

Marta Sofia Teixeira Pinheiro

**CUIDADORES DE INSTITUIÇÕES DE CRIANÇAS E JOVENS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS CARACTERÍSTICAS, SATISFAÇÃO E BEM-
ESTAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
2012

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

CUIDADORES DE INSTITUIÇÕES DE CRIANÇAS E JOVENS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS CARACTERÍSTICAS, SATISFAÇÃO
E BEM-ESTAR

Marta Sofia Teixeira Pinheiro
Outubro de 2012

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Margarida Isabel Rangel dos Santos Henriques*** (F.P.C.E.U.P.).

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Rangel Henriques, pelo apoio, presença e disponibilidade, e pelo incentivo a chegar *mais longe e fazer melhor*.

A todas as instituições de acolhimento que me receberam e aos cuidadores que colaboraram neste estudo, pela disponibilidade, feedback positivo e pelos incentivos à investigação.

Ao grupo das Oficinas de Investigação, pela partilha de conhecimentos e pelo carinho e ajuda, especialmente nos momentos mais críticos deste trabalho.

À Professora Doutora Carla Martins, pelas revisões e sugestões que me ajudaram a clarificar e a enriquecer este trabalho.

À Carla Guedes, companheira incansável neste percurso, pelo trabalho e dedicação, e pela amizade.

À Patrícia, à Elsa, à Joana e à Débora, pelos 5 anos e pela amizade que traçamos, pelo caminho que percorremos juntas e pela preocupação constante.

À Catarina, à Sara e à Raquel, ao Fábio e ao Francisco. Por não me deixarem desistir, por me acompanharem nos momentos sérios e nos momentos de lazer, por serem, para mim, *os verdadeiros...*!

À Rita, pela partilha de vivências ao longo dos anos, pela distância que nos aproximou e pela certeza de que trilharemos juntas o Caminho, siga por que estrada for... *Enquanto houver estrada para andar, a gente vai continuar...* daqui até à Lua!

“We were moving mountains long before we knew we could...”

(When you believe - Whitney Houston e Mariah Carey)

À minha família, contentora das minhas angústias, alegrias e vitórias.

Aos meus avós, exemplos incontestáveis da minha vida e presenças assíduas no meu dia-a-dia.

À Cecília e ao Sérgio, pelos exemplos de luta e vitória e por me ajudarem a ter garra para lutar, até ao fim.

Ao André... nem tenho palavras! Por acreditar em mim, por ser um porto seguro e por me ajudar a *mover montanhas*, quando eu não sabia ser capaz. Por ver sempre o lado positivo das coisas e me incentivar a arriscar, pela forma como me faz sorrir, mesmo quando a vontade é outra.

Aos meus pais... POR TUDO!!!

Resumo

Esta investigação teve como principal objetivo a descrição de um perfil de cuidadores em instituições para crianças e jovens através de características de personalidade e da perceção que estes têm do seu trabalho e bem-estar. Neste estudo será dada especial atenção à autoestima, à capacidade para resolução do luto, à capacidade para estabelecer vínculos afetivos e à tolerância à frustração, bem como à forma como a perceção do trabalho e do bem-estar se associam com elas, em virtude da sua importância na dinâmica dos cuidados. Este projeto tem a particularidade de se inserir num quadro de investigação mais amplo que visa a tradução e adaptação, para a população portuguesa, do questionário CUIDA, de avaliação de adotantes, cuidadores, tutores e mediadores.

Recolheram-se dados junto de 73 cuidadores de instituições destinadas a crianças e jovens, 68 (93,2%) do sexo feminino e 5 (6,8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos ($M = 40.53$; $DP = 9.77$), em 6 instituições do norte do país. Foram utilizados cinco instrumentos de recolha de informação acerca de características da personalidade dos cuidadores, da satisfação com a vida, do *burnout*, da saúde física e da perceção sobre questões do trabalho, tendo sido este último preparado para o efeito.

Os resultados sugerem que características como a autoestima, empatia, altruísmo e capacidade para resolver os problemas sobressaem neste grupo de cuidadores. No entanto, emergem algumas diferenças nos perfis dos cuidadores nas dimensões de personalidade do CUIDA em função da idade, de terem ou não filhos, das habilitações literárias, de terem formação específica, do estatuto profissional do cuidador, da sua perceção acerca de ter o perfil indicado para o desempenho das funções que lhe são atribuídas e, ainda, da satisfação com o trabalho. Foram também encontradas associações entre certas dimensões do CUIDA e a satisfação com a vida, do *burnout* e da tendência a experienciar problemas de saúde física. A maioria dos participantes não revelou indicadores de desgaste, doença ou *burnout* mas, pelo contrário, encontram-se índices elevados de satisfação com o trabalho, com a vida e de realização profissional.

Apesar de não se ter encontrado um único perfil, foram identificadas algumas características proeminentes que poderão contribuir para que os cuidadores desenvolvam um trabalho mais próximo e ativo com as crianças e jovens. O questionário CUIDA parece constituir um instrumento de avaliação pertinente para cuidadores, e poderá inclusivamente ser utilizado para fins de recrutamento e seleção de profissionais para as instituições de acolhimento.

Palavras-chave: CUIDA; Cuidadores Institucionais; *burnout*;

Abstract

The present research was aimed at describing the profile of caregivers in institutions for children and young people based on personality characteristics and on the perception that the caregivers have of work and well being. Within this study, the main focuses are self-esteem, the mourning skills, the ability to create affective attachments and the tolerance towards frustration as well as the way in which the perception of work and well being are related to them, concerning their importance for the care giving dynamics. This project is also part of a broader research aiming at translating and adapting the *CUIDA* (CARE) questionnaire to the Portuguese population, directed towards those who have adopted children, caregivers, tutors and mediators.

The data was collected with the help of 73 caregivers from 6 institutions from the North of Portugal. Among those, 68 (93,2%) are female and 5 (6,8%) are male with ages varying from 22 and 62 years old ($M = 40.53$; $SD = 9.77$). We used five data collection instruments including caregivers' personality characteristics, satisfaction with their lives, burnout, physical health and perception concerning work issues, this last one having been prepared especially for this purpose.

Results suggest that characteristics such as self-esteem, empathy, altruism, and ability to solve problems stand out in this group of caregivers. However, there are some differences among the caregivers' profiles in *CUIDA*'s questionnaire related to age, having children or not, education, having specialized training or not, the statute of professional caregiver, their perception of having a profile that fits their job and their satisfaction with work. We were also able to relate some dimensions of *CUIDA* with the satisfaction with one's life, burnout and the tendency to experience physical health problems. Most participants did not show signs of weariness, illness or burnout, but, on the contrary, there are high levels of satisfaction with work, life and professional fulfillment.

Although we weren't able to find a single profile, we were able to identify some prominent characteristics that may contribute to caregivers developing closer and more active work with children and young people. The *CUIDA* questionnaire seems to be a relevant assessment tool for caregivers and may even be used for professional recruiting and selection purposes for foster care institutions.

Key words: *CUIDA*; institutional caregivers; burnout.

Resumé

Le but de cette recherche est décrire le profil de soignant dans les institutions pour les enfants et les jeunes grâce à des caractéristiques de personnalité et à la perception qu'ils ont de son travail et du bien-être.

Dans cette étude, on accorde une attention spéciale à l'amour propre, à la capacité pour résoudre le deuil, à la capacité pour établir des vincules affectives et à la tolérance à la frustration, et aussi à la manière comme la perception du travail et du bien-être en sont associés, car elles sont très importants en ce qui concerne les soins. Ce projet a la particularité d'être partie d'un cadre de recherche plus vaste qui vise la traduction et adaptation, pour la population portugaise, du questionnaire *CUIDA* (SOIGNE), d'évaluation d'adoptants, soignants, tuteurs et médiateurs. On a recueilli des données auprès de 73 soignants d'institutions du nord du Portugal. De ces soignants, 68 (93,2%) sont du sexe féminin et 5 (6,8%) sont du sexe masculin et ses âges sont comprises entre les 22 et 62 ans ($M = 40.53$; $ET = 9.77$). On a utilisé cinq instruments pour recueillir les données sur les caractéristiques de la personnalité des soignants, la satisfaction avec la vie, le *burnout*, la santé physique et la perception des questions du travail. Ce dernier instrument a été préparé spécialement pour ce but.

Les résultats suggèrent que les caractéristiques comme l'amour propre, l'empathie, l'altruisme et la capacité pour résoudre des problèmes se font remarquer dans ce groupe de soignants. Pourtant, on trouve quelques différences entre les profils des soignants dans les dimensions de personnalité du *CUIDA* en fonction de l'âge, d'avoir des enfants ou pas, de l'éducation, de avoir de la formation spécifique ou pas, de son statut professionnel de soignant, de sa perception d'avoir le profil le plus indiqué pour son travail et aussi de la satisfaction avec le travail. On a trouvé aussi des associations entre certaines dimensions du *CUIDA* et la satisfaction avec la vie, le *burnout* et la tendance pour avoir des problèmes de santé physique. La majorité des participants n'a pas révélé indices d'usure, maladie ou *burnout* mais, en opposition, on trouve des indices élevés de satisfaction avec le travail, la vie et de réalisation professionnel.

Même si on n'a pas trouvé une seule profile, on a identifié quelques caractéristique proéminents qui peuvent contribuer à que les soignant fassent un travail plus proche et active avec les enfants et les jeunes. Le questionnaire *CUIDA* semble être un instrument d'évaluation relevant pour les soignants et pourra même être utilisé pour le recrutement et sélection de professionnelles pour les institutions d'accueil.

Mots-clé: *CUIDA*; soignants institutionnels; *burnout*.

Lista de Abreviaturas

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

LIJ – Lar de Infância e Juventude

Índice

Introdução	3
Parte I: Enquadramento Teórico	5
1. Enquadramento histórico dos maus tratos à criança em Portugal	5
2. O acolhimento institucional de crianças e jovens.....	7
3. Cuidar: diversidade de práticas, de contextos e de pessoas.....	10
4. Algumas implicações do trabalho institucional com crianças e jovens no bem-estar físico e psicológico dos cuidadores	16
Parte II: Estudo empírico	22
1. Introdução	22
2. Método.....	24
2.2. Instrumentos	25
2.3. Procedimento	27
3. Resultados.....	29
4. Discussão dos resultados	46
5. Conclusões.....	52
Referências Bibliográficas.....	55

Índice de tabelas e gráficos

Tabela 1: Distribuição das habilitações literárias dos profissionais em função das funções desempenhadas na instituição	25
Tabela 2: Medidas descritivas das escalas primárias do CUIDA (1-4).	29
Tabela 3: do Coeficiente de Correlação de Pearson entre a autoestima, a capacidade de resolução do luto, a capacidade para estabelecer vínculos afetivos e a tolerância à frustração.	30
Tabela 4. Medidas descritivas dos fatores de segunda ordem no CUIDA	31
Tabela 5: Apresentação dos resultados relativos ao Coeficiente de Correlação de Pearson entre a variável intervalar <i>idade</i> e as escalas primárias do CUIDA, e relativos ao Coeficiente de Correlação de Spearman entre a variável <i>habilitações literárias</i> e as escalas primárias do CUIDA	32
Tabela 6: Resultados do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial entre as variáveis <i>ter/não ter filhos</i> , <i>ter formação específica</i> e <i>estatuto profissional</i> e as escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA.	34
Tabela 7: Medidas descritivas da Escala de Satisfação com a Vida, por item (1-7).	38
Tabela 8: Medidas descritivas das escalas de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (0-6).	39
Tabela 9: Medidas descritivas da escala de saúde física, por item (0-5).	39
Tabela 10: Associações entre a idade, habilitações literárias, <i>ter/não ter filhos</i> , <i>ter/não ter formação específica</i> e <i>estatuto profissional</i> com a satisfação com a vida, <i>burnout</i> e saúde física.	40
Tabela 11: Associações entre a satisfação com a vida, <i>burnout</i> e saúde física.	41
Tabela 12: Associações entre as escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA e a satisfação com a vida, <i>burnout</i> e saúde física.	43
Tabela 13: Medidas descritivas dos três grupos da <i>satisfação com o trabalho</i> nas escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA.	45
Figura 1: Perfil de pontuações no CUIDA.	30
Figura 2. Perfil de pontuações no CUIDA em função de <i>ter/não ter filhos</i> .	34
Figura 3. Perfil de pontuações no CUIDA em função de <i>ter/não ter formação específica</i>	35
Figura 4. Perfil de pontuações no CUIDA em função do <i>estatuto profissional</i> .	35
Figura 5. Perfil de pontuações nas escalas primárias do CUIDA dos participantes que concordam totalmente (40), que concordam (30) e que discordam (2) ter o perfil indicado para desempenhar as suas funções.	37
Figura 6. Perfil de pontuações nos fatores de segunda ordem do CUIDA dos participantes que concordam totalmente (40) e que concordam (30) ter o perfil indicado para desempenhar as suas funções.	37
Figura 7. Perfis de pontuações nas escalas primárias do CUIDA em função da satisfação com o trabalho	45

Introdução

O estudo apresentado pretende refletir acerca dos cuidadores em instituições para crianças e jovens, procurando fazer uma descrição do perfil destes profissionais através de algumas características da personalidade e da sua perceção acerca do trabalho e bem-estar.

Em primeiro lugar, tentaremos fazer um enquadramento do tema, abordando a história dos maus tratos infantis em Portugal e fazendo uma resenha do que é o acolhimento institucional e da sua evolução.

Ao longo deste trabalho abordaremos também a teoria da vinculação, perspetivando que o trabalho institucional só é possível quando há relações de vinculação entre os cuidadores e as crianças e jovens (Quintãns, 2009). De facto, só um ambiente seguro pode promover as condições necessárias para o desenvolvimento das crianças e jovens. Se pensarmos que a forma como estas crianças e jovens interpretam a ação dos seus cuidadores pode ser decisiva para o seu sucesso desenvolvimental, torna-se fundamental apostar nas relações de vinculação segura entre eles.

Enunciaremos algumas características de personalidade que Bermejo e colaboradores (2006) consideram ser fundamentais nos cuidadores de crianças e jovens institucionalizados. Não obstante, é importante ter ainda em consideração a necessidade de uma intervenção especializada, no sentido de cobrir as necessidades das crianças em acolhimento. Neste sentido, não basta seguir o instinto de que “toda a gente sabe cuidar de crianças”, como muitas vezes ouvimos, mas há que apostar numa formação inicial e contínua que dê aos cuidadores as ferramentas necessárias para desempenhar as suas funções.

Abordaremos ainda algumas implicações do trabalho institucional, que consideramos importante enunciar e que serão alvo de estudo. Desde a vinculação ao processo de luto, passando pela vulnerabilidade ao *burnout*, o qual Teixeira, Santos da Silva e Medeiros (2010) consideram ser maior em profissionais cujo trabalho envolve um contato direto com os problemas dos outros. Falaremos ainda de alguns problemas de saúde física que podem emergir nestes cuidadores., bem como do seu bem-estar e da sua satisfação com a vida

Esta investigação procura cobrir uma área sobre a qual há poucos estudos. De facto, as crianças e jovens institucionalizados são alvo de grande preocupação e estudo. No entanto, a investigação acerca dos seus cuidadores é parca e, dado o interesse pessoal pela temática, não poderia deixar de o fazer.

Assim sendo, o objetivo geral deste estudo incidiu em analisar, aprofundar e refletir sobre o perfil de cuidadores, pelo que nos baseamos na exploração de um questionário espanhol preparado para a seleção de adotantes e também indicado como muito pertinente para cuidadores institucionais. Foi realizado um estudo de validação do questionário, em Espanha, com dois grupos distintos de adultos: um grupo de população geral e outro específico com adotantes, e os fundamentos encontrados aplicam-se também a cuidadores, tutores e mediadores. Trata-se de um questionário personalístico dimensional, que integra duas dimensões inovadoras que são a capacidade para estabelecer vínculos e a capacidade de resolução dos lutos. Encontra-se então em curso um projeto mais amplo de tradução e adaptação deste instrumento para o nosso país, do qual este estudo fará parte. A FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a coordenação da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques e da Professora Doutora Carla Martins da Universidade do Minho e no contexto de um protocolo de colaboração com a CEGOC-TEA (Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica – Técnicos Especialistas Associados, responsável publicação do referido questionário) encontra-se a realizar a tradução e adaptação para a população portuguesa do Questionário **CUIDA: Questionário para a Avaliação de Adotantes, Cuidadores, Tutores e Mediadores** da autoria de F.A. Bermejo, I. Estévez, M. I. Garcia, E. Garcia-Rubio, M. Lapastora, destinado a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Foi já realizada a tradução e um primeiro pré-teste, cujos resultados nos sugeriram a reformulação de alguns itens, encontrando-se em marcha o segundo pré-teste do questionário. Fazendo parte do grupo de investigação deste projeto, alguns dos dados recolhidos ao longo deste estudo integrarão o segundo pré-teste para a adaptação do questionário à população portuguesa.

No início do trabalho será apresentado um enquadramento teórico a partir do qual se desenvolveu o estudo, bem como uma breve revisão da investigação empírica no âmbito dos cuidadores, tendo em conta a diversidade dos seus campos de ação. Em seguida serão feitas referências aos procedimentos metodológicos, no que diz respeito aos objetivos, questões pertinentes à investigação, participantes, instrumentos e procedimentos de seleção e recolha, bem como de análise de dados, tendo em especial atenção as referências ao questionário CUIDA (Bermejo et al., 2006). Na última parte encontraremos a apresentação dos resultados e posterior discussão, finalizando com uma reflexão acerca das conclusões do estudo, limitações, contributos para a intervenção e propostas para estudos futuros.

