pelo profissional de saúde, fomentando o diálogo; ✓ Distribuição de ferramentas de apoio; ✓ Dinâmicas de grupo sobre a temática a abordar 	Que 80% dos idosos e cuidadores formais participem na atividade	Realização efetiva da atividade	(nº participantes/ nº cuidadores e utentes referenciados pelas instituições) x100
Recursos Materiais: Máquina fotográfica, fotografias, cordel, molas.							

Execução da atividade







Apêndice XIX – Capítulo a aguardar publicação no livro Perspetivas Inovadoras para o Bem-Estar Subjetivo No Envelhecimento

BURNOUT DO CUIDADOR FORMAL E O RISCO DE VIOLÊNCIA NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.

ERMELINDA CALDEIRA*

FELISMINA MENDES**

SUSANA VALIDO***

Resumo

As alterações sociodemográficas das últimas décadas refletem-se no aumento do envelhecimento populacional, verificando-se uma crescente necessidade de institucionalização dos idosos. A ocorrência de violência sobre os idosos institucionalizados é um importante problema de saúde pública, em que se torna fulcral o conhecimento das condições e os fatores de risco associados, de modo a que se estabeleçam estratégias de intervenção neste âmbito.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, cujos objetivos são avaliar o burnout no cuidador formal em instituições de prestação de cuidados a idosos e avaliar o risco de violência sobre os idosos institucionalizados. Enquadra-se no Projeto ESACA e englobou 34 cuidadores formais de três instituições prestadoras de cuidados a idosos do concelho de Évora. Verificou-se que não existem situações de violência sobre os idosos institucionalizados e constatou-se que a maioria dos cuidadores (96,3%) não se encontra em burnout, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente.

Palavras-chave: Violência, Idoso, Institucionalização, Cuidadores, Esgotamento profissional

Índice

1. Introdução	2
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Envelhecimento	3
2.2. Institucionalização e Risco de Violência sobre os Idosos	6
2.3. Cuidador Formal	7
2.4. Burnout do Cuidador Formal	9
3. Metodologia	14
4. Apresentação dos Resultados	16
5. Discussão dos Resultados	24
6. Conclusão	27
7. Referências Bibliográficas	28

* Professora Doutora, Universidade de Évora, Évora, Portugal, ecaldeira@uevora.pt

** Professora Doutora, Universidade de Évora, Évora, Portugal, fm@uevora.pt

*** Enfermeira, Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., Évora, Portugal, susana.n.valido@gmail.com

1. Introdução

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a uma modificação da estrutura das pirâmides etárias, refletindo-se no envelhecimento da população, colocando aos governos, famílias e comunidade desafios para os quais não estavam preparados.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social com repercussões multidimensionais de impacto significativo, o que torna premente a reflexão e tomada de decisões que visem contribuir para uma adequação dos contextos sociais facilitando a integração desta nova realidade, com um mínimo de repercussões negativas para os cidadãos, e potenciando uma harmonização consensual. Fácil será perceber que o campo da saúde é um dos que mais sentirá o impacto do envelhecimento demográfico.

Torna-se assim prioritário encontrar respostas sociais para acolher um número significativo de idosos, o que “implica na sua essência falar, em tempos de mudança política, na reforma do estado português e de um período de transição com vista no bem-estar, proteção social e direitos sociais” (Chambel, 2016, p.21). Com este novo paradigma impera a necessidade de cuidadores formais de idosos qualificados, no intuito de que a melhor preparação destes se reflita na melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na melhor qualidade de vida e proteção dos idosos.

Segundo a APAV (2010, p.41), “o reconhecimento de que os mais velhos eram vitimados foi lento, mas é hoje um fenómeno cada vez mais evidente dentro do actual processo de envelhecimento populacional mundial”. Em Portugal, estima-se que 39,4% da população de idosos seja vítimas de agressões (APAV, 2013), sendo “identificado pela Organização Mundial de Saúde como o quinto país, entre 53 Nações Europeias pesquisadas, com índices significativos de violência contra pessoas idosas” (Coler, 2014, p.19).

Burnout do cuidador formal e o risco de violência no idoso institucionalizado
Emelinda Caldera, Felismina Mendes, Susana Valdo

A institucionalização pode ser propícia a ocorrência de situações de violência sobre os idosos, tornando-se, por isso, fundamental conhecer as condições e fatores de risco que lhe estão associados, de modo a que se possam estabelecer estratégias de intervenção/prevenção neste âmbito (Carrilho, Gameiro e Ribeiro, 2015).

Vários autores (Jamieson, Teasdale, Richardson, & Ramirez, 2010) consideram que os cuidadores formais com maior compaixão e altruísmo, em consequência da exposição a fatores de stress no trabalho, podem prejudicar a sua saúde mental, traduzindo-se em estados de exaustão com implicações visíveis na vida pessoal, familiar e institucional. É primordial a realização de estudos acerca do *burnout*, na medida em que os cuidadores formais de idosos institucionalizados são considerados um grupo de risco, devido às exigências inerentes à sua profissão (Meireles, 2016).

O presente estudo tem como objetivos avaliar o *burnout* no cuidador formal em instituições de prestação de cuidados a idosos e avaliar o risco de violência sobre os idosos institucionalizados, no âmbito do Projeto ESACA - *Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir*, Ref: ALT20-03-0145-FEDER-000007.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Envelhecimento

Embora a definição de idoso baseada apenas no padrão etário seja um pouco controverso e limitado, considera-se pessoa idosa, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, sendo este marco aceite por organizações internacionais como a OMS e a ONU (Paschoal, 2000). O processo de envelhecimento é variável e de acordo com “as épocas, as culturas, os modos de vida e os meios científicos, médicos e

tecnológicos assim ocorrem modificações no processo de envelhecer” (Imaginario, 2008, p. 41).

Do ponto de vista biológico, Reis (1980) define velhice como “uma fase da vida em que a involução dos órgãos começa a ser evidente”, e Lehr (1998) salienta que esse processo ocorre tanto a nível biológico e fisiológico, como a nível psíquico e social. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE)

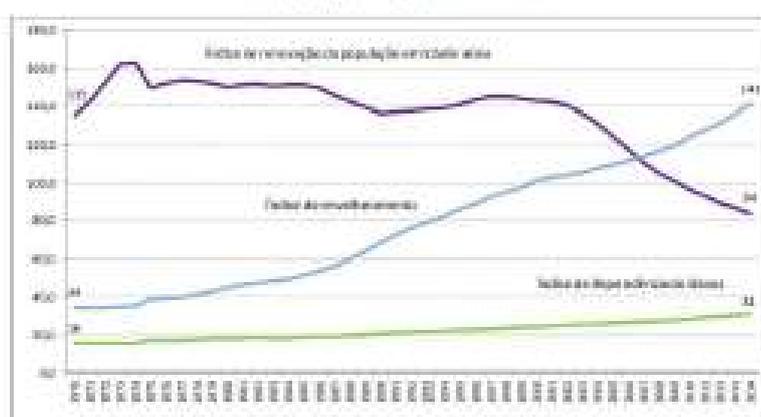
o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015, p.1).

De acordo com os dados divulgados no relatório da *World Population Ageing 2013*, divulgado em 2013 pela Divisão de População das Nações Unidas, citado pelo INE (2015, p. 2), “a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050”, sendo que as projeções das Nações Unidas, em valores absolutos, preveem que o número de “pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050”.

Fruto da diminuição da natalidade, do aumento da longevidade, da diminuição da mortalidade, nas últimas décadas verificou-se em Portugal um decréscimo da população jovem, bem como da população em idade ativa, em simultâneo com o aumento da população idosa (INE, 2015).

Entre 1970 e 2014 constatou-se que “o índice de dependência de idosos, aumentou continuamente passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014” (INE, 2015, p. 3). Por sua vez, o índice de renovação da população em idade ativa tem vindo a diminuir, com maior incidência nos últimos quinze anos: desde 1999 que este índice tem diminuído continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014 (INE, 2015) (Gráfico 1).

Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (IP³), Portugal, 1970-2014



Fonte: INE, I.P., Estatísticas Anuais da População Residente

Gráfico 1. Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (IP³), Portugal, 1970-2014. Fonte: INE, 2015, p. 3. Disponível em:

[https://www.ine.pt/portal/pt/main?op=1-D&id=opgid=ine_destaque&ID=STA\(QUIS\)dest_bon=224670354&ID=STA\(QUIS\)dest=2](https://www.ine.pt/portal/pt/main?op=1-D&id=opgid=ine_destaque&ID=STA(QUIS)dest_bon=224670354&ID=STA(QUIS)dest=2)

Nas projeções do INE sobre a população residente em Portugal prevê-se que até 2080 “o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer” (INE, 2017, p.4), devendo-se esta situação ao “facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2017, p.4).

