

**Título Completo do Manuscrito:** Qualidade de Vida Profissional e Literacia em Demências e Cuidados Paliativos dos Ajudantes de Ação Direta em contexto ERPI, na cidade de Vila Nova de Gaia

**Título resumido do manuscrito:** Qualidade de Vida Profissional e Literacia em Demências e Cuidados Paliativos

**Daniela Vieira**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | Movimento Gaia Compassiva |  
es.danielavieira@gmail.com  
ORCID: 0009-0001-4759-0410

**Luísa Castro**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | RISE|CINTESIS - Center for Health  
Technology and Services Research ORCID: 0000-0002-1312-0154

**Ivone Duarte**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | RISE|CINTESIS - Center for Health  
Technology and Services Research ORCID: 0000-0002-5160-7043

**Carla Serrão**

Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto | INED – Centro de Investigação

## **Resumo**

As estruturas residenciais para pessoas idosas constituem-se como uma resposta social de alojamento temporário ou definitivo, que desenvolve um conjunto serviços com vista a responder às diversas necessidades biopsicossociais das pessoas idosas. Têm como objetivo central proporcionar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas, nomeadamente, daquelas que vivem em situação de doença prolongada, incurável e progressiva. Uma das classes profissionais que intervém no processo cuidativo desenvolvido nas estruturas residenciais, é a ajudante de ação direta que, a par de apoio instrumental, deverá contemplar transversalmente uma ação personalizada e

humanizada. Contudo, a exposição permanente ao sofrimento e as exigências de suporte emocional e físico, podem comprometer não apenas a qualidade dos cuidados, mas também a saúde geral da/o ajudante de ação direta. Neste sentido, e dada a escassez de estudos nacionais centrados, particularmente neste grupo profissional, o presente estudo teve um duplo objetivo: avaliar a qualidade de vida profissional; analisar a literacia em saúde sobre demências e cuidados paliativos de uma amostra de ajudantes que presta cuidados em Estruturas Residenciais, do concelho de Vila Nova de Gaia. Trata-se de um estudo transversal, observacional, quantitativo, de natureza analítica. Participaram 70 ajudantes (92.9% do sexo feminino; e com mediana de idades de 49 anos). Os resultados evidenciam que a maioria dos/as participantes apresenta níveis elevados de gratificação e prazer na prestação de cuidados às pessoas idosas. Pese embora apresente níveis moderados de fadiga por compaixão. Em geral a amostra evidencia atitudes positivas face à demência.

*Palavras-chave:* qualidade de vida profissional; ajudantes ação direta; literacia; demências; cuidados paliativos; estrutura residencial para pessoas idosas.

## **Introdução**

Perante o envelhecimento populacional enaltecem-se uma série de desafios relativos à prestação de cuidados à pessoa idosa (OMS 1), particularmente, em processos de envelhecimento patológico. Embora envelhecer não implique, obrigatoriamente, dependência e doença, é inegável que a partir, dos 65 anos, as doenças crónicas, progressivas e/ou incapacitantes são mais prevalentes, comparativamente com outras faixas etárias (Barreto, Carreira & Marcon 2; Quadrante 3).

As doenças neurocognitivas, dada a sua elevada incidência (42%; Fernandes 4) constituem uma realidade e um desafio substancial na atual geração de pessoas idosas. São síndromes de instalação progressiva em que ocorre deterioração cognitiva e intelectual, acompanhada de progressivo declínio funcional e da perda da autonomia da pessoa (e.g., APA 5). Fica, desta forma, claro que, ao contrário do envelhecimento saudável, o envelhecimento patológico, exige uma intervenção especializada, particularmente, no âmbito dos cuidados paliativos (CP) (e.g., Pazes, Galvão, Neto & Marques 6). Ou seja, uma intervenção pautada por cuidados rigorosos e organizados que

visam, essencialmente, a prestação de cuidados humanizados centrados na pessoa doente e na sua família, quando esta enfrenta uma doença incurável e/ou grave, procurando que esta tenha disponível e acessível uma série de instrumentos que promovam alívio de sofrimento subjacente (Lei de Bases dos CP 7).