Parte I: Enquadramento Teórico

1. Enquadramento histórico dos maus tratos à criança em Portugal

Quando pensamos em maus tratos, assumimos uma realidade reconhecida recentemente. No entanto, os maus tratos não são uma realidade nova. Até ao século XVII a comunidade assumia responsabilidade na educação e socialização das crianças, considerando-as “adultos em miniatura”. Como tal, não havia preocupações com o seu desenvolvimento, nem com o tipo de trabalho – forçado, muitas vezes – que tinham de realizar. Só nos séculos seguintes a criança passou a ser reconhecida como pessoa autónoma e necessitada de diferentes apoios para o seu desenvolvimento. É, então, com esta evolução, que se começa a dar importância a questões de maus tratos a crianças e adolescentes (Canha, Magalhães, Vilaverde *cit in* Coelho, 2009).

Ao longo do século XX, a identificação das vítimas de maus tratos foi facilitada, pois foram identificados diversos sintomas e sinais a apontar quadros clínicos de crianças vítimas de maus tratos. No entanto, é a partir de 1989, com a aprovação da *Convenção dos Direitos da Criança* e consequente ratificação, por Portugal, que esta temática alcançou verdadeiro relevo no nosso território, de tal forma que, na década de 1990, foram criadas diversas leis que visavam a proteção de crianças e jovens.

Numa sociedade que habitualmente se desenvolve em torno de modelos e experiências familiares, é na família que vemos a unidade fundamental da existência humana, no seio da qual vivemos e aprendemos valores essenciais à nossa personalidade e à forma como encaramos a vida. Essas vivências, por sua vez, influenciam o nosso percurso de vida e o modo como vemos a sociedade, e vice-versa.

O percurso de vida de uma criança e de um adolescente é, então, traçado, passo a passo, com a família onde nasceu. No entanto, não raras vezes, é no seio da família que surgem histórias de maus tratos. Estes põem em causa a saúde física e mental das crianças que os sofrem, podendo comprometer a sua qualidade de vida presente e futura.

De acordo com Magalhães (2004), os maus tratos dizem respeito a “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder” (p. 33).

A crescente mediatização desta problemática alertou a sociedade para a sua ocorrência. Foram desenvolvidos projetos de Ação Social com vista ao acompanhamento de famílias sinalizadas como “de risco” e à implementação de estratégias conducentes a uma melhoria da sua qualidade de vida. A partir daqui, criaram-se as CPCJ, com o objetivo de proteger crianças e jovens em perigo, envolvendo a participação dos pais ou representante legal, por forma a evitar ou protelar a intervenção judicial. Os menores são, muitas vezes, os primeiros a pedir ajuda. Segundo Mota e Matos (2008, p. 372), “a experiência clínica mostra que adolescentes com uma base insegura têm maior tendência à procura de apoio e proteção, mesmo que essa procura seja feita de forma paradoxal como é o cometimento de delitos ou o mau comportamento na tentativa de apelar à atenção”. Muitos destes jovens acabam por refletir os sentimentos de solidão psicológica e abandono parental através do seu comportamento. Estes jovens têm, assim, a necessidade de criar laços afetivos com figuras significativas, de forma a diminuir a vulnerabilidade face ao risco das situações que atravessam. Na legislação portuguesa, nº 1 e 2 do Artigo 3º do Anexo da Lei nº147/99 de 1 de Setembro, por *perigo* consideram-se as situações em que a criança ou o jovem: “a) Está abandonada ou vive entregue a si própria; b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.”.

A proteção de crianças e jovens implica um conjunto de ações que passam, então, pelo estudo e diagnóstico de cada situação nos seus diversos níveis - individual, familiar e social – procurando, sempre que possível, não retirar o menor dos sistemas em que está inserido, nomeadamente o seu meio familiar, a escola e a comunidade em geral. Contudo, existem casos que não permitem esta forma de intervenção e que exigem, como último recurso, um afastamento imediato do menor do meio de perigo, seguido de um acolhimento institucional que lhe proporcione proteção, segurança e bem-estar.

2. O acolhimento institucional de crianças e jovens

De acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº. 147/99 de 1 de setembro), a ocorrência de uma situação de perigo justifica a intervenção para a promoção de direitos e proteção da criança ou jovem em perigo. Neste sentido, o acolhimento institucional é postulado como uma das respostas de intervenção, afastando a criança ou jovem da situação de perigo e proporcionando-lhe segurança e a satisfação das suas necessidades. Esta medida de proteção da criança só deve ser utilizada quando as restantes, enunciadas anteriormente, não se revelem suficientes para afastar ou anular o perigo que ameaça a criança. Entretanto, não se espera que o acolhimento seja uma medida definitiva, mas antes uma oportunidade para trabalhar, junto da criança e da família, de modo a realizar as ações necessárias para reintegrar a criança na sua família de origem, ou numa família nova (Colen et al., *cit in* Ramos, 2011). Mas esta visão de acolhimento institucional não foi sempre assim.

Goffman (1987, p. 11) definiu o conceito de institucionalização como o “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Na década de 80, Makarenko (*cit in* Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa, 2005) refere-se à institucionalização como um “mal menor”, no sentido em que, não sendo o ambiente ideal, seria uma oportunidade para criar novas condições para o desenvolvimento dos jovens. No entanto, já na década de 1970, alguns autores, nos seus estudos, evidenciaram a necessidade de se “construírem alternativas à institucionalização clássica” (idem, p.51), cujos regulamentos obrigavam os residentes a privar, exclusivamente, com as pessoas que viviam ou trabalhavam na instituição, não permitindo uma abertura a outros contextos da comunidade.

Em Portugal, até finais do século XX, as instituições de acolhimento aproximavam-se, em muito, das instituições totais descritas por Goffman. De um lado, encontrávamos os internatos, que serviam a população estudantil rural e/ou de fracos recursos ou situações especiais, como os colégios militares. No outro lado, tínhamos instituições de acolhimento de jovens, que tinham ficado sem adultos capazes de assegurar a sua sobrevivência, por situações de pobreza ou orfandade, integrando ainda crianças e jovens com comportamentos desviantes. (Centro de Estudos Territoriais, 2005).

No entanto, no final do século XX, e acompanhando os estudos e reformas mundiais, as instituições começam a ser vistas pela sua transitoriedade e focando a educação como um dos objetivos de intervenção.

Para que isso fosse possível, a investigação começou a focar-se nas necessidades de melhorar os programas de acolhimento, de modo a que a instituição pudesse oferecer um contexto seguro de convivência onde se promova o desenvolvimento integral e que seja, ainda, um facilitador na adaptação e integração social das crianças (Arteaga & Dell Valle, 2001). No estudo que Arteaga e Dell Vale (2001) desenvolveram, com 673 crianças e adolescentes acolhidos em 42 instituições de quatro regiões de Espanha e avaliados durante um período de um ano, os autores concluem que as instituições de acolhimento oferecem um “ambiente estável que estimula o desenvolvimento e a aquisição de aprendizagens relacionadas com a vida em grupo, tendo assim a oportunidade de partilhar experiências muito benéficas para o desenvolvimento de valores sociais e de sentimentos de segurança e pertença ao grupo” (idem, p. 202).

Passou-se, então, de um modelo de acolhimento quase unicamente assistencial, preocupado apenas com o atendimento das necessidades básicas das crianças e jovens acolhidos, para um modelo mais educativo e completo, centrado nas necessidades desenvolvimentais das crianças (Queirós, 2010).

Delgado (2006) recorda-nos que a estrutura de vida de uma instituição deve assemelhar-se, tanto quanto possível, às estruturas de vida em contexto familiar, com um número reduzido de crianças e jovens acolhidos, para evitar a massificação no acolhimento. Acrescenta ainda que a instituição deve funcionar em “regime aberto, de modo a garantir a integração na comunidade, proporcionando a livre entrada e saída da criança, de acordo com o seu regulamento interno” (idem, p. 168). No entanto, refere também que nem sempre é possível garantir este funcionamento aberto, por falta de instalações e equipamentos adequados nas instituições de acolhimento. Na sua obra, o autor acrescenta igualmente que “as instituições ou centros de acolhimento têm por finalidade educar o menor e assegurar o seu desenvolvimento integral, substituindo a sua família ou responsáveis pelo poder paternal, quando estes não podem cumprir a sua finalidade educativa” (idem, p. 80).

Na literatura científica não há um total consenso acerca dos efeitos que a institucionalização possa ter no desenvolvimento integral da criança.

Encontramos estudos que patenteiam os efeitos nocivos que a institucionalização pode ter no desenvolvimento psicológico das crianças acolhidas, relatando que podem

apresentar fracas competências cognitivas, dificuldades no relacionamento interpessoal, labilidade emocional, ansiedade elevada e agressividade, entre outros. Zeanah, Nelson, Fox, Smyke, Marshall Parker e Koga (*cit in* Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007) consideram que a institucionalização pode estar relacionada com “danos quase irreversíveis no desenvolvimento da linguagem, na capacidade de ligar-se e apegar-se” (p. 22).

Em Portugal, foi realizado um estudo exploratório com 16 crianças, 12 cuidadoras e 6 diretoras de CATs, por Pereira, Soares, Dias, Silva, Marques e Baptista (2010) no qual os autores concluem que se torna difícil perceber, em estudos que revelam um desenvolvimento deficitário das crianças, se estes resultados estão relacionados com a institucionalização propriamente dita ou com os processos (in)adaptativos que lhe precederam. Tendo em conta o percurso de vida tumultuoso que as crianças e jovens levaram até ao momento da institucionalização, é necessário ter em conta todos os fatores antes de relacionar um défice desenvolvimental com o acolhimento institucional.

Ramos (2011) adianta ainda que, sabendo que a institucionalização pode acarretar consequências tanto positivas quanto negativas, é difícil relacionar o tempo de acolhimento com as consequências evidenciadas na vida da criança. Neste estudo, menciona autores que acreditam que o acolhimento institucional pode ser vantajoso para o desenvolvimento da criança, uma vez que pode providenciar um espaço seguro e de qualidade, adequado à promoção de competências, nomeadamente cognitivas e linguísticas.

O Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa (2005, p. 54) revela que “cada vez mais se entende indispensável a existência de respostas diversificadas consoante as necessidades da criança em risco, preconizando-se modelos de acolhimento à «medida» de cada uma das crianças, sobretudo quando elas apresentam carências emocionais ou afetivas que reclamam um tratamento individualizado, imprescindível ao sucesso da intervenção”.

Ainda que possa não ser a solução ideal para o desenvolvimento de crianças e jovens, as instituições de acolhimento conseguem lidar com as necessidades complexas das crianças que requerem uma atenção e intervenção especializada, tendo capacidade, formação e dedicação suficientes para cobrir as necessidades das crianças acolhidas, características que faltam nas famílias (Bravo e Dell Valle, 2009).

Rollinson (*cit in* Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa, 2005) refere que a maneira como as crianças e jovens interpretam a ação dos seus cuidadores pode ser um fator decisivo no seu sucesso desenvolvimental. Desta forma, com a intervenção de

técnicos especializados e dedicados ao trabalho com estas crianças e jovens, é possível promover um desenvolvimento socio-emocional mais ajustado e contrariar as assunções de que, por si só, a institucionalização compromete o desenvolvimento das crianças que se encontram nas instituições de acolhimento.

3. Cuidar: diversidade de práticas, de contextos e de pessoas

“Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.”

(Ministério da Saúde, 2008)

Ser cuidador

O ato de cuidar é transversal às mais variadas dimensões da vida quotidiana: os pais cuidam dos seus filhos, cuidam dos seus pais; cuidamos dos animais que estimamos, das plantas que vemos crescer em casa; cuidamos de nós próprios, cuidamos de outra pessoa que necessite de cuidados por não ser capaz de o fazer sozinha. Cuidamos quando procuramos providenciar o afeto, a dedicação e as respostas necessárias à satisfação das necessidades dos outros: sejam bebés, crianças, adultos, pessoas portadoras de deficiências que as incapacitaram, idosos que perderam as suas faculdades mentais ou motoras, entre um leque variadíssimo de situações que impelem o ser humano a assumir um compromisso de prestar cuidados a outro ser humano.

No entanto, a génese desse compromisso é variável. Neste sentido, quando falamos de pessoas que prestam cuidados a outros, importa, em primeiro lugar, distinguir cuidadores formais de cuidadores informais. Um cuidador formal é uma pessoa que presta cuidados a outra tendo por base um contrato, estabelecendo uma relação profissional e

qualificada com a pessoa de quem cuida. Por sua vez, um cuidador informal é aquele que presta cuidados a uma pessoa com base na solidariedade, voluntariado ou num sentimento pessoal, seja amizade ou vínculo familiar, sem que haja uma remuneração envolvida (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

Sendo uma esfera com diversos atores sociais, é muitas vezes na mulher que se centra a responsabilidade de prestar cuidados, sejam eles formais ou informais.

Cuidar: uma especificidade feminina?

Até ao século XX, a mulher enfrentava, na sociedade, um estatuto que a inferiorizava relativamente ao homem. Especialmente em Portugal, até ao fim do Estado Novo, as mulheres não tinham direito à educação e não trabalhavam fora de casa, sendo sua obrigação ficar em casa a cuidar e acompanhar os filhos, cuidar da casa e submeterem-se aos seus maridos, respeitando o seu papel de esposa.

Em Portugal, só depois de Abril de 1974 é que a realidade se alterou e, aos poucos, as mulheres conquistaram vitórias no sentido da igualdade nos direitos e deveres para os dois sexos: o direito à educação, à cultura e à saúde, por exemplo, foi garantido constitucionalmente a todos os cidadãos, sem discriminação de sexo, etnia ou religião. No revolucionado país, a nova Constituição garante a igualdade de oportunidades de tratamento no trabalho e afirma que, na família, o homem e a mulher têm os mesmos direitos e deveres quanto à capacidade civil e política e no que concerne à educação dos filhos. Neste sentido, começa a esbater-se a imagem da mulher “dona de casa”, cujas funções essenciais eram a educação dos filhos e o trabalho doméstico, e passamos a ver uma mulher mais (pro)ativa na sociedade, empenhada e trabalhadora, desempenhando funções anteriormente destinadas apenas ao sexo masculino.

Não obstante, as grandes (r)evoluções caminham a par das tradições. E as grandes mudanças sociais ocorridas com a Revolução de Abril pouco alteraram a situação doméstica, levando a que a mulher acumulasse os papéis laborais com os que tradicionalmente desempenhava em casa. Não raras vezes, quando falamos de “cuidadores”, formamos na nossa mente a imagem de uma mulher. Neri (*cit in* Orso, 2008) diz-nos que, em quase todo o mundo, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel de cuidador seja uma especificidade feminina. Assim sendo, as mulheres devem cuidar dos filhos e devem manter a função de cuidar, ao longo do tempo, prestando cuidados aos maridos, pais e sogros fragilizados. Silva e Cordeiro (2011) afirmam ainda que observar, interagir, avaliar e envolver-se, capacidades essenciais para quem presta

cuidados a alguém, são características intrínsecas à natureza do sexo feminino. Neste sentido, ainda que haja exceções, cimenta-se a ideia de que ser cuidador de alguém é uma tarefa essencialmente da mulher. E, se pensarmos em realidades familiares próximas, ou se tentarmos fazer um panorama da realidade das instituições em Portugal (Lares, Centros de Dia, CAT, LIJ, Escolas, Infantários, Creches, etc.), veremos que há uma percentagem elevadíssima de mulheres a desempenhar estas funções e poucos homens que as acompanhem. O assumir dos cuidados por parte das mulheres é, portanto, visto como natural, uma vez que está “inscrito socialmente no papel de mãe” (Ferreira, 2007, p. 66).

Diversidade de cuidados e cuidadores

As situações que impelem as pessoas a prestar cuidados a outra pessoa são, de facto, variadas e cobrem um extenso leque de ação.

Sejam cuidadores formais ou informais, a infância e a velhice são, por exemplo, momentos que requerem cuidados especiais dos outros, uma vez que se consagram momentos da vida em que as pessoas não têm autonomia para fazer tudo o que querem. Neste âmbito, enquanto espaço de cuidados formais, encontramos as creches, jardins-de-infância, escolas, as instituições de acolhimento (CAT e LIJ), os centros de dia, lares de terceira idade.

Por outro lado, há situações de doença que exigem cuidados especializados, médicos e de enfermagem, e que obrigam a um grande envolvimento por parte dos cuidadores, exigindo um conjunto de esforços de cuidadores formais e informais para um mesmo objetivo.

Os espaços de ação são variados, desde a habitação própria da pessoa a quem se presta cuidados até grandes espaços e organizações institucionais, como os hospitais e estruturas especialmente pensadas para fazer frente a necessidades específicas.

No entanto, importa agora termos especialmente em conta os cuidadores formais que atuam junto da infância e juventude, nas instituições de acolhimento que recebem os menores quando estes se encontram em situação de perigo.

A prática de cuidados em instituições de acolhimento de crianças e jovens

Sendo um espaço que procura desenvolver uma dinâmica que se aproxime da familiar, as instituições de acolhimento de crianças e jovens são palco da ação de diversos atores sociais: psicólogos, assistentes sociais, educadores sociais, educadores de infância, auxiliares de ação educativa, enfermeiros, assistentes de ação direta, entre outros,

procuram convergir as suas ações para providenciar um espaço seguro e promotor do desenvolvimento das crianças e jovens, para que estes sintam no acolhimento institucional uma oportunidade de mudança positiva. Todos estes “atores” se tornam, por conseguinte, cuidadores.

Neste sentido, o trabalho nas instituições de acolhimento é, então, desenvolvido através de equipas multidisciplinares, de modo a contemplar profissionais de áreas diferentes do conhecimento que possam trabalhar entre si e complementar os seus esforços. É este trabalho em equipa multidisciplinar que permite diferentes leituras de uma situação e, consequentemente, uma procura mais alargada de alternativas e modelos de intervenção. Ora, este é um ponto fundamental do trabalho em instituições de acolhimento, uma vez que há um ininterrupto trabalho entre cuidadores, crianças e famílias, sendo necessário gerir todas as situações do dia-a-dia.