2.2. *Institucionalização e Risco de Violência Sobre os Idosos*

O aumento do envelhecimento populacional, as mudanças sócio-económicas e culturais da sociedade, associados às alterações estruturais familiares nas últimas décadas que se refletem na redução da capacidade das famílias responderem às necessidades dos seus parentes idosos, conduzem a uma crescente necessidade de institucionalização (WHO, 2011).

Deste modo, “a velhice associada à ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos, bem como da satisfação das suas necessidades básicas, conduziu ao aparecimento de instituições onde o isolamento deste grupo etário passa a ser institucionalizado” (Chambel, 2016, p.26).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), descrevem o processo de institucionalização, essencialmente, pela saída (de curta ou longa duração) dos idosos das suas casas e compreende a tomada de decisão de institucionalizar, a escolha da instituição e a adaptação a esta nova fase. Para Fernandes (2000), a institucionalização caracteriza-se como um recurso importante para o idoso, que considera o seu estado de saúde em geral e a sua autonomia.

Durante o processo de institucionalização, o idoso é confrontado com diversos problemas que afetam de forma distinta a sua autonomia funcional e capacidades (Fernandes, 2000), sendo que as consequências decorrentes da adaptação à vida institucionalizada podem influenciar positiva ou negativamente a sua qualidade de vida. A institucionalização pode ter assim um significado nocivo para o idoso, uma vez que se encontra diversas vezes privado das suas atividades quotidianas e familiares, sentindo-se limitado pelas normas da instituição (Pestana & Espírito-Santo, 2008).

As instituições que prestam cuidados aos idosos são constituídas por diversos atores (idosos, família, cuidadores formais, comunidade, etc.), sendo que neste tipo de violência, o dinamismo humano e toda a envolvência organizacional estão subjacentes na prestação de cuidados aos idosos.

Apesar da violência institucional ser uma realidade, o seu conhecimento raramente chega às fontes de informação oficiais, ficando limitada à denúncia informal, tornando-se essencial a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde para o fato de existir risco de violência em instituições médicas e sociais, criadas para cuidar e proteger as pessoas idosas (WHO, 2011). De acordo com Gil e Fernandes (2011, p.9), os profissionais de saúde identificam determinadas práticas “como formas de maus-tratos e negligência, em contexto familiar, é de salientar que algumas destas práticas não são consideradas, pelos mesmos, como actos violentos ou abusivos, fazendo até mesmo parte dos normativos e procedimentos profissionais”.

Schiemberg et al. (2011) referem que os fatores de risco para a ocorrência de violência, parecem existir em todos os níveis do contexto ecológico do desenvolvimento humano, incluindo interpessoal/psicológico, interpessoal/familiar, rede social, institucional, comunitário/social, cultural e histórico.

De acordo com Dias (2005), os idosos institucionalizados podem estar sujeitos a um risco acrescido de violência devido à sua dependência e debilidade física, bem como o desconhecimento que manifestam dos seus direitos legais, associado ao receio de retaliações em caso de denúncia.

2.3. *Cuidador Formal*

Perante o aumento do envelhecimento populacional, bem como de doenças crónicas, degenerativas e progressivas colocam-se novos desafios às famílias e às instituições de

apoio à terceira idade e, conseqüentemente, aos cuidadores informais e formais. Neste contexto, os cuidadores formais assumem “um papel de destaque, na medida em que as alterações na estrutura familiar determinam que, muitas vezes, a tarefa do cuidado aos idosos seja relegada às Instituições de apoio a este grupo etário da população” (Meireles, 2016, p.1).

Importa aqui salientar a distinção entre cuidador informal e cuidador formal. No primeiro caso, o apoio informal refere-se ao cuidado contínuo ao idoso dependente prestado por familiares, amigos e/ou vizinhos, que não são remunerados nem possuem formação específica para a prestação desses mesmos cuidados (Silva, 2016). No que concerne ao cuidador formal, caracteriza-se por deter “uma preparação específica para o desempenho do papel que lhe foi encarregue e estão integrados no âmbito laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional, sendo remunerados e /ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.” (Meireles, 2016, p.8-9). São assim profissionais que possuem competências que lhes permite ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento (Kim, Bursac, DiLillo, White, & West, 2009), conhecendo as necessidades do idoso e apoiando-o na realização das suas atividades diárias (Hartke, King, Heinemann, & Semik, 2006).

A prestação de cuidados aos idosos desenvolvidos em contexto profissional tem como objetivo a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, temporárias ou definitivas (Silva, 2016). Deste modo, requer o envolvimento de diversas respostas sociais e equipas multidisciplinares, na medida em que exige profissionais qualificados das áreas da saúde, psicologia, ciências sociais, entre outras (Sequeira, 2010).

Cuidar de idosos, pela sua complexidade, traz elevadas exigências aos cuidadores formais, nomeadamente a nível profissional, emocional e pessoal, que poderão implicar com a sua saúde, sendo muitas vezes, fonte de stress (Ferreira, 2014; Meireles, 2016).

Também as inadequas condições de trabalho podem desencadear a presença de aspetos causadores de stress no cuidador, que se tornam permanentes e, conseqüentemente, passam a contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Silva & Carlotto, 2008), sendo caracterizado por um quadro bastante nítido de exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho (Tamayo & Tróccoli, 2009).

Se por um lado, alguns dos cuidadores que maltratam os idosos são oportunistas ou sociopatas, outros podem simplesmente estar em sobrecarga de trabalho (Sibbald & Holroyd-Leduc, 2012), situação que se verifica cada vez mais no nosso país (Carrilho, Gameiro e Ribeiro, 2015).

Devido aos constantes desafios e pressões a que o cuidador formal está sujeito, impera a necessidade de reflexão sobre a problemática do *burnout*, bem como a reflexão sobre políticas e práticas a adotar, no sentido de minimizar e prevenir estas preocupações (Almeida, 2013). No entanto, a maioria das instituições não se encontra preparada para lidar com os problemas apresentados pelos cuidadores (Ferreira, 2014).

2.4. *Burnout do Cuidador Formal*

Diversos estudos na área do *burnout* “sugerem a presença de exaustão e fadiga por compaixão nas relações entre os prestadores de cuidados formais e os seus destinatários” (Saúde, 2013, p.3-4), sendo que os cuidadores podem ficar mais vulneráveis a desenvolver a síndrome de *burnout* como resposta a situações de stress

continuadas inerentes ao trabalho, o que deteriora, de forma significativa, a qualidade do trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado (Souza, 2016).

Maslach (2003) refere que as profissões onde se presta assistência ao outro são as mais suscetíveis à síndrome de *burnout*, uma vez que é solicitado ao cuidador que estabeleça uma relação intensa, de duração considerável, com pessoas que se encontram frequentemente em situações problemáticas, repletas de sentimentos de frustração, medo ou desespero. A tensão e o stress resultantes dessa mesma relação podem desencadear um efeito de “dessecação emocional”, deixando os profissionais vazios e emocionalmente predispostos à síndrome de *burnout*.

O conceito de *burnout* é referido pela primeira vez em 1974 por Herbert Freudenberger, na sequência do seu estudo sobre profissionais de saúde, onde o autor percebeu que “muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, demonstrando um estado de exaustão” (Chambel, 2016, p. 36). Freudenberger constatou que os profissionais que se encontravam num estado de exaustão mental e emocional eram pessoas idealistas, que apresentam ser extremamente competentes, dinâmicas, inesgotáveis, procedendo ativamente, mesmo quando não atingem os resultados que seriam de esperar (Meireles, 2016) e que acabavam cansadas e desesperadas, necessitando de mais ajuda do que aqueles que cuidavam (Almeida, 2013).

Deste modo, Freudenberger identificou o stress contínuo no âmbito profissional e definiu *burnout* como um “desgaste, uma exaustão física e emocional, decorrente de um trabalho excessivo e exigente, e em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos” (Ferreira, 2014, p.10). Assim, o Síndrome de *burnout* traduz-se num “estado de fadiga

ou frustração causado por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada” (Freudenberguer,1980, citado por Queirós, 2005, p. 27).

