

DM

**O Bem-Estar dos Cuidadores Formais
no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.)
Uma perspetiva psicoeducativa**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Catarina Miranda Ferreira
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE da MADEIRA
A Nossa Universidade
www.uma.pt

setembro | 2024

**O Bem-Estar dos Cuidadores
Formais no Serviço de Apoio
Domiciliário (S.A.D.) Uma perspetiva
psicoeducativa**
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Catarina Miranda Ferreira
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ORIENTAÇÃO
Margarida Maria Ferreira Diogo Dias Pocinho

Agradecimentos

Aos que cuidaram de mim (e continuam a cuidar), são o melhor exemplo de resiliência e paciência. Sou o que sou devido a vocês. Obrigada.

Resumo

Esta dissertação investiga o bem-estar das cuidadoras formais no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) na Região Autónoma da Madeira (RAM), sob uma perspetiva psicoeducativa. O objetivo deste estudo é compreender as determinantes do bem-estar das cuidadoras formais, considerando tanto os fatores de proteção quanto os de risco, e, em última instância, destacar o papel do psicólogo numa abordagem psicoeducativa neste contexto. A literatura enfatiza a crescente importância da profissão de cuidadora formal, especialmente no apoio domiciliário, uma área ainda pouco explorada no campo da Psicologia da Educação. Trata-se de um estudo qualitativo e transversal, que utiliza a análise temática de Braun e Clarke (2006), por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas com o software Nvivo.

Os resultados evidenciam fatores como o suporte familiar, as condições de trabalho, a saúde física e mental, o bem-estar do idoso, as características demográficas e socioeconómicas, assim como a formação e educação. Além disso, foi sublinhada a importância da intervenção psicoeducativa na prática diária das cuidadoras. Este estudo contribui para uma compreensão mais profunda das necessidades das cuidadoras formais e do papel essencial da intervenção psicoeducativa na promoção do seu bem-estar.

Identificaram-se limitações no estudo, acompanhadas de sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: *bem-estar, cuidadoras formais, Serviço de Apoio Domiciliário, fatores de risco e de proteção, intervenção psicoeducativa.*

Abstract

This dissertation explores the well-being of formal caregivers within the Home Support Service (SAD) in the Autonomous Region of Madeira (RAM) from a psychoeducational perspective. The study aims to explore the determinants of formal caregivers' well-being, considering protective and risk factors, and emphasizing the psychologist's role within a psychoeducational approach. The literature emphasizes the growing importance of the formal caregiver profession, particularly in home care, an area that is still underexplored in the field of Educational Psychology. This is a qualitative, cross-sectional study, based on the thematic analysis by Braun and Clarke (2006), using semi-structured interviews and Nvivo software for the analysis of the collected data.

The results highlight several key determinants of well-being, such as the well-being of the elderly, family support, working conditions, physical and mental health, demographic and socioeconomic characteristics, as well as training and education. Additionally, the importance of psychoeducational intervention in the daily practice of caregivers was emphasized. This study contributes to a deeper understanding of the needs of formal caregivers and the essential role of psychoeducational intervention in promoting their well-being.

This study identifies limitations and provides suggestions for future research.

Keywords: *well-being, formal caregivers, Home Support Service, risk and protective factors, psychoeducational intervention.*

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	4
Definição de Bem-estar.....	4
Fatores de Bem-Estar.....	6
Cuidador Formal.....	10
Serviço de Apoio Domiciliário.....	12
Intervenção Psicoeducativa.....	14
Enquadramento Legal.....	16
Metodologia.....	18
Participantes.....	19
Instrumentos.....	20
Procedimento de Recolha de Dados.....	20
Procedimento de Análise de Dados.....	21
Resultados.....	22
Definição de Bem-estar e Saúde Mental.....	28
Fatores de Risco e de Proteção.....	33
Formação e Educação.....	36
Suporte Psicológico.....	38
Discussão de Resultados.....	40
Conclusão.....	52
Limitações e investigações futuras.....	54
Referências Bibliográficas.....	55
Anexos.....	65
Anexo A – Guião de Entrevista.....	65

Anexo B – Parecer do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira	67
Anexo C – Declaração de Autorização das Empresas SAD	69
Anexo D – Consentimento Informado às Cuidadoras Formais	70

Lista de abreviaturas

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

BES – Bem-estar Subjetivo

BEP – Bem-estar Psicológico

BET – Bem-estar no Trabalho

INE – Instituto Nacional de Estatística

RAM – Região Autónoma da Madeira

Introdução

No âmbito do 2º ciclo do Mestrado em Psicologia da Educação, apresenta-se o estudo sobre o Bem-Estar do Cuidador Formal na prestação de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD). Este estudo é relevante devido à emergência da profissão de cuidador formal, especialmente no apoio domiciliário, área que apresenta lacunas em termos de investigação, nomeadamente na Psicologia da Educação e nos efeitos psicológicos sobre o cuidador, como o seu bem-estar e os fatores que o influenciam. Ressalta-se ainda o papel do psicólogo sob a perspetiva psicoeducativa, especialmente na formação e desenvolvimento de competências dos cuidadores formais, e nas possíveis áreas de intervenção.

As questões relativas ao envelhecimento têm vindo a ganhar relevância na Região Autónoma da Madeira, com um aumento significativo do índice de envelhecimento. Em 2022, o índice de envelhecimento na Madeira foi de 165 pessoas idosas por cada 100 jovens, representando um aumento em relação a 2021, quando esse índice era de 158,2 (INE, 2022). Este crescimento sublinha a necessidade de adaptar as políticas públicas, nomeadamente no âmbito do envelhecimento ativo (Chau et al., 2012). Dado o aumento da população idosa e a crescente exigência de cuidados, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tem-se tornado uma das respostas sociais mais procuradas, permitindo que os idosos permaneçam nas suas casas o máximo de tempo possível, evitando ou adiando a institucionalização. Segundo Carvalho (2009), "é conhecido o desejo da maioria das pessoas idosas e dos seus familiares de permanecer na sua própria casa o máximo de tempo possível, evitando ou adiando, até ao limite, o internamento em instituições [...]".

A revisão de literatura sobre o bem-estar de cuidadoras formais no serviço de apoio domiciliário em Portugal revelou dois estudos importantes. O primeiro estudo investiga o impacto de programas de intervenção no bem-estar de cuidadores formais (Silva, 2023), enquanto o segundo analisa a satisfação no trabalho e os níveis de *stress* (Duarte, 2018). Relativamente a estudos feitos na Região Autónoma da Madeira, foram encontrados apenas dois estudos que abordam o bem-estar e as condições de trabalho de cuidadores formais na região. Estes estudos fornecem uma visão geral sobre o impacto do trabalho de cuidados domiciliários no bem-estar dos cuidadores, incluindo fatores de *stress* e satisfação (Gomes, 2017; Margarido, 2016).

Além disso, alguns relatórios e estudos de casos mais antigos analisam a influência de programas psicoeducacionais no bem-estar das cuidadoras formais em Portugal (Figueiredo, 2013). Também foi feita uma revisão de diversas intervenções aplicadas para melhorar o bem-estar das cuidadoras formais, incluindo aquelas que trabalham no serviço de apoio domiciliário (Lopes & Cachioni, 2013). Outros artigos discutem o impacto de programas de apoio e como eles podem ser adaptados para beneficiar tanto cuidadores formais quanto informais (Ferreira, 2012), bem como a forma como os serviços de apoio domiciliário afetam a qualidade de vida de cuidadores, com implicações na gestão e no suporte das mesmas (Gómez, 2010). Estudos recentes de meta-análise e revisão sistemática da literatura (Dupuis et al., 2004; Sörensen et al., 2002; Sörensen et al., 2006) indicam que intervenções psicossociais, como a psicoterapia e os programas psicoeducativos, são consistentemente as mais eficazes em diversos domínios avaliados, como sobrecarga, ansiedade, depressão e competências de *coping*. Especificamente, as intervenções psicoeducativas têm mostrado resultados positivos ao aumentar o conhecimento, as habilidades e o bem-estar subjetivo dos cuidadores, além de reduzir a sobrecarga e a depressão (Sörensen et al., 2002; Sörensen

et al., 2006) e atrasar a institucionalização de familiares com demência (Kennet, Burgio & Schulz, 2000).

Apesar dessas contribuições, ainda há uma lacuna significativa na pesquisa específica sobre o bem-estar de cuidadores na Região Autónoma da Madeira. Portanto, é crucial aprofundar o conhecimento nesta área, especialmente no que tange à eficácia dos programas psicoeducacionais e ao impacto no bem-estar de cuidadores referentes à região.

A literatura sobre o envelhecimento tem explorado cuidadosamente as necessidades dos idosos, mas é igualmente crucial entender as vivências dos cuidadores. Embora o conceito de apoio domiciliário não seja novo, os estudos sobre este serviço são ainda escassos na Psicologia da Educação. Assim, é pertinente investigar o bem-estar dos cuidadores formais neste contexto, e a importância do acompanhamento psicológico. Este estudo propõe-se, assim, a explorar a prestação de cuidados a idosos no domicílio sob uma perspectiva psicoeducativa, com foco no papel do psicólogo na formação e desenvolvimento de competências de cuidadores formais. Para o efeito, foram formuladas duas questões de investigação que orientarão o presente estudo: (1) Quais são os fatores determinantes do bem-estar dos cuidadores formais? e (2) A intervenção psicoeducativa pode promover o bem-estar dos cuidadores formais?

A dissertação está organizada em três partes principais. Na primeira, apresenta-se uma contextualização teórica sobre o conceito de bem-estar e o papel da psicologia nesse campo, além de uma análise do enquadramento legal e da definição da profissão de cuidador. Também são apresentadas as questões de investigação que orientam o estudo. A segunda parte detalha a metodologia adotada, abrangendo os procedimentos utilizados, a análise dos dados e a discussão dos resultados obtidos. Por último, a

terceira parte oferece as conclusões do estudo, identifica as limitações encontradas e sugere indicações para investigações futuras.

Enquadramento Teórico

Definição de Bem-estar

A conceção de bem-estar tem evoluído ao longo do tempo, desenvolvendo-se em torno de várias abordagens teóricas. Considerado um conceito-chave no âmbito da saúde, o bem-estar tem ganho destaque na área da psicologia, com o objetivo de compreender os fatores psicológicos subjacentes a uma vida considerada saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

Segundo Ryan e Deci (2001), destacam-se duas principais perspectivas: o bem-estar subjetivo (BES) e o bem-estar psicológico (BEP). O bem-estar subjetivo, termo cunhado por Diener (1984), que se refere à perceção que os indivíduos têm sobre a sua vida, incluindo o nível de satisfação e as respostas emocionais. A perceção do bem-estar pode se manifestar em diferentes níveis. No âmbito cognitivo, reflete a satisfação geral com a vida, abrangendo tanto a avaliação global quanto a áreas específicas, como a do trabalho. No âmbito emocional, envolve a frequência e a intensidade das emoções positivas e negativas experienciadas (Diener et al., 2003). Nesta dimensão, cada indivíduo perceciona a sua vida de acordo com as suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências passadas.

Por outro lado, o bem-estar psicológico (BEP) é entendido como um construto psicológico que abrange várias áreas da psicologia, como o desenvolvimento humano

e/ou a psicologia da saúde mental e é composto por seis componentes principais: (1) autoaceitação, (2) relacionamentos positivos com os outros, (3) autonomia, (4) domínio do ambiente, (5) propósito de vida e (6) crescimento pessoal (Ryff, 1989).

A autoaceitação refere-se a uma característica que demonstra autoconhecimento, um funcionamento psicológico positivo, através de atitudes positivas em relação a si mesmo e maturidade. Este é um aspeto central da saúde mental. Os relacionamentos positivos com outras pessoas refletem o nível de empatia e afeição pelo outro, a capacidade de amar, de estabelecer amizades e de se identificar com o próximo. A autonomia diz respeito ao locus interno de avaliação e padrões internos de autoavaliação, à resistência e à independência face à validação externa. No que diz respeito ao controle do ambiente, este conceito procura perceber a capacidade do indivíduo de criar ambientes propícios às suas características psicológicas, o seu envolvimento e aptidão em manipular e controlar ambientes adversos. O propósito de vida aborda o significado da vida, os seus objetivos, intenções e sentido de direção. Por último, o crescimento pessoal refere-se à evolução individual, superação de desafios e capacidade de aceitar novas experiências (Maria et al., 2008).

Embora o conceito de bem-estar seja frequentemente associado à psicologia positiva e à felicidade, a literatura nesta área tem crescido e aprofundado a razão deste conceito. De acordo com Paschoal (2008), o bem-estar tem despertado o interesse de vários autores, especialmente devido à sua aplicação em diversas esferas, como a do trabalho (Walton, 1973; Werther & Davis, 1983; Nadler & Lawler, 1983; Diener, 1984; Brief & Roberson, 1989; Ryff, 1989; Waterman, 1993; Warr, 1994, 2006; Weiss & Cropanzano, 1996; Daniels, 2000; Horn et al., 2004; Paz, 2004; Dessen & Paz, 2010a; Paschoal, 2008; Paschoal, Torres & Porto, 2010)

O bem-estar no trabalho (BET), definido por Ryff (1989), refere-se a um vínculo ocupacional positivo, relacionado com experiências afetivas no trabalho, que podem ser tanto positivas como negativas, e que se manifestam em várias áreas: profissional, social, cognitiva e psicossomática (Horn et al., 2004). Exemplos de experiências afetivas incluem o entusiasmo (positiva) e a ansiedade (negativa); no domínio psicossomático, o impacto na saúde (corpo e mente); na área cognitiva, as aspirações ou julgamentos sobre a satisfação no trabalho; e a nível social, os conflitos trabalho-família e o desapego psicológico nos períodos de folga (Hirschle & Gondim, 2018). A definição de BET é também descrita como a “prevalência de emoções positivas no trabalho e a perceção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve as suas habilidades e avança no alcance das suas metas de vida” (Paschoal, 2008, p.23). Importa considerar alguns preditores do BET, tais como o *stress*, a falta de recursos no trabalho (pressão e sobrecarga), a monotonia, a falta de apoio, a autoestima, o *coping*, o otimismo e a autoeficácia (Hirschle & Gondim, 2018).

Fatores de Bem-Estar

O ato de cuidar e a própria atividade implicam um contacto direto e contínuo com pessoas que se encontram numa situação de dependência e vulnerabilidade em vários níveis: físicos, cognitivos ou sociais (Cocco, 2010; Zamora & Sánchez, 2008). Independentemente do perfil do cuidador formal, o exercício desta atividade profissional tende a ter um impacto negativo no bem-estar (Pinto & Barham, 2014a). O bem-estar do cuidador varia consoante a doença do idoso, as relações familiares, os antecedentes familiares e as circunstâncias em torno do ato de cuidar, incluindo os recursos pessoais e exteriores disponíveis. A longevidade pode tornar-se extenuante,

morosa e complexa (Ribeiro et al., 2009), em grande parte devido às exigências associadas ao ato de cuidar, bem como aos fatores de vulnerabilidade pessoal, o que pode culminar em situações de *stress* no trabalho (Monteiro et al., 2014).

É fundamental considerar fatores determinantes do bem-estar do cuidador formal, como a resiliência e as estratégias de *coping*, que são cruciais para a autorregulação emocional e para situações diárias de *stress*. Estas variáveis são essenciais na percepção e avaliação que o cuidador faz do seu próprio bem-estar (Neri & Sommerhalder, 2006, como citado em Lopes & Cachioni, 2013). Outro fator determinante nesta área relaciona-se com as características demográficas, nomeadamente a idade. Cuidadores formais mais jovens são mais vulneráveis, devido à sua inexperiência e insegurança face às exigências do trabalho. Contudo, cuidadores com mais experiência também podem esgotar os recursos emocionais disponíveis devido ao *stress* crónico no trabalho (Monteiro et al., 2014).

Cuidadores formais com mais anos de experiência tendem a estar mais adaptados e conformados com o ato de cuidar e com as condições laborais a que estão sujeitos. Esta premissa está em consonância com o modelo de cuidado delineado por Lawton, Moss, Hoffman e Perkinson (2000). Este modelo sugere que o impacto do cuidar se altera com o tempo, através de um processo de adaptação ao contexto do cuidado. Embora os níveis de *stress* e o peso das obrigações sejam elevados inicialmente, estes tendem a diminuir à medida que o cuidador adquire competência na realização das tarefas e estabelece um novo equilíbrio pessoal (Lopes & Cachioni, 2013).

Independentemente do perfil do cuidador, a literatura destaca repetidamente o impacto negativo que o exercício dessa função tem sobre o bem-estar dos cuidadores. Mesmo quando a saúde inicial dos cuidadores é excelente, geralmente ocorre uma

diminuição na qualidade de vida após assumirem essa responsabilidade (Tomomitsu, 2012). Essa queda é observada em vários indicadores, incluindo bem-estar psicológico, físico, social e financeiro. Cuidadores de idosos, por exemplo, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver doenças coronárias, apresentam taxas mais elevadas de depressão e têm uma percepção pior da sua saúde física em comparação com pessoas que não desempenham esse papel (Tomomitsu, 2012). Além disso, relatam maior isolamento social e enfrentam custos financeiros elevados, tanto diretos (como a compra de medicamentos) quanto indiretos (como a impossibilidade de trabalhar) (Smith et al., 2010, como citado em Pinto & Barham, 2014).

Neste contexto, o *burnout* tem sido amplamente discutido na literatura como um fator de risco, resultante da transformação do *stress* no trabalho numa condição crônica (Gil-Monte, 2009; Maslach & Leiter, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). O *burnout* é já considerado um problema de saúde pública (Gil-Monte, 2009), com especial atenção em cuidadores (Lin & Lin, 2013, como citado em Monteiro et al., 2014). Existem vários fatores pessoais e profissionais que predisõem ao burnout (Maslach et al., 2001), bem como riscos psicossociais presentes neste grupo profissional, como o *stress*, o *bullying* e a insatisfação com o trabalho (Figueiredo, 2020).

Entre os fatores pessoais, a capacidade de empatia destaca-se como um elemento predominante para o bem-estar do cuidador. Este fator possui uma relação negativa com o *burnout* (Passalacqua & Segrin, 2012; Wilczek-Rużyczka, 2011), uma vez que a empatia pode impedir que o cuidador se desgaste emocionalmente. Contudo, o efeito da empatia sobre o *burnout* não é consensual entre os autores (Zenasni, Boujut, Woerner & Sultan, 2012). Alguns defendem que a empatia previne o *burnout* através do fortalecimento do vínculo entre cuidador e idoso (Wilczek-Rużyczka, 2011; Zenasni et

al., 2012). Outros, no entanto, argumentam que a empatia pode facilitar o *burnout*, dado que o envolvimento emocional intenso pode desgastar o cuidador (Larson & Yao, 2005; Lee, Song, Cho, Lee & Daly, 2003). Portanto, é relevante considerar a empatia tanto como um fator de proteção quanto como um possível risco para o bem-estar do cuidador.

Adicionalmente, as competências sociais e as estratégias de *coping* são consideradas fatores de proteção (Pinto & Barham, 2014b). O *coping* refere-se a um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas desenvolvidas com o objetivo de superar constrangimentos internos ou externos, resultantes da interação entre o indivíduo e o meio (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Tanto as competências sociais como as estratégias de *coping* demonstram ser eficazes na redução de estados de inquietação, ansiedade ou tensão, contribuindo para o bem-estar em diversas áreas da vida do cuidador: na área da saúde mental, física e emocional, nas relações interpessoais e na qualidade de vida no geral (Hirschle & Gondim, 2020).

A sobrecarga, como consequência do ato de cuidar de um idoso com demência é considerada um fator de risco significativo, exigindo mais do cuidador. Estudos apontam para a diferença entre cuidar de idosos com e sem demência, sendo o esgotamento maior entre os cuidadores responsáveis por idosos com demência, devido a problemas específicos, como a mudança de comportamento, a dependência nas tarefas diárias básicas e a possível desorientação espacial (De Oliveira Lopes & Cachioni, 2012). Um dos modelos clássicos de sobrecarga em cuidadores, que, de acordo com Neri (2006), continua a influenciar investigações sobre o tema, é o modelo proposto por Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990). Conotado como um modelo multidimensional e desenvolvido para explicar como diferentes cuidadores, mesmo quando expostos ao mesmo contexto, podem perceber e lidar com as exigências de maneiras distintas,

especialmente em relação à gestão de *stress*. O modelo descreve quatro domínios, cada um com múltiplos componentes: contexto e história de cuidado; ansiedade e pressão; reguladores do *stress* e, resultados ou consequências do *stress*. A forma como os cuidadores enfrentam o stress pode ser influenciada por variáveis como sexo, idade, etnia e o nível de escolaridade.

De uma forma muito sucinta, o impacto pessoal, social e de saúde no cuidador exige a implementação de programas de intervenção, com o objetivo de amenizar o *stress* dos profissionais na área do apoio domiciliário (De Oliveira Lopes & Cachioni, 2012).

Cuidador Formal

O conceito de Cuidador Formal diferencia-se significativamente do de Cuidador Informal, bem como do conceito tradicionalmente associado ao cuidador formal no contexto institucional, como nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI). Ser cuidador implica estar ao serviço do outro, prestar cuidados, considerar as necessidades do outro e comprometer-se a fornecer todo o apoio necessário. O Cuidador Formal é considerado um grupo de análise periférico (Gomes, 2017), surgindo numa posição convencional e remunerada no contexto da prestação de cuidados a pessoas idosas no domicílio, principalmente quando a família não consegue fornecer esses cuidados (Simões, 2012).

A definição de cuidador formal é ampla e distingue-se claramente do cuidador informal. O cuidador informal presta cuidados no domicílio, geralmente dentro do contexto familiar, entre amigos ou vizinhos, e de forma não remunerada. Em contraste,

o cuidador formal é devidamente qualificado para prestar cuidados, seja a nível domiciliário ou institucional, sendo esta atividade profissional reconhecida e remunerada (Paúl & Fonseca, 1999).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), um cuidador é visto como um auxiliar de apoio a pessoas idosas, sem necessariamente possuir qualificações formais na área. No entanto, espera-se que um cuidador formal seja capaz de reconhecer e diferenciar as necessidades de cada idoso, ter o conhecimento para lidar com doenças relacionadas com o processo de envelhecimento, como problemas cognitivos, físicos ou de foro pessoal e familiar. Além disso, o cuidador formal desempenha atividades quotidianas essenciais, como a preparação de alimentos e a higiene pessoal, que são fundamentais para a qualidade de vida do idoso (Sequeira, 2010). Este papel é vital, pois a relação entre o cuidador e a pessoa idosa é crucial para a manutenção da qualidade de vida do idoso (Zimmerman et al., 2005). Cuidadores formais, por serem profissionais treinados, contribuem significativamente para a saúde e bem-estar dos idosos (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

As funções de um cuidador formal vão além da simples participação nas atividades diárias dos idosos; incluem também a adaptação à nova fase da vida – o envelhecimento – e dependem da capacidade de ajuste do próprio cuidador. Espera-se de um cuidador formal um elevado nível de profissionalismo, competência social, e a aptidão para reconhecer as necessidades do idoso, priorizando-as pela sua gravidade e lidando com problemas sociais ou de outra natureza de forma adequada (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009, citados em Azevedo et al., 2010). Além disso, é essencial que o cuidador formal seja capaz de integrar-se e colaborar numa equipa multidisciplinar, com o objetivo de promover o bem-estar dos idosos (Azevedo et al., 2010, citado em *Qualidade de Vida dos Prestadores de Cuidados de Idosos em Centros de Dia e SAD -*

Influências das Emoções e do Ambiente Laboral, 2011), e, conseqüentemente, o seu próprio bem-estar.

“Cuidar de alguém implica estar exposto às conseqüências associadas a uma relação de prestação de cuidados” (Sequeira, 2007). Para tal, os profissionais devem possuir não só as competências técnicas, mas também deter de conhecimento adequado para intervir de forma eficaz, reconhecendo as necessidades daqueles de quem cuidam e apoiando-os na realização das suas atividades diárias. No entanto, apesar do crescente investimento na formação destes profissionais, ainda existem lacunas, o que pode afetar a qualidade dos cuidados prestados. Portanto, é crucial continuar a investir na formação e na valorização desta profissão (Falcão et al., 2020).

A literatura destaca algumas características comuns entre a maioria dos cuidadores formais. Estes são predominantemente do sexo feminino, com idades entre 50 e 65 anos, muitas vezes sem trabalho fixo ou apenas em regime de tempo parcial, e com baixo rendimento económico e formação académica (Santos & Pavarini, 2010). Colomé et al. (2011), ao realizarem uma caracterização específica dos cuidadores formais, sublinham o predomínio do sexo feminino na escolha desta profissão. Este fator pode estar relacionado com a predisposição cultural, social e afetiva historicamente associada às mulheres no exercício da função de cuidar (Pimenta, Rodrigues & Greguol, 2010, citados em Coelho, 2018).

Serviço de Apoio Domiciliário

A questão do envelhecimento, especialmente na Região Autónoma da Madeira, tem se tornado uma preocupação crescente, particularmente em áreas mais afastadas dos

centros urbanos. O aumento gradual da população idosa, combinado com mudanças no padrão de morbidade dos idosos e transformações nas estruturas familiares, tem impulsionado a expansão da prática profissional feminina remunerada. Esta tendência está alinhada com as políticas de *ageing in place* — um conceito que tem ganhado destaque na literatura. O *ageing in place* refere-se a políticas de cuidados adaptados que visam assegurar os idosos permanecem nos seus próprios lares enquanto recebem o devido suporte. Dentro desse contexto, o serviço de apoio domiciliário desempenha um papel crucial (Gomes, 2017).

Assim, como alternativa aos serviços formais convencionais, surgem os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD). Este tipo de serviço é definido como uma resposta social específica, que visa prestar cuidados individualizados a idosos no conforto do seu domicílio. Inclui também o apoio a indivíduos ou famílias que, por diversos motivos, estão impossibilitados de satisfazer as suas necessidades básicas e realizar as atividades diárias. O SAD., também conhecido como *Home Care*, abrange uma ampla gama de serviços de saúde, cuidados pessoais e assistência domiciliária, ajustados ao nível de funcionalidade, doença ou incapacidade do utente (Segurança Social, 1996).

Os SAD têm como objetivo alcançar uma variedade de objetivos importantes, tais como: promover a autonomia dos indivíduos e, ao mesmo tempo, prolongar a dependência; apoiar nas atividades diárias; incentivar estilos de vida saudáveis; fornecer cuidados de saúde; melhorar as condições habitacionais; prevenir a desvinculação e manter ligações sociais; combater o isolamento, a solidão e, fomentar a solidariedade (Ferreira, 2014). Além desses objetivos, o SAD pode complementar as funções sociais da família, integrando e apoiando os cuidados prestados pelo cuidador familiar. Em alguns casos, o SAD também pode funcionar como uma forma de reatribuição,

permitindo que a família, embora presente, transfira para os cuidadores domiciliários as responsabilidades familiares, aliviando-se das suas funções (Ribeirinho, 2005).

Intervenção Psicoeducativa

A psicoeducação é uma abordagem fundamentada em métodos experimentais e científicos, que parte do pressuposto de que a cognição influencia diretamente as emoções e comportamentos, facilitando a transferência de informação e a subsequente descarga emocional (Brown, 2011). Um estudo realizado por Lopes e Cachioni (2013) com cuidadores e grupos psicoeducacionais revelou resultados significativos. Destaca-se que, após a participação em grupos psicoeducacionais, cuidadores com mais anos de experiência tendem a apresentar uma maior satisfação com a vida, em comparação com aqueles que possuem menos experiência e menores níveis de remuneração. No entanto, a intervenção psicoeducativa mostrou-se benéfica em diversas variáveis de bem-estar, especialmente para cuidadores com menos tempo de prática, que são considerados mais vulneráveis na adaptação ao novo papel e, portanto, mais suscetíveis à instabilidade emocional.

A participação em grupos psicoeducacionais oferece diversas vantagens para os cuidadores, incluindo o acesso a informações práticas sobre cuidados e estratégias de *coping* (Chien et al., 2011). Esses recursos são fundamentais para aliviar a sobrecarga diária dos cuidadores, abordando tanto os aspectos psicológicos e emocionais como promovendo uma rede de suporte social (Lopes & Cachioni, 2013). Além disso, outras intervenções, como grupos de aconselhamento, psicoterapia e psicoeducação, mostram-se igualmente benéficas, especialmente para aqueles que cuidam de idosos com demência (De Oliveira Lopes & Cachioni, 2012). Algumas técnicas comuns nesses

contextos incluem palestras, grupos de discussão, materiais escritos e o uso de recursos audiovisuais (Brown, 2011).

A intervenção psicoeducativa procura integrar o bem-estar à prática psicológica, promovendo novas formas de funcionamento psicológico positivo entre os cuidadores formais. O conceito de bem-estar psicológico proposto por Ryff (1985) e posteriormente reforçado por Seligman e Csikszentmihalyi (2000), no contexto da Psicologia Positiva, defende a combinação de experiências subjetivas positivas, características individuais e o suporte de instituições, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e investir na prevenção (Siqueira & Padovam, 2008). A ênfase recai, particularmente, na educação e aprendizagem, mais do que na autoconsciência e autoconhecimento, embora estes também desempenhem um papel relevante (Lopes & Cachioni, 2013). Uma meta-análise conduzida por Sörensen, Pinquart e Duberstein (2002) confirma que as intervenções psicoeducacionais têm um impacto significativo na redução da sobrecarga e da depressão, além de promoverem o bem-estar subjetivo, as habilidades sociais e o conhecimento na gestão do cuidado ao idoso (Lopes & Cachioni, 2013).

A Psicologia Positiva, ao destacar os aspetos positivos da experiência individual, procura compreender e potencializar as qualidades pessoais, promovendo o bem-estar. Esta área é de grande importância no contexto do bem-estar no trabalho (BET), pois enfatiza os traços pessoais, estados emocionais positivos e negativos, saúde psicossomática e a percepção de satisfação no trabalho (Hirschle & Gondim, 2020).

Enquadramento Legal

O termo "cuidador formal" é geralmente utilizado para descrever profissionais remunerados que prestam cuidados, como enfermeiros, técnicos de cuidados pessoais, ou Ajudantes Familiares, e não é especificamente definido em legislação nacional. Embora o termo não esteja diretamente regulamentado por uma lei ou decreto específico, o seu conceito é amplamente abordado dentro da legislação relacionada com os serviços de apoio a pessoas em situação de dependência. Encontra-se no Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril, o quadro legal para a carreira de Ajudante Familiar, que pode ser considerado uma categoria de cuidador formal. Neste decreto estão definidos as funções e o enquadramento dos profissionais que prestam apoio social, porém não utiliza o termo "cuidador formal" explicitamente. Igualmente, na Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, é estabelecido o regime jurídico dos serviços de apoio à pessoa em situação de dependência, incluindo a definição e regulação dos serviços prestados por cuidadores. Contudo, o termo "cuidador formal" não é especificamente mencionado, mas a lei abarca os profissionais que prestam cuidados.

Assim, pode-se dizer que o termo "Cuidador Formal" está associado à carreira de Ajudante Familiar, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril, que estabelece o quadro legal desta atividade. Este decreto define os Ajudantes Familiares como profissionais que prestam serviços de apoio social a título precário, sendo enquadrados pelo regime de segurança social dos trabalhadores independentes. Conforme o Artigo 1.º, a carreira de Ajudante Familiar foi instituída nos Serviços de Ação Social do Centro de Segurança Social da Madeira, no âmbito do grupo de pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos de segurança social, conforme previsto no Decreto Regulamentar n.º 10/83, de 2 de fevereiro.

No Artigo 5º, é definido o conteúdo funcional dos Ajudantes Familiares, que abrange uma variedade de funções, incluindo: a) Prestar ajuda na confeção das refeições, no tratamento de roupas e nos cuidados de higiene e conforto dos utentes; b) Realizar serviços externos necessários aos utentes e acompanhá-los em deslocações, quando necessário; c) Administrar medicação prescrita, exceto aquela que seja da exclusiva competência de técnicos de saúde; d) Monitorar alterações na condição geral dos utentes que possam afetar o seu bem-estar e, de forma geral, atuar para prevenir situações de isolamento e solidão (Decreto Legislativo Regional n.º 24/98/M, de 18 de setembro).

O Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, que formaliza a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde. A RNCCI integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social (SS), e tem como um dos seus objetivos principais o apoio e qualificação de familiares ou cuidadores informais, especialmente na prestação de cuidados domiciliários. Sob o artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, são estipuladas as normas que regulam os Serviços de Apoio Domiciliário, incluindo a obrigatoriedade de prestar, pelo menos, quatro dos seguintes cuidados e serviços: a) Cuidados de higiene e conforto pessoal; b) Higiene habitacional, conforme necessário para a natureza dos cuidados prestados; c) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas prescritas; d) Tratamento da roupa de uso pessoal do utente; e) Atividades de animação e socialização, como lazer, cultura, aquisição de bens e pagamento de serviços; f) Serviço de teleassistência (Despacho Normativo n.º 62/99 | DR). O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), definido pela Direção-Geral da Ação Social (1996) como uma "resposta social", consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados

no domicílio a indivíduos e famílias que, por razões de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, as suas necessidades básicas ou atividades diárias.

Metodologia

A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, com base na análise temática conforme descrita por Braun e Clarke (2006). O estudo adota uma abordagem interpretativa do construtivismo social (Burr, 1995; Denzin & Lincoln, 2011; Mertens, 2015) através de perguntas abertas (Creswell, 2013) administradas presencialmente. O objetivo é garantir a autenticidade e uma interpretação perspicaz das interações sociais (Andrews, 2012), além de proporcionar uma compreensão mais aprofundada do contexto em que os cuidadores formais atuam (Creswell & Poth, 2018). O foco está em compreender os preditores de bem-estar dos cuidadores formais na sua prática profissional. A análise dos dados é feita de forma indutiva, ou seja, "de baixo para cima" (Frith & Gleeson, 2004), e a um nível latente (Boyatzis, 1998). Esse tipo de análise tem como finalidade uma compreensão mais abrangente dos padrões gerais de bem-estar e dos seus fatores associados.

Optou-se por uma abordagem qualitativa devido ao foco na descrição e análise de dados expressos em linguagem natural, como palavras e relatos de experiências, incluindo interações. Os autores dessa abordagem tendem a focar na interpretação dos significados emergentes a partir de um processo de descoberta, utilizando a indução como método principal (Wertz, 2011).

Participantes

Neste estudo participaram 15 cuidadoras formais do SAD. As idades das participantes variam de 41 a 67 anos, com maior incidência na faixa etária dos 50-60 anos. A maioria das cuidadoras é de nacionalidade portuguesa (11), enquanto 4 são estrangeiras (2 brasileiras e 2 venezuelanas). Em termos de habilitações literárias, há uma ampla variação: 4 cuidadoras possuem apenas o 4.º ano de escolaridade, 3 têm o 6.º ano, 3 completaram o 9.º ano e 5 possuem o 12.º ano. Quanto ao nível socioeconómico, 7 cuidadoras estão classificadas em níveis baixos e 6 em níveis médios. A tabela abaixo apresenta uma descrição detalhada dos dados de cada participante do estudo.

Tabela 1.

Caraterização das Cuidadoras Formais do SAD

Cuidadoras Formais	Nacionalidade	Idade	Habilitações	Nível Socioeconómico
CF 1	Portuguesa	43	12ºano	Baixo
CF 2	Portuguesa	65	4ºano	Baixo
CF 3	Portuguesa	67	4º ano	Baixo
CF 4	Portuguesa	57	12º ano	Médio
CF 5	Venezuelana	63	6º ano	Médio
CF 6	Brasileira	46	12º ano	Baixo
CF 7	Portuguesa	42	9º ano	Médio
CF 8	Portuguesa	54	4º ano	Médio
CF 9	Portuguesa	59	4º ano	Baixo
CF 10	Portuguesa	52	6º ano	Médio
CF 11	Brasileira	54	12º ano	Médio
CF 12	Portuguesa	41	9º ano	Baixo
CF 13	Portuguesa	51	12º ano	Médio
CF 14	Portuguesa	50	6º ano	Baixo
CF 15	Venezuelana	56	9º ano	Médio

As informações retiradas da tabela permitem compreender o perfil das cuidadoras formais deste estudo, considerando aspetos como idade, nacionalidade, habilitações literárias e nível socioeconómico. A análise desses dados fornece uma visão detalhada sobre as características demográficas e socioeconómicas das participantes, o que é essencial para avaliar as suas necessidades e contextos específicos no âmbito do apoio domiciliário.

Instrumentos

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

- 1. Questionário Sociodemográfico:** desenvolvido para este estudo recolheu dados sobre: género, idade, habilitações literárias e o nível socioeconómico.
- 2. Entrevista Semiestruturada:** através de questões abertas, com o objetivo de recolher informação sobre o conceito de bem-estar, os fatores associados ao bem-estar e o papel da psicologia no bem-estar dos cuidadores

Procedimento de Recolha de Dados

Após as devidas aprovações e autorizações da Comissão de Ética da Universidade da Madeira e das empresas SAD, as cuidadoras formais foram convidadas a participar do estudo. Assinaram previamente o consentimento informado, no qual leram detalhadamente os objetivos do estudo, os procedimentos, o tratamento dos dados e a garantia de confidencialidade foi assegurada. Posteriormente, foi agendada uma

entrevista individual com cada cuidadora, de acordo com sua disponibilidade. As entrevistas ocorreram tanto de forma presencial como online, com uma duração prevista de cerca de 15 a 20 minutos. Porém, a duração real variou, com algumas entrevistas excedendo os 30 minutos.

Procedimento de Análise de Dados

Os dados quantitativos do questionário sociodemográfico foram analisados através do software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), através de análises descritivas da caracterização das participantes.

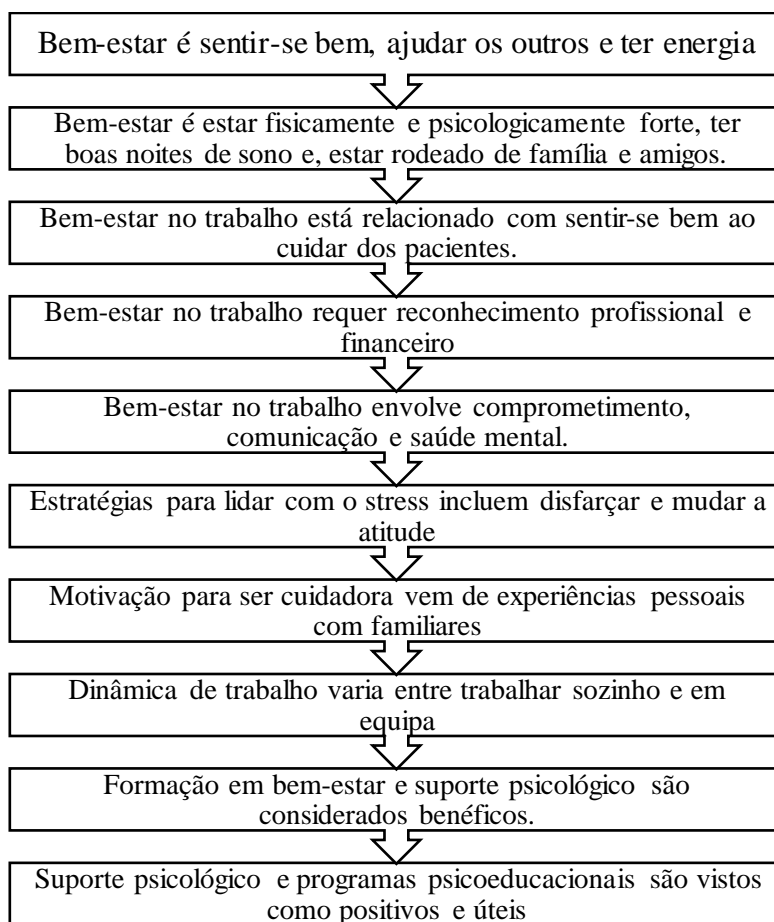
Os dados qualitativos das entrevistas foram analisados com base no método de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006) e, através do software de análise, Nvivo, com o objetivo de analisar e fornecer dados da informação recolhida das entrevistas semiestruturadas. Por análise temática entende-se “um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados” (Braun & Clarke, 2006), “muitas vezes também vai mais longe do que isso, e interpreta vários aspetos do tema de pesquisa” (Boyatzis, 1998). A análise temática deste estudo qualitativo tem como objetivo identificar temas representativos do bem-estar e recursos à disposição percebidos pelos cuidadores formais no âmbito do SAD.

O método de análise temática compreende seis fases: (1) familiarização dos dados (2) criação de códigos iniciais (3) procura de temas (4) revisão dos temas (5) definição e nomeação dos temas e (6) elaboração do relatório. Na primeira fase realiza-se a transcrição dos dados das quinze entrevistas semiestruturadas, seguindo de uma leitura repetida e imersiva em paralelo com apontamentos sobre os aspetos considerados

relevantes para o processo de codificação. Numa segunda fase, geram-se códigos iniciais, numa abordagem indutiva e diretamente ligado aos dados das entrevistas, seguindo as linhas de orientação das questões de investigação. Pode dizer-se que os temas são semânticos uma vez que advêm da própria linguagem das participantes, sem uma fundamentação teórica por detrás. Todo o processo de análise qualitativa foi apoiado pelo software NVivo, que foi utilizado tanto na fase de codificação quanto na identificação e organização dos temas emergentes. Na fase subsequente, o software facilitou a combinação e a classificação dos códigos. Numa quarta fase segue a revisão e refinamento dos temas, numa tentativa de agrupar em categorias mais abrangentes: temas e subtemas, de acordo com o relacionamento e coerência entre os dados e não da sua frequência. Nesta fase surge o mapa temático do estudo. Ao longo desta fase várias reformulações foram feitas até obter o mapa temático. Numa fase final, são revistos os temas mediante o seu propósito e lógica no estudo e, como último passo segue a elaboração do relatório (Braun & Clarke, 2006).

Resultados

Na lógica das seis fases, serão revelados cada passo do processo de análise temática. Numa primeira fase, debruçamo-nos sobre a informação recolhida das entrevistas, conhecendo e aprofundando o conteúdo para uma melhor preparação da análise temática. A primeira fase de familiarização dos dados resulta em alguns pontos chave abaixo registados.



Na segunda fase de criação de códigos iniciais, são apresentadas algumas palavras-chave que identificam características aliantes dos dados relacionados ao tema de pesquisa, entre eles a definição de bem-estar; o bem-estar no trabalho; o suporte financeiro; a formação e educação; as estratégias de *coping*; a dinâmica de trabalho; a motivação pessoal, a relação com os idosos, apoio psicológico e o *stress* (cf. Figura 1).

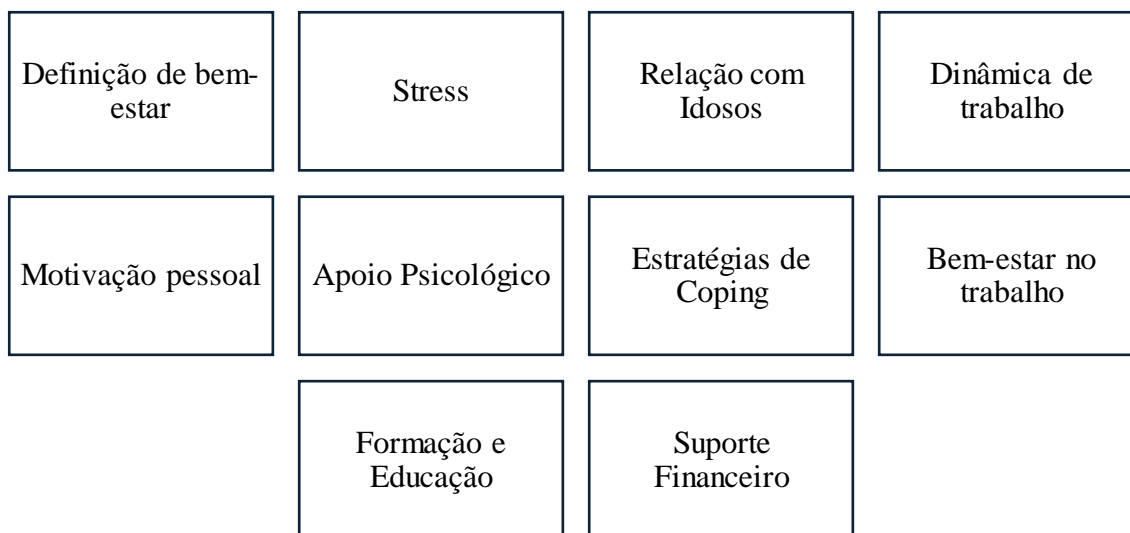


Figura 1.

Códigos Iniciais

Na fase seguinte são agrupados os códigos em potenciais temas através da organização de dados de forma significativa e capaz de identificar padrões mais amplos. Os temas resultantes deste processo incluem o bem-estar e saúde mental; as dinâmicas e relações no cuidado; motivação intrínseca e extrínseca; formação e educação e, apoio psicológico (cf. Figura 2).

Bem-estar e Saúde mental

- Conceito de Bem-estar
- Bem-estar Subjetivo
- Bem-estar no Trabalho
- Bem-estar do Idoso
- Saúde física e mental

Dinâmicas e Relações

- Relações familiares e sociais
- Ambiente físico
- Condições de trabalho e de vida
- Relação com o Idoso
- Suporte familiar e social

Motivação Extrínseca e Intrínseca

- Reconhecimento pessoal e financeiro
- Oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional

Formação e Educação

- Capacitação
- Desenvolvimento profissional e pessoal

Apoio Psicológico

- Problemas psicológicos
- Sobrecarga, stress e discriminação
- Estratégias de coping
- Programas de Apoio Psicológico

Figura 2.*Temas iniciais*

Na fase seguinte é feita uma revisão dos temas através da avaliação da sua consistência e abrangência. A quarta fase corresponde à revisão dos temas (cf. Figura 3).

Bem-estar e Saúde mental

- Conceito de Bem-estar
- Bem-estar psicológico
- Bem-estar no trabalho
- Bem-estar do idoso
- Saúde física e mental

Fatores de Bem-estar

- Fatores de Risco
- Fatores de Proteção
- Dinâmicas de trabalho e Relações

Motivação Extrínseca e Intrínseca

- Reconhecimento pessoal e financeiro
- Desenvolvimento pessoal e profissional

Formação e Educação

- Capacitação
- Programas psicoeducacionais

Suporte Psicológico

- Acompanhamento psicológico
- Apoio emocional
- Programas de Intervenção

Figura 3.*Revisão dos Temas*

Na quinta e penúltima fase da análise temática, definiu-se temas claros com a respetiva justificativa do seu conteúdo. Feita a análise dos dados qualitativos, é possível realçar cinco temas de maior relevância desta análise temática: (1) definição de bem-estar e saúde mental (2) fatores de bem-estar (3) motivação intrínseca e extrínseca (4)

formação e educação e (5) suporte psicológico, representados no mapa temático organizado em temas e subtemas (cf. Figura 4).

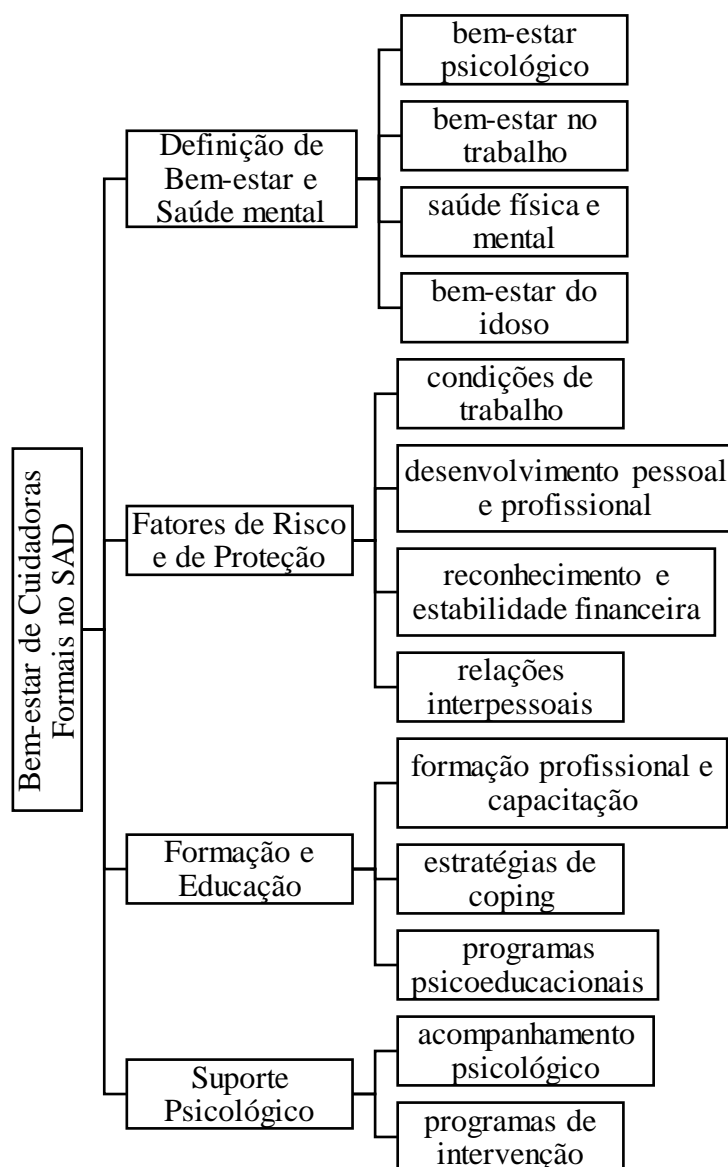


Figura 4.

Mapa Temático do Bem-estar das Cuidadoras Formais no SAD

Os temas derivados da análise dos dados revelam a percepção das cuidadoras acerca do significado do bem-estar, quer pessoal quer para o idoso; quais os fatores que contribuem/afetam o seu bem-estar, a motivação por detrás da profissão; a importância

da formação e educação como reflexo de um maior bem-estar no trabalho e, o suporte psicológico para o próprio no cuidado ao idoso, enquanto profissional de saúde.

Continuamente serão reportados detalhadamente cada um dos temas, bem como os subtemas associados, com alguns excertos das entrevistas como suporte. Importa salientar que a percepção de bem-estar é altamente individual e depende de uma série de fatores interligados que contribuem para a qualidade de vida geral das cuidadoras.

Definição de Bem-estar e Saúde Mental

Este tema compreende a definição de bem-estar e de saúde mental abordadas pelas cuidadoras, desde o bem-estar psicológico, o bem-estar no trabalho, o bem-estar do idoso, à saúde física e mental.

A definição de bem-estar não revelou ser consensual entre todas, alterando entre as cuidadoras, desde a menção de componentes físicos, psicológicos a componentes sociais, com destaque para a importância de relacionamentos e equilíbrio na vida. O bem-estar é visto como um equilíbrio entre estar fisicamente saudável, financeiramente estável, ter uma boa saúde mental e, manter relacionamentos positivos com a família e os amigos:

“Entendo por bem-estar, estar fisicamente e psicologicamente forte, ter umas boas noites de sono, rodear-se de família e amigos e vivendo o dia em paz e harmonia.” (E3)

“Bem, bem-estar para mim é quando a pessoa está bem de saúde, tem uma situação económica estável, a vida familiar também estável, acho que resume-se a isso, pouco mais” (E4)

“Bem-estar é viver bem, estar bem, tanto físico como psicologicamente,” (E5)

É quando eu estou emocionalmente equilibrada, fisicamente também, é... no sentido de estar saudável é.. acho que tudo isso nos leva ao bem estar né? É um equilíbrio emocional, físico... (E10)

“(...) olhe o bem-estar é ter uma vida equilibrada, tar bem com a família, ter a parte financeira estável, tar bem com a sociedade, hum... tar bem no trabalho que é fundamental (ri-se), onde a gente passa a maior parte do tempo não é? (E13)

As cuidadoras enfatizam a importância de sentirem-se bem consigo mesmas e com os outros, desde física, emocional e mentalmente: *“Bem estar, isso é muito subjetivo, não é? É bem-estar físico mental, social. O bem-estar para mim é a gente ter o mínimo, não é preciso, a gente não precisa de muito para estar bem e feliz, o essencial (...) Mas a saúde mental, o bem-estar físico, as condições mínimas, não é? É o fundamental, é... isso para mim é o bem-estar, tarem bem, bem com a sociedade, também com a família” (E13).*

De realçar alguns excertos de cuidadoras que revelam o seu bem-estar interligado ao bem-estar do outro, neste contexto, do idoso. Outro subtema relevante, o bem-estar do idoso surge associado ao bem-estar das cuidadoras:

“O meu bem-estar eu... fico de acordo com o bem estar de quem eu tou cuidando. Se eu quando estou cuidando e essa pessoa está bem esse idoso está bem eu me torno, eu fico bem.” (E6)

“É fazer tudo com que o nosso cliente se sinta bem, na sua vida e na vida que a senhora tinha antigamente. Aos poucos temos de ir vendo como é que a senhora vivia e tornar a vida da senhora mais fácil possível” (E1)

“É fazer o meu dia-a-dia, a minha vida como eu sou e o que eu sou e, fazer com que as pessoas também, as clientes se sintam bem” (E2)

O bem-estar do idoso passa pela relação que constrói com a sua cuidadora e o suporte familiar que é necessário: *“É ... o idoso também precisa da presença da família”*; *Já estou confortável no meu trabalho, sou abraçada pela família da idosa e isso contribui para o meu bem-estar também” (E6)*; *“(...) a família proporciona um ambiente agradável, um bom local pra dormir. A gente se sente à vontade, tem liberdade, também acho que por conta de ser de ser... cada uma de nós sozinha com ela, não tem outras pessoas da família, mas mesmo quando vem familiares para visitar eles nos deixam bem à vontade.. né?” (E10)*. Neste sentido, a família exerce influência sobre o estado emocional tanto do idoso como da cuidadora, sendo pertinente mencionar a inclusão da família na dinâmica do cuidado ao idoso: *“(...) também incluir mais as famílias, na compreensão da mudança de vida do seu familiar. Há muitos filhos que não aceitam a mudança dos pais, que já tem uma certa demência e mudam bastante” (E4)*

O bem-estar é comumente associado à saúde física e mental. Para as cuidadoras, manter-se saudável e livre de doenças é essencial. A saúde física é vista como um pilar do bem-estar, sendo crucial tanto para o desempenho no trabalho quanto para a qualidade de vida em geral: *“Sentir-me bem é ter saúde. É ter e ter as pessoas que quem eu mais gosto ao meu lado. E ter um ambiente, um ambiente familiar, ótimo, ter, ter em harmonia. Isso para mim é bem-estar.” (E13)* *“Olhe estar bem com o meu corpo, já é pessoalmente, já é bom e, entretanto se eu tiver bem também tou bem para ajudar os outros. Para mim significa isso” (E7)*.

A importância de ajudar o idoso está diretamente relacionada com o próprio bem-estar da cuidadora e a busca por equilíbrio em diversos aspetos da vida. Em geral,

reflete no bem-estar psicológico, que é compreendido como o estado de se sentir bem tanto física quanto psicologicamente. Envolve também a disposição para ajudar os outros e manter uma atitude positiva.

O bem-estar no trabalho é outro subtema de destaque amplamente discutido em torno do bem-estar das cuidadoras: *“o bem-estar no trabalho é eu estar satisfeita com o meu horário, com o cliente que eu tenho e com a maneira de viver o meu dia-a-dia que eu vou me adaptando e os clientes também adaptam-se a mim, geralmente tem sido assim”* (E2). Estar bem psicologicamente tem impacto direto na capacidade de lidar com os desafios do dia-a-dia, mais concretamente no trabalho, com foco no ambiente de trabalho e nas relações com colegas. Um bom ambiente de trabalho consiste sobretudo em ter as condições necessário ao exercício da profissão e essencial para a realização de um trabalho exímio: *“(...) neste caso que nós trabalhamos nas casas das pessoas, é... ter é... as condições adequadas para trabalhar, o que precisamos para trabalhar, todo o material”; “As condições, por exemplo, vás a fazer noite, as condições de onde tu vais ficar para fazer à noite, compreendes? Portanto, por exemplo, mereces ter uma cama confortável, porque assim não é que tu vás ir a dormir porque tás a trabalhar mas precisas que quando consigas descansar que seja um bom descanso, porque senão tu ficas em casa. (...) Então é importante é ser ser, eh... apoiada nesse sentido, por exemplo, isto é uma casa, ter uma boas condições”* (E15).

Quando se fala num bom ambiente de trabalho fala-se de um lugar calmo e, envolto num espírito de equipa positivo. A colaboração entre colegas e um bom relacionamento com a empresa são essenciais. *“O trabalho é a nossa vida, eu costumo dizer que o meu trabalho é a minha segunda casa e os colegas são a minha segunda família, não é? Se eu não tenho um bom clima de trabalho eu vou me sentir triste, eu vou me sentir frustrada e eu, quando chego à hora de para o trabalho, parece, tenho*

que ir por obrigação (...)”; *“(...) ter um bom ambiente de trabalho, se dar bem com todos os colegas, hum.. haver espírito de equipa.” (E13)*. A satisfação no trabalho é potencializada pela colaboração em equipa e pelo apoio mútuo entre ambas as partes. Existe um sentimento de realização ao cumprir tarefas no dia-a-dia que são percebidas como significativas e que trazem uma sensação de realização pessoal: *“A realização.. foi tudo bem. Eu eu... se eu ver que o idoso passa bem, que eu fiz bem a minha tarefa, com satisfação, 100%, hum... eu adoro.” (E12)*; *“Sinto me bem fazendo o trabalho e mais assim nesta equipa que temos agora, eu gosto sim, e acho que o ano passado inteiro correu bem depois de Janeiro e este ano vamos a continuação assim, e espero que continue da mesma maneira” (E5)*.

Em resumo, o bem-estar no trabalho está vinculado à satisfação com as condições do ambiente de trabalho e um relacionamento positivo tanto com colegas como também com os idosos. Este subtema vai de encontro ao subtema do bem-estar do idoso na medida em que o bem-estar do idoso afeta o bem-estar das cuidadoras, refletindo uma reciprocidade entre o bem-estar de ambos. Existe, assim, uma relação de causa-efeito: *“Eu sinto-me bem. Sim sim... Gosto de fazer tudo o que é para fazer na casa dos clientes, que eu vejo que eles se sentem bem e eu fico contente de estar a ajudar alguém que fica satisfeito” (E2)*; *“temos de estar muito bem para... principalmente quando é com idosos, temos de estar muito bem porque vamos acolher digamos assim, a terceira idade, são pessoas muitas vezes já têm vidas pesadas e se não temos um lado mais desconstruído no sentido de ser alegres, de falar, brincar, hum.. torna se complicado no dia a dia.” (E3)*; *“(...) fazer para que ela se sinta bem com a gente” (E9)*.

Fatores de Risco e de Proteção

Ao longo das entrevistas, as cuidadoras identificaram inúmeros fatores que influenciam, ou não, o seu bem-estar, quer a nível pessoal como a nível profissional.

Enquanto fatores de risco e de proteção foram identificados cinco subtemas: (1) condições de trabalho (2) desenvolvimento pessoal e profissional (3) reconhecimento e estabilidade financeira (4) estratégias de *coping* e (5) relações interpessoais.

As condições de trabalho abrangem o ambiente de trabalho vivido no dia-a-dia, ou seja, trabalhar num ambiente saudável e com boas condições físicas contribui para o bem-estar no trabalho. Ambientes propícios a desconforto e *stress* são indesejáveis. De referir que a carga horária é um fator mencionado por algumas cuidadoras considerado como algo negativo relativamente às condições de trabalho a que muitas vezes estão sujeitas: *“eu penso que o horário é importante. É... não sobrecarregar o cuidador com tantas horas, por exemplo, não tantas horas na mesma casa, porque chega um momento que é cansativo, é cansativo, é tantas horas, contínuas, pelo menos mais de 8 horas eu acho que devia de dia, se calhar à noite nem tanto, mas de dia, mais de 8 horas é muito” (E15)*. A sobrecarga com o excesso de trabalho e a pressão constante experienciados pelas cuidadoras são consideradas como precursoras de *stress* e esgotamento: *“(...) tenho o stress do trabalho também que, além de ser o trabalho e parte onde nós passamos muito tempo, a trabalhar e a fazer a nossa vida profissional, ok é importante e eu gosto daquilo que faço mas ao fim ao cabo também temos o nosso stress do trabalho de cumprir horários, disto e daquilo ou de alguma coisa que correr mal” (E3)*

O desenvolvimento pessoal e profissional aborda as questões de desenvolvimento contínuo em várias áreas da vida como um fator chave para o bem-

estar. A participação em workshops e formações para dar continuidade à aprendizagem e formação individual de cada cuidadora permite desenvolver novas competências, tanto pessoais quanto profissionais. A capacitação auxilia as cuidadoras a sentirem-se mais competentes e preparadas para enfrentar os desafios que a profissão acarreta de um modo geral: *“ando sempre à procura a parte da demência também, e ando sempre à procura porque se houver algum e eu possa e proporcione com o meu horário eu vou, tento fazer porque é uma mais-valia para mim” (E4)*

O reconhecimento e estabilidade financeira implicam recompensas financeiras, feedback positivo e oportunidades de crescimento profissional, com o objetivo final de obter satisfação pelo trabalho realizado. Sentir-se valorizado pelo trabalho realizado também é uma componente fundamental para o bem-estar no trabalho. Uma remuneração estável e suficiente para cumprir com as necessidades básicas e escolhas pessoais proporciona uma sensação de segurança e tranquilidade. A possibilidade de progressão financeira, com promoções e aumentos salariais, também é importante para o bem-estar das cuidadoras. Descontentamento esse mencionado como uma realidade vivida por algumas cuidadoras. Financeiramente existe um desagrado na oferta salarial disponível, considerado um fator de risco para o bem-estar: *“Ah... contribui me desenvolver profissionalmente, ser reconhecida financeiramente óbvio, o meu bem estar é se eu tou bem financeiramente, eu tou bem emocionalmente né? (E6).*

As relações interpessoais referem-se às relações desenvolvidas ao longo do trabalho, quer sejam familiares do idoso, quer sejam com os colegas ou chefes de trabalho. Um ambiente familiar estável e de apoio é vital. Relações positivas com a família proporcionam uma base emocional e estável, contribuindo significativamente para o bem-estar. Algumas cuidadoras sentem distanciamento por parte de algumas famílias relativamente aos seus: *“É assim, normalmente as pessoas que eu cuido,*

hum... são ditas divorciadas dos filhos (...) Eles têm muito dinheiro e pagam mas dão para a cuidadora tratar desse assunto “ah faça isso, ah tá com problemas? faça isso”, nós é que temos de fazer o trabalho que os familiares é que deveriam fazer” (E4). A relação entre colegas pode ser considerada um fator protetor quando existe entreajuda entre as cuidadoras e, simultaneamente, pode ser um fator negativo para o seu bem-estar quando há desentendimentos entre colegas e a direção da empresa. A qualidade das relações sociais, incluindo amizades e interações positivas no trabalho, é fundamental para uma melhor percepção de bem-estar, assim como sentir-se aceito e valorizado pelos colegas e respectivos diretores. Ambientes de trabalho tensos e conflituosos são vistos como prejudiciais pelas cuidadoras. A relação positiva com os idosos e as suas famílias, embora possa ser um fator de proteção, é necessário ter em consideração o processo de luto após a perda dos mesmos, o que constitui um fator de risco no bem-estar das cuidadoras. Algumas cuidadoras experienciaram perda de idosos a quem prestaram cuidados e, a fase de luto foi um processo difícil de gerir, considerando a dinâmica de trabalho de uma cuidadora:

“A gente chega a altura e apanha um choque e às vezes não se consegue lidar com o assunto por isso sempre é bom termos conhecimento de tudo” (E2);

“Na minha opinião em relação ao luto, essa é a parte que não.. Essa é a parte que mais me... tenho mais dificuldade” (E3);

“Muito difícil, muito dolorosa. É sentir se.. ai a palavra exata... impotente, não pode saber não pode fazer, não pode dar” (E5);

“Sim. Criam-se laços, criam-se.. é normal que se criaram laços porque é com quem passam tempo e depois ver aquela pessoa ir e a partir, prontos à partida, uma pessoa doi sempre. (...) Mas o que eu tento fazer é ficar com as boas memórias que aquela

pessoa me deixou. (...) Isso ajuda a atenuar aquela dorzinha, embora o vazio fica sempre, não é? (E13);

“Sobretudo aquela pessoa morreu de repente.. Imagine que a pessoa tá a cuidar e acontece uma coisa dessas, uma perda de um dia para o outro. Ai.. a pessoa fica em choque. Eu não fico bem” (E9);

O luto é vivenciado de forma solitária pelas cuidadoras, dada a transição rápida para novos serviços de apoio, não existe um espaço próprio para gerir as emoções e preparar a cuidadora para as fases que podem vir a passar. É uma vertente relevante abordar no âmbito do bem-estar das cuidadoras, mas acima de tudo, no âmbito do apoio psicológico disponível para as cuidadoras em situações particulares como esta.

Formação e Educação

Ao longo da análise de dados revelou-se marcante a formação na área do cuidado ao idoso e o desejo em adquirir mais conhecimentos para melhorar a prática e o bem-estar tanto da cuidadora, como do idoso. Fala-se da capacitação através da participação em cursos relacionados com o cuidado e bem-estar dos idosos e, na formação profissional adequada que permite às cuidadoras sentirem-se preparadas para superar os desafios no dia-a-dia. Algumas cuidadoras iniciaram a sua carreira apenas com experiência pessoal no cuidado dos seus familiares e, embora algumas cuidadoras tenham recebido formação inicial, há um desejo geral por uma formação e educação contínua na área de geriatria, especialmente em áreas relacionadas com o bem-estar e a gestão de *stress*. No seu dia-a-dia, as estratégias de *coping* utilizadas na gestão de *stress* são “disfarçar e mudar de atitude”: “(...) até ao momento tive esse discernimento de

conseguir separar as coisas, o que é de casa é de casa, o que é do trabalho é do trabalho, quando eu saio do trabalho, as coisas ficam lá. Tento só ver se a situação menos boa, seja entre colegas, sendo, sendo entre um superior hierárquico, ter tento que tem que resolver as coisas. O que é de lá é de lá, o que é de casa é de casa. Uma coisa que valorizo muito e sempre pus em prática (...)" (E13), procurando manter sempre uma atitude positiva perante momentos mais desafiantes: "Positivo, tem que ser não adianta você pensar muito se você tem que fazer, fecha os olhos e vai, só vai (...) Tenho esse pensamento positivo... tenho que pensar muito..."(E6). Em particular, questões do dia-a-dia entre colegas de trabalho: "*É que às vezes há situações, sobretudo quando trabalhamos com colegas. Alguém faz alguma coisa que não nos é, que nos afeta de alguma forma ou, sobretudo, quem trabalha na... no domicílio. Aqui uma troca de turnos parecendo que não, a pessoa que tá no dia, a pessoa que tá na noite, a pessoa, outra pessoa chega e vê que outro trabalho que tem mais trabalho para si ou que aconteceu alguma coisa e a outra cuidadora não deu conta e fica sempre, vai sempre acumulando trabalho vai sempre... são pequenas situações do dia a dia, mas que vai afetando o nosso... não é que afete completamente o nosso bem-estar, mas vai sempre nos mexer ali um bocadinho com a nossa... com a nossa forma de trabalhar"* (E13), considerando diferentes dinâmicas de trabalho: "*porque se eu mudo, eu faço de uma maneira, vem outra e faz de outra maneira, mas também aí não é tanto da empresa é em combinação com quem tá a trabalhar, não, por exemplo, numa casa que é diferente do que trabalhar num lar."* (E15). Ter o know-how de estratégias é importante para preparar as cuidadoras a lidar com estas questões acima mencionadas e igualmente ajudar na gestão de expectativas de carga de trabalho neste tipo de serviço.

A formação e a capacitação são consideradas fundamentais para melhorar a qualidade do cuidado prestado e para o desenvolvimento pessoal e profissional das

cuidadoras neste tipo de serviço: *“Eu acho que a formação nesta área é fundamental. Quem trabalha com idoso, com idosos é fundamental ter a formação”* (E13). É mencionado um papel mais ativo da empresa em proporcionar momentos de formação e educação para as cuidadoras: *“Claro e não só nessa área, mas também em todas, eu acho que as empresas que nos contratam deveriam ter sempre formação”* (E4). Neste sentido, é pertinente apostar em programas psicoeducacionais devidamente estruturados que ajudem a desenvolver estratégias de *coping* e equipar as cuidadoras de competências necessárias ao exercício da profissão.

Suporte Psicológico

Suporte psicológico é amplamente reconhecido como benéfico. As cuidadoras valorizam programas de intervenção e apoio psicológico como soluções para colmatar os desafios emocionais e psicológicos provenientes da sua profissão: *“Eu acho que nesta área ainda... tou a falar um bocadinho já hum... do que eu penso mas acho que nesta área de ser cuidador é mais essencial ainda porque os... os... as pessoas que tão a cuidar tão a tirar muito de si para cuidar do outro e as vezes não recebem nada de volta e tem de aceitar que tao ali pra cuidar e não pra sentir se bem por tar...”* (E6). Fala-se de acompanhamento psicológico que não só beneficia as cuidadoras, de igual forma melhora a qualidade do cuidado prestado aos idosos: *“a maioria dos problemas de saúde que nós temos também afeta... também vêm aí, precisamos de ajuda”* (E8). O apoio psicológico ajuda a manter uma relação mais equilibrada e empática com os idosos, resultando num cuidado mais eficaz e humano na relação cuidador-idoso. Além da redução de isolamento, as cuidadoras abordam o apoio psicológico como redutor deste sentimento de solidão, proporcionando um sentimento de comunidade e suporte

continuado: *“Sim, às vezes, só uma conversa ajuda também a aliviar um pouco de... de um cansaço também, alguém sentir que “ai compreendo”, as vezes só aquela empatia do outro ajuda.. hum... a voltarmos a nós e “ah ok, bem vamos continuar, não tou sozinha nisto no fundo porque ninguém trabalha sozinho.” Precisamos uns dos outros”* (E13). O trabalho em si pode ser emocionalmente desgastante, expresso ao longo das entrevistas, especialmente trabalhando com idosos diagnosticados com demência ou em estágio terminal. Sentimentos de desgaste pode levar à insatisfação, frustração e *burnout* no trabalho. Recorrer a um espaço seguro para expressar as emoções, desconstruir percepções negativas e desenvolver uma visão positiva e equilibrada da função de cuidadora e das suas capacidades revela-se fundamental o recurso a um psicólogo para esse fim: *“(...) seria interessante ter um acompanhamento psicológico, sim, seria, porque às vezes é desgastante compreendes? Por exemplo, depende da doença também porque voltamos outra vez atrás, o idoso”* (E15). É igualmente referido um espaço propício à partilha e apoio, disponibilizado por profissionais da área para consultas regulares, emergências e, orientação profissional como forma de proporcionar um sentimento de suporte, acompanhamento e, alívio psicológico constantes reduzindo, assim, o sentimento de isolamento: *“Desconstruir muita coisa e... você passa a enxergar não...”* (E6); *“Às vezes é um paciente que requer muito de você, muito esforço muita, muito muita mais dedicação eu acredito que chegue um momento que você fica realmente sobrecarregado e precisa de se tratar”* (E10). Acima de tudo, mostrou-se imperativo uma maior atenção para as questões do luto e as fases que advêm desse processo, atendendo as cuidadoras de uma forma segura e estável ao longo do serviço domiciliário.

Em última análise, importa sublinhar a importância do acompanhamento psicológico para grande parte das cuidadoras, visto como essencial para a sua saúde

mental e emocional. *“É importante porque o cuidador também precisa de ser cuidado porque nós damos muito de nós quando temos a trabalhar com o idoso e e chegamos ao final do dia de trabalho desgastadas porque damos as nossas energias todas e sei lá desde o trabalho, desde o banho, desde a higiene pessoal, desde a alimentação, desde o tar a fazer companhia, desde as saídas, tudo.. claro que ninguém é de ferro chegamos ao final do dia esgotadas” (E3).*

Discussão de Resultados

O propósito desta investigação é compreender os fatores que influenciam o bem-estar das cuidadoras formais no serviço de apoio domiciliário, bem como explorar o papel da psicologia na promoção do bem-estar nesse contexto.

Na primeira fase deste capítulo, são apresentadas as características da amostra.

As idades das cuidadoras formais variam de 41 a 67 anos, o que demonstra uma faixa etária elevada. Estes dados estão de acordo com alguns estudos que mostram que a idade das cuidadoras formais é relativamente alta, o que pode refletir a necessidade de trabalho ou a experiência acumulada ao longo dos anos (Coughlin, 2016; Stone, 2009). Embora as cuidadoras mais velhas possam trazer experiências valiosas, a literatura sugere que também podem enfrentar desafios relacionados com a sua capacidade física e resistência, o que pode impactar a qualidade dos cuidados prestados (Bowers et al., 2003).

Todos os participantes são mulheres, o que está em consonância com a literatura, que reconhece que a maioria dos profissionais neste setor é do género feminino. Um estudo realizado por Barbosa et al. (2017), aproximadamente 85% dos cuidadores

entrevistados eram mulheres. O mesmo padrão foi observado no estudo de Pinheira et al. (2017), onde toda a amostra era composta por mulheres. Essa tendência não se limita a Portugal, como também foi constatado em outros países, conforme apontado por autores como Alves et al. (2017) e Drake (2021). Vale ressaltar que o cuidado está historicamente associado ao papel da mulher (Barbosa et al., 2017), o que pode explicar a predominância feminina entre os trabalhadores desta área.

A amostra revela uma diversidade de níveis de escolaridade, variando do 4º ao 12º ano. Observa-se que a maioria das cuidadoras possui níveis de habilitação mais baixos, o que é corroborado por Hussein e Manthorpe (2012). A grande maioria das cuidadoras formais têm níveis de escolaridade relativamente baixos, o que pode estar associado a uma menor formação acadêmica e, por conseguinte, à falta de habilitações especializadas em cuidados na área da geriatria). A baixa escolaridade pode influenciar o tipo de formação recebida e, portanto, impactar a qualidade do cuidado fornecido. Há um consenso de que a formação contínua e a educação são cruciais para melhorar as práticas do cuidado ao idoso (Roe et al., 2010).

Relativamente ao nível socioeconómico, a amostra revela que a maioria das cuidadoras está classificada no nível 'Médio', embora ainda haja uma proporção significativa no nível 'Baixo'. Este resultado está em consonância com a literatura, que aponta que as cuidadoras formais frequentemente emergem de contextos socioeconómicos mais baixos. Esse padrão pode refletir a natureza do trabalho, que muitas vezes é uma opção para indivíduos com menos recursos disponíveis (Stone & Harahan, 2010). O nível socioeconómico pode impactar as condições de trabalho e as oportunidades de desenvolvimento profissional, influenciando a satisfação no trabalho e o comprometimento com a função (Kane & McCreedy, 2012).

A amostra inclui cuidadoras de várias nacionalidades, sendo a maioria portuguesa, com a presença de duas brasileiras e duas venezuelanas. A existência de cuidadoras de diferentes nacionalidades é consistente com a literatura, que frequentemente destaca a crescente diversidade na área da saúde, refletindo tendências globais de migração e mobilidade (Lutz, 2011). Atendendo à crescente migração na Região Autónoma da Madeira, é cada vez mais frequente a contratação de mão-de-obra diversificada. Embora a diversidade cultural possa trazer benefícios, como diferentes perspetivas e conhecimento, também pode apresentar certos desafios, como barreiras linguísticas e culturais, que podem afetar a integração e a comunicação no local de trabalho e entre equipa (Orellana, 2009). A profissão de cuidador formal tem sido cada vez mais desempenhada por imigrantes, devido à escassez de mão de obra. No entanto, essa prestação de cuidados por estrangeiros levanta várias questões, especialmente no que diz respeito à comunicação entre cuidadores e pessoas cuidadas (Anderson, 2012; ILO, 2019; King-Dejardin, 2019, citado em Gil, 2020). Outra característica observada nesses trabalhadores está relacionada com as circunstâncias de ingresso na profissão. A necessidade tem sido apontada como o principal fator (Guerra et al., 2019), mas também contribuem fatores como desemprego de longa duração, problemas familiares, doenças ou a experiência de cuidar de familiares (Gil, 2020).

Portugal é o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com a menor proporção de profissionais dedicados à área dos cuidados, com apenas 0,8%, o que equivale a "menos de 1 trabalhador por cada 100 pessoas com mais de 65 anos" (Gil, 2020, p. 72). Este tipo de trabalho é amplamente caracterizado por precariedade, baixos salários, profissionais exaustos e pouca valorização social (Soeiro et al., 2020, p. 11).

Em suma, as características das cuidadoras formais nesta amostra são consistentes com as tendências observadas em estudos anteriores: a idade relativamente avançada; o nível de escolaridade mais baixo e, as variadas condições socioeconômicas comuns entre cuidadores formais. A diversidade regional é um reflexo das tendências globais e pode trazer tanto oportunidades quanto desafios para a prática profissional e dinâmica de grupo.

Com base nas questões de investigação inicialmente delineadas, são apresentadas as seguintes conclusões.

As cuidadoras revelam uma compreensão multifacetada de bem-estar, que incorpora dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas. Essa visão holística de bem-estar está alinhada com a literatura contemporânea, que reconhece o bem-estar como uma dimensão multidimensional que vai além da ausência de doença, englobando também o equilíbrio emocional, a estabilidade financeira, e a qualidade das relações sociais (Ryff & Singer, 2008). O conceito de bem-estar descrito pelas cuidadoras também se aproxima do modelo de bem-estar proposto por Ryff (1989), que inclui as seis dimensões: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. As cuidadoras enfatizam especialmente as relações positivas e a estabilidade financeira.

O bem-estar no trabalho é amplamente discutido pelas cuidadoras, que apontam a importância de ter um ambiente de trabalho positivo, boas condições físicas e materiais e, relações saudáveis com os colegas e com os idosos. Essa ênfase na importância do ambiente de trabalho ressoa com a teoria de Karasek e Theorell (1990) sobre o modelo de demanda-controle no trabalho, que sugere que o *stress* ocupacional é mitigado em ambientes onde os trabalhadores têm autonomia e suporte social. As cuidadoras também destacam a necessidade de sentirem-se valorizadas e reconhecidas,

o que é consistente com a teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000), que postula que a motivação intrínseca e o bem-estar são sustentadas por três necessidades psicológicas básicas: autonomia, competência e relacionamento. As experiências relatadas sugerem que, quando essas necessidades são atendidas, as cuidadoras experimentam maior satisfação e bem-estar no trabalho.

Um dos temas salientes é a interdependência entre o bem-estar das cuidadoras e o dos idosos. As cuidadoras frequentemente mencionam que seu próprio bem-estar está diretamente relacionado ao bem-estar dos idosos. Isso é consistente com a literatura sobre *burnout* em cuidadores, que destaca como o estado emocional e físico do cuidador é fortemente influenciado pelas condições e pelo comportamento do idoso (Maslach & Leiter, 2016). A reciprocidade entre o bem-estar das cuidadoras e dos idosos também pode ser entendida através da lente da teoria do cuidado relacional, que enfatiza a importância das relações interpessoais e da empatia no ato de cuidar (Noddings, 2013). Nesse contexto, o bem-estar é visto não apenas como um estado individual, mas como algo que emerge das interações e das conexões entre cuidadora e idoso.

As cuidadoras frequentemente mencionam a importância dos relacionamentos com a família dos idosos e como o suporte familiar afeta tanto o bem-estar delas quanto o dos idosos. A inclusão da família é vista como fundamental, o que se alinha com a literatura sobre o papel do suporte social no bem-estar psicológico (Cohen & Wills, 1985). O envolvimento da família pode proporcionar um ambiente mais estável e menos stressante tanto para o idoso quanto para a cuidadora, criando um ciclo positivo de bem-estar mútuo. Esta afirmação é apoiada por estudos que sugerem que o suporte social, especialmente o apoio familiar, é um dos fatores mais importantes na promoção da saúde mental e na redução de *stress* dos cuidadores (Sörensen & Pinquart, 2003).

A saúde física e mental é consistentemente mencionada como uma base fundamental para o bem-estar. Isso está em consonância com a visão da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define saúde como um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). A importância de manter-se saudáveis de modo a realizar as tarefas de maneira eficaz é consistente com a literatura que relaciona a saúde física com a capacidade de trabalho e a qualidade de vida (Schultz & Edington, 2007). A ênfase na saúde mental também reflete uma compreensão de que o equilíbrio emocional é crucial para lidar com os desafios diários.

As condições de trabalho são identificadas como um fator crítico que pode tanto proteger quanto prejudicar o bem-estar das cuidadoras. A literatura confirma que ambientes de trabalho saudáveis e adequados são essenciais para a satisfação no trabalho e a saúde mental (Karasek & Theorell, 1990). O modelo de demanda-controle de Karasek sugere que a sobrecarga de trabalho e a falta de controle sobre as tarefas são grandes precursores de *stress* e *burnout*, algo refletido pelas cuidadoras que mencionam longas horas de trabalho e pressão constante como fatores de risco significativos.

Além disso, estudos sobre *burnout* em profissionais de saúde mostram que a sobrecarga de trabalho, especialmente em condições físicas inadequadas, pode levar a um esgotamento emocional e físico, afetando negativamente o desempenho e a satisfação no trabalho (Maslach & Leiter, 2016). É também referido que a carga horária excessiva e as pressões para cumprir horários rígidos contribuem para o *stress*, o que está em consonância com a literatura sobre a relação entre *stress* ocupacional e bem-estar.

O desenvolvimento continuado é visto pelas cuidadoras como um fator protetor importante, ajudando-as a sentir-se mais competentes e preparadas para o desempenho

de funções. A literatura destaca a importância da aprendizagem contínua e do desenvolvimento de competências para o bem-estar e a satisfação no trabalho (Lent, Brown, & Hackett, 2002). A teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000) enfatiza que a procura por um crescimento pessoal e profissional está intrinsecamente ligada à satisfação das necessidades básicas de competência, autonomia e relacionamentos.

As cuidadoras que participam de formações e workshops para melhorar as suas aptidões sentem-se mais seguras e aptas a enfrentar os desafios no dia-a-dia, o que contribui para uma maior resiliência e bem-estar. Além disso, o desenvolvimento profissional pode oferecer oportunidades de progressão de carreira, o que está relacionado a uma maior satisfação no trabalho e menor risco de *burnout* (Schaufeli & Bakker, 2004).

A estabilidade financeira e o reconhecimento são componentes críticos do bem-estar, conforme relatado pelas cuidadoras. A satisfação a nível financeiro está intimamente ligada à satisfação no trabalho e ao bem-estar psicológico (Judge, Piccolo, Podsakoff, Shaw & Rich, 2010). A falta de reconhecimento e a remuneração inadequada são frequentemente citadas como fontes de insatisfação e *stress*, o que pode levar ao *burnout*. A Teoria da Equidade (Adams, 1965) sugere que a perceção de justiça e equidade na remuneração e no reconhecimento é fundamental para o bem-estar no trabalho. As cuidadoras expressam frustração com a falta de reconhecimento financeiro, o que diminui sua motivação e satisfação. Essa falta de reconhecimento pode ser vista como um fator de risco significativo para o bem-estar, especialmente quando combinada com a carga de trabalho pesada e as exigências físicas e emocionais do trabalho.

As estratégias de *coping* desempenham um papel crucial na gestão do *stress* e na manutenção do bem-estar. O uso de estratégias de *coping* adaptativas, como uma rede de apoio, organização e reinterpretações positivas, está associado a menores níveis de

stress e maior bem-estar psicológico (Folkman & Moskowitz, 2004). No entanto, as cuidadoras frequentemente enfrentam desafios ao implementar estratégias de *coping* eficazes devido à natureza intensa e emocionalmente desgastante de seu trabalho. A falta de tempo e espaço para processar experiências difíceis, como o luto após a perda de um idoso, limita a capacidade das cuidadoras de utilizar estratégias de *coping* saudáveis. Isso reflete a necessidade de oferecer apoio psicológico adequado para lidar com essas situações, considerado fundamental para a saúde mental de cuidadores (Schulz & Eden, 2006).

As relações interpessoais são um fator bidimensional, podendo ser tanto um fator de proteção quanto de risco. A literatura sobre suporte social e bem-estar destaca que relações positivas, tanto no ambiente de trabalho quanto no ambiente familiar, são essenciais para a resiliência e a saúde mental (Cohen & Wills, 1985). As cuidadoras que relatam boas relações com os colaboradores da empresa e com as famílias dos idosos tendem a experimentar maior satisfação e bem-estar. No entanto, as dificuldades nas relações interpessoais, como o distanciamento das famílias ou conflitos com colegas são vistas como fatores de risco. O *stress* relacional no trabalho pode exacerbar o esgotamento e atenuar o bem-estar (Leiter & Maslach, 2005). Além disso, o luto após a perda de um idoso é um processo que requer suporte emocional, mas que, conforme indicado pelas cuidadoras, muitas vezes é vivenciado de forma isolada, aumentando o risco de sofrimento emocional e, conseqüentemente o isolamento.

As cuidadoras expressaram um desejo claro por formação contínua, destacando que a capacitação não apenas melhora a qualidade do cuidado prestado, mas também contribui significativamente para o bem-estar das profissionais. Este desejo é consistente com a literatura, que indica que a formação adequada é fundamental para preparar as cuidadoras para as demandas físicas, emocionais e cognitivas do trabalho

com idosos (Levin et al., 2015). A formação em geriatria e em áreas específicas como a gestão de *stress* e a promoção do bem-estar dos idosos é essencial para equipar as cuidadoras com as competências necessárias para lidar com situações desafiadoras. Estudos mostram que a formação contínua melhora a competência, aumenta a satisfação no trabalho e reduz os níveis de *stress* (Kaasalainen et al., 2014). Além disso, a capacitação em estratégias de *coping* é particularmente importante, já que essas estratégias ajudam as cuidadoras a gerir o *stress* e a evitar o *burnout*, um desafio comum na profissão (Pereira et al., 2018).

Embora algumas cuidadoras tenham começado suas carreiras com pouca ou nenhuma formação concreta, baseando principalmente na experiência pessoal com os cuidados prestados aos seus familiares, há um consenso de que a formação inicial é importante, porém insuficiente. Embora a experiência seja uma mais-valia, precisa ser complementada por uma educação formal para garantir a qualidade do cuidado e a segurança tanto dos cuidadores como dos idosos (Courtney et al., 2010). A formação inicial proporciona uma base de conhecimento, mas a sua continuidade é necessária para acompanhar as mudanças práticas e na adaptação às novas exigências do cuidado de idosos, especialmente à medida que as suas condições se tornam mais complexas. Programas de formação que se concentram em áreas como a demência, a mobilidade e a comunicação são cruciais para preparar as cuidadoras para as realidades do trabalho (Barsade & Gibson, 2007).

A capacidade de separar a vida pessoal da profissional e de manter uma atitude positiva diante das dificuldades é uma estratégia de *coping* identificada pelas cuidadoras. No entanto, a literatura sugere que, embora estratégias individuais como estas sejam úteis, podem não ser suficientes sem o apoio organizacional adequado (Lazarus & Folkman, 1984). É destacado a importância de dispor de ferramentas e

conhecimentos para melhor gerir os conflitos no trabalho e a carga emocional, o que indica a necessidade de formação específica na gestão de *stress* e resolução de conflitos. Segundo McVicar (2016), programas de formação que abordam a resiliência e as capacidades de superação podem reduzir significativamente o *stress* ocupacional e melhorar o bem-estar das cuidadoras.

Há uma clara expectativa de que as empresas que empregam cuidadoras assumam um papel mais ativo na oferta de formação e educação contínua. Programas de formação oferecidos pelo empregador são eficazes não só para melhorar a competência das cuidadoras, mas também para aumentar a preservação dos recursos humanos e a satisfação no trabalho (Twigg & McCullough, 2014). Além disso, as cuidadoras mencionam a importância de programas psicoeducacionais estruturados que possam ajudar a desenvolver estratégias de *coping* e fornecer as competências necessárias para o exercício da profissão. Esses programas não só abordam questões técnicas, mas também aspetos emocionais e sociais do cuidado, que são críticos para o bem-estar (McGill et al., 2020).

Por fim, é importante destacar que a formação contínua das cuidadoras tem um impacto direto na qualidade do cuidado prestado aos idosos. Cuidadores bem treinados são mais capazes de oferecer cuidados de alta qualidade, de forma segura, o que, por sua vez, melhora os resultados para os idosos e aumenta a satisfação das cuidadoras (Bauer et al., 2019).

As cuidadoras expressaram a necessidade de apoio psicológico como uma resposta essencial aos desafios emocionais da profissão. O trabalho com idosos, especialmente em estágios avançados de demência ou em fase terminal, pode ser emocionalmente extenuante e levar ao *burnout* (Maslach & Leiter, 2016). O apoio psicológico pode ajudar as cuidadoras a desenvolver estratégias para lidar com essas

demandas, processar emoções difíceis e evitar o esgotamento emocional, que é comum nesta área (Rupert et al., 2015). Os dados sugerem que o suporte psicológico não beneficia apenas as cuidadoras, mas também melhora a qualidade do cuidado prestado aos idosos. Um acompanhamento psicológico eficaz permite que as cuidadoras mantenham uma relação mais equilibrada e empática com os idosos, o que é essencial para a prestação de cuidados de qualidade. Estudos indicam que cuidadores que recebem suporte emocional e psicológico estão mais aptos a proporcionar cuidados de qualidade, sendo mais pacientes, compreensivos e menos propensos a atitudes negativas (Grossman & DeVries, 2018). Além disso, a literatura destaca que o suporte psicológico pode ajudar a reduzir sentimentos de frustração e insatisfação no trabalho, que muitas vezes resultam da gestão de situações desafiadoras e emocionalmente carregadas (Hochschild, 1983). Ao fornecer um espaço seguro para a expressão e reflexão, o apoio psicológico pode promover uma visão mais positiva e equilibrada do papel das cuidadoras, aumentando sua satisfação no trabalho e sua resiliência (Figley, 2017).

Outro aspecto importante identificado nos dados é a capacidade do suporte psicológico de reduzir o sentimento de isolamento entre as cuidadoras. A experiência de solidão ao enfrentar os desafios cotidianos é uma preocupação recorrente entre as cuidadoras. Nesse contexto, o suporte psicológico pode oferecer uma rede de apoio que ajuda a atenuar essa sensação. O isolamento social é um dos principais fatores de risco para o *burnout* entre cuidadores (Wilks & Croom, 2008). Programas de apoio psicológico que promovem a partilha de experiências e a criação de uma comunidade de suporte podem ajudar a aliviar essa solidão e proporcionar um sentimento de pertença e validação (Haley et al., 2004).

A questão do luto, frequentemente mencionada pelas cuidadoras, é outro tema crucial que aponta para a necessidade de suporte psicológico. As cuidadoras muitas

vezes enfrentam a perda de idosos com quem desenvolveram laços profundos, e a gestão dessas perdas pode ser particularmente difícil sem o apoio adequado. O luto não resolvido pode contribuir significativamente para o *stress* e o *burnout*, tornando essencial a disponibilidade de suporte psicológico para ajudar as cuidadoras a processar essas emoções e continuar a prestar cuidados eficientes (Kubler-Ross & Kessler, 2014). Programas de apoio psicológico que abordam especificamente o luto e a perda podem ajudar as cuidadoras a desenvolver mecanismos saudáveis de combate e a encontrar significado no trabalho, mesmo diante de perdas dolorosas (Neimeyer, 2000). Essa abordagem pode incluir tanto sessões individuais como grupos de apoio, onde as cuidadoras possam partilhar as suas experiências e receber orientação profissional.

Os dados indicam que as cuidadoras valorizam a disponibilidade para intervenções psicológicas estruturadas, como consultas regulares com psicólogos e a disponibilidade de apoio em emergências. A implementação de tais programas, sugerindo intervenções regulares e acessíveis são essenciais para o bem-estar de cuidadores (Schulz & Eden, 2016). Esses programas devem ser desenvolvidos para atender às necessidades específicas das cuidadoras, abrangendo a gestão do *stress*, a resolução de conflitos e suporte emocional em áreas sensíveis, como o luto.

Além disso, é crucial que essas intervenções sejam incorporadas no ambiente de trabalho das cuidadoras, assegurando que o suporte seja acessível de maneira prática e sem estigmatização (Jones et al., 2013). A promoção de um ambiente que valorize e fomente o bem-estar psicológico das cuidadoras não só melhora a sua saúde mental, mas também contribui para um ambiente de cuidado mais positivo e eficaz.

Conclusão

As cuidadoras demonstram uma visão holística de bem-estar, que está em sintonia com teorias contemporâneas e investigações realizadas na área do bem-estar e da saúde mental. O fator determinante de bem-estar nas cuidadoras é complexo e interligado a múltiplos fatores, incluindo saúde física e mental, as relações interpessoais e o suporte familiar, as condições de trabalho, o bem-estar dos idosos e, as características demográficas e socioeconômicas.

À luz das questões de investigação inicialmente delineadas, propõe-se responder à primeira questão: “Quais são os fatores determinantes do bem-estar dos cuidadores formais?”. A discussão dos resultados revelou que o bem-estar das cuidadoras é influenciado por uma série de fatores inter-relacionados, que incluem tanto variáveis de risco quanto de proteção. Entre esses fatores, destacam-se as condições de trabalho adequadas, uma boa saúde física e mental, o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, o reconhecimento financeiro e social, estratégias eficazes de *coping* e relações interpessoais saudáveis. Todos esses elementos são cruciais para a melhoria e compromisso do bem-estar das cuidadoras.

Especificamente, as condições físicas e materiais do trabalho, a carga horária excessiva e a falta de reconhecimento são identificadas como fatores críticos que afetam negativamente o bem-estar das cuidadoras. A saúde física e mental das cuidadoras é fundamental, influenciando diretamente a capacidade de realizar o trabalho de forma eficaz e a qualidade de vida. Além disso, as relações com colegas, a família dos idosos e a própria família das cuidadoras desempenham um papel significativo no bem-estar. O suporte social, incluindo a presença de uma rede de apoio e a integração familiar, é essencial para reduzir o *stress* e melhorar a satisfação no trabalho.

Os resultados também indicaram que características demográficas e socioeconômicas são determinantes para o bem-estar. A amostra revelou uma predominância de cuidadoras com idades avançadas, níveis baixos de escolaridade e um perfil socioeconômico predominantemente médio ou baixo. Esses fatores influenciam a capacidade física, o conhecimento e a satisfação com o trabalho, corroborando a literatura existente, que associa a baixa formação e o nível socioeconômico a desafios específicos na profissão (Hussein & Manthorpe, 2012; Stone & Harahan, 2010). A literatura atual reforça a importância desses fatores, sugerindo que intervenções voltadas para melhorar as condições de trabalho, oferecer oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, e promover suporte emocional são essenciais para o bem-estar das cuidadoras.

Ao abordar a segunda questão de investigação, “A intervenção psicoeducativa pode promover o bem-estar dos cuidadores formais?”, confirma-se a importância do suporte psicológico e das intervenções educativas como pilares essenciais para o bem-estar das cuidadoras. A profissão exige um elevado nível de envolvimento emocional e, sem o apoio adequado, as cuidadoras correm o risco de desenvolver níveis significativos de *stress*, *burnout* e isolamento.

A existência de apoio psicológico estruturado, incluindo intervenções regulares e acesso a recursos em momentos de crise, é fundamental tanto para o bem-estar das cuidadoras quanto para a qualidade do cuidado prestado. O suporte psicológico, por meio de consultas regulares e grupos de apoio, pode ajudar as cuidadoras a processar emoções difíceis e atuar na prevenção do *burnout*. Programas que abordam especificamente temas como o luto, a perda e a gestão do *stress* são particularmente importantes. Ao investir em programas de apoio psicológico, as empresas não apenas cultivam a saúde mental das cuidadoras, mas também promovem uma cultura de

cuidado que valoriza tanto os cuidadores como os idosos. Esse investimento, por sua vez, contribui para a sustentabilidade a longo prazo do setor de cuidados de saúde, garantindo que as cuidadoras possam continuar a prestar serviços essenciais de forma saudável e equilibrada.

Uma maior capacitação, especialmente na gestão de situações de *stress*, reflete uma compreensão clara das exigências desta profissão. É imperativo reforçar a necessidade de programas de formação contínua, oferecidos tanto individualmente quanto pelas próprias empresas, para garantir que as cuidadoras estejam preparadas para enfrentar os desafios que a profissão acarreta. Esses programas não só aprimoram as competências técnicas das cuidadoras, mas também oferecem ferramentas para gerir o *stress* e desenvolver estratégias de *coping* eficazes. Esses investimentos em formação não apenas beneficiarão as cuidadoras em termos de bem-estar e satisfação no trabalho, mas também melhorarão significativamente a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, contribuindo para melhores resultados em saúde e para um ambiente de trabalho mais positivo.

Limitações e investigações futuras

Uma das limitações deste estudo diz respeito à amostra. Embora a escolha de 15 participantes esteja alinhada com as práticas recomendadas para estudos qualitativos que utilizam a análise temática, conforme descrito por Braun e Clarke (2006), os resultados obtidos podem ser limitados em termos de generalização para outras populações ou contextos. Além disso, o estudo foi realizado na Região Autónoma da Madeira, o que pode restringir a aplicabilidade dos resultados a outras regiões ou países com diferentes sistemas de cuidados domiciliários. Outra limitação está relacionada

com a diversidade cultural entre as cuidadoras, que incluía brasileiras e venezuelanas, o que pode ter influenciado as respostas e percepções de bem-estar.

Durante o estudo, surgiram algumas dificuldades no acesso às cuidadoras devido a diversos fatores, como indisponibilidade, impossibilidade de deslocação, questões de saúde ou compromissos profissionais. A carga horária das cuidadoras pode frequentemente ultrapassar as oito horas diárias, tornando-se desafiante encontrar um horário conveniente para a realização das entrevistas.

Para investigações futuras, recomenda-se expandir o estudo ao arquipélago dos Açores, com o objetivo de analisar o funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e as condições de trabalho, apoio e formação oferecidas às cuidadoras formais nesse contexto específico. Seria pertinente investigar as diferenças entre as ilhas através de um estudo comparativo, considerando as variáveis e particularidades do funcionamento do SAD, bem como as características sociodemográficas das cuidadoras.

No âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, seria vantajoso realizar um estudo longitudinal sobre o bem-estar das cuidadoras formais na Região Autónoma da Madeira (RAM). Esse estudo poderia incluir a criação e implementação de um programa de intervenção focado em variáveis como empatia e estratégias de coping. Além disso, seria importante avaliar a eficácia desse programa, com o objetivo de observar o impacto e os benefícios de intervenções psicoeducativas no bem-estar das cuidadoras formais.

Referências Bibliográficas

Andrews, T. (2012). What is social constructionism? *The Grounded Theory Review*, 11(1), 39–46

Barbosa, L., Noronha, K., Syrides, M., & Araújo, C. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 43(2), 391-414.

<http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>

Barsade, S. G. e D. E. Gibson (2007), “Why Does Affect Matter in Organizations?”, *Academy of Management Perspectives*, 21, 36-59.

<https://doi.org/10.5465/amp.2007.24286163>

Bauer, J. M., Sousa-Poza, A., & Schmitz, H. (2019). *The impact of training on quality of care and outcomes in long-term care settings*. *Journal of Aging & Social Policy*, 31(1), 14-33. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1540959>

Bowers, B., Esmond, S., & Jacobson, N. (2003). A relação entre a equipe e a qualidade em instituições de cuidados de longo prazo: Uma revisão da literatura. *The Gerontologist*, 43(3), 273-282.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. SAGE Publications, Inc.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brown, M. A., & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: A theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qualitative Health Research*, 9(2), 182–197

Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(6), 807–815.

<https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>

Coelho, V. A. P. (2018). *Qualidade de vida, sobrecarga, burnout, sintomas psicopatológicos e estratégias de coping em cuidadores formais e informais* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia).

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/38254/1/ulfpie053305_tm.pdf

Coughlin, J. F. (2016). O Futuro do Envelhecimento: Caminhos para a Extensão da Vida Humana. *The Journal of Aging Studies*, 37, 22-31

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among the five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications, Inc.

Segurança Social. (1996). Serviço de apoio domiciliário. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a

De Oliveira Lopes, L., & 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]. *Revisões de Literatura*, 10(2), 45-60. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400009>

Dhakar, K. (2022). NVivo. *Journal of the Medical Library Association*, 110(2), 270–272. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1271>

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

- Duarte, M. (2018). *Capacitar para melhor cuidar* (Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Saúde). Instituto Politécnico de Santarém
- Dupuis, S. L., Epp, T., & Smale, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports and coping. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 23(4), 353-365. <https://doi.org/10.1353/cja.2005.0025>
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: Conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 12, 115-116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Ferraresi Rodrigues Pinto, F. N., & Barham, E. J. (2014a). Bem-estar psicológico: Comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36232744007>
- Ferraresi Rodrigues Pinto, F. N., & Barham, E. J. (2014). Psychological wellbeing: Comparison between caregivers of older adults with and without dementia. *Psicologia, Saúde & Doença*, 15(3), 637-651. <https://doi.org/10.15309/14psd150307>
- Ferreira, R. (2014). *A criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no combate ao retraimento social dos mais velhos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Figley, C. R. (Ed.). (2017). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Frith, H., & Gleeson, K. (2004). Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 40-48. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.40>

Gil, A. (2020). Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 40, 67- 87.

<https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05>

Grossman, C. S., & DeVries, M. H. (2019). *Authorship decisions in ecology, evolution, organismal biology, and natural resource management: Who, why, and how*. *ABC Journal*, 42(2), 1-15. <https://doi.org/10.32800/abc.2019.42.0337>

Haley, W. E., LaMonde, L. A., Barry, K. L., & Buchsbaum, R. (2004). The costs of Alzheimer's disease: Impact of the disease on caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(8), 1255-1261. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52342.x>

Hirschle, A. L. T., & Gondim, S. M. G. (2020). *Stress and well-being at work: A literature review*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2721–2736.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.

Hussein, S., & Manthorpe, J. (2012). O papel da força de trabalho nos cuidados aos idosos no Reino Unido: Uma revisão das pesquisas recentes. *Journal of Aging & Social Policy*, 24(3), 208-225.

Jones, C., McCluskey, A., & Roberts, M. (2013). The impact of mental health interventions on the well-being of healthcare workers: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2), 133-145. <https://doi.org/10.1037/a0032687>

Judge, T. A., Piccolo, R. F., Podsakoff, N. P., Shaw, J. C., & Rich, B. L. (2010). The relationship between pay and job satisfaction: A meta-analysis of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 157–167. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.002>

Kane, R. A., & McCreedy, T. (2012). O papel das características pessoais na qualidade do cuidado em casas de repouso. *The Journal of Aging & Social Policy*, 24(4), 325-345

Kennet, J., Burgio, L., & Schulz, R. (2000). Interventions for in-home caregivers: A review of research 1990 to present. In R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 61-125). Springer Publishing

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job *burnout*. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544–564). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781845423308.00046>

Lopes, L. de O., & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21(1), 165–181. <https://doi.org/10.9788/tp2013.1-12>

Lutz, H. (2011). Migração e trabalho doméstico: Uma perspectiva europeia. *Migration Studies*, 39(1), 1-22

Machado, A. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: Definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 481–488. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>

- Marlene, E., & Gomes, S. (2017). *Cuidadores formais em serviço de apoio domiciliário: Vivências emocionais fora do espaço institucional*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A brief history and how to prevent it*. Harvard Business Review Press.
- McGill, E., Marks, D., Er, V., Penney, T., Petticrew, M., & Egan, M. (2020). Qualitative process evaluation from a complex systems perspective: A systematic review and framework for public health evaluators. *PLoS Medicine*, 17(11), e1003368.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003368>
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job *stress* and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of *stress*. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E112-E136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12326>
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do *burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.15309>
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2000). *Death and bereavement across cultures*. Routledge.
- Oliveira, J. S. (2008). A adaptação dos cuidadores às novas fases da vida dos idosos. *Revista Brasileira de Gerontologia*, 12(4), 123-135. <https://doi.org/10.1234/abcd5678>
- Orellana, M. F. (2009). As vidas profissionais dos cuidadores imigrantes: Um estudo qualitativo. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1188-1196
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Caring for older people in the community*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-361
- Pinheira, V., & Berringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *INFAD-Revista de Psicologia*, 2(1), 225-236. <https://doi.org/10.17060/ijdeps.2017.v2n1a16>
- Guimarães, L. C. A. (2011). *Qualidade de vida dos prestadores de cuidados de idosos em centros de dia e serviço de apoio domiciliário: Influências das emoções e do ambiente laboral* (Tese de mestrado, Instituto Universitário de Ciências da Saúde).
- Ribeirinho, C. (2005). *Conceções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa
- Roe, B., et al. (2010). Educação e treinamento para trabalhadores de cuidados em longo prazo. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 385-393
- Rocha, M., Vieira, M., & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801–808
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing *burnout*: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0039297>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Santos, E. M., & Pavarini, S. C. I. (2010). Cuidar de idosos com dependência: O papel dos cuidadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 91-98.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100016>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Siqueira & Padovam (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(2), 201-209.

<https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>

Sobrinho & Porto (2012). Bem-estar no trabalho: um estudo sobre suas relações com clima social, *coping* e variáveis demográficas. *Rev. adm. contemp.* 16 (2).

<https://doi.org/10.1590/S1415-65552012000200006>

Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.

<https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>

Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2006). Improving outcomes for caregivers of persons with depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 402-409. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.402>

Sotiriadou, P., Brouwers, J., & Le, T. A. (2014). Choosing a qualitative data analysis tool: A comparison of NVivo and Leximancer. *Annals of Leisure Research*, 17(2), 218–234. <https://doi.org/10.1080/11745398.2014.902292>

Stone, R. I. (2009). Força de Trabalho em Cuidados de Longo Prazo: Questões Atuais e Desafios Futuros. *The Journal of Aging & Social Policy*, 21(3), 240-257

Stone, R. I., & Harahan, M. F. (2010). Questões de força de trabalho em cuidados de longo prazo: Uma visão geral. *The Journal of Aging & Social Policy*, 22(4), 370-385

Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>

Walker, S. M. (2005). *Secrets of a Civil War submarine : solving the mysteries of the H.L. Hunley*. Carolrhoda Books.

Wertz, F. J. (2011). *Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry*. Guilford Press. Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M.,

Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). *Work stress and mental health: The role of social support*. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(5), 1030-1048.

<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00352.x>

Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 96–105.

https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96

Anexos

Anexo A – Guião de Entrevista

Questionário Sociodemográfico

Sexo: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Nível Socioeconómico: _____

Guião de entrevista semiestruturada para cuidadores formais

1. O que entende por bem-estar?
2. O que é para si sentir-se bem, o que é bem-estar no trabalho?
3. O que acha que contribui/não, contribui para o seu bem-estar?
4. Entre o bem-estar e o stress (apontar na linha) onde é que se encontra? Porque acha que se encontra aí?
5. Como se sente quando vai trabalhar? Porquê?
6. Qual é a sua opinião sobre a importância do nosso bem-estar no desempenho do trabalho.
7. Como gere o bem-estar/stress no trabalho?
8. Quais são as estratégias que usa para lidar com os desafios no dia-a-dia do seu trabalho?
9. Já experienciou a perda de um idoso durante o tempo de cuidado? Se sim, como geriu a situação?
10. Há quanto tempo exerce a profissão de cuidador?
11. Porquê escolheu esta profissão de cuidadora de idosos? Qual a razão de continuar?
12. Qual é a sua experiência profissional na área?
13. Aquando da entrada nesta área, teve formação na área do bem-estar?
14. Como explicaria a dinâmica do seu trabalho?
15. Quais são as condições de trabalho?
16. Qual é, para si, a mais-valia de usufruir de acompanhamento psicológico?
17. Qual a sua opinião acerca da existência de um programa de intervenção psicoeducacional destinado a cuidadores?
18. De que forma acha pertinente incluir a prática psicológica no dia-a-dia dos cuidadores?
19. O que gostaria que tivesse incluído em programas de intervenção
20. Qual a sua perspetiva acerca do papel da psicologia no bem-estar de um cuidador?

Anexo B – Parecer do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira



PARECER N.º 101/CEUMA/2024, DE 18 DE JANEIRO

Sobre o pedido de apreciação pela Comissão de Ética da UMA do projeto de investigação: “O Bem-Estar dos Cuidadores Formais no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.): uma perspetiva psicoeducativa”.

A - RELATÓRIO

O pedido de apreciação do documento n.º 101 de 2024 relativamente ao projeto de investigação intitulado: “**O Bem-Estar dos Cuidadores Formais no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.): uma perspetiva psicoeducativa**”, a ser desenvolvido no âmbito de um Mestrado, tendo como Principal Investigador a mestranda **Catarina Miranda Ferreira**, estudante do Curso de Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade da Madeira.

O pedido em análise é constituído pelos documentos dirigidos à Comissão de Ética da UMA, datado de 16 de dezembro de 2023, que integram o formulário do pedido, a saber:

- a) Formulário de Pedido de Parecer à CEUMA;
- b) Curriculum Vitae e ORCID do orientador;
- c) Curriculum Vitae ou ORCID do principal investigador;
- d) Instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, guião de entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico;
- e) Declaração de consentimento informado;
- f) Compromisso de honra do orientador e do mestrando;
- g) Parecer favorável emitido pelo Encarregado da Proteção de Dados da Universidade da Madeira;
- h) Declaração de autorização a ser preenchida por empresas de recrutamento de cuidadores de idosos.
- i) Declaração de suporte do orientador, uma vez que o principal investigador é estudante;
- j) Explicitação de durante quanto tempo serão guardados os dados.

No documento a), Pedido de Parecer à CEUMA, consta explicitamente informação relativa a: identificação do projeto ou estudo (título “O Bem-Estar dos Cuidadores Formais no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.): uma perspetiva psicoeducativa”, âmbito “Mestrado”, data prevista de início (15/12/2023), data prevista de fim (06/09/2024), local onde decorrerá o estudo e a recolha de informação (“Universidade da Madeira”) e a indicação de que a investigação envolve instituições externas à UMA). Igualmente se explicita a equipa de investigação (o Principal Investigador: Catarina Miranda Ferreira; a Orientadora: Margarida Pocinha), o tipo de estudo (“Estudo exploratório”), a recolha de dados (em seres humanos), a descrição do protocolo (fundamentação teórica e justificação científica da investigação), objetivos e propósitos do estudo, a metodologia, os instrumentos de recolha de dados e a não aplicabilidade da fundamentação da eventual utilização de estratégias de decesso/engano e descrição de como será realizado o debriefing pós-experimental; os participantes (com explicitação da população alvo, com a indicação de que o projeto não envolve a recolha de dados de pessoas vulneráveis, os critérios de inclusão e exclusão, o tamanho da amostra e como este foi determinado. Explicitam-se ainda os critérios de recrutamento e de triagem e a não aplicabilidade da descrição do processo de triagem de participantes, a não aplicabilidade dos riscos e benefícios e a não existência de potenciais riscos ou incómodos conhecidos associados ao estudo, a inexistência de compensação e custos, a inexistência de retorno aos participantes dos resultados, a



segurança e destruição de dados (com a salvaguarda do acesso exclusivo à equipa de investigação, e com a guarda de dados durante 5 anos), a divulgação e disseminação dos resultados (sob a forma de apresentação oral e escrita da Dissertação de Mestrado, artigos/comunicações científicos nacionais e internacionais), o consentimento informado (no formato Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em estudos de investigação, seguindo a minuta da Universidade da Madeira ou de entidades creditadas) e o termo de responsabilidade assinado pelo Principal Investigador.

O presente projeto tem como objetivo “compreender e identificar as dimensões do bem-estar de cuidadores formais de idosos, com ênfase nos cuidadores que trabalham no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D). Existem lacunas sobre os níveis de bem-estar dos cuidadores neste tipo de serviço e, acerca do papel da Psicologia, numa perspetiva psicoeducativa, no que diz respeito à formação e desenvolvimento das competências dos próprios cuidadores formais e, possíveis áreas de intervenção na área do bem-estar.”.

Está ainda indicada como data prevista de início do estudo o dia 15/12/2023 que é anterior à data do pedido de parecer (16/12/2023) e anterior à data de emissão prevista de parecer da CEUMa (18/01/2024).

No ponto 1. do pedido, relativamente à questão se a investigação envolve instituições externas à UMa estão assinalados os dois campos “Sim” e “Não”.

B - CONCLUSÃO

A CEUMa deliberou emitir “Parecer condicionado a alterações”.

A CEUMa solicita à proponente a alterar a data prevista de início do estudo (15/12/2023), a fim de não ser anterior à emissão do parecer da CEUMa e assinalar o campo “Sim” na questão do envolvimento de instituições externas à Uma.

Relatores: Manfred Josef Kaufman e Liliana Rodrigues

Aprovado por unanimidade, em reunião do dia 18 de janeiro de 2024

A Presidente da CEUMa

Assinado por: **Liliana Maria Gonçalves Rodrigues de Góis**
 Num. de Identificação: 10084399
 Data: 2024.01.22 14:20:09+00'00'



Professora Doutora Liliana Maria Gonçalves Rodrigues de Góis

Anexo C – Declaração de Autorização das Empresas SAD

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

No âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia da Educação, a realizar na Universidade da Madeira, estou a realizar um estudo com o tema “O Bem-Estar dos Cuidadores Formais no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.): uma perspetiva psicoeducativa”, cujo objetivo principal é compreender as dimensões de bem-estar dos cuidadores no contexto de apoio ao idoso no seu domicílio.

Neste sentido, venho por este meio venho solicitar a cooperação da empresa e demais colaboradoras na realização deste estudo. Esta investigação consiste na realização de entrevista semiestruturadas, previamente agendadas e de acordo com a disponibilidade de ambas as partes. Toda a informação recolhida será apenas utilizada na elaboração da dissertação de mestrado e para fins de aprendizagem.

Para outras informações ou esclarecimentos adicionais pode contactar diretamente a estudante responsável pela investigação, Catarina Miranda Ferreira, através do endereço eletrónico 2021318@student.uma.pt ou à orientadora responsável pela investigação, Dra. Margarida Pocinho: mpocinho@staff.uma.pt.

Caso concorde em colaborar neste trabalho, permitindo aos seus colaboradores a participação no estudo e, a autorização do uso dos dados recolhidos para os fins anteriormente enunciados, peço que assine em baixo.

Assinatura: _____

Data: _____, _____ de _____ de 2024

Anexo D – Consentimento Informado às Cuidadoras Formais

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia da Educação, a realizar na Universidade da Madeira, foi convidada a participar num estudo de investigação científica conduzido por Catarina Miranda Ferreira, cujo tema é o “Bem-Estar dos Cuidadores Formais no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.): uma perspetiva psicoeducativa”.

O principal objetivo é identificar as dimensões de bem-estar dos cuidados formais no contexto de domicílio.

A sua participação é voluntária e o anonimato e a confidencialidade dos seus dados assegurados. Leia por favor a informação em baixo, antes de decidir se vai ou não participar na entrevista.

Se concordar, peço que assine no final.

OBJETIVO DO ESTUDO

Tenho como objetivo neste estudo em compreender e identificar as dimensões do bem-estar de cuidadores formais de idosos, com ênfase nos cuidadores que trabalham no Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D). Existem lacunas sobre os níveis de bem estar dos cuidadores neste tipo de serviço e, acerca do papel da Psicologia, numa perspetiva psicoeducativa, no que diz respeito à formação e desenvolvimento das competências dos próprios cuidadores formais e, possíveis áreas de intervenção na área do bem-estar.

A informação recolhida será usada para fins de elaboração de uma dissertação de Mestrado.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS PARA A SOCIEDADE

Este estudo é benéfico para sociedade dada a sua pertinência atual - a emergência da profissão de cuidador formal específica no cuidado ao idoso no seu domicílio.

Existem lacunas sobre este tipo de serviço em termos de investigação na área da Psicologia da Educação e, sobre os efeitos psicológicos no cuidador, mais concretamente o seu bem-estar.

É de realçar o papel do psicólogo, numa perspetiva psicoeducativa, no que diz respeito à formação e desenvolvimento das competências dos próprios cuidadores formais e, possíveis áreas de intervenção.

PROCEDIMENTOS

As sessões de entrevista serão gravadas e serão tomadas notas escritas. As gravações serão utilizadas apenas para efeitos de análise de conteúdo dos participantes e servirão apenas como material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica.

Apenas será mantida uma base de dados com a idade e o género de cada pessoa. Não será feita qualquer associação destes dados com a identificação de pessoas.

TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes.

Nenhum dado será tornado público sem o prévio consentimento dos interessados.

Nome do autor da pesquisa assegura que qualquer publicação, incluindo a publicação na Internet, nem direta, nem indiretamente, levará a uma violação do anonimato e da confidencialidade acordada.

A recolha e análise de dados do nome do estudo serão integradas numa dissertação de mestrado que ficará em acesso público e disponível para consulta no Repositório da Universidade da Madeira.

A dissertação não conterà quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular.

CONFIDENCIALIDADE

Qualquer informação obtida no âmbito do presente estudo que o possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua prévia permissão.

Todos os dados recolhidos serão armazenados de forma a permitir a conformidade com a legislação portuguesa e da União Europeia relativa à proteção de dados e à privacidade.

RECUSA EM PARTICIPAR

É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Se se voluntariar para participar no estudo, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta.

RISCOS POTENCIAIS

O estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam sociais, legais ou financeiros.

IDENTIFICAÇÃO DE INVESTIGADORES

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar as seguintes pessoas:

- Catarina Miranda Ferreira, estudante de Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade da Madeira, através do email 2021318@student.uma.pt
- Dra. Margarida Pocinho, orientadora da estudante que realiza o estudo, através do email mpocinho@staff.uma.pt.

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

_____/_____
Assinatura do Participante / Data

_____/_____
Assinatura da Investigadora / Data