Segundo Leandro, Alvarez, Cordeiro e Carvalho (2005, p. 139), as boas práticas institucionais “a) baseiam-se no elogio, encorajamento e estruturação de um ambiente promotor do sucesso; b) são razoáveis e relacionadas com a natureza do comportamento; c) ensinam ou mostram, de forma modelar, os comportamentos mais corretos e apropriados; d) têm como motivação a assistência e apoio às crianças e jovens, no sentido do seu desenvolvimento pessoal e social, responsabilidade e autocontrolo”. Seguindo estes princípios, os autores reforçam que, mais do que uma formação académica adequada, os cuidadores institucionais devem estar munidos de características pessoais que lhes providenciem as ferramentas indicadas para o sucesso do seu trabalho, como são exemplo a sensibilidade, afetividade, idoneidade, abertura e disponibilidade para interagir com o outro, um equilíbrio emocional que lhes permita serem assertivos nos momentos adequados, entre outros. Para tal, consideram que os recursos humanos das instituições são “absolutamente decisivos para o cumprimento da missão deste tipo de organizações, (...) o trabalho desenvolvido ultrapassa claramente a mera obtenção do lucro ou a simples prestação de um serviço, na medida em que implica afeto, respeito e empenho no bem-estar do outro. A qualidade dos cuidados prestados está intimamente ligada à qualidade humana daqueles que os prestam” (Leandro et al., 2005, p. 140).

Contudo, não raras vezes se impõem a isto as necessidades laborais do meio. Quintãs (2009) diz-nos que há ainda a ideia, bastante impregnada, de que “toda a gente sabe cuidar de crianças, o que diminui as exigências no processo de recrutamento e seleção” (p. 49). Mais ainda, muitas vezes contratam-se profissionais oriundos de outras áreas laborais para trabalhar diretamente com as crianças, carecendo de formação

específica. Neste sentido, os autores afirmam que, muitas vezes, as pessoas que trabalham diretamente com as crianças são as que possuem menos qualificações para tal (Delgado, 2006; Quintãns, 2009).

Para combater isto, é necessário desenvolver formações iniciais e contínuas junto dos cuidadores, uma vez que as necessidades e exigências relacionadas com o cuidar de crianças estão em constante evolução e mutação, sendo que as características das crianças de hoje são, em muito, diferentes das das crianças de há dez ou vinte anos atrás. Deste modo, “para corresponder à exigência de qualidade de intervenção das estruturas residenciais, é indispensável uma permanente atualização dos conhecimentos e das práticas de todos os responsáveis e colaboradores.” (Leandro et al., 2005, p. 141). Tendo por base a atualização de conhecimentos e a experiência que vão adquirindo ao longo da sua vida, os cuidadores devem ser “treinados e formados para racionalizar os comportamentos, não fazer juízos de valor, não ter reações agressivas, ter capacidade para mediar as relações, sentimentos e problemas entre as crianças/jovens e os seus familiares” (Instituto da Segurança Social, s.d., p. 14).

A preocupação com o recrutamento e seleção de cuidadores para instituições de acolhimento de crianças e jovens é essencial para o sucesso do trabalho institucional. Através do site da *British Association for Adoption and Fostering* – BAAF, pudemos encontrar que, no Reino Unido, o processo de recrutamento é longo. Assim que as pessoas mostram interesse em trabalhar em instituições de acolhimento, começam a participar em sessões de grupo onde aprendem a reconhecer as necessidades das crianças e jovens. Ao mesmo tempo, recebem visitas de assistentes sociais, que preparam um relatório para a instituição onde relatam se a pessoa pode, ou não, tornar-se cuidador. Se for aceite, deve frequentar diversas formações e, anualmente, é revista a capacidade para desempenhar as funções na instituição. Na pesquisa bibliográfica realizada não se encontrou referência a modelos específicos de avaliação e recrutamento de cuidadores para instituições de crianças e jovens em Portugal. No entanto, no Manual de Boas Práticas para o acolhimento residencial de crianças e jovens (Leandro et al., 2005), os autores reforçam a necessidade de cada estrutura residencial definir um perfil de colaborador e, na sua seleção, ter em conta as suas condições físicas e psíquicas, características de personalidade, percurso profissional anterior, habilitações e vocação, levantando-se a importância de uma entrevista pessoal. Os autores sublinham ainda a necessidade de apostar na formação inicial e contínua dos cuidadores. Nesse sentido, através de uma pesquisa pelo site do Instituto de Emprego e Formação Profissional, é possível encontrar, na área de formação

“Serviços de Apoio a Crianças e Jovens”, planos de formação de ação educativa, conducentes aos graus de técnico de ação educativa e de acompanhante de ação educativa. Estes cursos mostram-se pertinentes como formação inicial para estes cuidadores.

Como já vimos, são vastas e diversas as exigências implicadas no ato de cuidar de alguém. Como tal, não podemos dizer que haja um único perfil de cuidador. Pelo contrário, cada cuidador deve adequar-se às características e necessidades de quem cuida, e ao meio no qual desempenha a sua função (Bermejo, Estévez, García, García-Rubio, Lapastora, Letamendía, Parra, Polo, Sueiro & Velázquez de Castro, 2006). Neste sentido, Ochotorena (2009) recorda um princípio importante em contexto institucional, a adequação dos recursos às necessidades, em que a instituição deve avaliar as necessidades dos diferentes grupos de crianças e, tendo-as em conta, fornecer os recursos suficientes (em número e diversidade de características) e adequados às necessidades de cada criança acolhida. O autor segue os passos do modelo de Palacios (2007), que fala de uma necessidade de encontrar pais adotantes com capacidades para responder às necessidades específicas da criança (Modelo Necessidades-Capacidades), aplicando o seu fundamento também às instituições de acolhimento e aos seus cuidadores.

Não obstante os diversos perfis de cuidadores que podemos encontrar, há elementos que devem ser comuns a todos os cuidadores em instituições de acolhimento de crianças. Já foram referidos alguns elementos, mas a lista não se esgota. Bermejo e colaboradores (2006) dizem-nos que os cuidadores de crianças institucionalizadas devem ser altruístas, ter abertura e tolerância à diversidade, devem ser assertivos, ter uma autoestima adequada - no sentido que lhes permite, no seu trabalho, ajudar as crianças e jovens a desenvolver as suas competências num ambiente de segurança -, devem ter uma capacidade adequada para resolver problemas e devem ser empáticos. Além disso, devem apresentar um equilíbrio emocional adequado – para fazer frente às situações adversas que podem decorrer do seu trabalho, devem ser flexíveis, independentes e reflexivos – a fim de ponderarem e planificarem as suas ações. Os cuidadores devem também ser sociáveis, tolerantes perante a frustração que pode decorrer do seu trabalho, devem ser afetuosos, tendo a capacidade de estabelecer vínculos afetivos com as crianças de quem cuidam e devem ter também a capacidade de resolver adequadamente o luto perante as perdas, situação irrefutável no trabalho institucional.

Transportando consigo estas características, os cuidadores de crianças institucionalizadas agem como contentores das angústias das crianças, uma vez que poderão promover a expressão adequada de sentimentos e opiniões, facilitando a

comunicação e o estabelecimento de relações, podendo, ainda, ajudar a criança ou jovem a construir uma imagem mais organizada e estável da realidade, privilegiando o direito das crianças e jovens à informação acerca das regras, das situações, das relações, etc. (Quintãns, 2009). Além disso, a autora recorda-nos a perspectiva de Raymond, ao dizer-nos que o trabalho institucional se faz, essencialmente, através da criação de vínculos entre as crianças e jovens e os adultos, daí a importância fulcral dos cuidadores para o sucesso da resposta institucional.

4. Algumas implicações do trabalho institucional com crianças e jovens no bem-estar físico e psicológico dos cuidadores

A prestação de cuidados a crianças acolhidas institucionalmente exige um envolvimento enorme de todos os cuidadores para garantir a segurança de todas as crianças, para garantir os seus direitos e para as educar, também, nos seus deveres. Neste processo, criam-se relações afetivas de qualidade, vínculos que se mantêm na convivência diária. No entanto, apesar de parecer um processo natural, a criação destas relações com as crianças e jovens acolhidos é um desafio para os seus cuidadores.

Ainsworth (1989) definiu quatro características que diferenciam as relações de vinculação de outras relações sociais: a procura de proximidade, a noção de base segura¹, a noção de comportamento de refúgio² e as reações marcadas perante a separação involuntária. Com base nisto, a autora pôde identificar emoções positivas associadas à vinculação, como a segurança e o bem-estar, e emoções negativas relacionadas com a rutura da relação de vinculação, como a angústia, tristeza, cólera.

Tendo em conta o peso das histórias de vida que muitas crianças carregam, imbuídas com situações de negligência ou maus-tratos físicos e/ou psicológicos, estudos revelam que estas crianças tendem a desenvolver padrões de vinculação inseguros (Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan, & Vanmeenen; Benavente, Justo & Verissimo, *cit in* Ramos, 2011) e desorganizados (Carlson, Barnett, Cicchetti & Braunwald; George & Solomon; Barnett, Ganiban & Cicchetti, *cit in* Ramos, 2011). Para além da imagem negativa que criam de si mesmos, tendem a minar todas as relações futuras que podem desenvolver. Neste sentido, criar uma relação segura com as crianças e jovens é, de facto, um desafio,

¹ Confiança na ideia de que uma figura estará disponível para providenciar apoio, proteção.

² Procura de refúgio junto da figura de vinculação quando o indivíduo se apercebe de uma ameaça.

uma vez que uma nova relação com um novo cuidador pode reativar, na criança, as vivências traumáticas que experienciou anteriormente (Ramos, 2011).

Para fazer face a isto, é importante que os cuidadores sejam pacientes e estejam munidos com algumas das características anteriormente enumeradas, de modo a dar sinais de segurança à criança que, assim, aceitará gradualmente esta nova relação. Delgado (2006) lembra que esta relação deve ser especialmente cuidada, através do abraço, carinho, diálogo, sorrisos, mesmo que (ou especialmente quando) as situações não despertem essa vontade.

No entanto, há alguns fatores a ter em conta nestas relações de vinculação entre cuidadores e crianças institucionalizadas. Partindo do princípio de que os cuidadores têm de prestar cuidados diários a muitas crianças, não há tempo suficiente disponível para providenciar uma atenção individualizada a cada criança e às suas necessidades. Além disso, tendo em conta que falamos de instituições que funcionam em regime de rotatividade laboral, as crianças veem-se a braços com a criação e manutenção de diversas relações diferentes entre si, o que poderá ser prejudicial para a sua integração e desenvolvimento.

Por seu lado, do ponto de vista do cuidador, são criadas novas e intensas relações de vinculação à medida que entram novas crianças na instituição, que não vêm substituir as relações anteriores, mas complementá-las. Ramos (2011) esclarece que, criadas as relações de afeto entre cuidadores e crianças, os cuidadores estarão, por um lado, mais vulneráveis ao sofrimento das crianças e, por outro, vulneráveis a sentimentos de humilhação e desafio perante a desobediência das crianças. Neste sentido, Vectore e Carvalho (2008, p. 446) falam de um “receio de que o apego pode comprometer outros procedimentos inerentes ao acolhimento”, e acrescentam que as mudanças consequentes de cuidadores implicam um “processo contínuo de adaptações e readaptações (...) sendo tais ruturas acompanhadas por sofrimentos intensos, sentimentos de abandono e ressentimentos entre as partes”, o que pode influenciar a criação de novos vínculos com novas crianças que chegam à instituição. De facto, “os técnicos e auxiliares têm de saber gerir o dilema de continuar as suas atividades sem correr o risco de deixar de fora a criança que entrou, pois cada novo elemento exige um processo de aprendizagem que o conduza até onde estão os que já se encontravam há algum tempo” na Instituição. (Delgado, 2006, p. 172) É neste aspeto em particular que joga a capacidade dos cuidadores para resolver o luto associado às perdas relacionais, que acontecem nas instituições de acolhimento de crianças sempre que a

medida de proteção implique uma saída da casa onde, até então, a criança ou jovem esteve acolhido e, por conseguinte, um afastamento dos cuidadores com quem privou diariamente.

Ser cuidador, ou prestar cuidados a outrem, implica então do indivíduo um enorme esforço, seja físico e/ou psicológico. É um trabalho que requer sucessivas adaptações pessoais e profissionais, para ir de encontro às exigências da prestação de cuidados da(s) pessoa(s) de quem se cuida. É, portanto, uma atividade com grandes exigências emocionais associadas, tornando-a também numa fonte potenciadora de *stress* e, consequentemente, de desgaste profissional e pessoal (Costa, 2009).

Teixeira, Santos da Silva e Medeiros (2010) revelam que profissionais cujo trabalho envolva um contato direto com os problemas daqueles a quem prestam cuidados – como é o caso dos cuidadores de crianças em acolhimento - poderão experienciar *Burnout*. Este é um conceito introduzido, em 1974, por Freudenberg (Queirós, Dias & Carlotto, 2011). No âmbito dos seus estudos com profissionais de saúde, o autor conceptualizou o *burnout* como uma exaustão física e emocional, resultante de um trabalho exigente em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos. É um estado de fadiga ou de frustração provocado pela devoção a uma causa e um prolongamento do *stress* profissional crónico, no qual o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências já estão “esgotados”, manifestando-se através de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Maslach & Jackson; Maslach & Schaufeli; Pines & Aronson, *cit in* Queirós et al, 2011, 294).

Podemos encontrar alguns indicadores físicos, como a fadiga, dificuldades acrescidas no sono, indisposições, cansaço, alterações no apetite, entre outros, associados ao super-envolvimento destes profissionais nos seus trabalhos e nas relações que estabelecem, causando *stress*. Esta condição torna as pessoas mais vulneráveis e, nesse sentido, estudos revelam que, quanto mais vulneráveis ao *burnout* estiverem os cuidadores, mais vulnerável se encontrará também a relação que estabelece com a pessoa a quem presta cuidados, influenciando negativamente o seu trabalho. Além disso, há ainda estudos que referem que a possibilidade do *stress* evidenciado por estes profissionais poder influenciar negativamente a pessoa com quem lidam, gerando pressão e mal-estar, é uma fonte de tensão especial para estes profissionais (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Melo, Gomes & Cruz, 1997), criando então um ciclo vicioso. Este pressuposto é aplicável aos cuidadores de crianças, uma vez que a sua condição está intimamente ligada à qualidade dos cuidados que presta. E tendo em conta que se trata de uma profissão maioritariamente feminina, há que salientar que a literatura indica o registo de que as mulheres apresentam

níveis mais elevados de *stress* relacionado com o trabalho (Melo, Gomes & Cruz, 1997; Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Gomes & Cruz, 2004).

Considerando isto, acrescenta-se a necessidade de avaliar a satisfação destes cuidadores relativamente à sua vida. Esta avaliação aponta para um processo de julgamento cognitivo individual, em que cada pessoa tende a avaliar a qualidade da sua vida tendo em conta um conjunto de critérios desenvolvidos por si próprio. (Shin & Johnson, 1978; Pavot & Diener, 1993). Apesar da saúde, energia, entre outros, serem desejáveis, cada pessoa atribui-lhes valores diferentes (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Estudos empíricos relacionados com cuidadores

Ao longo da revisão da literatura no âmbito deste estudo, foi possível encontrar diversos estudos relacionados com a prestação de cuidados e a avaliação dos cuidadores num leque variadíssimo de situações.

Encontrámos, em primeira mão, uma vasta lista de estudos sobre cuidadores na doença: Soares (2010) desenvolveu um estudo sobre a exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos (profissionais de enfermagem), concluindo que é importante desenvolver intervenções em grupo com profissionais envolvidos em tarefas que os tornam mais suscetíveis ao *burnout*; Silva (2009) desenvolveu um estudo junto de cuidadores informais de doentes vítimas de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico e lesões vertebro-medulares, concluindo que há consequências em diversos níveis para o cuidador e que a sobrecarga a que está sujeito constitui uma potencial ameaça para a sua saúde. Encontrámos ainda estudos acerca da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual (Pimenta, Rodrigues & Greguol, 2010), da avaliação da sobrecarga de cuidadores de crianças com paralisia cerebral, com neoplasia cerebral e sua qualidade de vida (Camargos, Lacerda, Viana, Pinto & Fonseca, 2009; Junior, Ciasca & Rodrigues, 2011; Nóbrega & Pereira, 2011; Santos, Vargas, Oliveira & Macedo, 2010), estudos relacionados com a avaliação da qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com espectro do autismo (Barbosa & Fernandes, 2009; Ferreira, Morales, Cuvero, Pinto & Silva, 2008), entre outros estudos.

Há ainda diversos estudos relacionados com a satisfação de cuidadores de idosos e com a saúde mental dos prestadores de cuidados, bem como o seu bem-estar subjetivo (Brito, 2002; Couto, 2008; Ferreira, 2007).

No que concerne ao cuidado de crianças institucionalizadas, Cole (2005) desenvolveu um estudo acerca da motivação para o acolhimento de crianças em famílias de acolhimento e vinculação na criança. Os resultados mostram que o desejo de aumentar a família e a preocupação social pela comunidade são preditores do desenvolvimento de uma vinculação segura com a criança.

Cavazzi, Guilfoyle e Sims (2009) desenvolveram um estudo com sete cuidadores operacionais de instituições do oeste australiano, no qual concluem que a satisfação dos cuidadores no seu trabalho varia consoante os comportamentos indesejáveis das crianças e as interações com os pais biológicos destas. Os autores acrescentam que os cuidadores sentem que não têm apoio e que não são reconhecidos pelos restantes profissionais, uma vez que são excluídos das tomadas de decisão que afetam a criança na instituição. Além disso, os autores destacam a importância do apoio formal e informal na redução da tensão do cuidador no seu trabalho.

Muguwe (2012) realizou um estudo sobre a perceção dos cuidadores acerca da vinculação e comportamentos exibidos por crianças institucionalizadas em Zimbabué. Concluiu que os comportamentos positivos de vinculação não estavam a ser bem direcionados, e lançou alguns reptos quanto à necessidade de se rever o rácio entre cuidadores e crianças, reduzir o extenso horário laboral dos cuidadores e providenciar formações para melhor adequar os cuidados dados às crianças.