O termo *burnout* é constituído, morfológicamente pelas palavras *burn* (queima) e *out* (exterior), “o que sugere que o indivíduo que padeça deste tipo de stress, se consome física e emocionalmente, evidenciando manifestações de comportamentos agressivos e de irritação constante” (Meireles, 2016, p. 14). No jargão popular inglês, *burnout* refere-se àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, surge como uma metáfora que define aquele que, por falta de energia, chegou ao seu limite, apresentando um estado de fadiga física e mental, ocorrido em inúmeros profissionais, transmitindo a ideia da imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada” (Benevides-Pereira, 2002; Queirós, 2005).

Em 1974, Freudenberger (citado por Queirós, 2005), referiu como causas do *burnout* a baixa implicação laboral, a falta de apoio da supervisão e direção, a pressão do trabalho, a idade, as características determinadas pelo posto de trabalho, a falta de suporte social, a indefinição de tarefas, os fracos níveis de autonomia no trabalho, a incomodidade física, as mudanças tecnológicas e a alta pressão no trabalho.

Tendo como base de partida os estados do autor supra-citado, Malasch e Jackson (1982), concluíram nos seus estudos que a síndrome de *burnout* era constituído pela conjugação de três componentes:

- a) A exaustão emocional, que ocorre mediante fatores pessoais e situacionais. O indivíduo sente uma carga emocional mais intensa do que em condições normais, uma sensação de exaustão que o leva a sentir-se incapacidade perante o outro, sem qualquer tipo de recursos emocionais, o que o leva a ter um decréscimo no seu desempenho de trabalho;

b) A despersonalização, que se caracteriza pelo facto do indivíduo adotar uma postura pouco flexível e impessoal perante o outro e na prestação do seu serviço. Esta atitude poderá ser vista como um mecanismo de defesa, p.9 no sentido de diminuir os sentimentos de impotência, indefeza e desesperança pessoal;

c) A realização pessoal, que se reveste o sentimento do indivíduo acreditar que o seu trabalho não merece qualquer tipo de dispêndio de energia, que todo e qualquer esforço que eventualmente possa fazer para mudar profissão ou de instituição é apenas uma perda de tempo (Ferreira, 2014, p. 9-10).

Ferreira (2014) refere que o *burnout* inicia-se com o stress e com o esforço efetuado para o superar, sendo que apresenta três estados distintos:

O primeiro consiste num desequilíbrio entre o nível de stress e os recursos para lidar com o mesmo, a segunda fase é o surgimento de tensão emocional, fadiga e exaustão. O terceiro estado, consiste na mudança de atitudes e comportamentos a tendência para tratar os clientes de forma mecânica e a preocupação com gratificação pessoal (Ferreira, 2014, p. 10).

De acordo com Silva (2016) é possível fazer-se a distinção entre *stress* e *burnout*, na medida em que o *stress* profissional prolongado pode conduzir ao *burnout*. O *stress* é resultado do desequilíbrio face aos recursos que o cuidador possui e às exigências com que é confrontado, sendo que este tem consciência desse desequilíbrio e tem a sensação de que é possível controlar a situação e que, conseqüentemente, o mal-estar da pessoa tende a desaparecer (Neto, Areosa, & Arezes, 2014; Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014). Em situação de *burnout*, o cuidador possui poucos recursos pessoais e encontram-se em grandes dificuldades para enfrentar a situação geradora de *stress*, sendo que as atitudes e os comportamentos acabam por se alterarem devido à tensão negativa gerada no local de trabalho (Silva, 2016).

Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objectos”. Tende a ver cada questão relacionada ao trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido (...). Assim o contacto com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade, ansiedade (França & Rodrigues, 2005, p. 54).

Landeiro (2011, citado por Almeida (2013, p.11), descreve o Síndrome de *burnout* como “um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adotadas pelos indivíduos – como afastamento e desumanização – alternando o seu comportamento no local de trabalho”. Deste modo, as exigências emocionais que são impostas aos cuidadores formais constituem a principal causa fundamental do *burnout* (Maslach, 2003).

O Síndrome de *burnout*, definido pela exaustão emocional, é uma das consequências mais relevantes do stress profissional, principalmente em profissionais em que a base das suas funções sejam as relações interpessoais (Almeida, 2013).

De facto, o *burnout* ocorre frequentemente em contextos onde os recursos que o trabalhador possui, no âmbito da prestação de cuidados aos idosos, são insuficientes para fazer face às exigências da tarefa (Silva, 2016).

A prestação de cuidados à pessoa idosa poderá causar sentimentos de mal-estar psicológico e de morbilidade física no cuidador, conduzindo a um cansaço evidente, bem como a sensação de deterioração do seu estado de saúde, desgaste físico e psicológico e consequente o *burnout* (Ferreira, 2014).

Atualmente, o *burnout* é, sem dúvida, uma importante questão a considerar no mundo laboral, na medida em que as suas consequências são visíveis para o indivíduo, para a instituição onde está inserido, bem como para os utentes a quem presta cuidados,

colocando em causa a qualidade dos mesmos (Souza, 2016). O estudo destas situações permite compreender grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador na organização” (Silva, 2016).

Diversos estudos evidenciam que as elevadas exigências, com impacto na saúde, a que o cuidador formal está sujeito aquando da prestação de cuidados ao idoso, originando elevados índices de stress nos cuidadores. Importa referir que as organizações não possuem mecanismos para lidar com os problemas que abrangem os seus funcionários (Saúde, 2013).

Maslach (2003) defende que uma das formas de prevenir o *burnout* passa pela promoção de um compromisso entre os profissionais e a instituição onde desempenham funções, de modo a aumentar a energia dos cuidadores, contribuindo para que estes se mostrem disponíveis para a concretização das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia.

3. Metodologia

No sentido de alcançar os objetivos definidos, optou-se por um estudo exploratório-descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Amostra

Este estudo englobou 34 cuidadores formais de três instituições prestadoras de cuidados a idosos do concelho de Évora, participantes no projeto ESACA - *Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir*, Ref^o: ALT20-03-0145-FEDER-000007 (ESACA, 2017). Os participantes cumpriam os critérios de inclusão previstos no Projeto ESACA, nomeadamente, cuidadores dos idosos mais frágeis que aceitem participar no estudo mediante preenchimento do consentimento e ausência de défice cognitivo grave.

Instrumentos de Recolha de Dados

Tendo em conta a investigação, as questões e objetivos do estudo, selecionou-se, como instrumentos de colheita de dados, o questionário. Foram aplicados os questionários: *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen, et al. 2005) adaptado e validado para a população portuguesa por Fonte (2011) e o questionário Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) (Gomes, 2012).

O CBI pretende avaliar a Síndrome de *Burnout* e contém dezanove questões, sendo que essas questões estão divididas em três escalas:

- Avaliação do *Burnout* Pessoal: constituído por 6 questões que avaliam o grau e exaustão física, psicológica e a exaustão experienciada pela pessoa, numa escala tipo likert de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).
- Avaliação do *Burnout* relacionado com o trabalho: constituído por 7 itens que avaliam o grau de fadiga física e psicológica, bem como a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho, numa escala tipo Likert de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).
- Avaliação do *Burnout* relacionado com o utente: constituído por 6 questões que avaliam o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes, numa escala tipo likert de 5 pontos (1=Sempre, 5=Quase Nunca/Nunca).

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens e considera-se como um elevado nível de *burnout* os valores iguais ou inferiores a 3.

Questionário Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM), adaptado para a realidade portuguesa por Gomes (2012), com base nos trabalhos originais de Armon, Shirom e Melamed (2013) e Shirom e Melamed (2006). O instrumento é constituído por

14 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1=Nunca; 7= Sempre). Permite avaliar três dimensões: Fadiga Física, nas questões 1-6 (sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física), Exaustão Emocional, nas questões 7-11 (sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas) e Fadiga Cognitiva, nas questões 12-14 (sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração). De acordo com Gomes (2012, p.3) “a pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se depois o resultado final pelo número de itens correspondentes”, sendo que “valores mais elevados significam maiores níveis de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva”. Ou seja, “elevados níveis de “burnout” estão associados a elevados “scores” de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva” (Gomes, 2012, p.3). Este instrumento permite avaliar o esgotamento dos recursos energéticos do indivíduo a diferentes níveis através do cálculo do *score* total “resultante da soma dos valores obtidos nas três subescalas, efetuando-se depois a divisão por três” (Gomes, 2012, p.4), sendo que “como valores meramente indicativos para a definição de sentimentos de “burnout” (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos), pode-se sugerir valores iguais os superiores a cinco da escala “*Likert*” (“Algumas vezes”) como indicador de problemas neste domínio” (Gomes, 2012, p.4).