A este respeito, Pazes e colegas (6) defendem a necessidade urgente de refletir sobre a intervenção prestada, com intuito de melhorar os cuidados prestados, tornando-os mais humanizados, devendo, os seus profissionais, desenvolver “competências na área da abordagem paliativa”. O Plano Estratégico para o Desenvolvimento de CP 2021- 2022, salienta a necessidade de responder adequadamente perante uma multiplicidade de necessidades enfrentadas pelas Organizações Sociais. Neste sentido, sugere-se um modelo organizativo, onde se contemple um plano formativo adequado para a prática de abordagens paliativas em todos os contextos, assim como a importância de trabalho em rede a estabelecer entre equipas especializadas e outros ambientes, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), para que possam abranger o maior número possível de pessoas (CNCP 8).

De facto, e conforme salientam vários autores (e.g., Boscart, d’Avernas, Brown & Raasok 9; Sousa & Ribeiro 10), o nível de literacia, nomeadamente no que respeita a CP e demências (Chen, et al. 11), tem influência na prestação de cuidado à pessoa idosa. A inadequada literacia em saúde, a escassez de recursos humanos e físicos e a ausência de programas de autocuidado, são apenas alguns fatores que podem pôr em risco o desenvolvimento de práticas humanizadas no contexto de ERPI. Perante a escassez, as/os Ajudantes Ação Direta (AAD) percecionam a sua atividade como bastante desgastante, o que pode levar ao surgimento de quadros de *burnout* ocupacional, o que por sua vez pode comprometer o cuidado profissionalizado prestado à pessoa (Monteiro, Queirós & Marques 12).

Da mesma forma que internacionalmente, também em contexto português se reforça a necessidade de promover a literacia em demências e da intervenção nestas patologias como um eixo prioritário (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14; Serrão, & Veiga 15). Além da baixa literacia sobre demências, a inadequada literacia em CP parece também ser uma importante barreira ao acesso a CP (OMS 1). Outro fator preocupante diz respeito ao grau de exaustão e fadiga profissionais encontrados em alguns estudos desenvolvidos em ERPI Portuguesas (e.g., Carvalho 16; Ferreira 17; Marques 18).

### *Qualidade de vida profissional*

Nos últimos anos conceitos como *burnout*, desgaste emocional, qualidade de vida profissional, entre outros, têm sido objetos de grande interesse científico, dado o seu impacto direto e indireto na qualidade das Organizações. Porém, estes estudos têm-se centrado particularmente no estudo de grupos de profissionais de saúde (*e.g.*, Dias, Queirós & Carlotto 19; Vala 20; Restauri & Sheridan 21).

Um construto associado à dimensão ocupacional que tem sido objeto investigativo é o de qualidade de vida profissional (Stamm 22). Stamm (22) define-a como um conjunto de manifestações e consequências de que sofrem os profissionais como resposta à condição de envolvimento emocional e afetivo perante a exposição ao sofrimento de pessoas/pacientes. O conceito é complexo e, além de envolver o ambiente organizacional, engloba também as características pessoais dos seus profissionais e a sua exposição a traumas (Stamm 22). A autora menciona que a qualidade de vida profissional incorpora dois aspetos: um positivo e um negativo. A dimensão positiva, denomina-se de satisfação compassiva e diz respeito à gratificação e prazer sentidos na capacidade de ajudar e no apoio à pessoa que necessita de cuidados. Já a dimensão negativa, denomina-se de fadiga por compaixão e trata-se da redução da capacidade e/ou interesse em ser empático com as pacientes.

De acordo com o modelo teórico de Stamm (22), a fadiga por compaixão integra dois construtos: (1) um relacionado com a exaustão, fadiga e depressão – denominado de *burnout*; (2) o outro denominado de stress traumático secundário, diretamente associado a sentimentos negativos provenientes de medo e traumas relacionados com o trabalho.