Os estudos encontrados em Portugal exploram essencialmente a dimensão da vinculação dos cuidadores e das crianças, focando especialmente as implicações da vinculação na criança e os seus comportamentos de vinculação. Ramos (2011) no seu estudo, com 40 crianças de Lares de Infância e Juventude da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com idades compreendidas entre 4 e os 11 anos ($M = 7.32$; $DP = 2.08$) e em que o tempo de acolhimento das crianças variava entre 0.82 anos e 6.48 anos ($M = 2.02$; $DP = 1.33$), pretendeu identificar a distribuição dos padrões da vinculação em crianças institucionalizadas. A autora verificou uma predominância de crianças com padrão de vinculação desorganizado, ressaltando que estes resultados vão de encontro à investigação internacional já existente. Também Quintãns (2009) analisando as narrativas de adultos sobre a sua institucionalização – 10 em Lares de Infância e Juventude e 4 em Centros Educativos, refere que não parece haver valorização pessoal das crianças/adolescentes na instituição, uma vez que não lhes foi proporcionado o afeto essencial para o desenvolvimento de uma boa autoestima e de uma vinculação segura.

Bermejo e colaboradores (2006) realizaram o estudo para a fundamentação do CUIDA com 456 adultos de população geral e 264 adultos adotantes. Ao comparar os resultados, perceberam que os adotantes se distinguiam em algumas características relativamente à população geral. Os autores indicam a extensão da validação também para cuidadores, tutores e mediadores. Posteriormente, García-Medina, Estévez Hernández e Letamendía Buceta (2007) apresentaram um estudo sobre o CUIDA enquanto instrumento de avaliação de personalidade de adotantes, cuidadores, tutores e mediadores. Neste, reforçam a importância da preparação e da prática profissional nos cuidadores formais, mas sublinham sobretudo a desejo de realizar bem o seu trabalho e de uma motivação adequada, reforçando que este trabalho requer uma atenção especial, sensibilidade e paciência.

Com efeito, é parca a literatura referente a cuidadores de crianças em instituições de acolhimento. O vasto interesse científico nas crianças e jovens institucionalizados parece ainda conhecer pouco aqueles que são coautores das suas histórias nos períodos de institucionalização e que se tornam também protagonistas das vivências das crianças.

Considerando o acolhimento institucional de crianças e jovens uma questão premente, especialmente nos tempos que correm em que a segurança da criança é, cada vez mais, uma preocupação e um agente de ação, e em que o trabalho de cuidadores institucionais se torna essencial, parece-me pertinente estudar mais estes atores sociais.

Parte II: Estudo empírico

1. Introdução

A literatura fala-nos dos mais variados tipos de cuidadores, mostrando a importância que cada um deles tem face à pessoa a quem presta cuidados.

No que diz respeito às crianças, sabemos que as experiências que decorrem nos primeiros anos de vida formam a sua personalidade, daí a procura por um ambiente o mais harmonioso possível e promotor do desenvolvimento.

A convivência familiar na infância é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Quando falamos de crianças e jovens com percursos de vida conturbados, muitas vezes o desenvolvimento nos primeiros anos de vida foi comprometido por histórias e situações de violência ou negligência, que os levaram a uma instituição de acolhimento. Neste sentido, é necessário ter recursos humanos competentes para atenuar a fragilidade física e emocional das crianças e jovens, procurando construir um ambiente seguro e afetivo, com cuidados específicos que possam vir a reparar vulnerabilidades e a refletir-se positivamente na construção da sua identidade.

Bermejo e colaboradores (2006), ao falar de cuidadores de instituições de crianças e jovens, sublinham a importância de uma adequação de características destes cuidadores às necessidades e características das crianças e jovens de quem cuidam. Destacam a autoestima como característica fundamental para o desempenho das suas funções, realçando a forma como esta influencia a capacidade dos cuidadores para lidar com as frustrações que decorrem no exercício do seu trabalho.

No que respeita às relações de vinculação entre cuidadores de crianças e jovens, a literatura diverge. Enquanto alguns afirmam que criar vínculos afetivos pode comprometer o trabalho institucional (Vectore & Carvalho, 2008), Bermejo e colaboradores (2006) avançam que a capacidade para se relacionar afetivamente é essencial nos cuidadores.

Este trabalho empírico pretende constituir um primeiro passo no estudo dos cuidadores de crianças e jovens a viver em instituições. Mais concretamente, pretende centrar-se na exploração das características de funcionamento dos cuidadores e das suas perceções quanto ao trabalho que realizam, a sua saúde e bem-estar. Para o efeito, pretendeu-se identificar instrumentos que pudessem ser particularmente pertinentes para

traçar perfis dos cuidadores. Foram então definidos dois objetivos principais: (1) explorar a aplicação do questionário de personalidade preparado para cuidadores, o CUIDA, implicando trabalhar na sua tradução e adaptação; (2) descrever o perfil dos cuidadores quanto à sua perceção do trabalho, de saúde e *burnout* e da satisfação com a vida, bem como a associação entre estas variáveis.

Tendo em conta a revisão bibliográfica realizada, a experiência de estágio curricular num Centro de Acolhimento Temporário de crianças e jovens e os objetivos do estudo, foram equacionadas algumas questões de investigação às quais este trabalho empírico pretende responder.

1. Será que se encontra um grupo heterogéneo de cuidadores, tendo em conta as variáveis sociodemográficas?
2. Será que se encontram associações entre a autoestima e a tolerância à frustração que pode decorrer do seu trabalho?
3. E ao nível da capacidade para estabelecer vínculos afetivos entre quem tem e quem não tem filhos, haverá diferenças? Serão uns mais capazes do que outros?
4. E quanto à capacidade para resolver situações de luto, serão os mais velhos mais capazes de lidar com as perdas relacionais?
5. Será que há uma associação entre a capacidade para estabelecer vínculos afetivos e a exaustão emocional ou entre a capacidade para estabelecer vínculos afetivos e a realização pessoal no trabalho? Poderemos dizer que as pessoas com mais capacidade para estabelecer vínculos estarão menos vulneráveis ao *burnout* e sentirão mais realização pessoal?
6. E tendo em conta a satisfação sentida com o trabalho, encontraremos perfis distintos nas dimensões do CUIDA?

A partir dos dados obtidos no estudo, vamos procurar responder a estas questões traçando um perfil dos cuidadores em instituições para crianças e jovens.

2. Método

2.1 Participantes

2.1.1. Participantes do primeiro pré-teste do CUIDA

Nesta primeira fase do estudo participaram 107 pessoas, que se dividiam entre população geral, cuidadores formais em instituições de crianças e jovens, cuidadores formais em instituições de apoio à deficiência, cuidadores em instituições de terceira idade e cuidadores informais de pessoas portadoras de deficiência. Tinham entre 19 e 65 anos, com uma média de 36.48 anos ($DP = 13.67$), sendo 70 (65,4%) do sexo feminino e 37 (34,6%) do sexo masculino.

2.1.2. Participantes cuidadores em instituições para crianças e jovens

No presente estudo participaram 73 sujeitos, 68 (93,2%) do sexo feminino e 5 (6,8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos, com uma média de 40.53 anos ($DP=9.77$). Dois dos participantes foram previamente eliminados durante as análises estatísticas por ultrapassarem os números máximos na escala de validade³ do questionário CUIDA. Trata-se de uma amostra por conveniência, recolhida em 6 instituições do Norte do país, definida tendo em conta os seguintes critérios: (i) ser cuidador formal de uma instituição de acolhimento de crianças e jovens; (ii) ter entre 18 e 65 anos de idade.

Dos 73 participantes, 20 (27,4%) são solteiros, 42 (57,5%) são casados, 6 (8,2%) são divorciados, 1 (1,4%) é viúvo e 4 (5,5%) vivem em união de facto.

Entre estes, 45 (61,6%) têm filhos e 28 (38,4%) não têm filhos. Entre os participantes, 22 (30,1%) têm um filho, 12 (16,4%) têm dois filhos, 9 (12,3%) participantes têm 3 filhos, 1 (1,4%) participante tem 4 filhos e outro (1,4%) tem 5 filhos, sendo que 4 têm filhos adotados.

No que concerne às habilitações literárias da amostra de cuidadores, a tabela 1, abaixo apresentada, evidencia as habilitações literárias relativamente às funções desempenhadas na instituição. Três participantes que não responderam a esta questão.

³ Os itens 17 (posteriormente invertido), 51, 89 e 112 do CUIDA pretendem medir a validade do questionário. Pontuações iguais ou superiores a 8 nesta escala (que sugerem que as pessoas discordam da primeira afirmação e concordam com as restantes) invalidam o questionário.

Tabela 1. Distribuição das habilitações literárias dos profissionais em função das funções desempenhadas na instituição.

	4º ano (2,7%)	6º ano (8,2%)	9º ano (17,8%)	12º ano (20,5%)	Licenciatura (34,2%)	Pós-Licenciatura (12,3%)
Auxiliares de ação educativa	2	6	13	15	10	1
Técnicos Superiores	-	-	-	-	15	8
Total	2	6	13	15	25	9

2.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados cinco instrumentos de recolha: o CUIDA, o Inventário de *Burnout*, a Escala de Saúde Física, a Escala de Satisfação com a Vida e uma ficha com dados do percurso profissional.

O Questionário para avaliação de adotantes, cuidadores, tutores e mediadores – CUIDA, da autoria de Bermejo, Estévez, García, García-Rubio, Lapastora, Letamendía, Parra, Polo, Sueiro e Velázquez de Castro (2006), desenvolvido em Espanha em 2006, foi recentemente traduzido e encontra-se em fase de adaptação para a população portuguesa por uma equipa coordenada pela Professora Doutora Margarida Rangel Henriques, da Universidade do Porto e pela Professora Doutora Carla Martins, Universidade do Minho, e da qual eu faço parte.

Este questionário tem como objetivo avaliar, mediante as variáveis que inclui, a capacidade de uma pessoa para proporcionar a atenção e o cuidado adequados a um filho biológico, adotado, de acolhimento ou sob tutela, ou a crianças que se encontrem a cargo de instituições, ou para proporcionar atenção e cuidados a adultos dependentes.

O CUIDA é constituído por 189 itens avaliados numa escala de Likert de 4 pontos, em que 1 corresponde a “discordo”, 2 a “discordo em parte”, 3 corresponde a “concordo em parte” e 4 corresponde a “concordo”. Os itens procuram medir variáveis afetivas, cognitivas e sociais relacionadas com a capacidade de estabelecer relações funcionais para o cuidado de pessoas. Ao todo, os 189 itens avaliam 14 variáveis da personalidade, 3 fatores de segunda ordem, 1 fator adicional e 3 índices de validade. As variáveis de personalidade avaliadas são o altruísmo, a abertura à experiência, assertividade, autoestima, capacidade de resolução de problemas, empatia, estabilidade emocional, independência, flexibilidade, reflexibilidade, sociabilidade, tolerância à frustração,

capacidade para estabelecer vínculos afetivos e capacidade para resolver situações de luto. Quanto aos fatores de segunda ordem, o CUIDA fornece informações sobre a capacidade dos candidatos para estabelecer relações de cuidado, baseadas na responsabilidade, no afeto e na sensibilidade, através das escalas de cuidados responsáveis, cuidados afetivos e sensibilidade às necessidades dos outros. Como fator adicional, os autores do CUIDA identificaram um estado emocional que faz referência a um conjunto de tendências, de sentimentos ou de ações destrutivas, que designaram de Agressividade.

Foi realizada a tradução e respetiva retroversão de acordo com os procedimentos internacionalmente indicados para a adaptação de instrumentos, e teve lugar um primeiro pré-teste, tendo a maioria das escalas “alfas” que se aproximam da escala original, e a maioria dos itens apresentava uma boa sensibilidade. Foi analisada a consistência interna de cada escala primária, neste estudo, através do Alfa de Cronbach e obtiveram-se valores de coeficiente alfa entre .47 e .79. Os valores mais baixos correspondem às escalas de empatia, capacidade de resolução do luto e capacidade para estabelecer vínculos afetivos.

Não obstante, alguns itens apresentaram-se insuficientemente pertinentes tendo em conta o fator que pretendiam avaliar, levando-nos a repensar nos benefícios de uma reformulação. Sendo os dados sugestivos de alguns refinamentos, justificou-se a opção pela realização de um segundo pré-teste, atualmente em curso e no qual alguns destes dados serão incluídos.

O **Maslach Burnout Inventory** – MBI (Maslach & Jackson, 1986) traduzido e adaptado à população portuguesa e posteriormente revisto por Melo, Gomes e Cruz (1999). É composto por 22 itens avaliados numa escala de Likert de 7 pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 6 a “todos os dias”. Os itens estão associados a sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: exaustão emocional, que analisa os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho; despersonalização, que pretende medir as respostas “frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços; e realização pessoal, que avalia os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas.

No que diz respeito à consistência interna, as escalas de exaustão emocional e despersonalização têm um coeficiente $\alpha = .85$ e a escala de realização pessoal tem $\alpha = .79$.

A **Escala de Saúde Física** - ESF (Cooper, Sloan & Williams, 1988) destina-se a analisar a perceção dos cuidadores acerca da frequência de ocorrência de problemas físicos nos últimos três meses. É uma versão traduzida e adaptada da escala *Occupational Stress*

Indicator, por Cunha, Cooper, Moura, Reis e Fernandes (1992) composta por 12 itens dispostos numa escala de Likert de seis pontos na qual 0 corresponde a “nunca” e 5 corresponde a “com muita frequência”. O valor total da escala é calculado por meio da soma dos valores obtidos em cada um dos itens, significando valores mais elevados uma maior tendência para experimentar problemas de saúde física. Foi avaliada a consistência interna da escala, através do Alfa de Cronbach, obtendo um coeficiente $\alpha = .90$.

A **Escala de Satisfação com a Vida – ESCV**, originalmente elaborada por Diener e colaboradores (1985) foi validada para a população portuguesa e revista, posteriormente, por Neto, Barros e Barros (1992). É composta por 5 itens avaliados numa escala de Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “totalmente em desacordo” e 7 a “totalmente de acordo”. Analisamos a consistência interna da escala e obtivemos $\alpha = .75$, que corresponde a uma boa consistência.

A **Ficha de dados do percurso profissional** inclui treze questões associadas ao estatuto profissional, anos de serviço, formação pessoal e satisfação com o trabalho (ver Anexo).

2.3. Procedimento

2.3.1. Procedimento de seleção e recolha para o primeiro pré-teste do CUIDA

A amostra do primeiro pré-teste foi escolhida por conveniência, por uma equipa de quatro pessoas, através das suas redes de contactos pessoais, tendo sido salvaguardada a distribuição do grupo em termos etários, de sexo, nível socioeconómico e pertença a grupos diversos quanto à prestação de cuidados formais. Este grupo contemplava já alguns profissionais de instituições para crianças e jovens. Os questionários foram distribuídos por mão própria e preenchidos na presença de um elemento da equipa, exceto nos casos de alguns cuidadores, em que o horário laboral não o permitiu. Nestes casos, as pessoas levaram o questionário para casa e foi combinada uma data para proceder à devolução do mesmo, preenchido.

2.3.2. Procedimento de seleção e recolha de dados junto de cuidadores de instituições para crianças e jovens

Em primeiro lugar, fizeram-se contactos para a divulgação do estudo. Além de alguns contactos pessoais, houve um contacto com a CNIS do qual resultou uma lista de LIJ do norte do país. Foram, depois, seleccionadas instituições por conveniência, contactadas via correio eletrónico e, posteriormente, por telefone, a fim de se agendar uma data para a recolha de dados. Foi enviada uma carta de pedido de consentimento às instituições (ver Anexo) e, posteriormente, entre as instituições interessadas em participar, foram incluídos no estudo os cuidadores que se voluntariaram para colaborar.

Os questionários foram entregues nas Instituições de acolhimento em envelopes individuais fechados, e posteriormente foram distribuídos aos participantes através das respetivas Direções. Cada participante levou um envelope para casa e, uma vez preenchidos, voltaram a depositar os questionários no envelope individual, devidamente fechado. Foi agendado um dia com cada Instituição para proceder à recolha dos questionários já preenchidos.

2.3.3. Procedimento de análise de dados

Os dados recolhidos através dos cinco instrumentos foram alvo de uma análise quantitativa, através do IBM-SPSS 19.

Depois de construída a base de dados, foram realizados testes de estatística descritiva a fim de se obterem medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (frequências e desvios-padrão). Foi ainda medida a consistência interna de cada escala primária do CUIDA, através do Alfa de Cronbach, bem como a consistência interna das escalas do Inventário de *Burnout*, da Escala de Saúde Física e da Escala de Satisfação com a Vida.

Foram realizados testes de diferenças de médias, através do *t*-test para amostras independentes. De seguida, foram utilizadas medidas de associação entre as diferentes escalas, obtidas através do Coeficiente de Correlação de Pearson, do Coeficiente de Correlação de Spearman e do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial, testes escolhidos mediante as variáveis a associar.

3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo realizado, organizados de acordo com as seguintes análises: 1) apresentação dos dados obtidos através do Questionário CUIDA e as suas associações com variáveis sociodemográficas; 2) apresentação dos dados da percepção dos cuidadores relativamente ao seu trabalho e bem-estar, associando estas variáveis a elementos sociodemográficos e, 3) exploração de associações entre os resultados do CUIDA com a percepção que os cuidadores têm relativamente ao seu trabalho e bem-estar.

3.1. CUIDA

3.1.1 Resultados do grande grupo

Em primeiro lugar, são apresentados os resultados encontrados nas escalas primárias do questionário. Uma vez que cada escala é composta por diversos itens e com número variável, optamos pela utilização dos valores das médias de cada escala, de modo a que fossem comparáveis. Para tal, procedemos ao cálculo da média de cada escala, fazendo a divisão do somatório do total dos itens pelo número de itens que compõem a respetiva escala. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 2, abaixo apresentada.