Procedimentos

A recolha de dados realizou-se em agosto e setembro de 2017.

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa SPSS—Statistical Package for the Social Sciences (versão IBM SPSS Statistics 21.0).

Considerando a importância de avaliar a sensibilidade e fidelidade dos resultados, efectuou-se uma análise da consistência interna dos itens através do Alpha de Cronbach (α) nas questões *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho, *Burnout* relacionado com o utente e MBSM.

Após a aplicação do questionário, procedeu-se à análise da consistência interna das diferentes dimensões do *Burnout*, tendo revelado um valor global de *Alpha de Cronbach* de 0,894 (Tabela 1), o que demonstra a fiabilidade da escala e suas dimensões.

Tabela 1 – Análise da consistência interna das diferentes dimensões do *Burnout*

Dimensões	n.º de itens	Alpha de Cronbach	Classificação
<i>Burnout</i> Pessoal	6	0,869	Muito Boa
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	7	0,748	Boa
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	6	0,863	Muito Boa
Score Total	19	0,894	Muito Boa

Procedeu-se também à avaliação da consistência interna da escala MBSM, tendo-se obtido um *Alpha de Cronbach* de 0,880 (com classificação: Muito Boa), pelo que se procedeu à utilização de um *score* total da escala composta pelos diversos itens.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsinquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Todos os respondentes foram informados sobre o tema, os objetivos do estudo, a finalidade e a possível utilidade do mesmo. Foram informados de forma clara de todos

os procedimentos, tendo consciência da sua adesão voluntária ao estudo. Todos os respondentes assinaram o consentimento informado.

4. Resultados

A maioria dos respondentes/cuidadores formais das três instituições tem idade compreendida entre os 45 e 50 anos (30%), seguido dos cuidadores com idade entre os 40 e os 45 anos (20%), sendo que apenas 3,3% tem entre 55 e 60 anos. Todos os cuidadores respondentes são do género feminino.

Quanto ao estado civil, 56,3% dos inquiridos são casados, 31,3% vivem em união de facto, 9,4% são divorciados e 3,1% são solteiros.

Constatou-se que 87,1% dos cuidadores têm filhos enquanto 12,9% não têm. Dos respondentes com filhos, 45,8 % têm 2 filhos, 41,7% têm 1 filho e 12,5% têm 3 filhos. Verificou-se que 78,9% dos respondentes não têm outros dependentes a seu cargo e que 21,1% dos inquiridos têm outros dependentes (apenas um cuidador referiu que tem 3 dependentes a seu cargo).

Relativamente às habilitações literárias, 45,5% dos inquiridos terminou o ensino secundário, 30,3% têm o 3.º ciclo de escolaridade, 12,1% são licenciados, 6,1% terminaram o 1.º ciclo e 6,1% concluíram o 2.º ciclo de escolaridade.

Em relação ao tempo de exercício profissional, verificou-se que a maioria dos respondentes trabalha num intervalo temporal entre 5 e 10 anos (51,5%), seguidos dos respondentes que trabalham entre 1 e 5 anos (15,2%) e 15 e 20 anos (15,2%). No que concerne ao tempo de exercício profissional na instituição, constatou-se que 43,8% dos respondentes trabalham na instituição entre os 5 e 10 anos, 28,1% são colaboradores da instituição entre 1 e 5 anos e 15,6% trabalha no mesmo local entre 15 e 20 anos. 2,9%

dos respondentes exerce a sua atividade profissional noutra instituição, referindo que tem uma carga horária de 17 horas semanais nessa mesma instituição.

No que se refere à rotatividade horária, 37,5% dos respondentes refere trabalhar por turnos e 62,5% têm um horário fixo. Os cuidadores, nas diferentes instituições, têm diferentes cargas horárias semanais, sendo que 55,6% dos respondentes trabalha 40 horas por semana, 29,6% faz um horário de 35 horas semanais, 7,4% dos funcionários trabalha 42 horas por semana e 7,4% perfaz 37 horas semanais. Quanto à situação contratual, 60% pertencem ao quadro efetivo e 40% tem um vínculo contratual precário com termo.

Relativamente à tipologia de prestação de cuidados ao idoso, 33,3% presta cuidados aos idosos internos na instituição, enquanto que 66,7% presta cuidados domiciliários e a idosos internos na instituição.

No que diz respeito à assiduidade, no último ano, 68,8% dos respondentes refere nunca ter faltado, 25% referem ter faltado raramente, 3,1% faltaram algumas vezes e 3,1% faltaram muitas vezes. No último mês, 87,1% dos respondentes nunca faltou, 6,5% raramente faltou, 3,2% faltaram algumas vezes e 3,2% referem que faltaram muitas vezes.

Quando inquiridos sobre a possibilidade de deixar de exercer funções na instituição onde trabalha, 74,2% dos respondentes respondeu que não deixaria e 25,8% referiram que deixariam a instituição. Relativamente à possibilidade de mudança de profissão, 66,7% dos respondentes mantinha a mesma profissão, enquanto que 33,3% mudaria de profissão.

No que concerne às questões colocadas sobre o seu estado de saúde, 67% dos respondentes refere não ter nenhuma doença diagnosticada pelo médico e 32,4% tem

dos respondentes exerce a sua atividade profissional noutra instituição, referindo que tem uma carga horária de 17 horas semanais nessa mesma instituição.

No que se refere à rotatividade horária, 37,5% dos respondentes refere trabalhar por turnos e 62,5% têm um horário fixo. Os cuidadores, nas diferentes instituições, têm diferentes cargas horárias semanais, sendo que 55,6% dos respondentes trabalha 40 horas por semana, 29,6% faz um horário de 35 horas semanais, 7,4% dos funcionários trabalha 42 horas por semana e 7,4% perfaz 37 horas semanais. Quanto à situação contratual, 60% pertencem ao quadro efetivo e 40% tem um vínculo contratual precário com termo.

Relativamente à tipologia de prestação de cuidados ao idoso, 33,3% presta cuidados aos idosos internos na instituição, enquanto que 66,7% presta cuidados domiciliários e a idosos internos na instituição.

No que diz respeito à assiduidade, no último ano, 68,8% dos respondentes refere nunca ter faltado, 25% referem ter faltado raramente, 3,1% faltaram algumas vezes e 3,1% faltaram muitas vezes. No último mês, 87,1% dos respondentes nunca faltou, 6,5% raramente faltou, 3,2% faltaram algumas vezes e 3,2% referem que faltaram muitas vezes.

Quando inquiridos sobre a possibilidade de deixar de exercer funções na instituição onde trabalha, 74,2% dos respondentes respondeu que não deixaria e 25,8% referiram que deixariam a instituição. Relativamente à possibilidade de mudança de profissão, 66,7% dos respondentes mantinha a mesma profissão, enquanto que 33,3% mudaria de profissão.

No que concerne às questões colocadas sobre o seu estado de saúde, 67% dos respondentes refere não ter nenhuma doença diagnosticada pelo médico e 32,4% tem

uma doença diagnosticada pelo médico, sendo que as patologias mais referidas são hipertensão arterial, patologia osteoarticular, depressão, doença venosa crónica, patologia cardíaca, diabetes. Habitualmente, 54,5% dos respondentes não toma medicação, e 45,5% toma medicação com frequência, sendo que 76,5% dos inquiridos são medicados com prescrição médica.

Burnout

Em relação ao grau de exaustão física e psicológica, bem como à exaustão experienciada pela pessoa, 88,2% dos respondentes sente-se cansado “frequentemente” e “às vezes” e 82,3% dos respondentes sente-se fatigado “frequentemente” e “às vezes”. Quando questionados acerca da frequência com que se sentem frágeis e suscetíveis de ficar doentes, 44,1% dos cuidadores referem “raramente” e 17,6% referem “quase nunca/nunca”.

Em relação às questões relativas ao *burnout* pessoal, constatou-se que 58,8% dos respondentes se posiciona no item “às vezes”, 23,5% no item “raramente”. No entanto 14,7% dos cuidadores posiciona-se no item “frequentemente” (Tabela 2). No que respeita à caracterização da amostra no que concerne aos valores médios de *burnout*, verifica-se, que no *burnout* pessoal a média é de 3,03, com um desvio padrão de 0,71, o que revela um nível baixo de *burnout* pessoal (Tabela 3).

Relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho, 47,1% dos cuidadores respondentes considera que o trabalho que desempenham é emocionalmente desgastante “sempre” e “frequentemente”, 64,7% dos respondentes, “às vezes”, sente-se esgotado no final de um dia de trabalho. Apesar disso, 41,2% refere ainda que tem energia suficiente para a família e para os amigos durante o tempo de lazer. Verificou-se que

65,6% dos respondentes posiciona-se no nível 3, enquanto 18,8% no nível 4 e 15,6% no 2 (Tabela 2). Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho a média, a par da média do *burnout* pessoal, é de 3,03 com um desvio padrão de 0,59 (Tabela 3).

Relativamente ao *burnout* relacionado com o utente, 58,85% dos respondentes considera que “às vezes” é difícil trabalhar com os utentes e 41,2% dos cuidadores, “às vezes”, questiona-se sobre quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com os utentes. Após a análise estatística do *score* total, verificou-se que 57,6% dos cuidadores posiciona-se no item “raramente”, 36,4% no item “às vezes” e 6,1% dos respondentes no “quase nunca/nunca” (Tabela 2). Deste modo, quanto ao *burnout* relacionado com o utente a média obtida é de 3,69, demonstrando assim que os cuidadores formais da nossa amostra, também em relação ao *burnout* relacionado com o utente revelam um nível baixo. O desvio padrão é de 0,58. O cuidador com o nível mais baixo de *burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação média de 5 enquanto o cuidador com o nível mais elevado de *burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação média de 3 (Tabela 3).

Tabela 2 – Score Total do *Burnout*

	n	Sempre 1	Frequentemente 2	Às vezes 3	Raramente 4	Quase Nunca/Nunca 5
		%				
<u>Burnout Pessoal</u>	34	2,9	14,7	58,8	23,5	0,0
<u>Burnout relacionado com o trabalho</u>	32	0,0	15,6	65,6	18,8	0,0
<u>Burnout relacionado com o utente</u>	33	0,0	0,0	36,4	57,6	6,1

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto aos níveis médios de *burnout*

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Burnout Pessoal	34	1	4	3,03	0,81
Burnout relacionado com o trabalho	32	2	4	3,03	0,59
Burnout relacionado com o utente	33	3	5	3,69	0,58

Fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva (MBSM)

Após a análise estatística do *score* total dos itens correspondentes à fadiga física, verificou-se que 35,7% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Tabela 4). De acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da fadiga física, 35,7% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Relativamente à fadiga cognitiva, verificou-se que 16,6% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Tabela 4). Assim, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da fadiga cognitiva, apenas 16,6% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Após a análise estatística do *score* total dos itens correspondentes à exaustão emocional, verificou-se que nenhum dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Tabela 4). Deste modo, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da exaustão emocional, nenhum dos respondentes apresenta valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout*.

Tabela 4 – Score Total da Fadiga Física, Score Total da Fadiga Cognitiva e Score Total da Exaustão Emocional

	n	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
		%						
Fadiga Física	28	0,0	14,3	14,3	35,7	17,9	10,7	7,1
Fadiga Cognitiva	30	20,0	23,3	20,0	20,0	13,3	3,3	0,0
Exaustão Emocional	30	50,0	30,0	13,3	6,7	0,0	0,0	0,0

n - número de casos válidos

Procedeu-se, deste modo, à análise estatística do *score* total dos itens correspondentes à Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed, tendo-se verificado que 3,7% dos respondentes apresentam respostas iguais ou superiores a 5 (Algumas vezes) (Tabela 5). Assim, de acordo com a avaliação dos valores obtidos através do *score* total da Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed, apenas 3,7% dos respondentes apresentam valores indicativos para a definição de sentimentos de *burnout* (mas sem efeitos de diagnóstico pois não existem valores normativos) como indicador de problemas neste domínio.

Tabela 5 – Score Total da Medida de Burnout de Shirom-Melamed

	n	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
		%						
Score Total da Medida de Burnout de Shirom-Melamed	27	7,4	22,2	37,0	29,6	3,7	0,0	0,0

n - número de casos válidos

5. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos neste estudo mostram que a os cuidadores formais (96,3%), não se encontram em *burnout*, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente. Sentem, no entanto, que o trabalho que desempenham é emocionalmente desgastante e a maioria (64,7%) às vezes sente-se esgotada ao fim do dia de trabalho. Consideram-se, no entanto, frequentemente (15,6%) ou às vezes (65,6%), estar em *burnout* relacionado com o trabalho. Importa referir que após a análise do *score* total do MBSM, verificou-se que 1 cuidador formal apresenta valores sugestivo de *burnout*. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Melo, Gomes e Cruz (1997), no qual se reconheceram níveis elevados de stress relacionados com a sobrecarga de trabalho, sugeriram eventuais consequências na satisfação com o trabalho e a possibilidade do próprio stress gerar pressão e mal-estar naqueles que cuidam.

A par do estudo atrás referido, também no nosso estudo se constata alguma insatisfação dos cuidadores com o trabalho realizado, o que é manifestado por 25,8% dos cuidadores ao mostrarem que, perante a possibilidade de deixarem de exercer funções na instituição o fariam. Ainda relativamente à possibilidade de mudança de profissão, 33,3% mudaria. Compreendeu-se, no entanto, ao longo deste estudo, que a vontade dos cuidadores em abandonar o seu local de trabalho está relacionada com o *Burnout* pessoal ($r=0,38$; $p=0,025$). Este facto é comprovado por Benevides-Pereira (2002) segundo o qual os indivíduos quando apresentam *burnout* usualmente expressam vontade de abandonar o local de trabalho. A par do que se passa com os profissionais, a própria instituição pode sentir os efeitos do *burnout*, havendo uma diminuição do desempenho laboral por parte do profissional, baixa satisfação com o trabalho e decréscimo do interesse pela profissão, aumentando o absentismo laboral, conduzindo

mesmo ao abandono do posto de trabalho, da organização e até mesmo da profissão (Chambel, 2016). O aumento do absentismo e da rotatividade profissional influencia diretamente a produtividade (Souza, 2016). É assim fundamental a adoção de estratégias preventivas de *burnout*, que contribuam para uma melhoria das condições laborais que, conseqüentemente, se refletem numa melhoria dos cuidados prestados.

No entanto, apesar da insatisfação dos profissionais do nosso estado, verificou-se que estes são assíduos. No último ano, 68,8% refere nunca ter faltado, apenas 3,1% referem ter faltado muitas vezes. Este facto torna-se ainda mais evidente quando questionados acerca da assiduidade no último mês, em que 87,1% dos respondentes refere nunca ter faltado e 3,2% refere ter faltado muitas vezes.

Os cuidadores formais de idosos que apresentam significativos níveis de *burnout*, são afetados no seu estado de saúde física e psíquica, na baixa realização pessoal, no absentismo, na qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, na insatisfação dos utentes (Saúde, 2013). Importa referir que 32,4% dos cuidadores formais do nosso estudo tem uma doença diagnosticada pelo médico, sendo que as patologias mais referidas são hipertensão arterial, patologia osteoarticular, depressão, doença venosa crónica, patologia cardíaca, diabetes. Habitualmente, 45,5% toma medicação com frequência, sendo que 76,5% dos inquiridos são medicados com prescrição médica.

No que diz respeito ao horário de trabalho, verificou-se que 55,6% dos cuidadores formais tem uma carga horária semanal de 40horas e 7,4% de 42horas semanais. A literatura menciona que o horário de trabalho é uma das causas ao nível das organizações que pode concorrer para o aparecimento da síndrome de *burnout*, principalmente se os indivíduos forem constantemente obrigados a efetuar mudanças de horário e em períodos curtos de tempo, bem como a realizar trabalho por turnos (Patrick

& Levery, 2007). Por outro lado, no estudo de Duarte e Paúl (2006-2007), em que se realizou uma avaliação multidimensional do ambiente institucional de um lar público de pessoas idosas em Portugal, os autores concluíram que devido ao reduzido número de funcionários, o grau de apoio aos residentes era baixo (20%), comprometendo, deste modo, a individualização do cuidado.

6. Conclusão

A violência sobre os idosos é um alarmante problema de saúde pública, em que se verifica uma explícita violação dos direitos humanos. Impera a necessidade de avaliar o risco de violência sobre idosos e estabelecer políticas de saúde e estratégias de intervenção comunitária que contribuam para a minimização deste problema. Torna-se necessário desmontar os estereótipos negativos associados ao envelhecimento, mudando a atual forma de conceber e perceber o envelhecimento, de modo a aumentar a valorização social dos idosos e das problemáticas ligadas aos direitos e necessidades da população idosa.

