

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Capacita-te para melhor cuidares: programa de intervenção em grupo para cuidadores formais

Laetitia Julião da Silva

M

2023



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**CAPACITA-TE PARA MELHOR CUIDARES: PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA CUIDADORES FORMAIS**

Laetitia Julião da Silva

Outubro, 2023

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professora Doutora *Filipa Mucha Vieira* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega.

Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Filipa Mucha Vieira, pelo caminho percorrido, lado a lado, na concretização deste projeto. Grata por ter sido uma fonte de apoio, compreensão, tranquilidade, ânimo, mas sobretudo pelo cuidado e orientação que sempre me transmitiu.

Aos meus pais, um especial agradecimento, por serem exemplo de amor e resiliência. Por acreditarem incondicionalmente em mim e nas minhas capacidades. Serão eternamente o colo que mais desejo todos os dias!

À minha família, por serem o brilho dos meus olhos, o suporte e o carinho que reconforta.

Ao Flávio, pelo sorriso que transmite amor. Por ser a alegria e a serenidade dos meus dias. Que bom que é ter-te a meu lado!

À Raquel, por ter sido porto seguro e alento nos últimos anos e por ser a amizade mais bonita que levo da faculdade para a vida.

À minha grupeta preferida, Ju, Babita, Adri e Fabi, por me acompanharem nesta jornada e serem o ar puro nos dias mais difíceis.

Ao Centro Social, Cultural e Recreativo de Carregosa por ter apoiado a concretização deste estudo, mas em particular à Orientadora Dr^a. Gabriela e à Educadora Social Alba, por me terem feito sentir parte integrante da equipa e apoiado nesta aventura.

Finalmente, a todas as ajudantes de ação direta que participaram no programa de intervenção “Capacita-te para melhor cuidares”. Sem vocês nada disto seria possível!

Resumo

Ao papel de cuidador formal e às responsabilidades inerentes à sua profissão, está associado um processo caracterizado pelo desgaste e a exigência física e emocional. Atendendo ao impacto advindo da prestação de cuidados e à escassez de literatura referente a programas focados neste tipo de cuidadores, o presente trabalho procura desenvolver e implementar uma intervenção psicoeducativa, em grupo, dirigida às Ajudantes de Ação Direta (ADD), que visa a promoção do bem-estar emocional.

O programa de intervenção foi implementado junto de 7 AAD, de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, abordando os seguintes temas: trabalho em equipa; comunicação enquanto “fator chave” da resolução de conflitos; gestão de perdas; burnout e bem-estar emocional. Este estudo recorreu a uma metodologia mista, tendo sido aplicado os instrumentos Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) e Aspetos Positivos de Cuidar de Alguém (APCA) e ainda realizada uma entrevista semiestruturada após o programa, com o objetivo de avaliar o impacto das sessões percebido pelas participantes.

Os resultados revelaram uma diminuição significativa dos níveis de burnout na dimensão exaustão emocional após a intervenção. Ao nível do impacto das sessões, as participantes realçaram o aumento da união e cooperação do grupo e a promoção do bem-estar. Considera-se que o presente estudo foi um contributo importante para as cuidadoras formais envolvidas, sendo, no entanto, importante dar continuidade ao mesmo, fazendo face às suas limitações e necessidades de melhoramento.

Palavras-chave: *Cuidador Formal, Ajudante de Ação Direta, Intervenção Psicoeducativa*

Abstract

The role of a formal caregiver and the inherent responsibilities of their profession are associated with a process characterized by physical and emotional strain. Considering the impact arising from caregiving and the scarcity of literature focused on this type of caregivers, this study seeks to develop and implement a psychoeducational intervention, in a group setting, aimed at Direct Care Assistants (DCA) with the goal of promoting emotional well-being.

The intervention program was implemented with 7 DCAs from a Private Social Solidarity Institution, covering the following topics: teamwork, communication as a "key factor" in conflict resolution, grief management, burnout, and emotional well-being. This study employed a mixed-method approach, using the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) and Positive Aspects of Caring for Someone (PACS) instruments, and conducted a semi-structured interview after the program to assess the perceived impact of the sessions by the participants.

The results showed a significant decrease in burnout levels in the emotional exhaustion dimension after the intervention. Regarding the impact of the sessions, participants emphasized increased group cohesion, cooperation, and well-being promotion. This study is considered an important contribution to the formal caregivers involved; however, it is essential to continue it, addressing its limitations and improvement needs.

Keywords: *Formal Caregivers, Direct Care Assistants (DCA), Psychoeducational Intervention*

Résumé

Le rôle de l'auxiliaire de vie et les responsabilités inhérentes à leur profession sont associés à un processus caractérisé par l'épuisement et les exigences physiques et émotionnelles. Compte tenu de l'impact découlant de la prestation de soins et de la rareté d'information littéraire sur les programmes axés sur ce type d'aidants, le présent travail cherche à développer et à mettre en œuvre une intervention psychoéducatrice de groupe, destinée aux Aides Soignants, qui vise à promouvoir le bien-être émotionnel.

Le programme d'intervention a été mis en œuvre auprès de 7 auxiliaires de vie, d'une Institution Privée de Solidarité Sociale, abordant les thématiques suivantes : le travail en équipe ; la communication comme « facteur clé » dans la résolution des conflits ; gestion des pertes ; burnout et bien-être émotionnel. Cette étude a eu recours à une méthodologie mixte, utilisant les instruments Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) et Positive Aspects of Caregiving (PAC) et en réalisant également un entretien semi-structuré après le programme, dans le but d'évaluer l'impact des séances perçu par les participants.

Les résultats ont révélé une diminution significative des niveaux d'épuisement professionnel au niveau de l'épuisement émotionnel après l'intervention. En termes d'impact des séances, les participants ont souligné l'accroissement de l'union et de la coopération du groupe et la promotion du bien-être. On considère que la présente étude a été une contribution importante pour les auxiliaires de vie impliqués, mais il est important de poursuivre celle-ci, en tenant compte de ses limites et des besoins d'amélioration.

Mots-clés : *Auxiliaire de Vie, Intervention Psychoéducatrice*

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Método | 6 |
| 2.1. Participantes | 6 |
| 2.2. Instrumentos | 7 |
| 2.2.1. Questionário Sociodemográfico (QS) | 7 |
| 2.2.2. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) | 7 |
| 2.2.3. Aspetos Positivos de Cuidar de Alguém (APCA) | 7 |
| 2.2.4. Entrevista de Mudança | 8 |
| 2.3. Programa de Intervenção - “Capacita-te para melhor cuidares” | 8 |
| 2.4. Procedimento de Recolha de Dados | 10 |
| 2.5. Procedimento de Análise de Dados | 10 |
| 3. Resultados | 12 |
| 3.1. Caraterização dos níveis de burnout | 12 |
| 3.2. Caraterização dos níveis de satisfação na tarefa de cuidar | 13 |
| 3.3. Impacto do programa na perspetiva das participantes | 14 |
| 4. Discussão | 17 |
| 5. Conclusão | 20 |
| Referências Bibliográficas | 22 |
| Anexos | 30 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. <i>Caracterização Sociodemográfica das Participante</i> | 6 |
| Tabela 2. <i>Objetivos (gerais e específicos) e atividades referentes a cada sessão</i> | 9 |
| Tabela 3. <i>Scores totais obtidos no MBI-HSS pré e pós intervenção</i> | 12 |
| Tabela 4. <i>Valores de referência para categorização dos scores do MBI</i> | 13 |
| Tabela 5. <i>Scores totais obtidos no instrumento APCA pré e pós intervenção</i> | 14 |
| Tabela 6. <i>Análise de conteúdo</i> | 15 |

Lista de Abreviaturas

AAD - Ajudante de Ação Direta

AI - Amplitude Interquartil

APCA - Aspetos Positivos de Cuidar de Alguém

AT - Análise Temática

DP - Desvio Padrão

IBM-SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

M - Média

MBI- HSS - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

MD - Mediana

OMS - Organização Mundial da Saúde

QS - Questionário Sociodemográfico

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

1. Introdução

O envelhecimento populacional, compreendido como um fenómeno mundial, encontra-se intimamente relacionado com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade, assim como com as evidentes alterações culturais e estilos de vida (Sousa, 2020) das sociedades atuais. De acordo com a base de dados PORDATA (2023), referente ao ano 2023, Portugal apresenta um índice de envelhecimento de 183,5 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens. O aumento constante, de ano para ano, da população envelhecida, coloca em causa o equilíbrio da sociedade, ainda que seja, por outro lado, considerado uma janela de oportunidades nesta faixa etária (Miranda, 2020).