Tabela 2. Medidas descritivas das escalas primárias do CUIDA (1-4).

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Abertura	2.25	3.92	3.25	.38
Estabilidade Emocional	1.29	4.00	3.03	.50
Autoestima	1.85	4.00	3.46	.40
Capacidade para resolver os problemas	2.08	4.00	3.35	.41
Sociabilidade	1.85	3.92	3.27	.42
Empatia	2.62	3.85	3.44	.26
Flexibilidade	1.91	3.55	2.36	.40
Altruísmo	2.67	4.00	3.36	.34
Capacidade de resolução do luto	1.69	3.62	2.57	.37
Independência	1.73	4.00	2.78	.39
Reflexividade	1.92	3.77	2.99	.41
Assertividade	1.91	3.91	2.99	.43
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	1.73	3.82	2.83	.47
Tolerância à Frustração	1.31	3.77	2.49	.50

De acordo com os resultados apresentados na tabela, verificamos que as escalas com resultados mais elevados são as de autoestima ($M = 3.46$; $DP = .40$), empatia ($M = 3.44$; $DP = .26$), altruísmo ($M = 3.36$, $DP = .34$) e capacidade para resolver os problemas ($M = 3.35$; $DP = .41$) e as escalas com resultados mais baixos são as de flexibilidade ($M = 2.36$; $DP = .40$) e da tolerância à frustração ($M = 2.49$; $DP = .50$).

Tendo em conta os resultados, na figura 1 apresenta-se o perfil obtido nesta amostra de cuidadores de crianças e jovens institucionalizados.

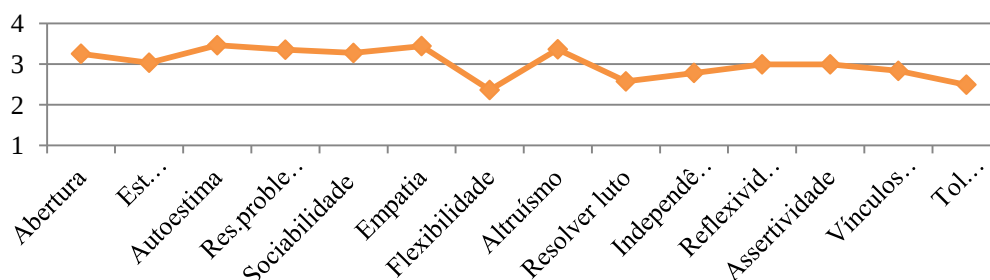


Figura 1. Perfil de pontuações no CUIDA.

Tendo em conta que a literatura enfatiza a importância da autoestima e da tolerância à frustração, e considerando que as escalas de capacidade para estabelecer vínculos e capacidade para resolução do luto são dimensões inovadoras em questionários personalísticos, destacamos estas quatro escalas primárias. Na tabela 3 abaixo apresentada, encontram-se as associações entre a autoestima, a capacidade de resolução do luto, a capacidade para estabelecer vínculos afetivos e a tolerância à frustração.

Tabela 3. Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson entre a *autoestima*, a *capacidade de resolução do luto*, a *capacidade para estabelecer vínculos afetivos* e a *tolerância à frustração*.

	Autoestima	Capacidade de resolução do luto	Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	Tolerância à frustração
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Autoestima	---			
Capacidade de resolução do luto	.25*	---		
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	.49***	.22	---	
Tolerância à frustração	.36***	.49***	.49***	---

* $p < .05$; *** $p < .001$

Como se pode observar, há correlações positivas significativas entre a autoestima e as restantes escalas primárias, bem como entre a tolerância à frustração e todas as restantes escalas.

Depois dos resultados das escalas primárias, calculamos os quatro fatores de segunda ordem. Os fatores de segunda ordem são calculados a partir da soma ou subtração dos resultados de algumas escalas.

O cuidado responsável calcula-se a partir dos valores médios das escalas *capacidade para resolver os problemas*, *estabilidade emocional*, *flexibilidade*, *independência*, *reflexividade* e *tolerância à frustração*. O resultado é depois dividido pelo número de escalas que compõem o fator, e obtém-se o valor médio. Do cuidado afetivo fazem parte as escalas de *assertividade*, *autoestima*, *empatia*, *estabilidade emocional*, *sociabilidade*, *capacidade para estabelecer vínculos* e *capacidade de resolução do luto*. Depois da soma dos valores médios das escalas, divide-se o total pelo número de escalas que compõem o fator. No que respeita ao fator da sensibilidade para com os outros, é composto pelas escalas primárias *abertura*, *altruísmo*, *capacidade para resolver os problemas*, *empatia*, *flexibilidade*, *sociabilidade* e *capacidade para estabelecer vínculos*. Depois de somados os valores médios, divide-se o resultado pelo número de escalas que compõem o fator. No que concerne à agressividade, este fator calcula-se começando pela escala de *assertividade* e subtraindo, depois, a *flexibilidade*, *reflexividade* e *tolerância à frustração*. O valor obtido é depois dividido pelo número de escalas que compõem o fator, obtendo-se um valor médio. Neste caso, os valores serão, forçosamente, negativos.

Os resultados médios dos fatores de segunda ordem do CUIDA apresentam-se na tabela 4.

Tabela 4. Medidas descritivas dos fatores de segunda ordem no CUIDA

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Cuidado responsável	2.26	3.70	2.91	.31
Cuidado afetivo	2.17	3.56	3.09	.28
Sensibilidade para com os outros	2.52	3.65	3.19	.26
Agressividade	-1.90	-.69	-1.33	.23

Como se pode verificar na tabela, os valores do cuidado responsável variam entre 2.26 e 3.70, com uma média de 2.91 ($DP = .31$). No que diz respeito ao cuidado afetivo, os valores variam entre 2.17 e 3.56, tendo uma média de 3.09 ($DP = .28$), e a sensibilidade para com os outros varia entre 2.52 e 3.65, com uma média de 3.19 ($DP = .26$). Os valores da agressividade variam entre -1.90 e -.69, com uma média de -1.33 ($DP = .23$).

3.1.2. Associações entre os resultados do CUIDA e algumas variáveis sociodemográficas

Dado o número reduzido de participantes do sexo masculino, não serão apresentados resultados em função do sexo.

Tendo em conta que se trata de um grupo de cuidadores com idades muito variadas, procuramos saber se a idade é um fator diferenciador no que respeita às características de personalidade evidenciadas pelas escalas primárias. Na tabela 5 apresentam-se os resultados encontrados.

Tabela 5. Apresentação dos resultados relativos ao Coeficiente de Correlação de Pearson entre a variável intervalar *idade* e as escalas primárias do CUIDA, e relativos ao Coeficiente de Correlação de Spearman entre a variável *habilitações literárias* e as escalas primárias do CUIDA

	Idade	Habilitações literárias
Escalas primárias	<i>r</i>	<i>r_s</i>
Abertura	-.25*	.30*
Estabilidade Emocional	.07	.19
Autoestima	-.17	.13
Capacidade para resolver os problemas	-.23	.25*
Sociabilidade	-.30***	.30**
Empatia	-.01	.20
Flexibilidade	-.22	.40***
Altruísmo	.08	-.13
Capacidade de resolução do luto	-.03	.19
Independência	.16	.08
Reflexividade	.02	.11
Assertividade	-.17	.38***
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	-.26*	.43***
Tolerância à Frustração	-.11	.39***
Fatores de segunda ordem		
Cuidado responsável	-.07	.32**
Cuidado afetivo	-.19	.43**
Sensibilidade para com os outros	-.27*	.34**
Agressividade	.07	-.29*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A partir da tabela pode-se verificar que há correlações negativas significativas entre a idade e as escalas primárias de abertura, sociabilidade e capacidade para estabelecer vínculos. Assim, as pessoas mais velhas têm menos abertura à experiência, menos sociabilidade e têm menor capacidade para estabelecer vínculos afetivos.

As *habilitações literárias* estão positivamente associadas às escalas de abertura, capacidade para resolver os problemas, sociabilidade, flexibilidade, assertividade, capacidade para estabelecer vínculos afetivos e tolerância à frustração. Assim, quanto mais habilitações têm os cuidadores, maior a sua capacidade no que diz respeito a estas escalas.

Relativamente aos fatores de segunda ordem, verifica-se na tabela que há uma correlação negativa entre a *idade* e a sensibilidade para com os outros, indicando que quanto maior for a idade, menor será a sensibilidade para com os outros. No que respeita às *habilitações literárias*, encontramos associações com todos os fatores de segunda ordem. As associações positivas com o cuidado responsável, cuidado afetivo e sensibilidade para com os outros indicam que quanto maiores as habilitações literárias, maiores os valores alcançados nestes fatores. No que concerne à agressividade, a correlação negativa significativa indica que, quanto maiores as habilitações, menores os níveis de agressividade.

Foram realizados testes de diferenças de médias para amostras independentes através das variáveis *ter/não ter filhos*, *ter/não ter formação específica* e *estatuto profissional*.

Em relação a *ter/não ter filhos*, há diferenças significativas ao nível da capacidade para resolver os problemas, $p < .05$, da sociabilidade, $p < .05$, flexibilidade, $p < .001$, altruísmo, $p < .05$, reflexividade, $p < .05$, e assertividade, $p < .001$.

No que diz respeito a *ter/não ter formação específica*, encontramos diferenças significativas ao nível da abertura, $p < .05$, e da empatia, $p < .05$.

Relativamente ao estatuto profissional, as diferenças significativas encontram-se ao nível da abertura, $p < .01$, empatia, $p < .05$, flexibilidade, $p < .01$, capacidade para estabelecer vínculos afetivos, $p < .01$, e tolerância à frustração, $p < .05$.

Na tabela 6, a seguir apresentada, encontram-se os resultados da associação das escalas primárias do CUIDA em função das pessoas terem, ou não, filhos, de terem, ou não formação específica e do seu estatuto profissional.

Tabela 6. Resultados do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial entre as variáveis *ter/não ter filhos*, *ter formação específica* e *estatuto profissional* e as escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA.

	Ter/não ter filhos	Ter formação específica	Estatuto profissional
Escalas primárias	r_{pb}	r_{pb}	r_{pb}
Abertura	.09	.24*	.31**
Estabilidade Emocional	.22	.01	.07
Autoestima	.17	.12	.05
Capacidade para resolver os problemas	.25*	.11	.20
Sociabilidade	.23*	.16	.02
Empatia	.19	.26*	.25*
Flexibilidade	.47***	.06	.31**
Altruísmo	.26*	-.02	-.06
Capacidade de resolução do luto	.03	.03	.21
Independência	-.20	.01	.08
Reflexividade	.25*	.03	.16
Assertividade	.38***	-.02	.21
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	.08	.11	.31**
Tolerância à Frustração	.20	.08	.28*
Fatores de segunda ordem			
Cuidado responsável	.29*	.09	.26*
Cuidado afetivo	.29*	.13	.23
Sensibilidade para com os outros	.32**	.19	.29*
Agressividade	-.25*	-.09	-.26*

* $p < .05$; *** $p < .001$

Há uma correlação positiva significativa entre *ter/não ter filhos* e a flexibilidade, a assertividade, a capacidade para resolver problemas, a sociabilidade, o altruísmo e a reflexividade. Tendo em conta que se trata de uma variável nominal dicotômica e que atribuímos o valor 1 a “ter filhos” e o valor 2 a “não ter filhos”, verifica-se que quem não tem filhos tende a ter maior flexibilidade e maior assertividade, maior capacidade para resolver problemas, maior sociabilidade, maiores níveis de altruísmo e maior reflexividade. Esta variável também apresenta associações significativas com os fatores de segunda ordem, mostrando que, quem não tem filhos apresenta mais responsabilidade e afetividade no seu trabalho, é mais sensível para com os outros e apresenta menor agressividade.

Na figura 2 pode ver-se o perfil destes dois grupos de cuidadores nas pontuações das escalas primárias do CUIDA.

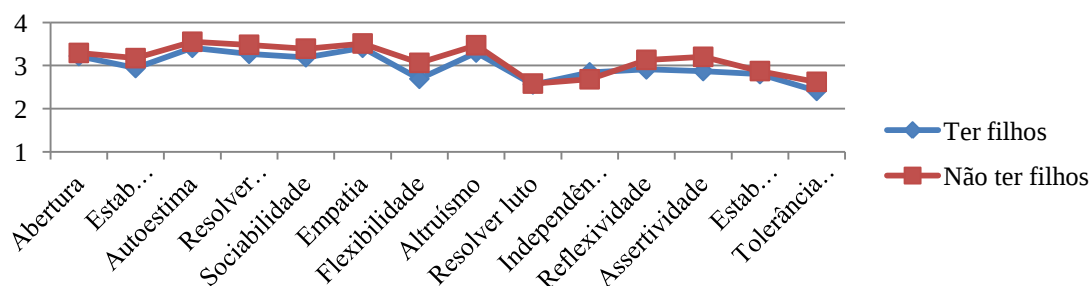


Figura 2. Perfil de pontuações no CUIDA em função de *ter/não ter filhos*.

No que respeita a ter ou não *formação específica*, variável nominal dicotómica à qual atribuímos o valor 1 a “não ter formação específica” e 2 a “ter formação específica”, pode-se ver na tabela acima que há associações significativas. Assim sendo, quem tem formação específica apresenta maior abertura à experiência e maior empatia.

Na figura 3, que se segue, apresentam-se os perfis dos dois grupos de cuidadores relativamente a ter ou não formação específica para o desempenho das suas funções.

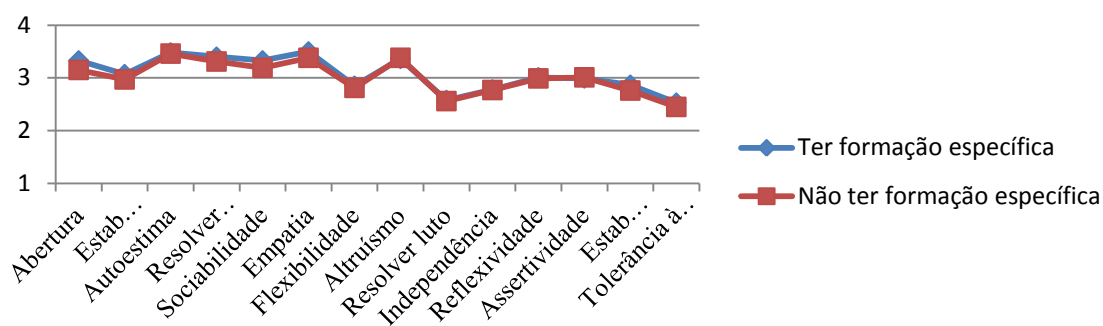


Figura 3. Perfil de pontuações no CUIDA em função de *ter/não ter formação específica*

Em relação ao *estatuto profissional*, atribuímos o valor 1 aos auxiliares de ação educativa e 2 aos técnicos superiores. Tendo em conta os valores apresentados, verifica-se que os técnicos superiores têm maior abertura à experiência e também maior empatia, maior flexibilidade, maior capacidade para estabelecer vínculos, maior tolerância à frustração e mais responsabilidade no seu trabalho, têm maior sensibilidade para com os outros e demonstram níveis menores de agressividade. Na figura 4 pode ver-se os perfis obtidos nas escalas primárias do CUIDA para estes grupos de cuidadores.

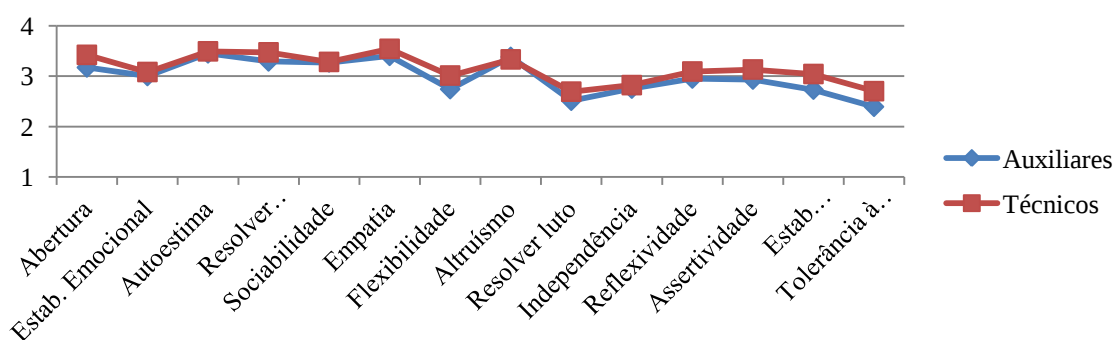


Figura 4. Perfil de pontuações no CUIDA em função do *estatuto profissional*.

3.2. Percepção dos cuidadores relativamente ao seu trabalho e bem-estar

3.2.1. Percepções sobre o trabalho

A fim de ter uma visão mais completa dos cuidadores, importa ter em conta aspetos relacionados com a sua vida profissional. Neste sentido, quando questionados relativamente a terem, ou não, formação específica para desempenhar as suas funções, 44 (60,3%) participantes referiram ter e 28 (38,4%) não, havendo 1 (1,4%) participante que não respondeu à questão.

No que concerne à *satisfação com as condições de trabalho*, que se apresentava como uma variável nominal dicotómica (sim/não), 57 (78,1%) dos participantes dizem estar satisfeitos com as suas condições de trabalho e 16 (21,9%) dizem não estar satisfeito com as condições de trabalho.

Relativamente à *satisfação com o grupo de utentes com quem trabalha*, variável nominal dicotómica (sim/não), 69 (94,5%) estão satisfeitos e 4 (5,5%) dos participantes dizem não estar satisfeitos com o grupo de utentes com que trabalha.