Após a análise dos resultados, verificou-se que são pequenos os riscos de violência sobre os idosos institucionalizado nas três instituições prestadoras de cuidados a idosos do concelho de Évora, associados ao *burnout* dos cuidadores. Relativamente aos cuidadores formais, constatou-se que, objetivamente, a maioria dos cuidadores (96,3%) não se encontra em *burnout*, apesar de se sentirem cansados física e emocionalmente. Importa reforçar que cansaço não é sinónimo de *burnout*, na medida em que a síndrome de *burnout* abarca um estado exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal. No entanto, há uma percentagem pequena, 3,7% dos cuidadores, que apresenta níveis compatíveis com *burnout*, sendo que esses cuidadores podem representar um risco para os idosos.

As organizações devem ter capacidade de gerir situações de cansaço físico e emocional e de prevenção do *burnout* e disporem de medidas de avaliação temporária dos seus colaboradores, mediante instrumentos adequados, e estabelecer e adotar medidas que possam minimizar e prevenir estas situações. Desta forma, contribuem para a melhoria das condições laborais e, conseqüentemente, para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos. Cabe às instituições a implementação de políticas e estratégias de gestão organizacional que permitam a prevenção do *burnout* do cuidador formal, contribuindo, deste modo, para a prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado.

Agradecimentos:

Este estudo foi financiado pelo Alentejo 2020; Portugal 2020 e União Europeia, através do projeto ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir, Refº ALT20-03-0145-FEDER-000007.

7. Referências Bibliográfica

- Almeida, A. R. (outubro de 2013). A Síndrome de Burnout em cuidadores Formais (auxiliares de acção direta) de Idosos Institucionalizados. (*Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, pela Universidade da Beira Interior*). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Obtido em setembro de 2017, de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1649/1/Disserta%3%a7%3%a3o_Ana%20Almeida.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2010). *Manual Titono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Obtido em maio de 2017, de http://www.apav.pt/intranet16/images/manuais/manuais_intranet/Manual_Titono.pdf
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology*

- and Organizational Behavior*, 1, pp. 389-411. Obtido em setembro de 2017, de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Benevides-Pereira, T. M. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33(n.º 1), pp. 121-135. doi:doi: 10.14417/ap.736
- Chambel, D. (abril de 2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados: Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia e Saúde, pelo Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde de Portalegre)*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre. Obtido em maio de 2017, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lise%20dos%20Níveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>
- Coler, M. (Outubro de 2014). *A violência contra idosos e suas representações sociais. (Tese de Doutoramento em Psicologia, pela Universidade de Évora)*. Évora. Obtido em maio de 2017, de https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/12962/1/TESE_COLER_UE.pdf.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3) , pp. 297-334.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. *Revista da Faculdade de Letras - Sociologia*(15), pp. 249-274.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006-2007). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, n.º 1, pp. 17-29. Obtido em maio de 2017, de <http://files.rtgerontologia.webnode.pt/200000027-6aa0c6b9c1/RTG%20I%2C%202007.pdf>
- ESACA- *Envelhecer com Segurança no ALENTEJO (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir*. Ref.º ALT20-03-0145-FEDER-000007. 2017. Disponível em <http://www.esaca.uevora.pt/>
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Ferreira, J. (setembro de 2014). *Qualidade de vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: Um estudo correlacional. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo Instituto Universitário da Maia, Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento)*. Maia: Instituto Universitário da Maia. Obtido em maio de 2017, de

- <https://repositorio.ismaip.pt/bitstream/10400.24/248/1/TESE%20FINAL%20pdf.pdf>
- Gil, A. P., & Fernandes, A. A. (2011). "No trilho da negligência..." configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Fórum Sociológico*(n.º 21). Obtido em maio de 2017, de <http://journals.openedition.org/sociologico/471>
- Gomes, R. (2012). Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM). Braga: Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Hartke, R. J., King, R. B., Heinemann, A. W., & Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*(51 (2)), pp. 150-156.
- Imaginario, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. 2ª ed. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (15 de julho de 2015). Dia mundial da população. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, pp. 1-8. Obtido em maio de 2017, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (29 de março de 2017). Projeções de População Residente: 2015-2080. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, pp. 1-19. Obtido em maio de 2017, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Jamieson, L., Teasdale, E., Richardson, A., & Ramirez, A. (2010). *The Stress of Professional Caregiving*. New York: University Press.
- Kim, K. H., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. B., & West, D. S. (2009). Brief report: stress, race, and body weight. *Health Psychology*(28 (1)), pp. 131-135. doi:10.1037/a0012648
- Lehr, U. (1998). *Psicologia de la Senectud.- proceso e aprendizaje de la vejez*. 2ª ed. Barcelona: Herder.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. New York: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. Em G. S. Sanders, & J. Suls, *Social Psychology of Health and Illness*. London: Laurence Erlbaum Associates.
- Meireles, S. (maio de 2016). Burnout em Cuidadores Formais de Idosos. (*Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo*), Bragança. Obtido em maio de 2017, de

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Burnout%20em%20cuidadores%20Formais%20de%20idosos.pdf>

- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*(2), pp. 53-72.
- Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: Civeni Publishing.
- Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000
- Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(nº3), pp. 43-48
- Pestana, L. C., & Espírito-Santo, F. H. (2008). As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(n.º 2), pp. 268-275.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Reis, J. (1980). Aspectos gerais e históricos da geriatria. *Gerontologia*, Nº6 (2) 29-43.
- Saúde, S. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade de Aveiro, Departamento de Educação)*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Obtido em setembro de 2017, de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/11418/1/7835%20por.pdf>
- Schiambreg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffiore, R. J., Weatherill, R. P., Post, L. A. (Abril de 2011). Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. (23 (2)), pp. 190-211. doi:10.1080/08946566.2011.558798
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
- Sibbald, B., & Holroyd-Leduc, J. M. (6 de novembro de 2012). Protecting our most vulnerable elders from abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (16), p. 1763. doi:10.1503/cmaj.121472
- Silva, J. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais)*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Obtido em maio de 2017, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5321/1/Tese.pdf>
- Silva, T. D., & Carlotto, M. S. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(n.º 1), pp. 113-130.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Souza, M. (2016). Saúde física e mental dos idosos e sobrecarga dos cuidadores formais de instituições de longa permanência para idosos. (*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.*). Maringá: Centro Universitário de Maringá. Obtido em maio de 2017, de <https://www.unicesumar.edu.br/presencial/wp-content/uploads/sites/2/2017/04/MARIANA-VALEN--A-DE-SOUZA.pdf>
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia, 14*(n.º 3), pp. 213-221.
- WHO. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Obtido em maio de 2017, de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

Apêndice XX – Cronograma

Atividades	2017						2018									
	ago	set	out.	nov	dez	jan	fev.	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	
Aplicação dos instrumentos de colheita de dados (questionários e entrevistas)	■	■														
Realização do diagnóstico de situação	■	■														
Reunião com a enfermeira coordenadora da UCC			■													
Reunião com directoras técnicas das diversas instituições			■													
Sessão de apresentação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado” dirigida à equipa da UCC Évora.				■												
Dinâmica de Grupo – <i>O meu sonho é...</i>				■												
Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos cuidadores formais				■												
Jogos tradicionais – <i>Velhos?! Velhos são os trapos!</i>				■												
Exercícios de Ginástica Mental – <i>Os melhores cá do sítio!</i>					■											
Dinâmica de Grupo – <i>Estendal dos Sonhos</i>					■											
Avaliação do projeto				■	■	■										
Replicação do projeto “Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado”, no mês de outubro de 2018 (mês do idoso e da saúde mental)															■	

Apêndice XXI – Avaliação do projeto



VELHOS SÃO OS TRAPOS:
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SOBRE O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O presente questionário tem como objetivo conhecer a opinião dos cuidadores formais e diretores técnicos, que integraram o projeto de intervenção comunitária "Velhos são os trapos: prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado", relativamente à avaliação do mesmo.

É garantido o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas.

1. **Motivação:**
Sentiu-se motivado para participar no projeto "Velhos são os trapos"?

2. **Dinâmicas Internas (Forças e Fraquezas):**
Encontra forças no projeto "Velhos São os trapos" (aspectos positivos, objetivos e resultados alcançados)? Quais?