Ao longo do processo de envelhecimento, as alterações nas capacidades físicas e mentais do indivíduo, bem como no seu nível de autonomia e independência, podem comprometer a funcionalidade do próprio na manutenção e realização das suas tarefas diárias. Atendendo a estas circunstâncias torna-se muitas vezes necessário recorrer ao apoio de dois tipos de rede de suporte, designadamente os cuidadores formais e informais (Melo et al., 2014). A principal distinção entre ambos concerne à condição profissional e remuneração subjacente aos cuidados prestados, para com a pessoa cuidada (Falcão et al., 2021; Pereira & Marques, 2014). Entende-se por cuidador formal os indivíduos contratados e remunerados pela concretização das funções e encargos, próprios do serviço prestado (Simari et al., 2021). Por sua vez, o cuidador informal poderá ser um familiar ou uma pessoa próxima, habitualmente sem formação e remuneração (Gomes & Mata, 2012).

Perante o declínio funcional, em idade avançada, compete aos cuidadores responsabilizarem-se por assistir e promover a qualidade de vida à pessoa a quem prestam cuidados, garantindo assim, a satisfação das suas necessidades diárias (Couto et al., 2016). No entanto, a intervenção do cuidador não se limita apenas ao assegurar das necessidades básicas do indivíduo, visando igualmente a promoção do bem-estar físico e psicológico da pessoa cuidada (Vigia, 2012). O ato de cuidar é, assim, um comportamento complexo, embora intrínseco aos relacionamentos interpessoais (Pereira & Mateos, 2006).

O presente trabalho incide no cuidador formal e no seu processo de capacitação, pelo que de seguida iremos direcionar o enquadramento teórico para este grupo profissional, atendendo às suas características/especificidades e necessidades de intervenção.

O cuidador formal no serviço de apoio domiciliário

Nos padrões de vida atuais torna-se cada vez mais difícil às famílias cuidar dos seus membros mais idosos, quer seja por motivos laborais, financeiros, falta de recursos humanos, entre outros (Bárrio et al., 2020). O cuidador formal surge então como um prestador de cuidados, que recebe uma remuneração para cuidar da pessoa idosa e/ou em situação de dependência física/mental (Simari et al., 2021), podendo fazê-lo em instituições especializadas ou ao domicílio.

O aumento da população idosa e o desejo de permanência do idoso na sua habitação potenciam o surgimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), no princípio dos anos 80, alicerçando-se na década de 90, mais especificamente, no que concerne a políticas de apoio para a população envelhecida (Decreto-Lei n.º 141/89, 1989). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), envelhecer no local - "*Aging in Place*" - define-se por "atender ao desejo e à capacidade das pessoas, por meio do fornecimento de serviços e assistência, para permanecer vivendo de forma relativamente independente na comunidade, na sua casa atual ou num nível apropriado de moradia" (OMS, 2004, p. 9). Este conceito surge da necessidade de satisfazer as carências da pessoa idosa, em articulação com a preservação do seu bem-estar e vontade de continuar a residir no respetivo domicílio (Gomes, 2017).

De acordo com Gomes (2017), são diversas as vantagens do SAD, das quais evidencia como primordiais o facto deste serviço assegurar a continuidade de residência no domicílio, evitar a institucionalização, asseverar as necessidades básicas, atuar em auxílio ao apoio informal e colaborar para a diminuição do isolamento social da população envelhecida. Em contrapartida, aponta como limitações, o tempo despendido para os cuidados prestados, a carência de formação e supervisão dos profissionais, a dificuldade em garantir um plano individual de cuidados, a pouca inclusão dos utentes e respetiva família nos cuidados, a deficiência de técnicas de comunicação e controlo de qualidade dos cuidados.

O cuidador formal que presta os cuidados ao domicílio, diretamente com os idosos, denomina-se de Ajudante de Ação Direta (AAD). A estes profissionais compete potenciar os cuidados não só do ponto de vista instrumental (assistência diurna e/ou noturna, higiene pessoal, alimentação, medicação) (Ministério Do Trabalho e Da Solidariedade Social, 2023), como também emocional/psicológico visando a promoção do bem-estar (Vigia, 2012) e qualidade de vida da pessoa cuidada (Couto et al., 2016).

Ao papel de cuidador e às responsabilidades inerentes à sua profissão, está associado um processo caracterizado pelo desgaste e a exigência física e emocional (Benevides-Pereira, 2002). O que, de acordo com Figueiredo et al. (2019), tem demonstrado vir a ter repercussões extremamente negativas na saúde física do indivíduo, assim como provocado diversas implicações psicológicas. Quando esta atividade de cuidar encontra-se associada a casos com problemáticas de saúde mental e/ou graus de profunda dependência (como, por exemplo, pessoas idosas com algum tipo de demência) esta sobrecarga torna-se ainda mais desafiante e complexa (Sequeira, 2010 citado em Miranda, 2020).

A literatura tem vindo a demonstrar o impacto psicossocial advindo da árdua missão de ser cuidador. Quando comparados com não cuidadores sobressai, neste grupo profissional, o stress, a depressão, níveis inferiores de saúde física, bem-estar e autoeficácia (Pinquart & Sörensen, 2003). Fernandes e Garcia (2009), realçam a sintomatologia depressiva, ansiosa, sentimentos de culpa, baixos níveis de autoestima, e uma maior propensão para a irritação e ressentimento nestes profissionais. Sinais de sobrecarga, tensão, isolamento, frustração e conflito familiar parecem ser igualmente frequentes (Figueiredo et al., 2019). Do ponto de visto físico, estes níveis elevados de sobrecarga podem suscitar no cuidador sintomas e doenças físicas como, por exemplo, hipertensão arterial, problemas respiratórios e digestivos e, maior disposição a infeções (Ho et al., 2009), tal como o número de hospitalizações, internamentos e óbitos têm vindo a aumentar (Pavarini et al., 2008).

Do impacto supramencionado, surge muito associado à área da prestação de cuidados o conceito de burnout. Por burnout entende-se um estado de exaustão física e emocional, face ao stress vivenciado laboralmente. Trata-se de um construto multidimensional e contínuo, que integra 3 dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional. (Maslach et al., 2001). A exaustão emocional é descrita pela falta de entusiasmo e vitalidade e pela sensação de esgotamento. A despersonalização caracteriza-se por uma conduta insensível e indiferente na interação com o outro. Por último, a baixa realização profissional encontra-se relacionada com sentimentos de falta de competência e êxito a nível profissional (Vicente et al., 2013). Vicente et al. (2014), num estudo com 265 cuidadores, encontrou em 19,6% da amostra evidencia de altos níveis de exaustão emocional, em 4,9% elevada despersonalização e em 2,6% baixa realização pessoal.