Através destas duas variáveis, criamos uma variável de *satisfação com o trabalho*, sendo que respostas positivas nas duas correspondem a uma boa satisfação com o trabalho, uma resposta positiva e uma negativa corresponde a uma satisfação média com o trabalho e duas respostas negativas evidenciam uma não satisfação com o trabalho. Neste sentido, 57 (78,1%) participantes estão satisfeitos com o seu trabalho, 12 (16,4%) apresentam uma satisfação média e 4 (5,5%) não estão satisfeitos.

Quando questionados acerca da vontade *de continuar ou mudar de trabalho*, variável nominal dicotómica (continuava/mudava), 61 (83,6%) respondeu que continuaria nas suas funções e 12 (16,4%) mostraram vontade de mudar de trabalho.

Perante a afirmação *sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho*, 27 (37%) afirmam nunca se sentirem assim, 34 (40,6%) responderam que se sentem assim algumas vezes por ano, 2 (2,7%) sentem-se assim uma vez por mês, 4 (5,5%) afirmam sentir-se assim algumas vezes por mês, 2 (2,7%) dizem sentir-se emocionalmente insatisfeitos com o trabalho algumas vezes por semana e 4 (5,5%) sentem-se assim todos os dias.

Perante a afirmação *neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena*, 3 (4,1%) revelam nunca terem sentido isso, 2 (2,7%) dizem sentir isso algumas vezes por ano, 4 (5,5%) revelam sentir uma vez por mês, 2 (2,7%) dizem sentir algumas vezes por mês, 5 (6,8%) sente isso uma vez por semana, 15 (20,5%) sentem algumas vezes por semana e 42 (57,5%) participantes revelam sentir todos os dias que conseguiram coisas que valeram a pena no seu emprego.

Por fim, quando questionados se consideram ter o perfil indicado para desempenhar as suas funções, numa escala de Likert de 4 pontos em que 1 significa “discordo totalmente” e 4 “concordo totalmente”, 40 (54,8%) concordaram totalmente com a afirmação, 30 (41,1%) participantes concordaram e 2 (2,7%) participantes discordaram, sendo que um participante não respondeu a esta questão.

Na figura 5, apresentada abaixo, encontram-se os perfis de pontuações no CUIDA em função da concordância ou discordância quanto a terem o perfil indicado para desempenhar as suas funções.

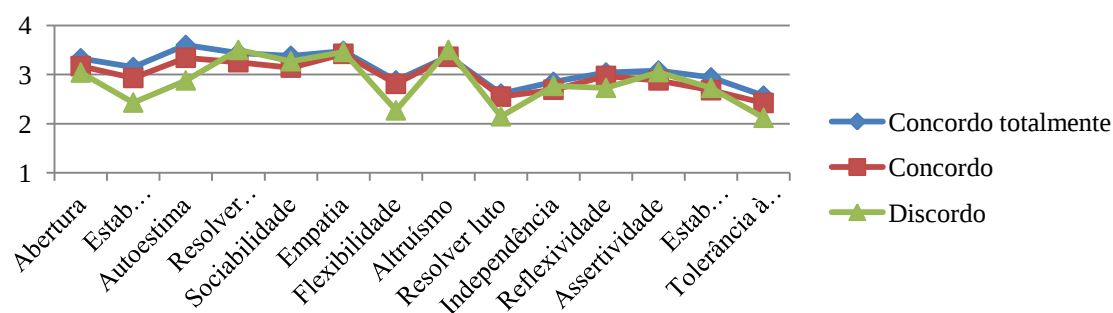


Figura 5. Perfil de pontuações nas escalas primárias do CUIDA dos participantes que concordam totalmente (40), que concordam (30) e que discordam (2) ter o perfil indicado para desempenhar as suas funções.

A figura 5 indica que os participantes que discordam quanto a terem o perfil indicado para o desempenho das suas funções têm valores mais baixos de estabilidade emocional, autoestima, de flexibilidade, capacidade de resolução do luto, reflexividade e tolerância à frustração.

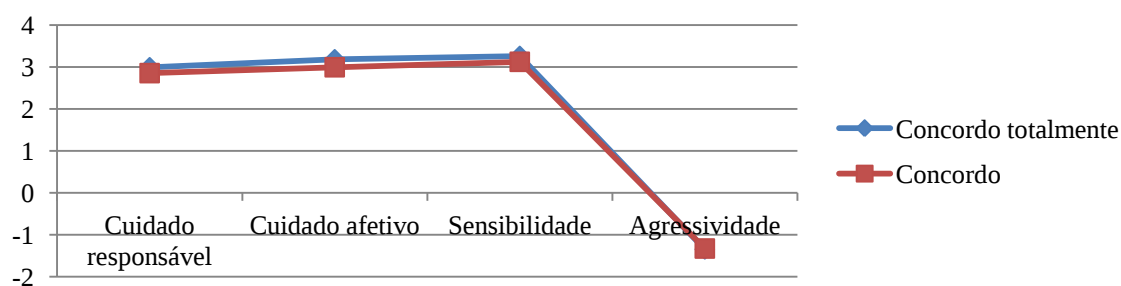


Figura 6. Perfil de pontuações nos fatores de segunda ordem do CUIDA dos participantes que concordam totalmente (40) e que concordam (30) ter o perfil indicado para desempenhar as suas funções.

No que diz respeito aos fatores de segunda ordem, de acordo com a figura 6, verifica-se que as médias dos dois grupos são muito semelhantes, não alterando o seu perfil.

3.2.2. Satisfação com a vida

No que diz respeito à satisfação que os cuidadores sentem relativamente à sua vida, os scores totais da Escala de Satisfação com a vida apresentaram uma média de 24.97 ($DP = 4.36$).

No estudo de validação da escala de satisfação com a vida para a população portuguesa, desenvolvido com uma amostra de adolescentes, Neto (1993) encontrou uma média de 25.03 ($DP = 5.67$) nos rapazes e uma média de 23.24 ($DP = 5.93$) nas raparigas. Apesar de serem grupos diferentes, os resultados obtidos neste estudo parecem ser congruentes com os obtidos através da validação da escala.

A tabela 7, a seguir exposta, apresenta os resultados obtidos em cada item da Escala de Satisfação com a Vida.

Tabela 7. Medidas descritivas da Escala de Satisfação com a Vida, por item (1-7).

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	2	7	5.38	1.08
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	6	4.58	1.21
3. Estou satisfeito com a minha vida	2	7	5.38	1.04
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	2	7	5.47	1.00
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria nada	1	7	4.16	1.72

No primeiro item, 43 (58,9%) participantes afirmam estar de acordo ou fortemente de acordo com a afirmação, sendo a média de 5.38 ($DP = 1.08$). Também no segundo item, 42 (57,6%) afirmam que as suas condições de vida são excelentes, obtendo este item uma média de 4.58 ($DP = 1.21$). No que respeita ao terceiro item, “Estou satisfeito com a minha vida”, 61 (83,5%) participantes estão de acordo e, no quarto item, 65 (89,1%) participantes afirma ter conseguido obter aquilo que é importante na vida sendo as médias destes itens, respetivamente, 5.38 ($DP = 1.04$) e 5.47 ($DP = 1.00$). Por fim, 45 (54,8%) participantes não concordam com a afirmação de que não alterariam nada na sua vida caso a pudessem viver de novo, apresentando uma média de 4.16 ($DP = 1.72$).

3.2.3. Burnout

Apresentamos agora os resultados obtidos através do *Inventário de Burnout* de Maslach. Importa, em primeiro lugar, saber que cada escala varia entre 0 e 6. O cálculo destes valores surge a partir da soma dos itens que compõem cada escala, fazendo

posteriormente a divisão pelo número de itens que a compõem. Valores altos na escala de exaustão emocional e despersonalização estão associados a valores baixos na escala de realização pessoal.

Tabela 8. Medidas descritivas das escalas de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (0-6).

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Exaustão emocional	.00	4.78	1.23	1.09
Despersonalização	.00	5.20	.62	.84
Realização pessoal	2.00	6.00	4.67	1.03

Através da tabela, é possível perceber que a amostra de cuidadores formais revela uma média de exaustão emocional de 1.23 ($DP = 1.09$), uma média de despersonalização de .62 ($DP = .84$) e na realização pessoal apresenta uma média de 4.67 ($DP = 1.03$).

3.2.4. Saúde física

No que diz respeito à escala de saúde física, que nos apresenta resultados relativos à tendência que as pessoas têm a experienciar problemas de saúde física, o que muitas vezes pode estar associado a um mal-estar global, os dados obtidos variam entre .00 e 56.00, ou seja, em que quanto mais elevado é o resultado global da escala de saúde física, mais problemas de saúde, sendo que neste grupo de participantes se obteve uma média de 17.42 ($DP = 11.00$).

Para uma análise mais aprofundada, apresentam-se na tabela 9 os resultados de cada item da escala de saúde física.

Tabela 9. Medidas descritivas da escala de saúde física, por item (0-5).

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Dificuldade em adormecer ou em manter sono contínuo	0	5	1.77	1.55
2. Enxaquecas e dores de cabeça	0	5	1.88	1.44
3. Indigestão ou mal-estar	0	4	1.34	1.19
4. Sentir-se extremamente cansado ou exausto	0	5	2.19	1.36
5. Tendência para comer, beber ou fumar mais do que o habitual	0	5	1.26	1.33
6. Diminuição da apetência sexual	0	5	1.69	1.40
7. Sentir falta de ar ou tonturas	0	5	.84	1.11
8. Falta de apetite	0	5	.90	1.13
9. Tremura muscular (por exemplo, tremura das pálpebras)	0	5	.97	1.29
10. Sensações de formigueiro ou dores agudas em partes do seu corpo	0	4	1.37	1.23
11. Ter a sensação de que não se quer levantar, de manhã	0	5	1.59	1.36
12. Tendência para suar ou sentir o coração a bater fortemente	0	5	1.53	1.51

Na tabela 9 pode observar-se que a média mais elevada ($M = 2.19$, $DP = 1.36$) se encontra no item “sentir-se extremamente cansado ou exausto”, sendo que 50,7% dos participantes assumem sentir-se assim algumas vezes, frequentemente ou com muita frequência.

A percepção que os cuidadores têm acerca de terem estado de atestado médico por razões que considerem ter sido reação a questões de trabalho é essencial neste ponto da saúde física. Importa sublinhar que 62 (84,9%) participantes afirmam nunca ter estado de atestado médico por razões que considerem ter sido reação a questões de trabalho, e 8 (11%) dos participantes assumiram já terem estado de atestado médico por essas razões, sendo que três participantes não responderam.

3.2.4.1. Associações da satisfação com a vida, do *burnout* e da saúde física com variáveis sociodemográficas

Depois de apresentados os dados descritivos relativos à satisfação com a vida, *burnout* e tendência a experienciar problemas de saúde física, procuramos associações entre estas e as variáveis sociodemográficas *idade*, *habilitações literárias*, *ter/não ter filhos*, *ter/não ter formação específica* e *estatuto profissional*. As associações foram feitas através do Coeficiente de Correlação de Pearson para a variável *idade*, com o Coeficiente de Correlação de Spearman para as *habilitações literárias* e com o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial para *ter/não ter filhos*, *ter/não ter formação específica* e *estatuto profissional*.

Tabela 10. Associações entre a idade, habilitações literárias, ter/não ter filhos, ter/não ter formação específica e estatuto profissional com a satisfação com a vida, *burnout* e saúde física.

		Idade	Habilitações literárias	Ter/não ter filhos	Ter/não ter formação específica	Estatuto profissional
Satisfação com a vida	r	.04	.22	-.18	-.10	.22
Exaustão emocional	r_s	.02	.15	-.09	.01	.23
Despersonalização	r_{pb}	.14	.18	-.06	-.02	.03
Realização pessoal	r_{pb}	-.27**	-.02	.27*	-.09	-.08
Saúde física – Problemas	r_{pb}	.00	-.20	-.02	.10	-.05

* $p < .05$; $p < .01$; $p < .001$

No que diz respeito à *idade*, encontramos uma correlação negativa significativa com a escala de realização pessoal, o que sugere que, quanto maior a idade, menor é a realização pessoal sentida no trabalho.

Relativamente a *ter/não ter filhos*, há uma correlação positiva significativa com a escala de realização pessoal. Neste sentido, dado tratar-se de uma variável nominal

dicotômica, percebemos que quem não tem filhos apresenta maior realização pessoal no trabalho.

Não foram encontradas associações significativas com as *habilidades literárias*, com a *formação específica* e com o *estatuto profissional*.

Por se ter encontrado uma percentagem elevada de participantes que dizem sentir-se extremamente cansados no item 1 do *Inventário do Burnout*, procurou-se encontrar uma associação entre este item em específico e as escalas de exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal do inventário de *burnout* e satisfação com a vida. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman, encontrou-se uma correlação positiva significativa com a escala de exaustão emocional, $r_s = .71$, $p = .001$, e uma correlação negativa significativa com a escala da realização pessoal, $r_s = -.43$, $p = .001$, e com a escala de satisfação com a vida, $r_s = -.41$, $p = .001$. Deste modo, quanto mais se sentem extremamente cansados ou exaustos, mais elevados são os valores na exaustão emocional e menos realização pessoal sentem, bem como menor é também a satisfação com a vida.

3.2.4.2. Associações entre a satisfação com a vida, o *burnout*, a saúde física e a percepção que os cuidadores têm do seu trabalho

De seguida são apresentados os resultados significativos encontrados entre o total da escala de saúde física e as escalas de *burnout* e satisfação com a vida, através do Coeficiente de Correlação de Pearson.

Tabela 11. Associações entre a satisfação com a vida, *burnout* e saúde física.

	Satisfação com a vida	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal	Saúde física – Problemas
Satisfação com a vida	----				
Exaustão emocional	-.40***	----			
Despersonalização	-.28*	.45***	----		
Realização pessoal	.14	-.50***	-.53***	----	
Saúde física-Problemas	-.44***	.58***	.51***	-.38***	----

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Como é possível analisar na tabela, encontram-se correlações entre todas as escalas, exceto entre a satisfação com a vida e a escala de realização pessoal.

Numa análise mais profunda, através do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial, procurou-se explorar a existência de associações entre estas escalas e a *satisfação com o trabalho*, variável composta a partir da satisfação com as condições de trabalho e a satisfação com o grupo de utentes.

De facto, percebe-se que a *satisfação com o trabalho* se associa negativamente com a escala de exaustão emocional, $r_{pb} = -.33$, $p = .01$, e também com a tendência a experienciar problemas de saúde física, $r_{pb} = -.29$, $p = .02$, o que indica que este grupo tende a experienciar menos exaustão emocional e menos problemas de saúde física.

No que concerne aos *não satisfeitos*, encontram-se associações positivas com a exaustão emocional, $r_{pb} = .43$, $p < .001$, com a despersonalização, $r_{pb} = .34$, $p = .003$, com a saúde física, $r_{pb} = .36$, $p = .002$, e uma associação negativa significativa com a escala de satisfação com a vida, $r_{pb} = -.51$, $p < .001$. Neste sentido, o grupo dos que não estão satisfeitos com o trabalho apresenta maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, maior tendência a experienciar problemas de saúde física e menor satisfação com a vida.

Não foram encontradas associações entre o grupo dos que se encontram mediantemente satisfeitos com o trabalho e as escalas de *burnout*, saúde física e satisfação com a vida.

No que diz respeito a terem estado de atestado médico por razões que considerem ser reação a questões de trabalho, através do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial procurou-se associar esta questão com o *burnout*, saúde física e satisfação com a vida. Foi encontrada uma associação negativa com a escala de saúde física, $r_{pb} = -.31$, $p = .01$. Assim, as pessoas que nunca estiveram de atestado médico têm menos tendência a experienciar problemas de saúde física, e as pessoas que já apresentaram atestado por razões relacionadas com o trabalho apresentam uma tendência maior para experienciar problemas de saúde física.

3.3. Associações entre os resultados do CUIDA e a perceção dos cuidadores relativamente à satisfação com a vida, o *burnout*, a saúde física e o trabalho

No sentido de explorar em que medida a diferença entre o bem-estar dos profissionais poderá corresponder a diferenças no seu perfil para cuidar e de personalidade, partimos agora para uma análise por escala do CUIDA, no que diz respeito à satisfação

com a vida, exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal e saúde física, através do Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados encontram-se na tabela 12, apresentada de seguida.

Tabela 12. Associações entre as escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA e a satisfação com a vida, *burnout* e saúde física.

	Satisfação com a vida	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal	Saúde física – Problemas
Abertura	.28	-.18	-.08	.25*	-.12
Estabilidade emocional	.31**	-.55***	-.43***	.33**	-.55***
Autoestima	.31*	-.55***	-.57***	.41***	-.43***
Capacidade para resolver os problemas	.10	-.163	-.27*	.33**	-.19
Sociabilidade	.02	-.30***	-.32**	.42***	-.33**
Empatia	.01	-.10	-.08	.19	-.06
Flexibilidade	.26*	-.37	-.21	.37***	-.34**
Altruísmo	.01	-.12	-.29*	.10	.01
Capacidade de resolução do luto	.28*	-.29*	-.30*	.19	-.39***
Independência	.08	-.04	-.04	.00	-.17
Reflexividade	.19	-.42	-.47***	.40***	-.39***
Assertividade	-.03	.16	.02	.31**	-.16
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	.11	-.23*	-.21	.24*	-.24*
Tolerância à frustração	.25*	-.33**	-.13	.28*	-.41***
Variáveis de 2ª Ordem					
Cuidado responsável	.29*	-.46***	-.37***	.41***	-.50***
Cuidado afetivo	.23	-.51***	-.41***	.45***	-.47***
Sensibilidade para com os outros	.14	-.34**	-.31**	.41***	-.28*
Agressividade	-.39**	.46***	.38***	-.34**	.47***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A tabela 12 evidencia as associações encontradas entre as escalas do CUIDA e a satisfação com a vida, *burnout* e saúde física.