Reconhece fraquezas no projeto (aspectos negativos, objetivos não atingidos, bloqueios e dinâmicas de resistência à mudança)? Quais?

3. **Dinâmicas Externas (Oportunidades e Ameaças):**
Na sua opinião, que aspectos podem ser aproveitados e potenciados em prol do projeto "Velhos são os trapos"?



Que aspetos considera que podem dificultar a realização dos objetivos do projeto?

4. Sugestões:

Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto "Velhos são os trapos"?

Grata pela colaboração,

Suzana Veludo

ANEXOS

Anexo I – Questionário aplicado ao idoso (Projeto ESACA)



Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos Institucionalizados
(Projeto ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir, Ref: ALT20-03-0145-FEDER-000007)

1- Data: _____ 2- Local: _____
3- Código de Utente: _____

I. Caracterização Sociodemográfica

1. Caracterização do Idoso:

- 1. País: _____
- 2. Distrito: _____
- 3. Localidade: _____
- 4. Tempo de Institucionalização: _____ 5. Tempo de permanência nesta Instituição: _____

1.1. Sexo:

- 1. Masculino 2. Feminino

1.2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ 1.2.1. Idade: _____

• 1.3 Profissão: _____

1.4. Idade da Reforma: _____

1.5. Estado Civil:

- 1. Solteiro
- 2. Casado
- 3. Separado/Divorçado
- 4. Viúvo
- 5. União de facto
- 6. Outro: Qual? _____

2. Escolaridade

- 1. Analfabeto
- 2. Sabe ler e /ou escrever mas não completou o 1º ciclo
- 3. 1.º Ciclo
- 4. 2.º Ciclo
- 5. 3.º Ciclo
- 6. Ensino Secundário
- 7. Ensino Superior
- 8. Outro
Especifique: _____



2.2 Tem alguma destas doenças crónicas diagnosticada pelo médico(a)?

1. Doenças pulmonares	Não Sim
2. Doenças cardiovasculares	Não Sim
3. Doenças vasculares periféricas (Incluindo varizes)	Não Sim
4. Hipertensão arterial	Não Sim
5. Diabetes	Não Sim
6. Doença de Parkinson	Não Sim
7. Esclerose múltipla	Não Sim
8. Síndrome pólio ou pós pólio (fadiga, fraqueza e dores musculares decorrentes da poliomielite)	Não Sim
9. Cancro ou tumor	Não Sim
10. Osteoporose	Não Sim
11. Artrose	Não Sim
12. Artrite reumatóide	Não Sim
13. Outros problemas articulares	Não Sim
14. Fibromialgia	Não Sim
15. Dependência (álcool, drogas)	Não Sim
16. Depressão	Não Sim
17. Neuropatia (problemas sensoriais)	Não Sim
18. Epilepsia ou perdas de consciência	Não Sim
19. Síndrome Vertiginosa	Não Sim
20. Outros problemas neurológicos	Não Sim
21. Doenças cerebrovasculares	Não Sim

2.3. Outras doenças crónicas diagnosticadas pelo(a) médico(a):



3. Mini Mental State

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)</p> <p>1. Em que ano estamos? _____</p> <p>2. Em que mês estamos? _____</p> <p>3. Em que dia do mês estamos? _____</p> <p>4. Em que estação do ano estamos? _____</p> <p>5. Em que dia da semana estamos? _____</p> <p>6. Em que País estamos? _____</p> <p>7. Em que distrito vive? _____</p> <p>8. Em que terra vive? _____</p> <p>9. Em que casa estamos? _____</p> <p>10. Em que andar estamos? _____</p>	<p>5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)</p> <p>a) "Como se chama isto" Mostrar os objetos: Relógio _____ Lápis _____</p> <p>b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____</p> <p>c) "Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos. Pega com a mão direita, dobra ao meio e coloca onde deve _____</p> <p>d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHIE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase _____</p> <p>e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____</p>
<p>2. Retenção (contar um ponto por cada palavra correctamente repetida)</p> <p>"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor."</p> <p>Pêra, Gato, Bola</p> <p>Nota: _____</p>	<p>6. Habilidade construtiva (um ponto pela copia correcta)</p> <p>Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.</p> <p>Nota: _____</p> 
<p>3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair... consideram-se as seguintes como correctas. Para ao fim de 5 respostas)</p> <p>"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar"</p> <p>30 27 24 21 18 15 _____</p> <p>Nota: _____</p>	
<p>4. Evocação (um ponto por cada resposta correcta)</p> <p>"Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar"</p> <p>Pêra, Gato, Bola</p> <p>Nota: _____</p>	
<p>AValiação do score obtido</p> <p>MMSE adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores, 1993.</p> <p>≤ 15 pontos – Analfabetos</p> <p>≤ 22 pontos – 1 a 11 anos de escolaridade</p> <p>≤ 27 pontos – Com escolaridade superior a 11 anos</p>	<p>Total de Pontos Obtidos _____</p>



4. Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15, versão breve, Yesavage et al., 1983)

Itens	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a sua vida é/está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo de mal lhe possa acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente desamparado(a)?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	1	0
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	1	0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0
16. Total (> 5 = suspeita de depressão)		

5. Índice de Barthel: Grau de Dependência

	0	5	10	15
Higiene pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)		
Evacuar	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar	Incontinente ou algallado	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	Contínente (por mais de 7 dias)	
Ir a casa de banho (uso de sanitário)	Dependente	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	



Alimentar-se	Incapaz	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	Independente (a comida é providenciada)	
Transferências (cadeira /cama)	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	Pequena ajuda (verbal ou física)	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
Mobilidade (deambulação)	Imobilizado	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Vestir-se	Dependente	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas	Incapaz	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
Banho	Dependente	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)		

Total (0 - 100) _____

0-20	Dependência total
21-60	Grave dependência
61-90	Moderada dependência
91-99	Muito leve dependência
100	Independência



6. Em geral a sua saúde é:

- 1. Muito boa
- 2. Boa
- 3. Aceitável
- 4. Fraca
- 5. Muito fraca

7. Comparado com o ano passado, como classificaria neste momento a sua saúde, em geral:

- 1. Muito melhor do que há 1 ano
- 2. Melhor do que há 1 ano
- 3. Um pouco melhor do que há 1 ano
- 4. Mais ou menos na mesma
- 5. Um pouco pior
- 6. Muito pior

8. Comparando com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, considera que a sua saúde é:

- 1. Muito melhor
- 2. Melhor
- 3. Um pouco melhor
- 4. Mais ou menos na mesma
- 5. Um pouco pior
- 6. Muito pior

9. Usa algumas "ajudas" (óculos, bengala, aparelho auditivo...) para lidar com a vida do dia a dia?

- 1. Não
- 2. Sim Especifique _____

10. Tem alguma doença que interfira de alguma forma com as suas atividades (trabalho doméstico, lazer, outras...)?

- 1. Não
- 2. Sim Especifique _____



III. Preditores de Risco de Violência (ARVII)

Institucionalização	Sim	Não
1. A decisão de vir para a Instituição foi sua?	1	0
2. A decisão de vir para a Instituição foi da sua família?	1	0
3. Veio contrariado para a Instituição?		
4. A decisão de vir para a Instituição esteve associada a limitações físicas?	1	0
5. A decisão de vir para a Instituição esteve associada a questões/impossibilidades familiares?	1	0
Relacionamentos atuais e isolamento social		
6. Recebe a visita de amigos/colegas, habitualmente?	1	0
7. Recebe a visita de familiares habitualmente?	1	0
8. Tem relações conflituais com os/alguns colegas da Instituição?	1	0
9. Já quebrou relações com algum(a) colega, desde que está na Instituição?	1	0
10. Já alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?	1	0
11. Já alguém da Instituição o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?	1	0
12. Já alguém da Instituição lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	1	0
13. Já alguém da Instituição agrediu fisicamente (empurrou, etc) ?	1	0
Relações familiares		
14. A sua família o(a) ajuda-o(a) quando precisa?	1	0
15. Os(as) seus/suas amigo(a)s/colegas o(a) ajudam quando precisa?	1	0
16. Confia na maioria das pessoas da sua família?	1	0
17. Sente alguma amargura para com a sua família?	1	0
18. Sente medo de alguém da sua família?	1	0
19. Sente que ninguém da sua família o quer por perto?	1	0
20. Já alguém da sua família o agrediu fisicamente (empurrou, lhe bateu, ...)?		
21. Já algum membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?	1	0
22. Alguém da sua família lhe diz que está doente quando você sabe que não está?	1	0
23. Já alguém da sua família o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?	1	0
24. Já alguém da sua família lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	1	0
25. Já alguém da sua família o(a) forçou a assinar papéis contra a sua vontade?	1	0



Dificuldades cognitivas/emocionais		
26. Considera que as outras pessoas são injustas consigo?	1	0
27. Costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente?	1	0
28. Costuma irritar-se frequentemente?	1	0
29. Sente que tem dificuldade em tomar decisões sobre a sua vida?	1	0
30. Considera que precisa constantemente de atenção daqueles que estão à sua volta?	1	0
Questões financeiras		
31. Dispõe de meios financeiros para as suas necessidades pessoais?	1	0
32. Dispõe de meios financeiros para adquirir os seus medicamentos?	1	0
33. Gere pessoalmente o dinheiro da sua aposentação?	1	0
34. Recebe apoio financeiro da sua família?	1	0
35. Apia financeiramente alguém da sua família?	1	0

4. Representação Social da Violência

1. Refira cinco palavras que lhe ocorrem quando pensa em violência sobre idosos:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

2. Refira cinco palavras que lhe ocorrem para explicar porque existe violência sobre idosos:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Cofinanciado por:

Muito obrigado pela sua colaboração,
Susana Valdo



Anexo II – Questionário aplicado ao cuidador formal (Projeto ESACA)



Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos Institucionalizados (ARVII)

(Projeto ESACA - Envelhecer com Segurança no Acolhimento (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir, Refº: ALT20-03-0145-FEDER-000007)

CUIDADOR

1- Data: _____ 2- Local: _____
3- Código: _____

I. Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____	2. Género: ___ 1. Feminino / ___ 2. Masculino
3. Estado Civil: ___ 3.1. Solteira(o) ___ 3.2. Casada(o) ___ 3.3. União de Fato ___ 3.4. Viúva (o) ___ 3.5. Separada(o) ___ 3.6. Divorçada(o)	
4. Tem filhos? ___ 1. Não ___ 2. Sim se 2.1. Sim quantos? _____	
4.1. Outros Dependentes? ___ 1. Não ___ 2. Sim, se 2.1. Sim quantos? _____	
2. Habilitações literárias: ___ 1. Não sabe ler nem escrever ___ 2. Sabe ler e /ou escrever mas não completou o 1º ciclo ___ 3. 1º Ciclo ___ 4. 2º Ciclo ___ 5. 3º Ciclo ___ 6. Ensino Secundário ___ 7. Ensino Superior 7.1. Especificar _____	
3. Profissão _____	
4. Que atividade desempenha na Instituição? _____ _____	
5. Número de anos que exerce a sua profissão? _____	
6. Há quanto tempo exerce a sua função na Instituição? _____	
7. Trabalha parcialmente em mais alguma Instituição? ___ 1. Não ___ 2. Sim 2.1. Se sim diga quantas horas trabalha por semana nessa Instituição: _____	
8. Trabalha por turnos? ___ 1. Não ___ 2. Sim	
9. Refira o número de horas de trabalho semanais? _____	
10. Situação contratual: ___ 1. do quadro efetivo ___ 2. Vínculo precário e termo ___ 3. Prestação de serviços	
11. Tipo de cuidados prestados ao idoso: ___ 1. Domiciliares ___ 2. Internos na Instituição ___ 3. Ambos	



12. No último ano faltou ao serviço? ___ 1. Nunca ___ 2. Raramente (1-2 vezes)
 ___ 3. Algumas vezes (3-4 vezes) ___ 4. Muitas vezes(mais que 5 vezes)

13. No último mês faltou ao serviço? ___ 1. Nunca ___ 2. Raramente (1-2 vezes)
 ___ 3. Algumas vezes (3-4 vezes); ___ 4. Muitas vezes(mais que 5 vezes)

14. Se pudesse deixaria a Instituição onde trabalha? ___ 1. Não ___ 2. Sim

15. Se pudesse mudava de profissão? ___ 1. Não ___ 2. Sim

16. Sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico? ___ 1. Não ___ 2. Sim

2.1. Se sim qual? _____

17. Costuma tomar medicamentos? ___ Não ___ Sim

17.1. Se sim, são prescritos pelo médico? ___ Não ___ Sim ___ Às vezes

17.2. Se sim, que tipo de medicamentos toma habitualmente?

II. Burnout Pessoal

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

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase nunca/Nunca
1. Com que frequência se sente cansado(a)?					
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?					
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto (a)?					
4. Com que frequência pensa: "eu não aguento mais isto"?					
5. Com que frequência se sente fatigado(a)?					
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?					



III. Burnout relacionado com o trabalho

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

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase nunca/Nunca
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?					
2. Sente-se esgotado(a) com o seu trabalho?					
3. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?					
4. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?					
5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?					
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?					
7. Tem energia suficiente para a família e para os amigos durante o tempo de lazer?					

IV. Burnout relacionado com o utente

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

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Quase nunca/Nunca
1. Acha difícil trabalhar com os utentes?					
2. Acha frustrante trabalhar com os utentes?					
3. Trabalhar com os utentes deixa-o(a) sem energia?					
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com os utentes?					
5. Está cansado de trabalhar com os utentes?					
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com os utentes?					



V. Caregiver Abuse Screen (CASE)

Sendo a pessoa que ajuda ou cuida, por favor, responda sim ou não às seguintes perguntas	Sim	Não
1. Às vezes sente dificuldade de controlar a irritação ou agressividade do idoso?	1	0
2. Sente-se forçado, muitas vezes, a agir contra a sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	1	0
3. Sente dificuldade em controlar o comportamento do idoso?	1	0
4. Às vezes sente-se forçado a ser bruto com o idoso?	1	0
5. Às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário, ou deve ser feito para o idoso?	1	0
6. Muitas vezes considera que tem que rejeitar ou ignorar o idoso?	1	0
7. Muitas vezes sente-se tão cansado/exausto que não consegue responder às necessidades do idoso?	1	0
8. Muitas vezes considera que tem que gritar com o idoso?	1	0
9. Total		



VI. Representação Social da Violência

Refira cinco palavras que lhe ocorrem quando pensa em violência:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Porque é que considera que existe violência?

Refira cinco palavras que lhe ocorrem quando pensa em violência sobre Idosos:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Porque é que considera que existe violência contra/sobre os Idosos?

Cofinanciado por





Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM)

(Traduzido e adaptado de G. Amnon, A. Shirom & S. Melamed (2012) por A. Rui Gomes (2012))

Como se sente no seu trabalho?

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem diferentes sentimentos que pode ter relativamente ao seu trabalho.

Por favor, indique quantas vezes nos últimos 30 dias (1 mês) se sentiu assim no seu trabalho. Se nunca ou quase nunca teve esse sentimento, assinale "1" (um) no espaço reservado depois da afirmação. Caso contrário, se experienciou esse sentimento sempre ou quase sempre assinale "7" (sete) no espaço reservado depois da afirmação.

	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
1. Sinto-me cansado(a)	1	2	3	4	5	6	7
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a)	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto-me fadado(a) de trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto-me como se estivesse sem "bateria"	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto-me sem forças	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho dificuldades em concentrar-me	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que não consigo pensar com clareza	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto-me incapaz de ser empático(a) com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

Muito obrigado pela sua colaboração.
Susana Valido

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Projeto ESACA)

Documento 1 6 0 1 2



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Luís Sebastião, Professor Doutor Carlos Silva e Professora Doutora Constança Pinto deliberaram dar, na reunião do dia 19 de Maio de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "ESACA - Envelhecer com Segurança no Alentejo (Prevenir as Quedas e a Violência sobre Idosos) – Compreender para Agir " dos investigadores Catarina Lino Neto Pereira, Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito, Maria Gorete Mendonça dos Reis, Manuel José Lopes, José Miguel Gomes Salas, Armando Manuel Mendonça Raimundo, Guida Veiga, Pablo Tomás Carús, Maria Otília Brites Zangão, Ana Isabel Carvalho da Cruz Ferreira Matos, Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes, José Francisco Filipe Mameleira, Nuno Miguel Prazeres Batalha, Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, Maria da Luz Ferreira Barros, Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Ana Maria Barros Pires e Felismina Rosa Parreira Mendes.

Universidade de Évora, 19-05-2016

Pelo Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Carlos Silva)