Diante das informações referenciadas pode, assim, inferir-se que os efeitos provenientes da função de cuidador afetam a qualidade dos cuidados (Figueiredo et al., 2012). Por conseguinte,

na circunstância de cuidadores formais torna-se impreterível formação e suporte para enfrentar os estados emocionais e as particularidades do envelhecimento (Caçote & Faria, 2016). Desta forma, a formação profissional, sendo um elemento crucial no que concerne à competência das tarefas desempenhadas pelo cuidador, gera diversas vantagens, sobretudo em relação ao aumento significativo da motivação, produtividade, performance, participação, comunicação interna e resolução de conflitos. Ademais, a formação mostra atuar de um modo positivo, não só na qualidade dos serviços, como também no bem-estar psicológico do profissional e da pessoa idosa, sendo por isso importante que esta seja direcionada para as devidas necessidades de ambos (Sousa, 2011 citado em Carvalho, 2012).

De acordo com Barbosa et al. (2011), o desenvolvimento de programas de formação para os cuidadores formais deverá, para além da componente informativa e técnica, contemplar também o desenvolvimento de competências e estratégias de autocuidado e gestão do stress e da sobrecarga emocional. É fundamental que esta capacitação seja realizada de forma contínua, permitindo, desta maneira, que os profissionais adquiram novas aprendizagens e consolidem a informação aprendida no passado (Melo et al., 2014). Além disso, é igualmente relevante reforçar a necessidade do cuidador ser cuidado (Dutra et al., 2018). Segundo Paulos (2010), estratégias de coping, mecanismos de comunicação, resolução de conflitos, trabalho em equipa, gestão de stress, confronto com a morte e respetivo luto, são alguns dos tópicos importantes a ser abordados neste trabalho com o cuidador.

As abordagens psicoeducativas, podem contribuir positivamente para a diminuição de sintomas de stress e burnout dos cuidadores, na medida em que contemplam uma abordagem de apoio/suporte e supressão das suas necessidades, conjuntamente à parte formativa (Figueiredo et al., 2012), contribuindo assim para a promoção do seu bem-estar. Lopes e Cachioni (2012) numa revisão sistemática sobre intervenções psicoeducativas para cuidadores de idosos com demência verificaram efeitos positivos nos níveis de bem-estar, autoeficácia e habilidades referentes aos cuidados, diminuição de pensamentos e sentimentos disfuncionais e um maior conhecimento acerca dos serviços disponíveis. Também a revisão sistemática de Caparrol et al. (2021), sobre intervenções psicoeducacionais, destinadas a cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer, revela uma melhoria nas estratégias de coping, comunicação, autocuidado e resiliência, bem como no conhecimento acerca da doença e na autoeficácia do cuidador. Recentemente, Yu et al. (2023), numa revisão sistemática sobre intervenções no formato online, reforçam os efeitos significativos na diminuição de sintomatologia depressiva e stress dos cuidadores.

A nível nacional, num estudo realizado por Viegas et al. (2018), com cuidadores informais, verificou-se, após um programa psicoeducativo de gestão do stress, uma melhoria ao nível das estratégias de coping, no bem-estar emocional e na perceção de sobrecarga associada ao cuidar. Os autores referem ainda as ocasiões de diálogo como potenciais de transformação relativamente às adversidades, inquietações e aprendizagens do cuidador acerca do trabalho, uma vez que a partir do momento em que são expostas possibilitam a origem de novas soluções e estratégias. Figueiredo et al. (2012), em dois programas psicoeducativos direcionados a cuidadores informais (familiares) e formais de pessoas com demência, observaram um maior desenvolvimento de aptidões e uma maior perceção de autoeficácia e motivação respetivamente ao ato de cuidar. Ademais, constatou-se que as intervenções permitem igualmente a partilha de anseios e experiências, bem como a normalização de emoções e sentimentos e, inclusive, a promoção e o reconhecimento do autocuidado.

A literatura evidencia assim a eficácia destas intervenções junto dos cuidadores, sendo, no entanto, maioritariamente dirigidas aos cuidadores informais. Programas focados nos cuidadores formais, e nomeadamente nos AAD são mais escassos (Kunkle et al., 2020).

Atendendo às características destes profissionais (necessidade de formação mais especializada, melhores condições de trabalho) o presente trabalho procura dar resposta às necessidades de uma instituição que presta SAD, através do desenvolvimento e implementação de uma intervenção psicoeducativa, em grupo, dirigida às AAD, que visa a promoção do bem-estar emocional. Para tal recorreu-se a um estudo com uma metodologia mista, com os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterização dos níveis de burnout e dos níveis de satisfação na tarefa de cuidar, no momento pré intervenção e comparação com o momento pós intervenção
- b) Compreensão da experiência subjetiva das participantes através da sua avaliação do impacto da intervenção e identificação dos aspetos úteis e não úteis

Pretende-se deste modo contribuir para o desenvolvimento de ferramentas/propostas de intervenção que respondam às necessidades da população alvo, e desta forma potenciar a qualidade dos serviços prestados.

2. Método

2.1. Participantes

Neste estudo participaram 7 mulheres AAD, de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com idades compreendidas entre os 23 e os 56 anos (M=38.14, DP=13.04) e um tempo médio a trabalhar na instituição de cerca 9 anos (M=113.57, DP=119.79). Relativamente às habilitações, 2 têm o 3º ciclo do ensino básico, 4 o ensino secundário e 1 o ensino pós-graduado. Quanto ao estado civil, 6 são casadas e 1 solteira. As informações sociodemográficas encontram-se descritas por participante na Tabela 1. De referir que apesar da intervenção ter iniciado com as 7 participantes, após a 2ª sessão estiveram presentes apenas 6. Esta desistência deveu-se a motivos de saúde.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica das Participante

| Participante | Género | Idade | Habilitações Literárias | Estado Civil | Nº de anos de trabalho na Instituição (meses) |
|--------------|--------|-------|---------------------------|--------------|---|
| P1 | F | 23 | Ensino Secundário | Solteira | 24 |
| P2 | F | 23 | Ensino Secundário | Casada | 24 |
| P3 | F | 35 | Mestrado | Casada | 9 |
| P4 | F | 56 | 3º Ciclo do Ensino Básico | Casada | 276 |
| P5 | F | 36 | Ensino Secundário | Casada | 18 |
| P6 | F | 53 | 3º Ciclo do Ensino Básico | Casada | 228 |
| P7 | F | 41 | Ensino Secundário | Casada | 216 |

2.2. Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos, juntamente com o consentimento informado:

2.2.1. Questionário Sociodemográfico (QS)

O Questionário Sociodemográfico desenvolvido para este estudo recolheu dados sobre: género, idade, estado civil, habilitações literárias e o número de anos de trabalho na instituição. Ademais, foram incluídas algumas questões abertas, com o objetivo de aprofundar quais as principais motivações, perspetivas de futuro, receios e dificuldades, face à profissão desempenhada pelas participantes.

2.2.2. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)

O Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1986; versão portuguesa de Semedo, 2009) é uma medida de autorrelato, com 22 itens, dirigida a profissionais de saúde/cuidadores, cujo objetivo é avaliar a síndrome de burnout, através de 3 dimensões: exaustão emocional (9 itens), despersonalização (5 itens) e redução da realização profissional (8 itens). A avaliação dos itens é feita por uma escala tipo Likert que varia entre 0 (Nunca) a 6 (Todos os dias). Resultados mais altos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e baixos na dimensão de realização profissional são indicadores de manifestações de burnout (Vicente et al., 2013). Os resultados de alfa de Cronbach, da versão original do MBI-HSS, indicam que o instrumento revela uma boa consistência interna: exaustão emocional ($\alpha = 0.90$); despersonalização ($\alpha = 0.79$) e realização profissional ($\alpha = 0.71$) (Vicente et al., 2013; Maslach & Jackson, 1986). O estudo de adaptação para a população portuguesa obteve valores satisfatórios de consistência interna: exaustão emocional ($\alpha = 0.84$); despersonalização ($\alpha = 0.57$) e realização profissional ($\alpha = 0.81$) (Vicente et al., 2013). No presente estudo os resultados encontrados foram os seguintes: exaustão emocional ($\alpha = 0.90$); despersonalização ($\alpha = 0.64$) e realização profissional ($\alpha = 0.86$).

2.2.3. Aspetos Positivos de Cuidar de Alguém (APCA)

O instrumento *Positive Aspects of Caregiving* (APCA; Tarlow et al., 2004; Boerner et al., 2004; versão portuguesa de Gonçalves Pereira et al., 2009), é um

questionário de autorrelato, composto por 11 itens, que visa avaliar o nível de satisfação dos cuidadores, no que respeita ao serviço prestado enquanto profissionais. Os itens são avaliados através de uma escala de tipo likert de 5 pontos (1 - Discordo Muito, a 5 - Concordo Muito). O *score* total varia entre 11 e 55 pontos, sendo resultados mais altos indicadores de maior satisfação no ato de cuidar. A versão original do instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0.89$; Tarlow et al., 2004), assim como a versão portuguesa ($\alpha = 0.87$; Gonçalves Pereira et al., 2009). No presente estudo o valor do coeficiente alfa de Cronbach corresponde a 0.90.

2.2.4. Entrevista de Mudança

A informação qualitativa foi recolhida a partir da realização de uma entrevista semiestruturada adaptada para o presente estudo e que teve por base o guião da *Change Interview* (Elliott, 1999; versão portuguesa Sales et al., 2007). Esta entrevista teve como objetivo obter uma visão geral do impacto da intervenção, na perspetiva das participantes, colocando questões sobre eventuais mudanças sentidas, aspetos úteis e não úteis das sessões. A entrevista é composta por 10 questões e tem uma duração média de 20 minutos.

2.3. Programa de Intervenção - “Capacita-te para melhor cuidares”

A construção do programa de intervenção teve por base a revisão teórica realizada, assim como uma avaliação das necessidades feita junto da população alvo da intervenção. Assim, num primeiro momento, foi solicitado às AAD da instituição que preenchessem um pequeno questionário sobre sugestões de temas a ser abordados nas sessões (ver anexo 3). Pela análise do mesmo, constatou-se que as temáticas “Resolução de Conflitos” e “Trabalho em Equipa” foram as mais mencionadas pelas participantes. As sessões foram posteriormente delineadas, dando origem ao programa “Capacita-te para melhor cuidares”, composto por 6 sessões de grupo, com a duração de aproximadamente 60 minutos cada. Na Tabela 2 são apresentados os objetivos e as principais atividades de cada sessão.

Tabela 2*Objetivos (gerais e específicos) e atividades referentes a cada sessão*

| Sessão | Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Atividades |
|--------|--|---|--|
| 1 | Apresentação do Grupo | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos elementos do grupo;• Exploração das expectativas e receios dos elementos, face ao grupo;• Apresentação dos objetivos da intervenção e temas das sessões;• Definição das regras de funcionamento do grupo (Princípios éticos; Horário);• Apresentação da intervenção como um espaço securizante e assente na comunicação interpessoal;• Promoção do autoconhecimento e heteroconhecimento. | Quem sou eu?; O que diz a tua cor?; Fala-me de ti! |
| 2 | Desenvolver e Fomentar o Trabalho em Equipa | <ul style="list-style-type: none">• Desenvolver e estimular a decisão em grupo;• Compreender a importância de respeitar o espaço do outro;• Promover o sentido de cooperação e união no grupo;• Fortalecer vínculos entre os membros. | Encontra alguém que...; De mãos dadas. |
| 3 | Compreender a Comunicação enquanto “fator chave” da Resolução de Conflitos | <ul style="list-style-type: none">• Explorar os diferentes papéis: emissor e recetor;• Distinção entre comunicação verbal e não-verbal;• Explorar habilidades de comunicação e resolução de conflitos;• Desenvolver e reforçar a capacidade de empatia nas relações. | Baralho de Cartas; Sopra como um balão. |
| 4 | Explorar e Capacitar os indivíduos para gerir as Perdas | <ul style="list-style-type: none">• Normalização da experiência da perda;• Exploração e externalização do impacto da perda;• Facilitação da catarse emocional;• Exploração de estratégias de coping mais adaptativas. | Amigos Improváveis; Mural das Perdas; Baú das Recordações. |
| 5 | Psicoeducar o Burnout e Promover o Bem-Estar Emocional | <ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação sobre o conceito Burnout;• Facilitar a exteriorização das emoções inerentes à prestação de serviços;• Desenvolver o sentido de mestria em tarefas que promovam bem-estar emocional; | Subindo a Montanha |

| | | | |
|---|-------------------------|--|--------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Praticar auto diálogo positivo; • Incentivar o autocuidado. | |
| 6 | Finalização do Processo | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão pessoal acerca da pertinência do grupo no processo de cada um; • Feedback qualitativo e quantitativo dos membros face à intervenção; • Despedida. | Viagem de Regresso |

2.4. Procedimento de Recolha de Dados

A realização do presente estudo decorreu no âmbito do estágio curricular da investigadora, após as devidas aprovações e autorizações por parte da Direção da Instituição. As AAD foram convidadas a participar, tendo todas anuído, assinado o consentimento informado e sido esclarecidas sobre os objetivos do estudo, bem como os instrumentos a serem aplicados, para a respetiva recolha de dados. O programa foi implementado entre março e abril de 2023, no horário pós-laboral das participantes.

Antes da intervenção, procedeu-se ao preenchimento do protocolo de avaliação, composto pelo questionário sociodemográfico, e versões portuguesas do MBI-HSS e APCA. Estes dois últimos instrumentos foram igualmente preenchidos pelas participantes após as 6 sessões do programa implementado. Os questionários foram entregues diretamente aos participantes e o seu preenchimento foi realizado individualmente, sem a presença da investigadora. Após o término das sessões foi agendada uma entrevista individual, que se realizou no formato presencial e que teve a duração de cerca de 20 minutos.

2.5. Procedimento de Análise de Dados

Os dados quantitativos foram analisados através do software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 29. Para a caracterização das participantes e das variáveis em estudo foram realizadas análises descritivas. Tendo em conta o tamanho da amostra, que é reduzido, optou-se pela utilização da estatística não paramétrica, nomeadamente o *Wilcoxon Signed Ranks Test*, para comparação das variáveis pré e pós intervenção.

Os dados qualitativos recolhidos através da entrevista foram analisados com base no método de Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke (2006). O respetivo método viabiliza a identificação, análise, interpretação e o registo de relatórios de padrões (temas) de dados, contemplando a sistematização e descrição minuciosa dos mesmos (Braun & Clarke, 2006). Deste modo, a análise de conteúdo e os temas que daí emergiram atenderam ao procedimento de AT, que compreende um conjunto de 6 fases, que foram tidas em consideração ao longo do processo: 1) Familiarização com Dados, na qual se realizou a transcrição de dados das entrevistas semiestruturadas, seguida de leitura repetida e imersiva, com o objetivo de destacar possíveis significados e padrões preliminares; 2) Criação de Códigos Iniciais, a partir da identificação de elementos e segmentos significativos do conjunto de dados; 3) Procura de Temas, através da combinação e classificação dos códigos gerados na fase anterior em possíveis temas e subtemas; 4) Revisão dos Temas, onde se procurou proceder à revisão e refinamento dos temas e subtemas estabelecidos, de acordo com a coerência de padrões nos segmentos selecionados e o relacionamento entre os dados no seu todo. Ainda nesta fase, estruturou-se um mapa temático do estudo; 5) Definição e Nomeação de Temas, a qual ocorreu mediante a descrição e caracterização de cada tema, bem como a clarificação do seu propósito. Além disso, atribui-se um nome final, explícito e esclarecedor, a cada tema; 6) Por fim, procedeu-se à Elaboração do Relatório, de forma lógica e breve, atendendo à análise efetuada dos dados (Braun & Clarke, 2006).

3. Resultados

3.1. Caracterização dos níveis de burnout

Na Tabela 3 encontram-se os resultados de cada subescala do MBI-HSS por participante, nos dois momentos de avaliação.

Utilizando como referência os pontos de corte validados para a população americana (Tabela 4), por ausência de valores nacionais, verificamos que no momento pré intervenção nenhuma participante apresentava níveis clinicamente elevados de exaustão emocional. Num nível moderado encontravam-se duas participantes (P3 e P7) que registaram uma descida para um nível baixo após o programa de intervenção.

Na dimensão despersonalização, apenas uma participante apresentava níveis elevados antes da intervenção, registrando uma descida deste valor no momento pós, mas ainda assim mantendo-se acima dos valores de referência para esta categoria.

Na dimensão de realização profissional, 6 participantes apresentavam pré intervenção níveis moderados a elevados de realização profissional, o que se manteve no momento pós. Uma participante apresentava baixos níveis de realização profissional, que se mantiveram após o programa.

Tabela 3

Scores totais obtidos no MBI-HSS pré e pós intervenção

| | Exaustão Emocional | | Despersonalização | | Realização Profissional | |
|----|--------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| | Pré-Teste | Pós-Teste | Pré-Teste | Pós-Teste | Pré-Teste | Pré-Teste |
| P1 | 4 | 0 | 3 | 0 | 36 | 45 |
| P2 | 14 | 12 | 0 | 0 | - | - |
| P3 | 21 | 18 | 0 | 2 | 27 | 29 |
| P4 | 3 | 0 | 18 | 12 | 36 | - |
| P5 | - | 22 | 1 | 6 | 42 | 34 |

| | | | | | | |
|----|----|----|---|---|----|----|
| P6 | 16 | - | 6 | - | 43 | - |
| P7 | 20 | 12 | 0 | 0 | 36 | 36 |

Pela análise inferencial as diferenças na dimensão de exaustão emocional revelaram-se estatisticamente significativas ($Z = -2.032$, $p = 0.04$), com os valores pré intervenção (MD = 15.00, AI = 16.50) a serem estatisticamente superiores quando comparados com os valores após a intervenção (MD = 12.00, AI = 19.00). O mesmo não se verifica nas restantes dimensões: despersonalização ($Z = -0.365$, $p = 0.72$) e realização profissional ($Z = -0.535$, $p = 0.59$).

Tabela 4

Valores de referência para categorização dos scores do MBI

| Dimensão | Categoria | Cut-off scores |
|---|-----------|----------------|
| Exaustão Emocional Score (0-54) | Elevado | ≥ 27 |
| | Médio | 19-26 |
| | Baixo | 0-18 |
| Despersonalização Score (0-30) | Elevado | ≥ 10 |
| | Médio | 6-9 |
| | Baixo | 0-5 |
| Realização Profissional Score (0-48) | Elevado | ≥ 40 |
| | Médio | 34-39 |
| | Baixo | 0-33 |

Nota. Tabela com valores de corte norte-americanos. Adaptado de “Risco de burnout nos técnicos de radiologia das unidades de saúde do Porto”, por Silva, C. A. V. da, & Pereira, J. M. R., 2022, Revista *Saúde & Tecnologia*, (23), 38–50. (<https://doi.org/10.25758/set.2251>). Copyright 2023 Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

3.2. Caraterização dos níveis de satisfação na tarefa de cuidar

Na Tabela 5 encontram-se os resultados dos níveis de satisfação na tarefa de cuidar obtidos por participante, nos dois momentos de avaliação. Os valores são muito próximos em ambos os momentos, ainda que as participantes P5 e P7 a apresentarem valores mais elevados antes da intervenção e as participantes P1 e P3 após a mesma.

Tabela 5

Scores totais obtidos no instrumento APCA pré e pós intervenção

| | Pré-Teste | Pós-Teste |
|----|-----------|-----------|
| P1 | 53 | 55 |
| P2 | - | 39 |
| P3 | 34 | 37 |
| P4 | 55 | 55 |
| P5 | 53 | 41 |
| P6 | 47 | - |
| P7 | 51 | 49 |

Pela análise inferencial as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas nesta variável após a implementação do programa ($Z = -0.184$, $p = 0.85$).

3.3. Impacto do programa na perspetiva das participantes

A análise de conteúdo, segundo o método de AT, permitiu identificar 5 temas e 19 categorias apresentados na Tabela 6. Os temas encontrados refletem a perspetiva das AAD face à participação na intervenção, nomeadamente os benefícios e as mudanças sentidas, bem como as causas inerentes. Retratam, inclusive, aspetos considerados não tão úteis e/ou negativos acerca do programa e sugestões de melhoria para futuras aplicações.

Tabela 6*Análise de conteúdo*

| Temas | Categorias | Exemplos |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Aspectos úteis da intervenção | Fortalecimento de vínculos | P7- <i>“Aprendemos sempre a conhecer os outros (...) apesar das nossas diferenças ou de não concordarmos com tudo sabemos que estamos uma para as outras nas adversidades.”</i> |
| | Cooperação do grupo | P2- <i>“Confiança umas nas outras. (...) Que é bom trabalhar em equipa independentemente das nossas diferenças.”</i> |
| | Promoção do bem-estar | P1- <i>“Gostei do relaxamento por ser levada no pensamento. Senti-me relaxada.”</i> |
| | Autovalorização | P5- <i>“Temos que nos valorizar a nós. Por isso, refiro o impacto que teve em mim, porque depois comecei a olhar de forma diferente para mim própria.”</i> |
| | Autocuidado | P5- <i>“Senti que o impacto foi imediato. Comecei a colocar creme e até máscara de pestanas.”</i> |
| | Normalização de acontecimentos | P4- <i>«(...) as sessões são importantes, mais não seja para aliviar e normalizar alguns acontecimentos.»</i> |
| Mudanças sentidas pelas participantes | Resolução de problemas | P1- <i>“Sim. Senti uma maior união entre as colegas. Permitiu resolver melhor os problemas e os conflitos. A estar mais calma.”</i> |
| | Alteração de comportamentos | P2- <i>“Mudança de comportamento. Um dia após o outro. Tem dias mais tranquilos, outros menos. O facto de estarmos mais unidas faz com que me sinta melhor.”</i> |
| | Diferentes perspetivas | P4- <i>“Ajudou-me a perceber que existem diferentes formas de olhar para a mesma coisa.”</i> |
| | Autocontrolo | P7- <i>“Às vezes tento ser mais calma antes de falar, procuro controlar-me um pouco mais. Não quer dizer que sempre consiga, mas tento.”</i> |
| Fatores de mudança | Promoção da compreensão / empatia | P2- <i>“A percepção de entender os colegas. Colocar-se no lugar do outro.”</i> |
| | Temas abordados nas sessões | P3- <i>“O facto de termos abordado os temas e por alertar para o impacto que possa ter nas nossas vidas.”</i> |

| | | |
|--|--|---|
| | Treino de habilidades de comunicação | P4- “(...) O grupo intensificou o olhar para o outro e ver o não-verbal e a linguagem física do outro, que é também muito importante.” |
| Aspetos não úteis / negativos da intervenção | Duração da intervenção | P7- “O tempo. Custa-nos às vezes perder tempo, mas as sessões acabam por nos fazer ver certas coisas.” |
| | Vulnerabilidade demonstrada ao grupo | P3- “Houve uma partilha de memórias e sentimentos mais profundo que numa normal conversa diária. A vulnerabilidade que essa partilha trouxe é um pouco desconfortável porque em parte mostrei fraqueza por assim dizer.” |
| | Ausência da participação de um elemento | P4- “Não vejo nada que tenha piorado. Vejo que quem precisava não esteve presente.” |
| Aspetos a melhorar / Sugestões | Duração da intervenção | P5. “Sim, se tivéssemos mais sessões poderíamos ter aprofundado mais os temas, mas dado o tempo que tínhamos foi igualmente benéfico.” |
| | Inclusão de diferentes temáticas | P4- “Achava importante ter havido uma sessão mais focada na autoestima.” |
| | Disponibilização do material de apoio às sessões | P3- “(...) Sugeriria que seria interessante fazer chegar a apresentação (ex.: formato de papel), para acompanhar nas sessões ou até mais tarde.” |

4. Discussão

Apresentados os resultados, nesta secção será efetuada a discussão dos mesmos, confrontando-os com estudos relacionados com a temática e procurando dar respostas aos objetivos definidos, nomeadamente a caracterização dos níveis de burnout e dos níveis de satisfação na tarefa de cuidar, nos momentos pré e pós intervenção, tal como a compreensão da experiência subjetiva das participantes através da sua avaliação do impacto da intervenção e identificação dos aspetos úteis e não úteis.

Pela análise individual dos níveis de burnout, verificamos que as participantes não demonstram níveis clinicamente elevados no momento pré intervenção, o que vai ao encontro dos dados encontrados no estudo de Monteiro et al. (2014) junto de cuidadores formais de idosos. Contudo, isso não revela total ausência de desgaste do ponto de vista psicológico. Pela análise inferencial verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão de exaustão emocional, no sentido de uma redução dos valores após a intervenção. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Vicente e Oliveira (2015), desenvolvido com profissionais que trabalham diretamente com idosos e doentes crónicos, dos quais fazia parte uma amostra de AAD, onde também a dimensão da exaustão emocional mostrou ser a dimensão central de burnout e com maior impacto nestes profissionais. Esta dimensão contempla o sentimento de desgaste psicológico provocado pelo trabalho, que tal como descrito na literatura é caracterizador desta profissão e pode desencadear no cuidador sintomatologia depressiva, ansiosa, sentimentos de culpa, baixos níveis de autoestima, maior propensão para a irritação e ressentimento (Fernandes e Garcia, 2009), tensão, isolamento, frustração (Figueiredo et al., 2019), stress e diminuição dos níveis de bem-estar e autoeficácia (Pinquart & Sörensen, 2003).

Estes resultados são também corroborados pelo discurso das participantes sobre os aspetos úteis da intervenção e mudanças sentidas após a mesma. Tal como refere P3, *“o reforço da importância da promoção do bem-estar”*, ou a P5 quando salienta que *“comecei a dar mais importância a mim e daí começar também a desligar mais dos problemas dos outros, principalmente para o meu bem-estar”*. O bem-estar enunciado pelas AAD é um aspeto evidenciado pela literatura, mais especificamente pela revisão sistemática de Lopes e Cachioni (2012) sobre intervenções psicoeducativas para

cuidadores de idosos com demência. As intervenções psicoeducacionais contribuem de forma significativa para o aumento dos níveis de bem-estar, autoeficácia e habilidades referentes aos cuidados, assim como para a diminuição de pensamentos e sentimentos disfuncionais e aquisição de estratégias de *coping*. A sensação de bem-estar das participantes poderá ser de igual forma explicada pelos níveis de satisfação que habitualmente apresentam em relação ao ato de cuidar (Gonçalves Pereira et al., 2010; Quinn & Toms, 2019). No presente estudo, os resultados reforçam este aspeto, uma vez que relativamente aos níveis de satisfação na tarefa de cuidar, as pontuações alcançadas apontam para o facto das participantes estarem satisfeitas quanto ao serviço prestado.

Esta satisfação parece ser potenciada pelos resultados alcançados na intervenção ao nível do fortalecimento do vínculo, do trabalho em equipa e do aumento da compreensão e empatia entre colegas. De acordo com P4, *“o nosso trabalho em si já é complicado, principalmente em termos psicológicos e termos um ombro amigo ajuda bastante. A união ajudou o grupo e gerou bem-estar.”*. Para P5, *“como somos um grupo pequeno notou-se de facto uma maior união, apesar das discussões. Além disso, quando as outras têm algum problema, nós estamos todas juntas para apoiar.”*. Para P7, *“o grupo acabou por ajudar a percebermos os outros...”*.

Este benefício proveniente da intervenção vai ao encontro de alguns fatores terapêuticos descritos por Irvin Yalom relativamente à terapia de grupo. Segundo o autor, a coesão é um fator primário que se caracteriza pela relação estabelecida de proximidade e união entre os elementos, contribuindo para o desenvolvimento da confiança e motivação para a permanência e participação no grupo (Yalom & Leszcz, 2006), o que se torna essencial para a eficácia das intervenções (Aquino & Sei, 2020). No presente estudo, a coesão do grupo facilitou a intervenção como um espaço securizante, sendo este um dos objetivos específicos estabelecidos na elaboração do programa, o que por sua vez suscitou a partilha de experiências e sentimentos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Figueiredo et al. (2012).

A par da coesão, também outros fatores encontram-se implícitos no discurso das participantes. O fator da universalidade, pautado pela partilha de experiências e sentimentos vivenciados por diversos elementos do grupo, atenua o isolamento e permite a validação e o aumento da autoestima (Nogueira et al., 2013; Marogna & Caccamo, 2014). A semelhança percebida com os membros do grupo, através da

partilha dos anseios de cada um, fomenta a expressão emocional - catarse – e a aceitação do outro (Yalom & Leszcz, 2006), gerando por sua vez alívio na pessoa e a normalização de sentimentos/acontecimentos, efeitos estes evidenciados após a participação no grupo. Para P4 *“as sessões são importantes, mais não seja para aliviar e normalizar alguns acontecimentos.”*

Ademais, a segurança e o apoio sentidos no grupo permitem ao sujeito aumentar e melhorar os seus comportamentos interpessoais e competências sociais (Marogna & Caccamo, 2014), dos quais são exemplos deste grupo a aquisição e o treino de habilidades de comunicação. Segundo a P4 *“O grupo intensificou o olhar para o outro e ver o não-verbal e a linguagem física do outro, que é também muito importante.”*. Também estratégias de resolução de problemas foram aprendizagens salientadas - *“Permitiu resolver melhor os problemas e os conflitos” (P1)* - a capacidade de autocontrolo – *“Às vezes tento ser mais calma antes de falar, procuro controlar-me um pouco mais. Não quer dizer que sempre consigo, mas tento” (P7)* - e a promoção da empatia - *“perceção de entender os colegas. Colocar-se no lugar do outro” (P2)*.

Deste modo, além do já mencionado, o desenvolvimento de estratégias de coping mais positivas, revelam maior consciência das participantes relativamente à pertinência do autocuidado e autovalorização, o que interfere positivamente no bem-estar enfatizado após a intervenção. A importância destes comportamentos é salientada por alguns elementos do grupo. Segundo P4, *“Tento fazer isso em casa, mais não seja colocar uma música com sons da natureza. Eu própria vou buscar coisas que me deixam melhor, ainda que a sua voz tenha tido outro impacto.”*. Para P3, *“destaco o reforço da importância da promoção do bem-estar. Por exemplo, voltei a praticar exercício físico.”* e P5 refere *“Senti que comecei a dar mais importância a mim e daí começar também a desligar mais dos problemas dos outros, principalmente para o meu bem-estar.”*. De facto, as estratégias utilizadas, definidas pelo indivíduo como sendo estratégias saudáveis, ditam o desfecho dos acontecimentos, isto é, a eficácia do coping ao enfrentar o problema e/ou situação (Simonetti & Ferreira, 2008).

5. Conclusão

A presente investigação teve como principal objetivo o desenvolvimento e a implementação de uma intervenção psicoeducativa, em grupo, direcionada às AAD, com o intuito de promover o bem-estar emocional. Desta forma, procurou-se caracterizar os níveis de burnout e os níveis de satisfação na tarefa de cuidar, em ambos os momentos de avaliação, e compreender a experiência subjetiva das participantes através da sua avaliação relativamente ao impacto da intervenção.

Concluiu-se, a partir da análise dos *scores* obtidos, que após a intervenção em grupo, as participantes revelaram uma diminuição significativa dos níveis de burnout na dimensão exaustão emocional. A respeito dos níveis de satisfação em relação aos cuidados prestados, as participantes demonstraram estar satisfeitas. Relativamente à perceção destas sobre o impacto das sessões, sobressai o aumento da união e cooperação do grupo e a promoção do bem-estar. Com base nestes dados, podemos afirmar que os objetivos definidos foram alcançados.

Por fim, importa realçar ainda algumas potencialidades do presente trabalho. Nomeadamente, a avaliação que foi realizada inicialmente das necessidades das AAD, promovendo o desenvolvimento e uma melhor adequação da intervenção psicoeducacional; os custos económicos associados à intervenção em grupo, por exigir menos recursos financeiros e envolver um maior número de integrantes (Orfanos et al., 2020); a dimensão reduzida da amostra, embora apontada como limitação, conferiu ao grupo um ambiente de maior proximidade e confiança, favorecendo, deste modo, o processo de catarse; e, por último, destacar o facto da investigadora, a propósito do estágio curricular, estar integrada na instituição o que poderá ter facilitado a relação com o grupo, ainda que pudesse vir a ser considerada uma limitação à confiança, posteriormente estabelecida com os elementos.

No que concerne às limitações, entende-se ser relevante salientar o tamanho da amostra, por condicionar o procedimento estatístico, em particular o recurso a testes paramétricos, e impossibilitar a generalização dos resultados. O horário das sessões, que apesar de ser o único dia da semana e o momento possível de estarem presentes todas as AAD, levou a que as mesmas dispensassem tempo do seu descanso, podendo ser por isso também uma limitação ao estudo. Além disso, foi referido pelas participantes,

enquanto aspetos não úteis e/ou negativos da intervenção, a duração da intervenção, a vulnerabilidade demonstrada ao grupo e a ausência da participação de uma das colegas de trabalho.

Assim, não obstante a pertinência dos resultados obtidos, devido à escassez de literatura focalizada em intervenções voltadas para cuidadores formais, em especial AAD, em futuras investigações, recomenda-se atender à duração do programa psicoeducativo, investindo num maior número de sessões que permitam aprofundar as temáticas selecionadas e intensificar os efeitos provenientes. Ainda sobre a intervenção implementada, relativamente aos temas abordados, sugere-se a inclusão de conteúdo e sessões dedicadas à autoestima. Ademais, emerge a possibilidade de ajuste das medidas utilizadas e a realização de estudos comparativos. É igualmente relevante apelar à flexibilidade dos profissionais que aplicarem o respetivo programa, de modo adaptar e aprimorar as atividades referentes a cada sessão. Concluindo, importa ressaltar a importância da sensibilização das instituições para o impacto e relevância das intervenções dirigidas às AAD.

Referências Bibliográficas

- Aquino, N. C. G., & Sei, M. B., (2020). Fatores terapêuticos em grupos abertos: um estudo qualitativo. *Vínculo - Revista do NESME*, 17(1), 97-118. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n1p97-118>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Caring of Institutionalized Elderly with Dementia: skills, difficulties and needs perceived by formal caregivers. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1). <https://doi.org/10.15309/11psd120108>
- Bárrios, M. J., Marques, R. & Fernandes, A. A. (2020). Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 54, 129. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Benevides-Pereira, A.M., (2002) – Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. *São Paulo: Casa do Psicólogo*, 65-69.
- Decreto-Lei n.º 141/89 do Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1989). Diário da República: I Série, nº 98/1989. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/141-1989-625605>
- Dutra, N. S., Mazini, J. C., & Silva, M. V. (2018). Cuidadores que se encontram: (In)formação de cuidadores de instituições de longa permanência para idosos. *Revista Ciência em Extensão*, 14(5), 195-206.
- Caçote, C. M., & Faria, L. C., (2016). Vulnerabilidade ao Stress e Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais. *Psique*, 12, 49–61. <http://hdl.handle.net/11144/2734>

- Caparrol, A. J. de S., Martins, G., Monteiro, D. Q., Barbosa, G. C., Medeiros, T. J., & Gratão, A. C. M. (2021). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: revisão sistemática. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(35), 221–235. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.221-235>
- Carta Social (2021). *Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2021*. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocal2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf>
- Carvalho, A. F. J. (2012). *Ajudantes de Acção Directa: percepções sobre formação profissional e impacto da formação na prestação de cuidados a idosos dependentes internados*. [Mestrado em Medicina, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/7742>
- Couto, A. M. do, Castro, E. A. B. de, & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 76-85. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- Cupertino, A. P. F. B., Aldwin, C. M., & Oliveira, B. H. D. (2006). Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de cuidadores. *Interação em Psicologia*, 10(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v10i1.5789>
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2021). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial), 115-116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Fernandes, M. G. M., & Garcia, T. R. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 818–824. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400012>

- Figueiredo, M., Teixeira, L., & Paúl, C. (2019). StressadaMente: Mental health promotion program for direct care workers of older people. *SAGE Open Medicine*, 7, 205031211983411. <https://doi.org/10.1177/2050312119834116>
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. In *Revista Temática Kairós Gerontologia* (Vol. 15, pp. 31–55). <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/12776/9267>
- Gonçalves-Pereira, M., Carmo, I., Silva, J. A., Papoila, A. L., Mateos, R., & Zarit, S. H. (2010). Caregiving experiences and knowledge about dementia in Portuguese clinical outpatient settings. *International psychogeriatrics*, 22(2), 270–280. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991050>
- Gonçalves Pereira, M., & Mateos, R. (2006). *Famílias de pessoas com demência: Vivências e necessidades dos cuidadores.* in Firmino H., Pinto L. C., Leuschner A., Barreto J. (Eds.), *Psicogeriatria* (pp. 541–560). Edições Psiquiatria Clínica. <https://www.researchgate.net/publication/311694799>
- Gomes, E. M. S. (2017). *Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional* [Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comun. <http://hdl.handle.net/10400.26/18627>
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of Caregiving on Health and Quality of Life: A Comparative Population-Based Study of Caregivers for Elderly Persons and Noncaregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(8), 873–879. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp034>
- Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. M. (2021). Formal Caregiver Burden in Nursing Homes: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(9), 877–893. <https://doi.org/10.1177/0193945920979691>

- Lampert, D. T., & Scortegagna, S. A. (2018). Empatia em cuidadores de idosos por meio do Teste Pfister. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 193–205.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of advanced nursing*, 44(5), 534–545. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x>
- Lopes, L. de O., & Cachioni, M. (2012). *Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review*. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400009>
- Nogueira, A. L. G., Munari, D. B., Santos, L. F., Oliveira, L. M. D. A. C., & Fortuna, C. M. (2013). Fatores terapêuticos identificados em um grupo de Promoção da Saúde de Idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1352–1358. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600015>
- Marogna, C., & Caccamo, F. (2014). Analysis of the process in brief psychotherapy group: The role of therapeutic factors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 43–51. <https://doi.org/10.7411/RP.2014.019>
- Martín-Carrasco, M., Martín, M. F., Valero, C. P., Millán, P. R., García, C. I., Montalbán, S. R., Vázquez, A. L. G., Piris, S. P., & Vilanova, M. B. (2009). Effectiveness of a psychoeducation intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's Disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 489–499. <https://doi.org/10.1002/gps.2142>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. Em *Evaluating Stress: A Book of Resources* (Vol. 3, pp. 191–218).