O presente estudo teve como objetivos avaliar a qualidade de vida profissional (satisfação compassiva, *burnout* e stress traumático secundário), o grau de literacia em demências e em CP do universo de AAD que presta cuidados em ERPI, do concelho de Vila Nova de Gaia.

## **Métodos**

O estudo teve uma abordagem quantitativa, e foi de cariz descritivo- correlacional, observacional, transversal. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Ref. n.º 10/CEFMUP/2021, a 21 de junho de 2021) e seguiu os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (2013) e na Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano Face às aplicações da Biologia e da Medicina (1997).

Depois de identificadas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Vila Nova de Gaia que integravam a resposta ERPI (GEP 23), foi endereçado o convite às 12 ERPI, e seis (50%) consentiram participar, após convite via email. No total, estas seis ERPI tinham um universo de 115 AAD a exercerem funções, no momento da pesquisa. O preenchimento do questionário decorreu entre os dias 12 de janeiro e 30 de março de 2022, em suporte papel, na presença do investigador.

### *Participantes*

Do universo de 115 AAD, participaram no estudo 70 AAD (92.9%;  $n = 65$  do sexo feminino e com uma mediana [1.ºQ; 3.ºQ] de idades de 49 anos [38; 57]). Na Tabela 1 são apresentados alguns dados sociodemográficas que permitem caracterizar a amostra participante no estudo. No que se refere à formação, verifica-se que 23.1% ( $n = 15$ ) não possui formação específica na área da geriatria.

Em relação ao grau de importância atribuído à formação específica em determinadas áreas (demência, por exemplo), a maioria considerou (93.7%;  $n = 59$ ) como muito importante (5) a formação contínua na área das demências. Além disso, convidaram-se os participantes a indicar, através de uma resposta do tipo dicotómico (Sim; Não), se consideravam que as pessoas com quadro demencial deveriam ser acompanhadas por CP. Conclui-se que 78.5% ( $n = 51$ ) considera que as pessoas com perturbações demenciais deveriam ser acompanhadas por CP.

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica AAD (n = 70)*

	<i>n</i>	%
<b>Estado Civil <sup>a)</sup></b>		
Casado/a	30	44.1
Divorciado(a)/Separado(a)/Solteiro(a)/Viúvo(a)	38	55.9
<b>Número de filhos</b>		
0 – 1 filhos	42	60.0
Mais de 2 filhos	28	40.0
<b>Habilitações Literárias <sup>b)</sup></b>		
4.º ao 9.º ano	38	56.7
12.º ano	28	41.8
Licenciatura	1	1.5
<b>Formação na área das demências <sup>c)</sup></b>		
Não	39	56.5
Sim	30	43.5
<b>Formação em cuidados paliativos <sup>d)</sup></b>		
Não	63	91.3
Sim	6	8.7
<b>Anos de trabalho na Organização</b>		
<=3 anos	24	34.3
Entre 4 e 7 anos	20	28.6
>= 8 anos	26	37.1

Nota: n = número de participantes; % percentagem; AAD – Ajudantes Ação Direta; a) 2 omissos; b) 3 omissos; c) 1 omissos; d) 1 omissos;

### *Instrumentos*

O questionário do estudo integrou duas partes: a primeira parte, de cariz sociodemográfico (e.g., idade, género, anos de experiência, etc.). A segunda parte integrou as seguintes escalas:

A *Escala de Qualidade de Vida Profissional – Versão 5* (Professional Quality of Life [ProQOL-5], Stamm, 2009; validada para a população portuguesa por Duarte 24) visa avaliar a qualidade de vida profissional. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de 0.80 para satisfação compassiva, 0.68 para *burnout* e 0.69 para stress secundário traumático.

A *Escala de Atitudes face à Demência* (Dementia Attitude Scale [DAS]- O'Connor & McFadden, 2010; validada para a população portuguesa por Marques 25) é constituída por 20 questões; z pontuação varia entre 20 e 140 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais positivas serão as atitudes face à demência. Integra duas dimensões: conforto social (domínio afetivo e comportamental do modelo tripartido das atitudes) e conhecimentos. No atual estudo os valores de alfa de Cronbach foram 0.79 para a dimensão de conforto social e 0.82 para a dimensão de conhecimentos.