Em jeito de síntese no que refere aos fatores de segunda ordem, percebemos que quanto maior for o cuidado e a sensibilidade, menores os valores de exaustão emocional e despersonalização, e maior realização pessoal, e menor tendência a experienciar problemas de saúde física. No que diz respeito à agressividade, vê-se que quanto maior for a agressividade, menor é a satisfação com a vida e a realização pessoal no trabalho e maior a

exaustão emocional, despersonalização e tendência a experienciar problemas de saúde física.

Apresentados os resultados das diferentes escalas, importa também associar as escalas primárias do CUIDA com a percepção dos cuidadores relativamente ao seu trabalho e ao seu bem-estar, através do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial.

Relativamente à *vontade de mudar ou continuar o trabalho*, quem pretende continuar as suas funções apresenta maior estabilidade emocional, $r_{pb} = .28, p = .04$, maior flexibilidade, $r_{pb} = .25, p = .04$, maior tolerância à frustração, $r_{pb} = .24, p = .02$, e é mais responsável, $r_{pb} = .23, p = .03$, e afetivo, $r_{pb} = .25, p = .05$, bem como apresenta valores mais baixos de agressividade, $r_{pb} = -.29, p = .01$.

Ainda em relação à percepção que os cuidadores têm do trabalho, procuramos uma associação entre a afirmação *“sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho”* e as escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA, bem como entre estas e a afirmação *“neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”*.

No que diz respeito à primeira afirmação, não foram encontradas correlações significativas. Em relação à segunda, esta correlaciona-se com as escalas de autoestima, $r_s = .23, p = .05$, capacidade para resolver os problemas, $r_s = .25, p = .03$, e com o cuidado responsável, $r_s = .25, p = .04$, o cuidado afetivo, $r_s = .24, p = .04$ e com a sensibilidade para com os outros, $r_s = .29, p = .01$.

Tendo em conta que criamos três grupos distintos no que concerne à *satisfação com o trabalho*, surge então a curiosidade em compará-los no que diz respeito às escalas primárias e aos fatores de segunda ordem do CUIDA, e tentar perceber se esta variável afeta o perfil obtido através nas escalas primárias. Na tabela 13, abaixo apresentada, podemos encontrar os resultados obtidos. Não foram feitos testes de diferenças de médias uma vez que o número de participantes em cada grupo é bastante díspar.

Tabela 13. Medidas descritivas dos três grupos da *satisfação com o trabalho* nas escalas primárias e fatores de segunda ordem do CUIDA.

	Satisfeitos		Mediamente satisfeitos		Não satisfeitos	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Escalas primárias						
Abertura	3.26	.38	3.27	.39	2.98	.34
Estabilidade Emocional	3.13	.42	2.74	.55	2.36	.74
Autoestima	3.49	.33	3.50	.48	3.00	.82
Capacidade para resolver os problemas	3.34	.44	3.40	.29	3.33	.30
Sociabilidade	3.30	.37	3.14	.60	3.19	.50
Empatia	3.46	.27	3.40	.19	3.40	.28
Flexibilidade	2.87	.40	2.81	.33	2.30	.16
Altruísmo	3.39	.36	2.26	.29	3.38	.22
Capacidade de resolução do luto	2.61	.36	2.52	.29	2.15	.55
Independência	2.74	.39	2.95	.44	2.73	.17
Reflexividade	3.08	.36	2.71	.44	2.71	.63
Assertividade	3.01	.40	2.91	.59	3.07	.25
Capacidade para estabelecer vínculos afetivos	2.83	.41	2.95	.67	2.36	.49
Tolerância à Frustração	2.53	.50	2.46	.44	1.96	.60
Fatores de segunda ordem						
Cuidado responsável	2.95	.30	2.84	.30	2.56	.30
Cuidado afetivo	3.12	.24	3.02	.39	2.79	.18
Sensibilidade para com os outros	3.21	.26	3.18	.27	2.99	.25
Agressividade	- 1.37	.21	- 1.27	.17	- .97	.33

A partir da tabela apresentada, foi delineado o perfil nas escalas primárias destes três grupos, apresentados na figura 7, de modo a podermos compará-los.

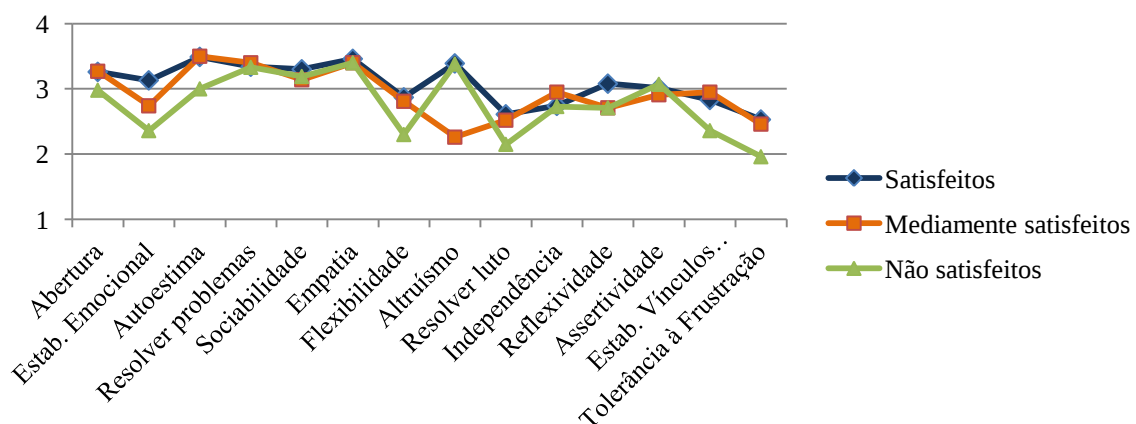


Figura 7. Perfis de pontuações nas escalas primárias do CUIDA em função da satisfação com o trabalho.

A figura 7 apresenta três perfis distintos sendo que, na maior parte das escalas, os valores médios mais elevados encontram-se no grupo dos que estão satisfeitos com o seu trabalho. As escalas que se destacam no grupo dos satisfeitos são a de estabilidade

emocional e a de reflexividade. Os valores do grupo que está mediantemente satisfeito com o trabalho variam do primeiro grupo nas escalas do altruísmo, principalmente, e da estabilidade emocional, nas quais apresenta resultados inferiores. Já o grupo que não está satisfeito com o trabalho apresenta resultados inferiores aos outros dois grupos na escala de abertura, estabilidade emocional, autoestima, flexibilidade, resolução do luto, capacidade para estabelecer vínculos e tolerância à frustração. No entanto, este grupo apresenta valores próximos do grupo dos satisfeitos no que diz respeito ao altruísmo.

4. Discussão dos resultados

A partir dos resultados obtidos, passaremos agora à sua discussão, assumindo como guia as questões de investigação levantadas. Começaremos por analisar o perfil obtido pelos cuidadores nas dimensões de personalidade avaliadas pelo CUIDA. A seguir serão abordados os resultados obtidos ao nível da satisfação e bem-estar, passando posteriormente para as associações entre estes e os resultados do CUIDA. Por fim, serão destacados os perfis de cuidadores, obtidos em função das variáveis sociodemográficas e profissionais. Quando nos referirmos às dimensões avaliadas através do CUIDA, será dada ênfase às dimensões de *autoestima* e *tolerância à frustração*, por se destacarem na literatura, e à *capacidade de resolução do luto* e *capacidade para estabelecer vínculos afetivos*, por se tratar de duas dimensões inovadoras no que diz respeito a questionários de personalidade. Será de sublinhar que na discussão dos resultados sentimos falta de um maior enquadramento conceptual e empírico, do qual não dispomos dada a escassez de estudos neste domínio.

No que respeita aos dados globais do CUIDA, os resultados nas escalas primárias mostram que os cuidadores de crianças e jovens institucionalizados apresentam níveis médios em todas as escalas, sobressaindo essencialmente nas escalas de *autoestima*, *empatia*, *altruísmo* e *capacidade para resolver os problemas*. Os valores mais baixos reportam às escalas de *flexibilidade*, *tolerância à frustração* e *capacidade de resolução do luto*. Bermejo e colaboradores (2006) dizem-nos que os cuidadores devem ter valores elevados em todas as escalas, mas principalmente na tolerância à frustração e na autoestima, de modo a enfrentarem os desafios da sua difícil e, por vezes, pouco gratificante tarefa.

Apesar de termos um valor elevado no que respeita à *autoestima*, a escala da *tolerância à frustração* revela-se uma das escalas com os resultados mais baixos do CUIDA. No entanto, no nosso estudo há uma associação positiva entre a autoestima e a tolerância à frustração, o que revela que, quanto maior for a autoestima do cuidador, mais tolerância existirá perante a frustração advinda do seu trabalho, nomeadamente no que diz respeito à evolução positiva das crianças e jovens com quem desempenham as suas funções laborais. A associação encontrada entre estas escalas primárias vai de encontro ao que Bermejo e colaboradores (2006) encontraram.

Ainda no que diz respeito à elevada autoestima encontrada neste grupo de cuidadores, importa refletir que o tipo de trabalho desenvolvido por estes profissionais poderá, também, ser uma fonte de alimentação da autoestima, uma vez que os cuidadores recebem regularmente feedbacks de satisfação por parte do outro e têm a noção de que o seu trabalho é algo de muito útil.

Por sua vez, no que concerne à escala de *capacidade para estabelecer vínculos afetivos*, os valores sugerem que a nossa amostra de cuidadores não tem facilidade em estabelecer vínculos afetivos, assim como demonstram dificuldade em resolver situações de luto. Dificuldades nestes domínios do funcionamento poderão estar na base do receio, entre os cuidadores, de que as relações afetivas possam comprometer outras tarefas ligadas ao acolhimento institucional, como referem Vectore e Carvalho (2008), o que pode levar a um desinvestimento na relação já que, de acordo com Ramos (2011), o cuidador torna-se mais vulnerável quando estabelece uma relação afetiva com a criança ou jovem e fica mais facilmente exposto a situações de sofrimento. Por sua vez, os resultados baixos na escala de *capacidade de resolução do luto* contrariam o que Delgado (2006) diz ser uma capacidade necessária entre técnicos e auxiliares nas instituições, uma vez que, tendo dificuldade em resolver as situações de luto, torna-se difícil lidar com as perdas e voltar a investir no trabalho relacional com as outras crianças e jovens. Assim, compreende-se que os resultados baixos encontrados na dimensão da resolução do luto reforcem os resultados baixos na capacidade para estabelecer vínculos.

Relativamente à *satisfação com o trabalho*, a maioria dos participantes mostra-se satisfeita. Também no que diz respeito à *satisfação com a vida*, os cuidadores do nosso estudo demonstram, em média, uma boa satisfação geral com a vida. Os valores obtidos nas escalas de *burnout* revelam que, entre estes cuidadores, encontramos níveis baixos de *exaustão emocional* e de *despersonalização*, e níveis mais elevados de *realização pessoal*

no trabalho, o que se revela coerente com a satisfação com o trabalho e com a vida anteriormente focadas. Este grupo apresenta ainda uma tendência baixa para experienciar problemas de saúde física.

Teixeira e colaboradores (2010) afirmam que os profissionais cujo trabalho envolve um contacto direto com os problemas dos outros tendem a experienciar *burnout*. No entanto, os resultados obtidos no nosso estudo não vão de encontro à afirmação dos autores, sendo que a escala de *exaustão emocional* apresenta uma média de 1.23 ($DP = 1.09$), a escala de *despersonalização* uma média de .62 ($DP = .84$), numa escala que varia entre 0 e 6 pontos.

Não obstante, as associações encontradas revelam que os cuidadores que sentem satisfação com o seu trabalho têm valores mais baixos nas escalas de *burnout* e sentem uma maior realização pessoal, sendo que o grupo de pessoas não satisfeitas apresenta valores mais elevados no *burnout*, maior tendência a experienciar problemas de saúde física e menor satisfação relativamente à sua vida.

Será que no caso dos cuidadores, o sentimento de que desempenham uma função importante em prol do outro pode combater os efeitos do *burnout* e aumentar a realização pessoal que as pessoas sentem relativamente ao seu trabalho e a satisfação sentida face ao mesmo, baixando a tendência a experienciar problemas de saúde e, consecutivamente, aumentando a satisfação geral que sentem relativamente à sua vida? Por sua vez, quando não há satisfação face ao trabalho há um maior esforço na realização das funções, podendo levar a um desgaste pessoal e profissional superior (Costa, 2009). Neste caso, a não satisfação com o trabalho acarreta níveis mais elevados de *burnout* e de mal-estar físico, comprometendo também a satisfação geral com a vida.

No capítulo dos resultados encontramos diversas associações entre as escalas primárias do CUIDA e a satisfação com o trabalho, as escalas de *burnout*, de saúde física e de satisfação com a vida, sobre as quais passaremos agora a refletir.

Resumindo, no que diz respeito à *autoestima*, encontramos que valores elevados se associam a menos *burnout* e menos problemas de saúde física e a uma maior realização pessoal no trabalho e satisfação com a vida. Relativamente à *tolerância à frustração*, os nossos resultados revelam que quanto maior for a tolerância, menor será o *burnout* e os problemas de saúde física, e maior será a satisfação com a vida. Bermejo e colaboradores (2006) reforçam que, para lidar com os resultados muitas vezes pouco gratificantes que decorrem do seu trabalho, os cuidadores devem ter elevados níveis de tolerância à

frustração. Quando isto não acontece, os cuidadores ficam mais vulneráveis ao *burnout*, o que parece ser congruente com os resultados obtidos no nosso estudo. O mesmo acontece com a *capacidade de resolução do luto* uma vez que, quanto maior for esta capacidade, menores serão os níveis de *burnout* e de problemas de saúde física e maior a satisfação com a vida.

No que diz respeito à *capacidade para estabelecer vínculos afetivos*, não encontramos associações com a escala de exaustão emocional e despersonalização do *Inventário de Burnout* mas verificamos que, quanto maior a capacidade de criar vínculos, menor é a tendência a experienciar problemas de saúde física e maior é a realização pessoal no trabalho. Leandro e colaboradores (2005) recordam que o trabalho em instituições para crianças e jovens implica afeto, respeito e empenho no bem-estar do outro. Além disso, Raymond (*cit in* Quintães, 2009) recorda que a criação de vínculos é o pressuposto primordial do trabalho institucional, uma vez que cria as condições necessárias à intervenção. Neste sentido, os resultados deste estudo reforçam a perspectiva de que a capacidade para estabelecer relações de vinculação, em lugar de aumentar o risco de desgaste e mau exercício profissional, leva a uma maior realização pessoal no trabalho, uma vez que esta é uma base essencial no desempenho das funções dos cuidadores.

Ao longo do estudo pudemos verificar que o perfil encontrado no grande grupo varia consoante algumas variáveis sociodemográficas e profissionais dos cuidadores.

Entre as escalas primárias do CUIDA e a *idade* dos cuidadores, obtivemos associações negativas com as escalas de sociabilidade, capacidade para estabelecer vínculos afetivos e abertura à experiência. Estas sugerem que os cuidadores mais velhos têm valores mais baixos nestas escalas. No entanto, contrariamente ao que se esperava, não foi encontrada qualquer correlação significativa entre esta variável e a capacidade de resolução do luto. Durante a minha experiência de estágio curricular, várias cuidadoras referiram que, com a idade, aprendiam a lidar melhor com as saídas das crianças, o que me levou a colocar essa hipótese, que os resultados deste estudo desencorajam.

Relativamente a *ter/não ter filhos*, encontramos diferenças significativas entre os grupos de cuidadores, pelo que o perfil evidencia que, os que não têm filhos, tendem a apresentar maior flexibilidade, maior assertividade, mais altruísmo, maior sociabilidade e ainda maior reflexividade. Nesta análise, procurávamos perceber se ter filhos distinguia os cuidadores ao nível da capacidade para estabelecer vínculos afetivos, e não encontramos

essa diferença. As relações afetivas são, de facto, uma base sustentadora do trabalho com crianças e jovens (Leandro et al, 2005). Neste sentido, mais do que uma característica de personalidade, a capacidade para estabelecer vínculos é uma condição do trabalho institucional, pelo que parece normal que não haja diferenças entre os cuidadores que são pais e os que não o são.

Passando à variável *habilitações literárias*, os resultados sugerem que, quanto mais elevadas forem as habilitações académicas dos cuidadores, maior a capacidade para estabelecer vínculos afetivos, maior a flexibilidade e a tolerância à frustração, bem como serão também mais assertivos, mais sociáveis e terão mais capacidade para resolver os problemas. Estes resultados parecem ir de encontro ao que Leandro e colaboradores. (2005) referem, quando sublinham a importância de uma formação académica para o desempenho destas funções. No entanto, os resultados variam quando falamos de *ter/não ter formação específica*. No caso destes cuidadores formais, encontramos diferenças significativas e verificamos que ter formação específica aumenta os valores médios de abertura à experiência e de empatia. Neste ponto, recordemos que 38,4% dos participantes mostrou não ter formação para desempenhar as suas funções. Tendo em conta que Bravo e Dell Valle (2009) sublinham a importância de uma formação especializada nas instituições de acolhimento, parece que esta percentagem de cuidadores sem formação específica contraria as concepções dos autores. Ainda que Leandro e colaboradores (2005) reforcem que a formação académica não basta, esta parece ser importante tendo em conta as diferenças no perfil obtidas mediante a formação dos cuidadores, uma vez que a ação dos cuidadores é decisiva no desenvolvimento das crianças, e esta não deve ser baseada no senso-comum.

No que concerne ao *estatuto profissional*, dividido por auxiliares de ação educativa e técnicos superiores, verificamos diferenças significativas entre os grupos de cuidadores. Estas mostram-nos que os técnicos superiores apresentam níveis mais elevados de abertura à experiência, de empatia, de flexibilidade, maior capacidade para estabelecer vínculos e maior tolerância à frustração. Os técnicos superiores são, regra geral, os cuidadores com mais habilitações literárias e formação específica, pelo que estas variáveis poderão elas explicar os resultados, já que as associações encontradas entre as escalas primárias e as habilitações literárias e formação específica, vão no mesmo sentido.