- Melo, A. D., Maia, A. H. S., Lopes, H. G., Costa, A. V. B., & Piuvesam, G. (2014). *I Oficina para Formação de Cuidadores de Idosos Institucionalizados: Relato de Experiência*. https://convibra.org/publicacao/get/2014_78_9408.pdf/
- Melo, R. M. da C., Rua, M. D. S., & Santos, C. S. V. de B. (2014). Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Ministério Do Trabalho e Da Solidariedade Social. (2023). Boletim do Trabalho e Emprego. http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2023/bte24_2023.pdf
- Miranda, A. M. (2020). *Impacto de um programa de apoio educativo a cuidadores formais de pessoas idosas com demência em contexto institucional* [Doutoramento em Gerontologia e Geriatria, Universidade do Porto]. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=277691
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 2–11. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Orfanos, S., Burn, E., Priebe, S., & Spector, A. (2020). A Systematic Review and Quality Assessment of Therapeutic Group Process Questionnaires. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(3), 425–454. <https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1755292>
- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos: qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Quadritópico, Lda.
- Pavarini, S. C. I., Melo, L. C. de, Silva, V. M., Orlandi, F. D. S., Mendiondo, M. S. Z. de, Filizola, C. L. A., & Barham, E. J. (2008). Cuidando de idosos com Alzheimer: A vivência de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(3). <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46488>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- PORDATA (2023). Índice de envelhecimento - Portugal. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadore+s+de+envelhecimento-526>
- Quinn, C., & Toms, G. (2019). Influence of Positive Aspects of Dementia Caregiving on Caregivers' Well-Being: A Systematic Review. *The Gerontologist, 59*(5), e584–e596. <https://doi.org/10.1093/geront/gny168>
- Sales C., Gonçalves S., Silva I. F., Duarte J., Sousa D., Fernandes E., et al. (2007). “Portuguese adaptation of qualitative change process instruments,” in Paper Presented at the European Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Funchal.
- Silva, C. A. V. da, & Pereira, J. M. R. (2022). Risco de burnout nos técnicos de radiologia das unidades de saúde do Porto. *Saúde & Tecnologia, (23)*, 38–50. <https://doi.org/10.25758/set.2251>
- Simari, R. S., Anjos, A. C. Y. dos, Garcia, L. A. A., Silva, L. C. C. de M., & Querino, R. A. (2021). Cuidadores domiciliares: sobrecarga de trabalho e rede de apoio. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, 11*(34), 192–202. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.192-202>
- Simonetti, J. & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem USP, 42* (1), 19-25. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100003>

- Sousa, S. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas* [Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33536>
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429–453. <https://doi.org/10.1177/0164027504264493>
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*. <https://doi.org/10.15309/13psd140110>
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em cuidadores formais de idosos e doentes crónicos – atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3), 132–144. <https://doi.org/10.5964/pch.v4i3.79>
- Viegas, L. M., Fernandes, A. M. A., & Veiga, M. D. A. P. L. F. (2018). Intervenção de Enfermagem no Estresse do Cuidador Familiar do Idoso com Dependência: Estudo Piloto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25244>
- Vigia, M. B. S. B. (2012). *Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos com Demência* [Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3590>
- World Health Organization. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia De Grupo -Teoria e prática* (5ª edição). Artmed.

Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A., & Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(600), 346–347.
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X652193>

Anexos

Anexo 1

Pedido de colaboração para o estudo de investigação



Exmo. Senhor Presidente da Direção do Centro
Social, Cultural e Recreativo de Carregosa
Dr. Luís Pinho

Assunto: Pedido de colaboração para um estudo de investigação

Eu, Filipa Mucha Vieira, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo intitulado "Intervenção psicológica em grupo - Cuidadoras Formais", que se insere no mestrado em Psicologia da estudante Laetitia Julião da Silva, estagiária curricular da V/ instituição, da qual sou orientadora.

O estudo tem como objetivo a implementação de uma intervenção em grupo dirigida às cuidadoras formais do Centro Social, Cultural e Recreativo de Carregosa, mais precisamente as ajudantes de ação direta, visando o desenvolvimento de competências socio-emocionais e a prevenção do stress laboral. A intervenção contempla 6 a 8 sessões (a ajustar em função das necessidades evidenciadas pelo grupo), com aproximadamente 60 minutos cada. Do estudo faz parte igualmente a recolha de dados quantitativos e qualitativos (protocolo em anexo) antes e após a intervenção, de forma a avaliar a mesma.

Agradeço, desde já, a sua atenção, estando ao dispor para qualquer informação.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 8 de março de 2023

Filipa Mucha Vieira
e-mail: fvieira@fpce.up.pt

Laetitia Julião da Silva
e-mail: up201804033@fpce.up.pt

Anexo 2

Declaração de consentimento

**U. PORTO**
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Helsinquia 1961; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004 e Seoul, 2008)

Projeto de Investigação: Intervenção psicológica em grupo - Cuidadoras Formais

Eu, abaixo- assinado,

compreendi a explicação que me foi fornecida e a investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o procedimento proposto pelo investigador e a minha participação na intervenção.

Data: ____/_____/2023

Assinatura do participante: _____

O investigador principal:

Nome: Laetitia Julião da Silva

Assinatura:

Anexo 3

Questionário de avaliação de necessidades

Cuidadoras de Pessoas de Idade Maior

Reconhecendo a importância do papel dos Cuidadores de Pessoas de Idade Maior, especialmente os Cuidadores Formais, e considerando a responsabilidade assumida relativamente aos cuidados prestados, tal como as competências necessárias e as exigências emocionais a que são expostos, o Serviço de Psicologia planeia desenvolver uma intervenção em grupo, dirigida às profissionais que constituem a equipa do Serviço de Apoio Domiciliário, do Centro Social Cultural e Recreativo de Carregosa. Este projeto será realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia da estagiária Laetitia Silva e procura integrar-se no estágio curricular da mesma. No que respeita ao horário, a intervenção será realizada às quartas-feiras, em horário a definir, sendo que as horas serão contabilizadas no banco de horas, visto tratar-se de uma formação registada.

1. Considera que esta intervenção em grupo será benéfica para si? Sim __ Não __

2. Ordene por ordem de preferência as seguintes temáticas:
 - A. Luto (ex.: Lidar com a perda, o sofrimento e a morte;...)
 - B. Resolução de conflitos (ex.:Respeito pela opinião do outro; Partilha de posições face ao problema; Colocar-se no lugar do outro; Saber ouvir;...)
 - C. Trabalho em equipa (ex.:Estratégias para potencializar o trabalho em equipa; Fomentar a união da equipa;...)
 - D. Burnout (ex.:Stress; Desgaste emocional;...)
 - E. Comunicação (ex.:Tipos de comunicação; Influência da comunicação nas relações; Linguagem verbal e não verbal; Técnicas comunicacionais; Escuta ativa e empática;...)
 - F. Dificuldades em lidar, simultaneamente, com as exigências da vida profissional e as exigências da vida pessoal/familiar

3. Mencione outros temas que considere importantes a serem explorados para a vida profissional e conseqüentemente para a vida pessoal.