A *Escala de conhecimentos da Doença de Alzheimer* (Alzheimer's Disease Knowledge Scale [ADKS], Carpenter et al., 2009; traduzida para a população portuguesa por Monteiro & Coelho, 2009), é composta por 30 questões e visa avaliar conhecimentos sobre a doença de Alzheimer, abordando fatores de risco, sintomas, impacto, tratamento, avaliação e diagnóstico, cuidado e evolução da doença.

### *Análise de dados*

Os dados foram exportados de questionários em suporte papel para uma matriz no Microsoft Excel Office 365 e todas as análises estatísticas foram realizadas usando SPSS Statistics (versão 26.0; SPSS® Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) e Jamovi 1.1.9.0 (datalab. CC, Sydney, Austrália). A maioria das variáveis quantitativas apresentava uma distribuição assimétrica tendo por isso sido descritas pela sua mediana (med) e intervalo interquartil [1.ºQ; 3.ºQ].

Para cada dimensão da escala (satisfação compassiva, *burnout* e stress traumático secundário), considerada como variável dependente, foi estimado um modelo de regressão linear múltipla. Inicialmente foram testados modelos de regressão linear simples, para cada variável independente de interesse e cada variável dependente. Todas as variáveis significativas ao nível de  $p < 0.2$  nos modelos simples foram incluídas no modelo inicial múltiplo (para cada outcome). O modelo múltiplo final, para cada variável dependente, foi obtido a partir do modelo inicial eliminando sucessivamente as variáveis independentes não significativas no modelo. Os modelos finais de regressão múltipla foram avaliados utilizando coeficiente de determinação ( $R^2$ ), a estatística F do teste do modelo global e o respetivo valor de prova. Foram verificados os pressupostos dos modelos de regressão linear. Em todos os testes estatísticos valores de prova menores ou iguais a 0.05 foram considerados significativos.

## **Resultados**

### *Qualidade de Vida Profissional*

Como referido, para avaliar a qualidade de vida profissional da amostra de AAD, foi usada a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-5, Duarte 24). Os dados evidenciam níveis altos de satisfação compassiva (68.9%;  $n = 42$ ), e níveis moderados de *burnout* (42.4%;  $n = 25$ ) e de stress traumático secundário (57.8%;  $n = 37$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2***Resultados da Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-5) (n = 70)*

	Baixo n, (%)	Médio n, (%)	Alto n, (%)
Satisfação compassiva <sup>a)</sup>	0 (0)	19 (31.1)	<b>42 (68.9)</b>
<i>Burnout</i> <sup>b)</sup>	<b>33 (55.9)</b>	25 (42.4)	1 (1.7)
Stress traumático secundário <sup>c)</sup>	27 (42.2)	<b>37 (57.8)</b>	0 (0)

Notas. n = número de participantes; % = percentagem; <sup>a)</sup> 9 omissos; <sup>b)</sup> 11 omissos; <sup>c)</sup> 6 omissos

### *Atitudes face à Demência*

Os resultados obtidos são indicativos da presença de atitudes globais positivas relativamente a este tipo de perturbações neurológicas. A pontuação mediana [1.º Q; 3.º Q] geral de atitudes face à demência foi de 115 [104,5; 125,5]. Em relação às atitudes dos AAD no domínio de conforto social, a mediana obtida foi de 56 [46; 62,5] e no que respeita ao domínio dos conhecimentos de 59 [54; 64].

### *Escala de conhecimentos da doença de Alzheimer*

Quanto aos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que nenhum inquirido respondeu com sucesso a todas as questões formuladas (30 no total). Além disso, verificou-se que as questões com maior número de respostas erradas eram as relativas aos fatores de risco: itens 18 e 26. Por sua vez, o item 21 foi aquele que obteve maior número de acertos, relativo ao construto “avaliação e diagnóstico”. Ressaltam-se os resultados referentes à “evolução da doença” em que assistimos a elevadas taxas de conhecimentos. Por outro lado, ressaltam, negativamente, os resultados obtidos nos itens 6 “Quando as pessoas com Doença de Alzheimer começam a ter dificuldades e cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente estas responsabilidades” e 16 “Assim que as pessoas têm Doença de Alzheimer, deixam de ser capazes de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados”, inseridos no construto “cuidados”. Construto este que, face a todos os presentes na escala, pode-se considerar aquele mais diretamente ligado à prática profissional dos AAD. Estes itens abordam especificamente práticas que promovem a autonomia de pessoas com demência. Mais de 80% dos participantes sabe que as pessoas com “Doença de Alzheimer respondem melhor a instruções simples” (item 5), cerca de 65% dos participantes sabe que “Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é

um sintoma inicial comum da Doença de Alzheimer” (item 22) e mais de 80% que “A maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente acontecimentos recentes do que as coisas que aconteceram no passado” (item 30). Estes aspetos parecem muito relevantes, uma vez que podem ser elementos facilitadores na abordagem e prática profissional no dia-a-dia dos/as AAD. Além disso, mais de 76% dos participantes sabe que “Quando uma pessoa com Doença de Alzheimer fica agitada, exames médicos podem revelar outros problemas de saúde como causa da agitação” (item 4), podendo este elemento facilitar na comunicação com equipa de saúde e, consecutivamente, na sua avaliação, diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível.

#### *Análise multivariada resultados ProQOL-5*

Tendo como objetivo avaliar o contributo das variáveis sociodemográficas (*e.g.*, estado civil, filhos/as, tempo de formação, formação) e das variáveis atitudes face à demência e conhecimentos da demência de Alzheimer, na satisfação compassiva, no *burnout* e stress traumático secundário dos/as AAD, foram utilizados modelos de regressão linear múltipla. Os resultados evidenciam que nenhuma das variáveis sociodemográficas (*e.g.*, idade, estado civil, ter filhos) e profissionais (tempo de profissão e formação em geriatria), é determinante da satisfação compassiva e da fadiga por compaixão (stress traumático secundário e *burnout*). DAS conforto e conhecimento têm uma associação significativa com a satisfação compassiva. O aumento de 1 ponto na escala DAS conforto e conhecimento está associado ao aumento em médio de 0.25 e 0.22 ( $p = 0.001$  e  $p = 0.017$ ), respetivamente no construto satisfação compassiva. No modelo de regressão múltipla a DAS conhecimento deixa de estar significativamente associada à *outcome* na presença da DAS conforto. DAS conforto tem uma associação significativa com o *burnout* e stress traumático secundário. O aumento de 1 ponto na escala DAS conforto está associado a uma redução de 0.17 em média nas dimensões *burnout* e stress traumático secundário ( $p = 0.035$  e  $p = 0.046$ , respetivamente).

#### **Discussão**

O estudo que aqui se apresenta teve como objetivos avaliar a qualidade de vida profissional e analisar a literacia em saúde sobre demências e cuidados paliativos, de uma amostra de AAD que presta cuidados em ERPI, do concelho de Vila Nova de Gaia.

No que se refere ao perfil do grupo de AAD a desenvolverem a sua atividade em contexto de ERPI, os resultados são concordantes com outros estudos (*e.g.*, Almeida; Marques; Ferreira & Carvalho), onde se verifica que maioria de cuidadores/as são do sexo feminino. Conclui-se que quase a totalidade de participantes detém, pelo menos, a qualificação mínima para o exercício profissional, prevista pelo Decreto-Lei nº414/99, de 15 de outubro (27).

Embora não seja exigida formação específica na área da gerontologia/geriatria (Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro 27) para o exercício desta atividade em contexto de ERPI, cerca de 2/3 tem formação nesta área.

Quanto à qualidade de vida profissional, no presente estudo, conclui-se que a amostra evidencia níveis elevados de satisfação compassiva (~69%), níveis moderados de stress traumático secundário (~58%) e baixos níveis de *burnout* (~56%).

Embora, em geral, os resultados sejam positivos, há a salientar a prevalência de níveis moderado e elevado *burnout* em cerca de 42%, resultado que é substancialmente superior ao encontrado no estudo de Marques (18), em que apenas 15% das AAD apresentava exaustão. É de salvaguardar, contudo, que este estudo usou um instrumento diferenciado e neste sentido os resultados deverão ser analisados de forma cautelosa.

Outro elemento que merece destaque é o facto de mais de 80% percecionarem elevado ou moderado stress associado ao exercício profissional. A intensidade das exigências físicas e emocionais, a falta de recursos de apoio, assim como a exposição frequente ao sofrimento, podem ser apenas algumas das variáveis que podem condicionar esta percepção.

Cerca de 70% apresentou elevada satisfação compassiva, ou seja, evidenciou prazer e um sentimento de satisfação que advém do desejo de ajudar os outros e de aliviar as dificuldades que apresentam. Se a este dado acrescentarmos o facto de quase a totalidade de amostra indicar que trabalha na área do envelhecimento por gosto, isto pode significar que embora a percepção de stress seja elevada, estes fatores - satisfação compassiva e gosto pela profissão - parecem estar a funcionar como amortecedores ao *burnout*.

No que se refere às atitudes perante situações de saúde mental, foi interessante notar que a atitude do grupo em relação às demências foi, em geral, positiva. Conclui-se que o

domínio afetivo-comportamental (conforto social) e o domínio cognitivo (conhecimentos) se correlacionaram positivamente com a satisfação compassiva, o que indica que uma atitude mais positiva relativamente às demências potenciava uma maior satisfação na relação e no apoio à pessoa. Concluiu-se também que as atitudes em relação à demência se correlacionavam negativamente, quer com o stress traumático secundário, quer com o *burnout*, o que indica que quanto mais elevados forem os resultados dos construtos da stress traumático secundário, menos positivas são as atitudes face à pessoa com demência.

No que se refere a necessidades de formação, os CP foram a temática mais predominante indicada (64.3%), podendo este dado justificar-se pelo facto de quase a totalidade de informantes indicar não ter qualquer formação neste domínio. Apesar do pouco conhecimento que indicam ter sobre CP, a maioria (73%;  $n = 51$ ) considera importante a existência de acompanhamento dos residentes com quadros demenciais, por parte das equipas de CP. Assim, e pese embora a nula ou baixa referenciação existente (*e.g.*, Abreu 28; Santos 29), estes profissionais parecem compreender os benefícios que o processo paliativo poderá trazer para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas idosas com demência, que vivem em contexto das ERPI.

Verifica-se também que a temática dos CP não tem feito parte do plano formativo oferecido pelas ERPI, uma vez que apenas seis AAD indicam ter tido formação nesta área. Talvez por essa razão, as necessidades formativas identificadas pelo grupo se concentram, substancialmente, na área dos CP, sofrimento e luto. Outras necessidades formativas identificadas foram as demências ( $n = 34$ ), os cuidados em fim de vida ( $n = 25$ ) e a gestão de comportamentos desadequados/agressivos ( $n = 23$ ). A necessidade de formação contínua na área é efetiva, uma vez que temos pessoas com formação, mas uma elevada percentagem já exerce funções há mais de 4 anos ( $n = 46$ ).

A necessidade de melhorar os cuidados prestados nas Organizações, nomeadamente ao nível de abordagens paliativas é fulcral (Pazes, Galvão, Neto & Marques 6; CNCP 8), pois a par de potenciar o conforto e a qualidade de vida das pessoas, diminui os tempos de internamento e o recurso ao serviço de urgência (Abreu 28).

Neto (30) reforça a importância de quantificar o número efetivo de pessoas residentes em ERPI com necessidades paliativas, nomeadamente, daquelas que padecem de doenças neurodegenerativas. No entanto, parece continuar a subestimar-se “a

necessidade de as pessoas com demência usufruírem de cuidados paliativos” (Abreu 25, p. 6). A referência nas demências deverá ser uma estratégia privilegiada para assegurar cuidados necessários e adequados (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14).

Urge o desenvolvimento de um estudo criterioso do estado de saúde das pessoas idosas residentes em ERPI, a fim de se proporcionar uma intervenção adequada, dirigida e centrada nas reais necessidades da pessoa. Uma melhor articulação entre as ERPI e equipas hospitalares especializadas de Psiquiatria e Neurologia, poderia melhorar a resposta às necessidades (Despacho n.º 5899/2018, de 19 de junho 14), tanto das pessoas que se encontram em processo patológico de envelhecimento, como para os profissionais que diariamente têm de responder aos desafios dos processos cuidativos. Outra questão ligada aos conhecimentos e à adequada abordagem paliativa, prende-se com o princípio bioético da “Autonomia”, não podendo o cuidado, de acordo com este princípio “ultrapassar o limite da dignidade do ser humano e as suas escolhas” (Neto 31 p. 252). Neste sentido, este princípio pode ser salvaguardado mediante existência de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), direito previsto no Decreto-Lei n.º 25, de 16 de julho de 2012 (32).

A procura efetiva de respostas sociais prevê-se como cada vez mais premente, quer pelas novas dinâmicas familiares (Figueiredo 33), quer pelos desafios e exigências múltiplas que a progressão da doença traz para o próprio e para a sua rede social (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14).

Por último, face a todos os elementos apresentados, é importante evidenciar que os resultados obtidos indicam níveis baixos a moderados de fadiga por compaixão e elevados de satisfação compassiva, assim como baixa literacia ao nível de demências e CP. Estes aspetos justificam a necessidade de desenvolver estratégias de promoção de saúde, bem-estar e autocuidado, assim como mecanismos de capacitação destes profissionais que têm um papel fundamental e imprescindível na prestação de cuidado direto a pessoas idosas institucionalizadas em ERPI.

## **Conclusões**

O presente estudo permitiu caracterizar globalmente as ERPI participantes, caracterizar o perfil sociodemográfico do grupo profissional de AAD, o seu grau de satisfação

compassiva, *burnout* e stress traumático secundário, as suas atitudes perante processos demenciais e o seu grau de literacia em matéria de demência de Alzheimer. Por fim, enaltece-se ainda a pertinência deste estudo na constatação de várias necessidades, nomeadamente, no que se refere: (1) à determinação do número de pessoas residentes que apresentam dependência; (2) à identificação do número efetivo de pessoas com diagnóstico de perturbações neurocognitivas; e (3) a uma adequada articulação entre os serviços sociais e da saúde, nomeadamente no que concerne à colaboração com as equipas especializadas de CP.

Em suma, a falta de formação especializada, a escassez de recursos humanos e físicos, e a ausência de programas de autocuidado dirigidos a estas equipas, são apenas alguns fatores que podem pôr em risco o desenvolvimento de práticas humanizadas, assim como o próprio bem-estar físico e emocional destes/as profissionais. Desta forma, é, cada vez mais importante motivar, enaltecer, capacitar e valorizar os profissionais AAD que diariamente prestam cuidados a pessoas idosas, que se encontram, muitas vezes, em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade.

### **Referências Bibliográficas**

- Abreu, W. C. (2016). Cuidados Paliativos para utentes com demência avançada: reflexões sobre a sua implementação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental nº16*, 6-10. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0151>
- Almeida, A. R. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados* (Dissertação Mestrado em Gerontologia) Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Artmed.
- Barreto, M. D., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 325-339. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p325-339>
- Boscart, V. M., d'Avernas, J., Brown, P. & Raasok. M. (2017). Changing the Impact of Nursing Assistants' Education in Seniors' Care: the Living Classroom in Long-Term

- Care. *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 20, nº1, 15-21.  
<https://doi.org/10.5770/cgj.20.238>
- Carvalho, B. (2020). *Burnout, Qualidade de vida e Satisfação com o trabalho no Cuidador formal: Um estudo exploratório sobre fatores individuais e contextuais* (Mestrado em Psicologia da Social e da Saúde). ISCTE, Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10071/22193>
- Chen, I.-H., Lin, K.-Y., Hu, S. H., Chuang, Y.-H., Long, C. O., Chang, C.-C., & Liu, M. F. (2017). Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Willey-Journal of Clinical Nursing*, Vol. 27, Ed. 3-4, 848-858.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14132>
- Comissão Nacional Cuidados Paliativos, CNCP (2021). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Portugal. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Decreto-Lei 25/2012, de 16 de julho. *Diário da República nº136, Série I*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei 414/99, de 15 de outubro. *Diário da República nº241, Série I-A*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Despacho nº 5988/2018, de 19 de junho. *Diário da República, nº 116 Série II*. Lisboa: Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de investimento na literacia em saúde para. In C. Vaz de Almeida & I. Fragoeiro (Coord.), *Manual Literacia em Saúde – Princípios e Práticas* (pp.113-120). Lisboa: FCA PACTOR Editores, Lda.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Duarte, J. (2017). Qualidade de vida profissional em enfermeiros: Contribuição para a validação em português da Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 4, (XXXV), 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>  
Autónoma de Ciências da Saúde. DCM e UA – Dissertações de mestrado.  
<http://hdl.handle.net/10773/9215>
- Fernandes, A. C. (2020). Uma Perspetiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Perspetiva, Acta Med Port*, 33(1), 4-6.

- Ferreira, F. (2018). *O burnout em Cuidadores Formais de idosos: um estudo de caso numa IPSS do Porto (Mestrado em Gerontologia Social)*. ISSSP - Dissertações de mestrado em Gerontologia Social. <http://hdl.handle.net/10400.26/25426>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789727962761
- Gabinete de Estratégia e Planeamento, GEP (2021b). Carta Social. Consultado em fevereiro 2021. <https://www.cartasocial.pt/iniciohttps://doi.org/10.20344/amp.13251>
- Lei nº52/2012, de 05 de setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República nº172 Série I*. Lisboa: Assembleia da República
- Marques, C. (2013). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu (Mestrado em Serviço Social)*. UCP - R e DEGCS - Dissertações de Mestrado / Master Dissertations. <http://hdl.handle.net/10400.14/13585>
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores de *Burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 2-12. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36231157002>
- Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida – a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e Crescer - revista de pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, vol XXII, nº4, 252-256
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- OMS (2015). *Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Publicações OMS. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=4B35DB3599E0640A721A929E22CEFB00?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=4B35DB3599E0640A721A929E22CEFB00?sequence=6)
- Pazes, C., Galvão, C., Neto, I. G., & Marques, L. (2020). *Acções Paliativas em ERPIs: uma aposta imprescindível*. Consultado em 09 de setembro 2020- Disponível em <https://ordemosmedicos.pt/acoes-paliativas-em-erpis-uma-aposta-imprescindivel/>
- Quadrante, A. C. (2021). *Doenças crónicas e o envelhecimento*. Consultado em 10 de

junho 2021- Disponível em

<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo250.ht>

Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). *Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. Journal of the American College of Radiology, Vol 17 (7), 921-926.*  
<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>

Santos, E. A. (2018). Barreiras associadas aos cuidados na demência: uma revisão da literatura. *Geriatr Gerontol Aging 12 (2), 105-112.* Doi: 10.5327/Z2447-211520181800014.

Serrão, C. (Coord.). (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade.* Projeto Literacia em Saúde.

Sousa, L., & Ribeiro, A. P. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *SciELO Brasil, 22 (3).* <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300019>

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual 2nd Ed.* Pocatello, ID: Proqol.org.

Vala, J. (Coord.). (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas.* Instituto de Ciências Sociais; Universidade de Lisboa.  
Disponível em [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT\\_OM.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf)

#### **Financiamento**

A última autora é apoiada através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P. (Ref. UIDP/05198/2020; Centro de Investigação e Inovação em Educação, inED).

**“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.**