Relativamente à percepção que os cuidadores têm quanto a *terem o perfil indicado para o desempenho das suas funções*, o grupo de cuidadores que discorda desta afirmação apresenta níveis mais baixos de estabilidade emocional, autoestima, flexibilidade,

capacidade de resolução do luto, reflexividade e tolerância à frustração. De facto, ao discordarem da afirmação os cuidadores parecem mostrar que eles próprios têm a percepção de uma certa inadequação entre as suas capacidades e a função que desempenham, o que pode comprometer a forma como cuidam das crianças e jovens. Os valores baixos na autoestima podem tornar-se retroalimentados, no sentido em que as experiências laborais reforçam essa baixa autoestima, e influenciar as restantes características, uma vez que desempenham diariamente uma função que não consideram adequada às suas características pessoais.

Importa também discutir os diferentes perfis obtidos através da *satisfação com o trabalho*. Se compararmos o perfil inicial obtido através das pontuações do CUIDA no grande grupo com o perfil obtido no grupo dos cuidadores que estão satisfeitos com o trabalho, verificamos que o grupo de pessoas satisfeitas com o trabalho apresenta valores superiores ao nível da flexibilidade e da reflexividade.

Quando observamos o perfil encontrado para o grupo de cuidadores que não está satisfeito com o seu trabalho, sobressaem os valores inferiores na abertura, estabilidade emocional, autoestima, flexibilidade, capacidade de resolução do luto, capacidade para estabelecer vínculos e tolerância à frustração. No entanto, os valores de altruísmo são semelhantes ao grupo que está satisfeito com o trabalho. De facto, mesmo não estando satisfeitos com o seu trabalho, este grupo continua a desempenhar as suas funções junto das crianças e jovens. Este dado pode indicar a existência de motivações diferentes nos cuidadores para o trabalho uma vez que, mesmo tendo médias mais baixas em sete escalas de personalidade do CUIDA, os valores de altruísmo são elevados. Seria importante perceber os motivos da não satisfação com o trabalho neste grupo de cuidadores para os discutir posteriormente. Contudo, ao não estarem satisfeitos com as condições de trabalho e com o grupo de utentes com quem trabalham, podem ir ao encontro do que Cavazzi, Guilfoyle e Sims (2009) encontraram, quando revelam que a não satisfação com o trabalho pode advir dos comportamentos indesejáveis das crianças e jovens e da não compreensão nem reconhecimento do seu trabalho por parte dos restantes profissionais.

5. Conclusões

Uma vez concluído o estudo empírico e discutidos os resultados obtidos, é fundamental olhar novamente sobre ele e refletir acerca de algumas questões, tecendo as conclusões necessárias. A preocupação com a segurança e bem-estar das crianças e jovens acolhidos é, sem dúvida, uma prioridade, sendo que para a satisfação destas necessidades concorrem as capacidade e bem-estar dos cuidadores.

Além de contribuir para a validação do CUIDA para a população portuguesa, este estudo procurou também traçar o perfil de uma amostra de cuidadores em instituições de acolhimento para crianças e jovens. De facto, não encontramos um único perfil, mas identificamos algumas características proeminentes que irão contribuir para que os cuidadores possam desenvolver um trabalho mais próximo e ativo com as crianças e jovens.

O estudo foi realizado com 73 cuidadores em instituições para crianças e jovens de 6 instituições do norte do país que responderam ao CUIDA, bem como, a outros questionários para a recolha de informações quanto à satisfação com a vida, *burnout*, problemas de saúde física e ainda quanto ao seu percurso profissional e satisfação com o trabalho. A autoestima é a característica que mais sobressai no perfil geral, e parece ser motor para que outras capacidades se desenvolvam no desempenho deste tipo de funções. No entanto, o perfil dos cuidadores varia consoante a sua satisfação com o trabalho e bem-estar, o que nos levou a encontrar diversos perfis de cuidadores.

Terminado o estudo, importa referir que, num grupo de profissionais cuja seleção não se baseou no instrumento do CUIDA e a quem a formação não tem sido ainda uma constante, se obtiveram como pontos fortes as dimensões de autoestima, empatia, altruísmo e capacidade para resolver os problemas. Relativamente à satisfação com o trabalho, é importante sublinhar como os valores variam entre quem está satisfeito e quem não está satisfeito com o trabalho, nas dimensões de abertura, estabilidade emocional, autoestima, flexibilidade, resolução do luto, capacidade para estabelecer vínculos e tolerância à frustração. Ainda assim, não obstante a grande exigência e carácter desgastante deste tipo de trabalho, a maioria dos participantes encontra-se satisfeita, longe de situações de *burnout* e com elevada realização.

O CUIDA parece ser um questionário muito interessante e, possivelmente de grande utilidade para a avaliação de cuidadores em Portugal. No entanto, por se encontrar ainda em processo de adaptação, a sua interpretação tornou-se difícil e restringida pela ausência de normas para a população portuguesa, o que constituiu uma limitação do estudo. O tamanho reduzido da amostra e a não representatividade a nível nacional são também limitações para a generalização dos resultados.

Neste sentido, seria interessante prosseguir e aprofundar o estudo relativamente a cuidadores de crianças e jovens institucionalizados, para que sejamos capazes de ir ao encontro das necessidades dos próprios cuidadores e, conseqüentemente, melhorarmos a sua ação junto das crianças e jovens com quem trabalham diariamente. Aliás, houve um feedback bastante encorajador por parte das instituições que colaboraram no estudo, nomeadamente pelo facto estudo, desta vez, se focar nos cuidadores e não as crianças e jovens acolhidos.

O CUIDA revela-se um instrumento muito interessante na descrição das características dos cuidadores, pelo que considero que seria importante explorar a eficácia da utilização da sua utilização na fase de seleção de profissionais para as instituições para crianças e jovens.

Seria interessante realizar uma avaliação com o CUIDA à entrada dos profissionais na instituição e reavaliar após o exercício profissional, em vários momentos no tempo, com vista a identificar um eventual efeito dialético entre a própria prática e as características de funcionamento do cuidador. Tratar-se-ia de traçar a evolução do perfil ao longo do tempo, especificamente ao nível de dimensões como a autoestima e a tolerância à frustração.

Poderão ainda ser desenvolvidos estudos com a vista a identificar as especificidades destes grupos de cuidadores, através da comparação do seu perfil com o de outros cuidadores formais, com o perfil de cuidadores informais e com o da população geral. Seria ainda interessante explorar a associação entre os perfis dos cuidadores no CUIDA e medidas de eficácia do seu trabalho, bem como do impacto gerado sobre as pessoas de quem cuidam.

Um outro estudo pertinente será a exploração do impacto, nas crianças e jovens e na equipa profissional, dos cuidadores com valores elevados nas áreas associadas à satisfação com o trabalho e bem-estar e, ainda, explorar o modo como os profissionais com valores mais elevados em dimensões centrais para a prestação de cuidados lidam com as rotinas e adversidades na instituição, e contrastar com o grupo de cuidadores com resultados mais baixos nessas dimensões.

Seria também interessante planejar uma formação para os cuidadores que incidisse, especificamente, nas dimensões da capacidade para estabelecer vínculos afetivos, na capacidade para resolução de lutos e na tolerância à frustração, nas quais os profissionais apresentaram resultados menos elevados e que são consideradas de grande relevo um bom desempenho do trabalho neste domínio.

Considero ainda importante alargar a dimensão da amostra de cuidadores e a área geográfica na qual se recolheram os dados, de modo a que os resultados obtidos possam ser extrapolados para todos os cuidadores de instituições para crianças e jovens.

Ao longo deste último ano, eu própria fui cuidadora de crianças e jovens no contexto do estágio curricular e criei relações com outros cuidadores, o que aumentou a minha curiosidade relativamente às características necessárias para trabalhar com um grupo tão especial de crianças e ser capaz de lhes proporcionar segurança e bem-estar físico e psicológico. Ver este ciclo de conhecimentos a compor-se e ter a oportunidade de construir este estudo, pioneiro, é motivo de orgulho em termos pessoais e académicos.

Espero que o caminho percorrido possa ajudar as instituições de acolhimento de crianças e jovens a contar com profissionais cada vez mais capazes de dar resposta às necessidades daqueles que acolhem, através da potenciação dos recursos e características individuais de cada cuidador.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709 - 716.
- Arteaga, A. & Dell Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Barbosa, M. & Fernandes, F. (2009). Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 482-486.
- Bravo, A. & Dell Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Parra, J., Polo, A., Sueiro, M. & Velázquez de Castro, F. (2006). *Manual CUIDA: Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. Madrid: TEA Ediciones, S.A..
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Camargos, A., Lacerda, T., Viana, S., Pinto, L. & Fonseca, M. (2009). Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(1), 31-37.
- Cavalcante, L., Magalhães, C. & Pontes, F. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*, 25, 20-34.
- Centro de Estudos Territoriais, ISCTE. (2005). *Percursos de vida dos jovens após a saída dos lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Cavazzi, T., Guilfoyle, A. & Sims, M. (2009). A Phenomenological Study of Foster Caregivers' Experiences of Formal and Informal Support. *Illinois Child Welfare*, 5(1), 125-141.
- Coelho, C. (2009). A criança vítima de maus tratos retirada à família: Vivências e Significações. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Cole, S. (2005). Foster Caregiver Motivation and Infant Attachment: How do Reasons for Fostering Affect Relationships? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(5/6), 441-457.
- Conselho Técnico-Científico da Casa Pia de Lisboa. (2005). *Casa Pia de Lisboa: Um Projecto de Esperança – As estratégias de acolhimento de crianças em risco*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. O. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Londres: Sage Publications.

- Costa, I. (2009). *Burnout e qualidade de vida em cuidadores informais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Couto, M. (2008). *Satisfação com a vida nos idosos e satisfação dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Cunha, R., Cooper, C., Moura, M., Reis, M., & Fernandes, P. (1992). Portuguese version of the OSI: A study of reliability and validity. *Stress Medicine*, 8, 247-251.
- Delgado, P. (2006). *Os direitos da criança: Da participação à responsabilidade. O sistema de protecção e educação das crianças e jovens*. Porto: Profedições, Lda..
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Ferreira, A. C. (2007). *Idadismo e bem-estar subjectivo nos cuidadores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Ferreira, T., Morales, N., Cuvero, M., Pinto, R. & Silva, C. (2008). *Avaliação da qualidade de vida de cuidadores principais de crianças e adolescentes com autismo por meio do SF-36*. Trabalho apresentado no XII Seminário de Iniciação Científica, Universidade Federal de Uberlândia.
- García-Medina, M., Estévez Hernández, I., Letamendía Buceta, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 393-407.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos – 2ª edição*. São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9, 193-212.
- Gomes, A., Cruz, J. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Instituto da Segurança Social (s.d.). PC04: Organização e gestão das actividades – Projecto educativo. *Manual de Processos-chave. Centros de Acolhimento Temporário*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Junior, N., Ciasca, S. & Rodrigues, S. (2011). Qualidade de vida de cuidadores de crianças com PC ou AVC: Estudo comparativo. *Revista Neurociências*, 19(4), 602-608.
- Leandro, A., Alvarez, D.L., Cordeiro, M. & Carvalho, R. (2005). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens para dirigentes, profissionais, crianças, jovens e familiares*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

- Magalhães, T. (2004). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress Ocupacional em Profissionais da Saúde e do Ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do Burnout para os profissionais de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 4, 596-603.
- Ministério da Saúde (2008). *Guia prático do cuidador*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002). *Prevenção da violência institucional perante pessoas idosas e em situação de dependência*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Muguwe, E. (2012). Caregiver's perceptions of attachment and behaviors exhibited by institutionalised children: the Zimbabwean experience. *Educational Research*, 3(8), 669-676.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134.
- Nóbrega, K. & Pereira, C. (2011). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com neoplasia cerebral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 48-61.
- Ochotorena, J. P. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 4-12.
- Orso, Z. (2008). *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Palacios, J. (2007). *Intervenciones profesionales en adopción internacional: Valoración de idoneidad, asignación de menores a familias y seguimiento postadoptivo*. Ministerio de Educación, Política Social, Familias y Deporte.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*. 5(2), 164-172.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S. & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: Estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 222-231.
- Pimenta, R., Rodrigues, L. & Greguol, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14(3) 69-76.
- Queirós, C., Dias, S. & Carlotto, M. S. (2011). Burnout, hardiness e satisfação com o trabalho: Um estudo comparativo entre profissionais da área da saúde portugueses e brasileiros. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir*, 292-299.

- Queirós, D. (2010). *Construindo (projectos de) vidas-desafios, oportunidades e mudanças no acolhimento em Portugal*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Quintãs, C. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: Narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Ramos, C. (2011). *“Juizes” da vinculação: Construção de um inventário de avaliação da vinculação em crianças institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Santos, A., Vargas, M., Oliveira, C. & Macedo, I. (2010). Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 503-509.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Silva, V. (2009). *O cuidador informal e as consequências da prestação de cuidados : sobrecarga psicológica e percepção de stress em cuidadores de doentes vítimas de AVC, TCE e lesões vértebro-medulares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Silva, E. & Cordeiro, N. (2011). Psicologia: Diferenças de Género na Escolha Profissional. Retirado de <http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/psicologia-diferencas-de-genero-na-escolha-profissional>
- Soares, J. (2010). *Exaustão emocional dos cuidadores de doentes oncológicos – Eficácia de uma intervenção de grupo*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Teixeira, F.G., Santos da Silva, M.R. & Medeiros, G.L. (2010). Síndrome de Burnout: A interface entre o trabalho na área da educação e na enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 101-109.
- Vectore, C. & Carvalho, C. (2008). Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12(2), 441-449.

Legislação

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, nº 144/99 de 1 de setembro – *Diário da República – I Série – A*

Portais eletrónicos

British Association for Adoption and Fostering - <http://www.baaf.org.uk/>

Instituto do Emprego e Formação Profissional - <http://www.iefp.pt/Paginas/Home.aspx>

Anexos

Anexo 1 – Carta de Pedido de Consentimento

Anexo 2 – Ficha de dados do percurso profissional

Anexo 1



Projeto de Tradução e Adaptação do *CUIDA*

Margarida Rangel Henriques, Carla Martins e col.
FPCE-UP / 2012

PEDIDO DE CONSENTIMENTO

O meu nome é Marta Pinheiro, sou estudante do 5º ano de Mestrado Integrado em Psicologia na **FPCEUP** - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e estou a desenvolver um projeto para a dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques. Integrado num protocolo de colaboração com a CEGOC-TEA (Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica – Técnicos Especialistas Associados) para a tradução e adaptação para a população portuguesa do Questionário ***CUIDA***: *Questionário para a Avaliação de Candidatos à Adoção, Tutores e Cuidadores* (da autoria de F.A. Bermejo, I. Estévez, M. I. Garcia, E. Garcia-Rubio, M. Lapastora, destinado a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos), o meu estudo incidirá sobre os cuidadores de crianças institucionalizadas (equipes técnicas, assistentes operacionais). Através do questionário ***CUIDA***, proponho-me fazer uma descrição do perfil de uma amostra de cuidadores em relação a um conjunto de aspectos que caracterizam tendências pessoais, associando ainda os dados obtidos com variáveis sociodemográficas, com variáveis do percurso profissional e da satisfação com a vida, entre outras.

Com efeito, venho pedir-lhe autorização para proceder à recolha de dados entre os cuidadores da sua Instituição, solicitando a participação de cada um deles neste estudo através do preenchimento de questionários, bem como o fornecimento de mais alguns dados pessoais necessários ao projecto em curso (salvaguardamos que nenhum aspecto implica informações sobre questões da instituição, nem sobre as crianças nelas acolhidas).

A colaboração dos cuidadores é estritamente voluntária e a decisão de deixar de participar pode ser tomada em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O preenchimento dos questionários será anónimo e todos os dados recolhidos serão tratados de forma absolutamente confidencial e em grupo, destinando-se exclusivamente a fins científicos, pelo que em circunstância alguma serão fornecidos ou divulgados dados individuais. Estaremos, no entanto, disponíveis para a fazer uma apresentação dos resultados dos estudos e curso a este respeito, mediante solicitação.

Desde já agradecemos a vossa melhor atenção e ficaremos muito reconhecidas com a vossa disponibilidade em colaborar com o avanço do conhecimento neste domínio.

Porto, 17 de Agosto de 2012

A coordenadora do projecto - Prof.a Doutora Auxiliar com nomeação definitiva da FPCE-UP,

Margarida Rangel Henriques

A Investigadora, Psicóloga

Anexo 2



Ficha de Dados do Percurso Profissional

Margarida Rangel Henriques, Marta Pinheiro
Agosto 2012

Código: _____

Profissão e Função : _____

Como se desloca para o trabalho? A pé___ De carro___ Transportes públicos___

Há quantos anos desempenha funções nesta instituição _____

Número de instituições em que trabalhou anteriormente _____

Teve alguma formação específica para o desempenho da função? Sim ___ Não ___

Se sim, indique:

Tipo de Formação: _____

Duração: _____

O que a motiva no desempenho das suas funções laborais?

Se lhe fosse dado a escolher, dava continuidade às suas funções atuais ou mudaria de trabalho?

Continuava___ Mudava___

Se mudasse, o que gostaria de fazer?

Está satisfeito com as suas condições de trabalho? Sim___ Não___

Está satisfeito com o grupo de utentes com quem trabalha? Sim___ Não___

Já esteve com atestado médico por razões que considere terem sido reação a questões de trabalho?

Sim___ Não___

Numa escala de 1 a 4, em que 1 significa “Discordo totalmente” e 4 significa “Concordo totalmente”, responda à seguinte questão:

Considero ter o perfil indicado para o desempenho das minhas funções1 2 3 4

Obs.:
