

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Resiliência, *coping* e autocompaixão em cuidadores formais da Rede  
Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PRISCILA ALEXANDRA DA SILVA RIBEIRO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



Resiliência,  *coping*  e autocompaixão em cuidadores formais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PRISCILA ALEXANDRA DA SILVA RIBEIRO

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Vaz Pires Marques

Coimbra, junho de 2014

## **Agradecimentos**

No decorrer desta investigação, foram diversas as pessoas que contribuíram para que esta etapa fosse cumprida e sem elas a sua conclusão teria sido impossível. Dedico este trabalho a todas as pessoas que trilharam este caminho ao meu lado.

À minha orientadora, Professora Doutora Mariana Marques pela motivação que me deu, pela sua disponibilidade, pela colaboração que me foi dando e por toda a sua ajuda ao longo deste ano.

Aos meus queridos pais e irmão, agradeço toda a paciência, carinho, amor e a força que sempre me deram, para que eu nunca desistisse deste sonho. Obrigado por estarem sempre a meu lado.

Ao meu namorado, Diogo, principalmente pela paciência, pela ajuda, pelo amor e pela motivação.

Às Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Leiria pela disponibilidade da minha concretização desta investigação.

A todos, um muito obrigado!

## **Resumo**

**Introdução:** Na literatura internacional e nacional verifica-se a inexistência de estudos sobre os correlatos psicológicos de cuidadores formais, como a resiliência e o *coping*. Apesar de se reconhecer a importância de uma prestação de cuidados mais compassivos e humanizados, mais uma vez, não existem estudos nesta área. Este facto estende-se aos cuidadores formais que trabalham com pessoas em situação de dependência, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assim, foram nossos objetivos: caracterizar os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados (UCC) da RNCCI em variáveis sociodemográficas e profissionais; analisar os seus níveis de resiliência, *coping* e autocompaixão; verificar se existem associações significativas entre estas variáveis e com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

**Metodologia:** 78 cuidadores formais (sexo feminino,  $n = 76$ ; 97,4%), com uma média de idades de 35,45 anos ( $DP = 9,0$ ) forneceram o seu consentimento informado para preencherem um questionário sociodemográfico e profissional, a Escala de Avaliação Global da Resiliência, o *Brief COPE* e a *Self Compassion Scale* (SELFCS).

**Resultados:** Os cuidadores revelaram um nível médio de resiliência (total). A dimensão de *coping* com média mais elevada foi o *Coping* ativo e a com média mais baixa foi o Uso de substâncias. Na SELFCS a dimensão com média mais elevada foi o *Calor/compreensão* e a com média mais baixa foi o *Isolamento*. No geral, a pontuação total de resiliência correlacionou-se de forma positiva com as dimensões positivas da autocompaixão (SELFCS) e de forma negativa com as dimensões negativas desta escala. As dimensões mais positivas de *coping* correlacionaram-se de forma positiva com as dimensões positivas de autocompaixão e as mais negativas de *coping* com as dimensões negativas de autocompaixão. Quanto maior a idade dos cuidadores menor o nível de Suporte Emocional e maior o nível de Religião e *Mindfulness*. Mais horas de trabalho associaram-se a menor resiliência e a maior nível de Suporte Emocional

**Discussão:** Este estudo revelou, ainda que numa amostra reduzida, que os cuidadores formais das UCC parecem revelar níveis equilibrados em correlatos psicológicos importantes quando se “cuida” de outra pessoa. Porém, as UCC devem preocupar-se em fomentar, junto dos cuidadores, níveis mais elevados de resiliência, estratégias mais positivas de *coping* e a compaixão auto e hétero dirigida, para assegurar um “cuidar” mais pleno quer para os profissionais, quer para aqueles que são cuidados.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Continuados, *coping*, resiliência, autocompaixão, cuidadores formais

## **Abstract**

**Introduction:** In the international and national literature, we verified the inexistence of studies about psychological correlates of formal caregivers, such as resilience and coping. Although the importance of more humanized and compassionate care is recognized, again, there are no studies in this area. This is also verified regarding formal caregivers that work with people in a dependence situation, as in the National Network of Continuous Care. Our aims were to characterize the formal caregivers from some units of the National Network of Continuous Care in sociodemographic and professional variables; analyze these professionals levels of resilience, coping and self-compassion; verify if there are significant associations between these variables and with the sociodemographic and professional variables.

**Methodology:** 78 formal caregivers (female,  $n = 76$ ; 97,4%), with an mean age of 35,45 years ( $SD = 9,0$ ) provided their informed consent to fill in a professional and sociodemographic questionnaire, the Global Resiliency Evaluation Scale, the Brief COPE and the Self Compassion Scale (SELFCS).

**Results:** The caregivers showed a medium level of resilience. The coping dimension with the highest mean was Active coping and the dimension with the lowest mean was Substance Use. Regarding SELFCS the dimension with the highest mean was Warmth, contrasting with Isolation, the dimension with the lowest mean. Overall, the total score of resilience was positively correlated with self-compassion positive dimensions (SELFCS) and negatively correlated with the negative dimensions of this scale. The most positive dimensions of coping were positively correlated with the positive dimensions of self-compassion and the most negative dimensions of coping were correlated with the negative dimensions of self-compassion. Older caregivers showed lower use of Emotional support and higher level of Religion and Mindfulness use. More daily hours of work were associated with less resilience and higher Emotional Support.

**Discussion:** This study revealed, although in a small sample, that Continuous Care Units (CCU) formal caregivers seem to have balanced levels of psychological correlates that are important while caring for others. However, the CCU should promote, in the caregivers higher levels of resilience, coping and self-compassion, to ensure a better care, simultaneously the professionals and patients.

Keywords: National Network of Continuous Care, coping, resilience, self-pity, formal caregivers

## 1.Introdução

### A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Segundo o Decreto – Lei nº 101/2006, de 06 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social (Anexo 1), criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que segue um modelo de nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social (aquele que se encontra entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar) (Louro, 2009).

A RNCCI constitui-se por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social e de cuidados e ações paliativas. Teve início nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais (Louro, 2009).

Os Cuidados Continuados Integrados são, então “um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que decorre da avaliação conjunta, centrada na recuperação global compreendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência,<sup>1</sup> através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar” (Louro, 2009, p.49).

O objetivo geral da RNCCI, de acordo com o artigo 4º daquele decreto é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência<sup>1</sup>. Os seus objetivos específicos são: a. A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b. A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os apoios terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c. O apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; d. A melhoria contínua na qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e. O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f. A articulação e coordenação em rede dos cuidados continuados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; g. A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela

---

<sup>1</sup> Dependência é entendida como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, sozinha, realizar as atividades da vida diária” (Louro, 2009, p. 49).

progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos” (Louro, 2009, p. 44 e 45).

À pessoa em situação de dependência a RNCCI deve assim, garantir um conjunto de direitos (artigo 7º): “a. *dignidade*; b. *preservação da identidade*; c. *privacidade*; d. *informação*; e. *não discriminação*; f. *integridade física e moral*; g. *exercício da cidadania*; h. *consentimento informado das intervenções efetuadas*” (Louro, 2009, p.46).

A RNCCI é composta por várias unidades de internamento: Unidades de Convalescença (recebem doentes dependentes por perda temporária da autonomia); Unidades de Média Duração e Reabilitação (recebem doentes com doença de base aguda ou crónica em processo de reabilitação); Unidades de Longa Duração e Manutenção (recebem doentes dependentes com doença crónica e sem requisitos para serem apoiados ao domicílio); e Unidades de Cuidados Paliativos (recebem doentes com doença terminal e sem requisitos para terem auxílio no domicílio) (Louro, 2009).

A RNCCI está criada dentro dos padrões que visam responder às diferentes necessidades e exigências que se apoderam do doente dependente e da família. Todavia, por si só, nesta Rede não se modifica o paradigma da contribuição de cuidados, paradigma esse centralizado na doença e no tratamento segundo o modelo biomédico que continua a reger o nosso sistema de saúde (Louro, 2009).

Segundo documento formal, os utentes dependentes são internados nas diversas unidades maioritariamente devido a doença crónica, cuidados pós- cirúrgicos, cuidados pós-traumáticos, doença cardiovascular e deterioração cognitiva. Ainda assim, cada unidade tem um motivo de referenciação diferente. Nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) este passa pelo ensino ao utente/ cuidador informal; nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Unidades de Convalescença (UC) e Unidades de Média Duração e Reabilitação este diz respeito à reabilitação, enquanto que nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) o motivo de referenciação é a gestão regime terapêutico. Importa referir que, independentemente do tipo de internamento, a dependência nas atividades de vida diária, é o principal motivo de internamento na RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010).

Os utentes internados na RNCCI tendem a ter idade superior a 65 anos (85,4%, em 2011), verificando-se que esta é uma percentagem elevada de população envelhecida, com maior probabilidade de doenças crónicas e de incapacidade, o que pode refletir-se na

capacidade de recuperação e no tempo de permanência na RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010).

### **Os profissionais/cuidadores formais da RNCCI**

São muitos os profissionais (eg., médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de ação geral, auxiliares de ação médica...) que integram a RNCCI (Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social, 2012).

Alguns apresentam maior contacto com os utentes, outros menos, mas todos são vistos como cuidadores. Considera-se cuidador todo aquele que executa o exercício de cuidar, ou seja, efetua atividades voltadas para o cuidado pessoal de outrem que ostenta algum grau de dependência (Bidarra, 2009). Denomina-se ainda como cuidador todo aquele que providencia as necessidades emocionais e físicas de outrem (Bidarra, 2009).

Os cuidadores podem ser classificados de acordo com os seus papéis executados ou função realizada: *formais* - cuidam de outra pessoa, mas são remunerados pelas funções que executam (Bidarra, 2009) e *informais* – amigos ou familiares que adotam o papel de “cuidar”, sem formação específica e sem vencimento (Bidarra, 2009).

Como verificamos anteriormente, uma grande percentagem dos utentes da RNCCI são idosos e, nas últimas décadas, tem-se verificado uma maior tendência no sentido de melhorar a combinação entre cuidados familiares e cuidados não familiares concedidos a pessoas idosas. Portugal é um dos países em que impera um “familiarismo implícito” no cuidado ao idoso, existindo pouca oferta de serviços sociais e prevalecendo um sistema de licenças para prestar cuidados (São José, 2012). Embora os cuidadores informais/familiares prevaleçam, os cuidadores formais (não familiares) também se empenham na prestação de cuidados (São José, 2012). Aliás, os cuidadores formais assumem um papel fundamental para que as famílias/cuidadores informais não corram perigo de exaustão. De facto, os estudos mostram que as famílias que cuidam tendem a deixar a sua vida um pouco para trás, não tendo estilos de vida saudáveis (Lubkin e Larsen, 2006, cit in. Almeida, 2013).

### ***Coping*, resiliência, e compaixão nos cuidadores formais**

Ao cuidador é exigido que saiba lidar com o “cuidar” de uma forma integral, isto é, abordando a pessoa em todas as suas dimensões. Todavia, é essencial conseguir equilibrar a razão e a emoção, desenvolver habilidades e atitudes relacionais e, também, competências interpessoais (Esperdigão, 2000, cit. in Bidarra, 2009). O cuidador sofre profundas mudanças originadas pelos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o processo de “cuidar” e é alguém

que experiencia, com assiduidade, experiências de dor e de doença (Esperdigão, 2000, cit. in Bidarra, 2009).

É assim que, muitas vezes, os cuidadores formais vivenciam *stress*. Segundo Lazarus e Folkman (1984, cit. in. Keil, 2004) o *stress* surge quando a relação entre a pessoa e o ambiente é avaliada pela pessoa como excedendo os seus recursos e como sendo uma ameaça para o bem-estar. É, assim, importante considerar as estratégias que os cuidadores (como todas as pessoas, no geral) utilizam para lidar com o *stress* (estratégias de *coping*). O *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais feitos pelas pessoas enfrentarem as situações indutoras de *stress* (Folkman e Lazarus, 1985) ou “às estratégias que um indivíduo usa para lidar com situações ameaçadoras e desafiadoras com que se vai deparando e para as quais não tem respostas de rotina preparadas” (Serra, 1988, p. 301). As modalidades do *coping* podem variar com o meio, as questões culturais e históricas, e com a percepção de maior ou menor gravidade dos acontecimentos da vida (Mackay e Pakenham, 2011). De uma forma geral, as estratégias de *coping* dividem-se em dois grandes grupos: *coping* focado no problema (lidar com o problema que está a causar sofrimento) (e.g. planejar; *coping* ativo...) e *coping* focado nas emoções (enfrentamento focalizado na/s emoção/ões) (e.g. uso de substâncias; negação...) (Lazarus e Folkman, 1984, cit in. Keil, 2004). As estratégias de *coping* centrado na emoção podem ainda ser classificadas como fuga ou como abordagem emocional (e.g., aceitação).

Portanto, atendendo ao acima referido, quando se analisa a vivência de *stress* e as estratégias de *coping* em cuidadores têm de se ter em conta que o ajustamento ao papel de “cuidar de” e à própria doença é determinado pela avaliação cognitiva feita pelo sujeito acerca da situação e pelas estratégias e recursos de *coping* do cuidador (DeLongis e O'Brien, 1990; Pakenham, 2001).

A pesquisa sobre estudos na área do *coping* em cuidadores formais de pessoas com dependência, revelou que os estudos existentes são escassos e não abarcam estes cuidadores, mas sim os informais e que, para além disso, focam particularmente os cuidadores de pessoas com deficiência/doença mental. No geral, parece existir uma associação entre o *coping* de evitamento/fuga e um pior ajustamento ao papel de cuidador e o *coping* focado na resolução de problemas parece associado a uma maior satisfação com a vida (Chadda, Singh e Ganguly, 2007; Goosens, van Wijngaarden, Knoppert-Van-Der-Klein e Van Achteberg, 2008; Mackay e Pakenham, 2011). No estudo de Martins (2012), com cuidadores formais de pessoas com deficiência mental (também estas com algum grau de dependência, portanto), as estratégias de *coping* mais negativas (nomeadamente as focadas nas emoções, e.g. autodistração, uso de

substâncias) revelaram-se associadas a níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos, nomeadamente sintomas depressivos.

Ao lidar-se com pessoas dependentes é também importante ser-se resiliente. A palavra “resiliência”, tendo em conta a sua origem etimológica, exprime a ideia, presente na física, de um regresso ao que se era. A palavra surge do latim *resilio*, *resilire*, *resilio*, de acordo com dois dicionários latim-português (Faria, 1967; Saraiva, 2000, cit. in Brandão, Mahfoud, Gianordoli-Nascimento, 2011), deriva de *re* (prefixo que indica retrocesso) e de *salio* (saltar, pular), ou seja, saltar para trás, voltar saltando (Brandão et al. 2011). Segundo Junqueira e Deslandes (2003), a resiliência é a capacidade do indivíduo, em certos momentos, e de acordo com as circunstâncias, saber lidar com a adversidade não propriamente suportando-a, mas procurando a “superação” (não eliminando o problema, antes ressignificando o problema). A resiliência é, então, uma característica multidimensional que engloba as qualidades pessoais que permitem crescer face às adversidades (Charney, 2004; Connor e Davidson, 2003). A resiliência pode ser desenvolvida e os psicólogos identificaram fatores que a podem promover (e.g. temperamento individual, laços familiares e apoio externo por parte dos sistemas). As qualidades pessoais associadas à resiliência incluem a capacidade de envolver o apoio de outras pessoas, o otimismo, a fé, a crença de que o *stress* pode fortalecer, conduzindo ao esforço por objetivos pessoais (Charney, 2004; Hoge, Austin e Pollack, 2007; Luthar, Cicchetti e Becker, 2000). Segundo Kavsek e Seiffge-Krenke (1996), os indivíduos resilientes fazem um menor evitamento dos problemas.

Depois de uma pesquisa extensa sobre trabalhos na área da resiliência em cuidadores, quer ao nível nacional, quer internacional, deparamo-nos com a inexistência de estudos, particularmente sobre cuidadores formais. A maioria da literatura foca-se nos cuidadores informais, sobretudo de idosos, nomeadamente com demência e vários são de natureza qualitativa (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, da Costa, Rosa...Seibel, 2012; Gaioli, Furegato e Santos, 2012). Alguns estudos com estes últimos cuidadores mostram que, apesar destes cuidadores se “sentirem” sobrecarregados, demonstram elevada/altos níveis de resiliência e que quanto maior a idade dos cuidadores maior a sua resiliência (Garces et al., 2012; Lopes e Massinelli, 2013). Filhos e cônjuges parecem ser mais resilientes (particularmente os últimos) que familiares mais distantes (e.g. cunhados) (Gaioli et al., 2012). Num estudo realizado em Portugal recorrendo a uma amostra de conveniência de cuidadores informais de pessoas com dependência nas atividades de vida diárias, usando o Questionário de Perfil de Resiliência Familiar, a maioria dos cuidadores apresentou um perfil de baixa ou moderada resiliência (Peixoto e Martins, 2012). O estudo de Pinto (2013) em cuidadores informais (progenitores)

de crianças e jovens acompanhados na equipa nacional de intervenção precoce mostrou que estes cuidadores apresentavam níveis médios de resiliência (no mesmo instrumento que usamos neste estudo) e que níveis maiores de resiliência associavam-se a menores níveis de stresse e sintomas depressivos e ansiosos.

No domínio da prestação de cuidados, tem vindo a ser salientada a importância de uma atitude compassiva, caracterizada pela capacidade de entender o estado emocional do outro, uma postura de humanidade e de “*loving kindness*” (de difícil tradução). Segundo Neff (2003a, 2003b, 2004, 2008; Neff, Pisitsungkagarn e Hsieh, 2008), tendo por base a literatura de tradição Budista, a compaixão implica, “estar complacente ao sofrimento dos outros e sentir a dor dos outros”. Não passa por evitar nem se desligar do sofrimento, mas assegura espontaneamente sentimentos de bondade e o desejo de cuidar da pessoa e aliviar-lhe esse mesmo sofrimento. Autocompaixão implica reconhecer que o sofrimento, fracasso e inadequação fazem parte da condição humana, e que todas as pessoas (incluindo nós mesmos) são dignas de compaixão.” (Neff, 2003, p. 224). O estudo da neurocientista Singer (2012) revelou que, visto que na presença de sofrimento (vivência comum para os cuidadores), sentimos o sofrimento nos nossos corpos, dado que os centros da dor são ativados no nosso cérebro, uma meditação compassiva permite ativar os centros neurais de “amor” e das emoções positivas, assegurando a capacidade de não ficar absorvido pelo sofrimento e de ser capaz de ajudar a outra pessoa a lidar com a dor com mais tranquilidade.

Alguns relatórios internacionais referem que parece existir uma atitude não compassiva “no cuidar” por parte da sociedade face a alguns dos seus elementos mais vulneráveis (e.g. os idosos) (Crowther, Wilson, Horton e Lloyd-Williams, 2013). Estes autores (britânicos) referem que o Sistema Nacional de Saúde e os setores privados do seu país criticam fortemente a falta de atenção para a compaixão, dignidade e necessidades de cuidados básicos. As atitudes, a própria “cultura do cuidar”, aspetos organizacionais e aptidões de comunicação dos funcionários envolvidos no atendimento direto e apoio também foram criticadas e identificadas como áreas a melhorar (Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum e Moss, 2012). Os autores acrescentam que o grau de conhecimento acerca da/s doença/s não se associa a uma maior capacidade de se ser compassivo (Crowther et al., 2013). Em Portugal não conhecemos estudos que foquem a área da compaixão (auto e hétero) em cuidadores formais.

Segundo Chambliss (1998, cit in Crowther et al., 2013), os cuidadores formais que parecem não ser capazes de prestar cuidados compassivos podem-no fazer ao serem influenciados por atividades rotineiras e traumáticas. Assim, um aumento na exposição a eventos traumáticos pode resultar na ausência de comportamentos compassivos para manter a

auto-preservação. Segundo Sabo (2006) a “fadiga da compaixão” surge como uma consequência natural “do cuidar”, presente em muitos profissionais. Em profissionais que trabalham na área do luto (inevitável aos cuidadores formais da RNCCI), uma atitude compassiva deve estar embutida dentro dos próprios aspetos práticos do seu trabalho (Hyland e Morse, 1995).

## **Objetivos**

Atendendo ao acima exposto, foram nossos objetivos: caracterizar em certas variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI; analisar os níveis de resiliência,  *coping*  e autocompaixão destes profissionais; e verificar se existem associações significativas entre estas variáveis (entre si e com as variáveis sociodemográficas e profissionais)

## **2. Metodologia**

### **2.1. Procedimentos**

Antes de iniciar o estudo, definiu-se o protocolo composto por um questionário sociodemográfico (desenvolvido pela autora e sua orientadora) (Apêndice A), o *Brief Cope*, a Escala de Avaliação Global da Resiliência e a *Self Compassion Scale* (Anexos 2, 3 e 4) tendo sido enviados e-mails aos autores das escalas solicitando autorização para o seu uso (Anexo 5). Depois de obtidas estas autorizações, endereçaram-se e-mails ou contactaram-se aos/os diretores das instituições (num total de dez) (Unidades de Cuidados Continuados, inseridas na RNCC) (Apêndice B), explicando os procedimentos e objetivos do estudo e solicitando, por fim, a autorização para a recolha de dados junto dos profissionais da instituição que dirigiam/dirigem. Uma instituição negou a recolha de dados e quatro nunca chegaram a responder ao pedido enviado.

Nas instituições que autorizaram a recolha (Anexo 6), a autora dirigiu-se às mesmas e solicitou o apoio de coordenadores e técnicos do serviço na recolha de dados. Esta foi facilitada e efetuada pelos mesmos. Todos os profissionais que acederam participar no estudo preencheram o consentimento informado (Apêndice C), onde foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados e a liberdade de participação no estudo e desistência a qualquer momento. Posteriormente, os questionários foram devolvidos à autora. A recolha decorreu do mês de dezembro de 2013 até março de 2014.

Assim, como é possível constatar, neste estudo, depois de definirmos os elementos da população, os cuidadores formais de utentes internados em Unidades de Cuidados

Continuados, a amostra foi recolhida através de amostragem não probabilística (de conveniência), sendo constituída pelos cuidadores formais dos utentes internados em diferentes Unidades dos Cuidados Continuados da RNCCI, que aceitaram participar no estudo.

## **2.2. Instrumentos**

### **2.2.1. Questionário sociodemográfico e profissional**

Este questionário recolhe informação sobre: sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, anos de trabalho na instituição, horas diárias de contacto com os utentes da instituição, formação (ou não) na área da demência e na área dos cuidados continuados.

#### **2.2.1.1. Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR, Jardim, e Pereira, 2006)**

Segundo Jardim e Pereira (2006) a *resiliência* remete para uma competência que envolve a operacionalização de inúmeros fatores que possibilitam minimizar e superar as crises e adversidades. Os autores desenvolveram a Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR) com o objetivo de avaliar a resiliência. É uma escala de auto-resposta de fácil aplicação, composta por oito itens respondidas em formato do tipo Likert que varia entre zero/“Nunca”, um/“Raramente”, dois/“Algumas vezes”, três/ “Frequentemente” e quatro/“Quase sempre”). Quanto aos procedimentos de cotação, consistem em somar os valores de todos os itens perfazendo uma pontuação total de resiliência. Os valores entre 9 e 21 correspondem a uma capacidade de *resiliência* baixa, os valores entre 22 e 34 correspondem a uma capacidade de *resiliência* média e os valores entre 35 e 45 correspondem a uma capacidade de *resiliência* elevada.

No nosso trabalho o alfa de Cronbach da pontuação total foi de  $\alpha = 0,834$ , que segundo Pestana e Gageiro (2008) é um valor bom.

#### **2.2.1.2. Brief COPE (Carver, 1997; Pais Ribeiro, e Rodrigues, 2004)**

O *coping* tem sido definido como um fator estabilizador, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se encaram situações ou momentos *stressantes* (Holahan e Moos, 1987, cit. in Ribeiro e Rodrigues, 2004). O *coping* diz respeito aos esforços cognitivos e comportamentais que as pessoas realizam para lidar com as situações *stressantes* (Folkman e Lazarus, 1985) ou às estratégias que um indivíduo usa para lidar com situações ameaçadoras e desafiadoras com que se vai deparando e para as quais não tem respostas de rotina preparadas (Serra, 1988, p. 301). O *COPE* original incluía, inicialmente, 52 itens distribuídos por 13

escalas. Posteriormente, passou a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala (Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Carver, 1997).

A versão portuguesa reduzida do *COPE*, *Brief COPE* adaptada por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) apresenta propriedades semelhantes à versão original da escala (*COPE*) composta por 60 itens desenvolvida por Carver (Ribeiro e Rodrigues, 2004), embora seja constituída apenas por 28 itens.

Assim, o *Brief COPE* é uma escala composta por 28 itens que avalia o *coping* disposicional ou situacional (conforme as instruções apresentadas, que podem ser alteradas conforme os objetivos do investigador). Os itens estão distribuídos por 14 escalas (dois itens em cada escala) (Ribeiro e Rodrigues, 2004) e são apresentados como ações que as pessoas executam. A resposta aos itens é dada numa escala de Likert com quatro alternativas (“0” a “3”): 0/“Nunca faço isto”, 1/“Faço isto por vezes”, 2/ “Em média é isto que faço”, 3/“Faço sempre isto” (Ribeiro e Rodrigues, 2004).

As 14 escalas do *Brief COPE* são: *Coping* ativo (itens 2,7); Planear (itens 14,25); Utilizar suporte instrumental (itens 10,23); Utilizar suporte social emocional (itens 5,15); Religião (itens 22, 27); Reinterpretação positiva (itens 12, 17); Auto-culpabilização (itens 13-26); Aceitação (itens 20, 24); Expressão de sentimentos (itens 9,21); Negação (itens 3,8); Autodistração (itens 1, 19); Desinvestimento comportamental (itens 6, 16); Uso de substâncias (itens 4,11) e Humor (itens 18, 28) (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheir, Robinson... Clark, 1993; Ribeiro e Rodrigues, 2004).

No nosso trabalho foram encontrados os seguintes valores de alfa de Cronbach para cada dimensão, interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): *Coping* ativo ( $\alpha = 0,721$ ; razoável), Planear ( $\alpha = 0,529$ ; inadmissível), Utilizar suporte instrumental ( $\alpha = 0,636$ ; fraca), Suporte emocional ( $\alpha = 0,732$ ; razoável), Religião ( $\alpha = 0,863$ ; boa), Reinterpretação positiva ( $\alpha = 0,709$ ; razoável) Autoculpabilização ( $\alpha = 0,399$ ; inadmissível) Aceitação ( $\alpha = 0,538$ ; inadmissível), Expressão de sentimentos ( $\alpha = 0,758$ ; razoável), Negação ( $\alpha = 0,665$ ; fraca), Autodistração ( $\alpha = 0,832$ ; boa), Desinvestimento comportamental ( $\alpha = 0,590$ ; inadmissível), Uso de substâncias ( $\alpha = 0,206$ ; inadmissível) e Humor ( $\alpha = 0,784$ ; razoável). Hipotetizámos que alguns dos valores inadmissíveis de consistência interna estão associados ao número reduzido de itens por escala.

### **2.2.1.3. Self-Compassion Scale (SELFCS, Neff, 2003; Castilho, e Gouveia, 2011)**

A SELFCS foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Gouveia em 2006. Autocompaixão significa “estar aberto ao próprio sofrimento,

experienciando sentimentos de calor, cuidado e compreensão para com o *eu*, numa atitude de observação curiosa e de compreensão não avaliativa em relação aos nossos erros e inadequações, reconhecendo as nossas experiências como parte de uma experiência humana comum” (Neff, 2003, p. 224).

A SELFCS é a medida de auto-relato mais empregada para avaliar a autocompaixão. É uma escala constituída por 26 itens que tem como objetivo avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: *calor/compreensão*, competência para ser amável e compreensivo consigo mesmo, ao invés de crítico e apresentando punição excessiva; *condição humana*, que contempla compreender as próprias vivências como fazendo parte da experiência humana e o *mindfulness*, relacionado com uma consciência equilibrada levando à aceitação dos próprios sentimentos, incluindo os dolorosos, sem existir uma sobreidentificação exagerada face os mesmos (Castilho, 2011). Os itens da escala dividem-se em seis subescalas: I. *Calor/Compreensão* (5 itens: 5, 12, 19, 23, 26); II. *Autocrítica* (5 itens: 1, 8, 11, 16, 21); III. *Condição Humana* (4 itens: 3, 7, 10, 15); IV. *Isolamento* (4 itens: 4, 13, 18, 25); V. *Mindfulness* (4 itens: 9, 14, 17, 22) e *Sobreidentificação* (4 itens: 2, 6, 20, 24). As respostas são cotadas numa escala de Likert de 5 pontos: um/“*Quase nunca*”, dois/“*Raramente*”, três/“*Algumas vezes*”, quatro/“*Muitas vezes*” e cinco/“*Quase sempre*”. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total, i.e., são itens invertidos (Castilho, 2011). Assim, a pontuação total resulta da soma da pontuação de todos os itens, mas o instrumento também permite a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala) (Castilho, 2011).

No estudo de validação portuguesa, na amostra não clínica, foi obtido uma excelente consistência interna (alfa de Cronbach de 0,94), confirmando os valores de 0,92 obtidos nos estudos da versão original (Castilho, 2011). A escala apresentou ainda ótima fidelidade temporal ( $r = 0,93$ ) (Castilho, 2011).

No nosso estudo o alfa de Cronbach da dimensão *Calor-Compreensão* foi de  $\alpha = 0,797$  (razoável), da dimensão *Autocrítica* foi de  $\alpha = 0,676$  (fraca), da dimensão *Condição humana* foi de  $\alpha = 0,600$  (fraca), da dimensão *Isolamento* foi de  $\alpha = 0,694$  (fraca), da dimensão *Mindfulness* foi de  $\alpha = 0,759$  (razoável) e da dimensão *Sobreidentificação* foi de  $\alpha = 0,769$  (razoável) (Pestana e Gageiro, 2008). O alfa de Cronbach da escala total foi de  $\alpha = 0,864$  (boa) (Pestana e Gageiro, 2008).

### **Análise estatística**

As análises estatísticas foram realizadas recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Recorremos a estatísticas descritivas, medidas de tendência central e dispersão e medidas de assimetria e achatamento. O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que as dimensões *Autocrítica* e *Mindfulness* da SELFCS, a pontuação total da SELFCS e a pontuação total de resiliência apresentavam distribuição normal. Todas as outras dimensões da SELFCS e todas as dimensões do *Brief COPE* não revelaram distribuição normal. Ainda assim, realizámos testes paramétricos dado a nossa amostra apresentar um  $n$  superior a 30. Ao analisarmos a consistência interna das várias dimensões dos instrumentos deste estudo e as pontuações totais da SELFCS e de resiliência, os valores do  $\alpha$  foram interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008):  $< 0,6$  – inadmissível; 0,6 a 0,7 - fraca; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; superior a 0,9 muito boa.

Correlações de Pearson permitiram explorar associações entre as dimensões de autocompaixão e sua pontuação total, dimensões de  *coping*  e pontuação total de resiliência. Através do mesmo teste explorámos associações entre estas variáveis e as variáveis quantitativas deste estudo (idade, anos que trabalha na instituição, horas de trabalho diário). Todas as correlações foram interpretadas de acordo com os critérios Cohen (1992): 0,1 (pequeno), 0,3 (médio), 0,5 (grande). Através de testes t de Student explorámos se existiam diferenças entre os cuidadores/profissionais com/sem formação em demência/cuidados continuados nas variáveis centrais do estudo (já referidas).

### **Amostra**

A amostra ficou constituída por 78 cuidadores formais (maioria do sexo feminino,  $n = 76$ ; 97,4%). A maioria dos cuidadores tinha a licenciatura ( $n = 32$ ; 41,6%) e era enfermeiro ( $n = 21$ ; 26,9%), logo seguida dos auxiliares de ação geral ( $n = 19$ ; 24,7%). A maioria dos cuidadores tinha formação em cuidados continuados ( $n = 49$ ; 62,8%) e metade afirmou ter tido formação em demência ( $n = 39$ ; 50%) (Tabela 1).

Tabela 1

*Variáveis sociodemográficas e profissionais*

	<i>N</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	2,6
Feminino	76	97,4
<b>Total</b>	78	100,0
<b>Escolaridade</b>	<i>n</i>	%
1º Ciclo	1	1,3
2º Ciclo	7	9,1
3º Ciclo	14	18,2
Ensino Secundário	14	18,2
Licenciatura	32	41,6
Mestrado	8	10,4
Outro	1	1,3
<b>Total</b>	77	100,0
<b>Profissão</b>	<i>n</i>	%
Médico	1	1,3
Assistente Social	3	3,8
Psicólogo	3	3,8
Enfermeiro	21	26,9
Fisioterapeuta	1	1,3
Terapeuta de Reabilitação Psicomotora	1	1,3
Auxiliar de ação direta/médica <sup>1</sup>	20	26
Animador Social	1	1,3
Administrativo	2	2,6
Auxiliar de ação geral <sup>2</sup>	19	24,7
Dietista	2	2,6
Lavandaria	2	2,6
Terapeuta da Fala	1	1,3
<b>Total</b>	77	100,0
<b>Formação em Demência</b>	<i>n</i>	%
Não	39	50
Sim	39	50
<b>Total</b>	78	100,0
<b>Formação em Cuidados Continuados</b>		
Não	29	37,2
Sim	49	62,8
<b>Total</b>	78	100,0

*n* = número de sujeitos; 1 auxiliar de ação direta/médica: acompanhamento de todas as necessidades básicas do idoso) (Manual de Recursos Humanos, 2013); 2 auxiliar de ação geral: a) Assegurar a manutenção das condições de higiene dos locais a que estejam afetos; b) Auxiliar no transporte de alimentos, géneros alimentícios e outros artigos, de acordo com a orientação que, para o efeito, lhes for transmitida; c) Proceder ao transporte de doentes em camas, macas ou cadeiras de rodas para os serviços de internamento e consultas internas e externas; d) Efetuar o transporte de cadáveres (Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Decreto Regulamentar nº10/83 DE 9 de Fevereiro, Artigo 1º (Carreiras profissionais) (Anexo 7)

Na tabela 2 apresentam-se as médias e os desvios-padrão das variáveis idade, meses de trabalho e horas por dia (de trabalho na UCC). O cuidador mais novo tinha 22 anos e o mais velho 59 anos ( $M = 35,35$ ;  $DP = 9,0$ ). O tempo de trabalho na instituição variou entre um mês e 216 meses (18 anos) ( $M = 32,3$ ;  $DP = 39,0$ ). As horas de trabalho por dia variaram entre uma hora e 8 horas diárias ( $M = 6,9$ ;  $DP = 2,3$ ).

Tabela 2

*Médias e desvios-padrão das variáveis Idade, meses de trabalho e horas por dia*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Varição
Idade	35,35	9,0	22-59
Meses de trabalho na UCC	32,3	39,0	1-216
Horas por dia de trabalho na UCC	6,9	2,3	1-8

*M* = média; *DP* = desvio-padrão

Na tabela 3 apresenta-se a média e o desvio-padrão da pontuação total de resiliência. O valor médio da variável ( $M = 23,96$ ) encontra-se dentro do intervalo para um resultado médio de resiliência, de acordo com Jardim e Pereira (2006), ainda que muito próximo do valor mínimo desse intervalo (22-34).

Tabela 3

*Média e desvio-padrão da pontuação total na escala de Resiliência*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Varição</b>	<b>Varição Teórica</b>
Resiliência Total	23,96	4,3	14-32	0-32

*M = média; DP = desvio-padrão*

Na tabela 4 apresentamos as médias e desvios-padrão das dimensões do *Brief COPE*. As dimensões com médias mais elevadas foram a *Coping* ativo ( $M = 4,36$ ;  $DP = 1,28$ ), a *Planear* ( $M = 4,29$ ;  $DP = 1,26$ ) e a Reinterpretação Positiva ( $M = 3,87$ ;  $DP = 1,43$ ) (particularmente atendendo às variações teóricas, sendo estas dimensões tendencialmente positivas, porque focadas na resolução de problemas) e a com as médias mais baixas foram o Uso de substâncias ( $M = 0,17$ ;  $DP = 0,61$ ) e o Desinvestimento Comportamental ( $M = 0,74$ ;  $DP = 1,04$ ) (tendencialmente negativas, dado serem focadas nas emoções).

Tabela 4

*Médias e desvios-padrão das dimensões Brief COPE*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Varição</b>	<b>Varição Teórica</b>
BC – Auto Distração	3,21	1,62	0-6	0-6
BC – <i>Coping</i> Ativo	4,36	1,28	0-6	0-6
BC – Negação	1,74	1,44	0-6	0-6
BC – Uso de Substâncias	0,17	0,61	0-3	0-6
BC – Suporte Social e Emocional	3,5	1,60	0-6	0-6
BC – Desinvestimento Comportamental	0,74	1,04	0-4	0-6
BC – Expressão de Sentimentos	3,18	1,57	0-6	0-6
BC – Suporte Instrumental	2,91	1,48	0-6	0-6
BC – Reinterpretação Positiva	3,87	1,43	0-6	0-6
BC – Auto Culpabilização	2,53	1,27	0-4	0-6
BC – Planear	4,29	1,26	0-6	0-6
BC – Humor	2,94	1,55	0-6	0-6
BC – Aceitação	3,7	1,28	0-6	0-6
BC – Religião	2,04	1,82	0-6	0-6

*M = média; DP = desvio-padrão; BC= Brief COPE*

Na tabela 5 apresentam-se que as médias e os desvios-padrão das dimensões da SELFCS. A dimensão que apresentou média maior foi a do *Calor/compreensão*, particularmente atendendo à variação teórica ( $M = 15,63$ ;  $DP = 3,76$ ). A dimensão com média mais baixa foi a do *Isolamento* ( $M = 9,88$ ;  $DP = 2,95$ ).

Tabela 5  
Médias e desvios-padrão das dimensões SELFCS

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variação	Variação Teórica
SELFCS – Autocrítica	16,65	3,34	10-25	5-25
SELFCS - Calor/Compreensão	15,63	3,76	5-25	5-25
SELFCS - Condição Humana	13,79	2,65	9-20	4-20
SELFCS - Isolamento	14,12	2,95	8-20	4-20
SELFCS - <i>Mindfulness</i>	13,92	2,96	6-20	4-20
SELFCS - Sobreidentificação	13,74	3,17	7-20	4-20
SELFCS - pontuação total	87,86	14,46	61-116	26-130

*M* = média; *DP* = desvio-padrão; SELFCS= Self Compassion Scale

## Resultados

Na Tabela 6 verifica-se que a pontuação total de resiliência se correlacionou positivamente com as dimensões *Calor-compreensão* (magnitude moderada), *Mindfulness* (magnitude grande), *Condição humana* (magnitude moderada) e com a pontuação total da SELFCS (magnitude grande) (Cohen, 1992). A pontuação total de resiliência correlacionou-se de forma negativa com as dimensões *Isolamento* (magnitude pequena) e *Sobreidentificação* (magnitude moderada) (Cohen, 1992).

Tabela 6  
Correlação entre a pontuação total de Resiliência e dimensões de AutoCompaixão

	Dimensões da SELFCS						
	Autocrít	Calor- Compreensão	<i>Mindf</i>	Isolam	SobreIdent	Condição Hum	SELFCS- pontuação total
Resiliência Total	NS	0,406**	0,566**	- 0,232*	- 0,305*	0,407**	0,533**

\*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; Autocrít = Autocrítica; *Mindf* = *Mindfulness*; Sobreident = Sobreidentificação; Condição Hum = Condição Humana

Nas Tabelas 7 e 8 é possível constatar que a dimensão *Autocrítica* correlacionou-se positivamente com a *Autoculpabilização* (magnitude moderada) e com a *Negação* e com o *Desinvestimento Comportamental* (magnitudes pequenas) (Cohen, 1992). Já o *Calor/Compreensão* correlacionou-se positivamente com o *Coping ativo* (magnitude moderada), com o *Planear* (magnitude pequena), a *Reinterpretação positiva* (magnitude grande), a *Aceitação* (magnitude pequena) e com o *Humor* (magnitude moderada) (Cohen, 1992). A dimensão *Mindfulness* correlacionou-se positivamente com o *Coping ativo* (magnitude grande), com o *Planear* (magnitude pequena), com a *Reinterpretação positiva* (magnitude grande) e com o *Humor* (magnitude moderada) (Cohen, 1992). A dimensão *Isolamento* correlacionou-se negativamente com o *Coping ativo* (magnitude moderada), com o *Suporte Social* (magnitude pequena) e com a *Reinterpretação positiva* (magnitude pequena) (Cohen, 1992). Correlacionou-se positivamente com a *Autoculpabilização* (magnitude moderada), com a *Negação* (magnitude grande) e com o *Desinvestimento Comportamental*

(magnitude moderada) (Cohen, 1992). A dimensão *Sobreidentificação* correlacionou-se negativamente com o *Suporte Social*, a *Reinterpretação positiva* (magnitude pequena) e com o *Humor* (magnitude moderada) (Cohen, 1992). Correlacionou-se positivamente com a *Autoculpabilização* (magnitude moderada) e com o *Desinvestimento comportamental* e *Uso de substâncias* (magnitudes pequenas) (Cohen, 1992). A *Condição humana* correlacionou-se positivamente com o *Coping ativo*, a *Reinterpretação positiva* e o *Humor* (magnitudes moderadas), com o *Planear* e a *Aceitação* (magnitudes pequenas) (Cohen, 1992). A pontuação total da SELFCS correlacionou-se positivamente com o *Coping ativo* e *Humor* (magnitudes moderadas), com a *Reinterpretação positiva* (magnitude grande) e a *Aceitação* (magnitude pequena) (Cohen, 1992). Correlacionou-se, ainda, negativamente com a *Autoculpabilização* e *Desinvestimento Comportamental* (magnitudes moderadas) e com a *Negação* (magnitude pequena) (Cohen, 1992).

Tabela 7

*Correlações entre as dimensões da SELFCS (Autocompaixão) e as dimensões do Brief Cope*

		<i>Brief COPE</i>						
		Autodist	<i>Coping ativo</i>	Planear	Suporte Instrum	Suporte Social	Religião	Reintr Positiva
	Autocrítica	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	CCompr	NS	0,445**	0,279*	NS	NS	NS	0,573**
<b>SELFCS</b>	Mindf	NS	0,528**	0,298**	NS	NS	NS	0,622**
	Isolamento	NS	-0,322**	NS	NS	-0,235*	NS	-0,275*
	Sobreident	NS	NS	NS	NS	-0,269*	NS	-0,274*
	Condição h	NS	0,471**	0,252*	NS	NS	NS	0,458**
	Total	NS	0,487**	NS	NS	NS	NS	0,573**

SELFCS = Self Compassion Scale; CCompr = Calor-Compreensão; Mindf = Mindfulness; Sobreident = Sobreidentificação; Condição h = Condição humana; Autodist = Auto-distração; Suporte Instrum = Suporte Instrumental; Reintr positiva = Reinterpretação Positiva; Auto Culp = Auto Culpabilização; Ex Sent = Expressão de sentimentos; Desinv Comport = Desinvestimento Comportamental; Uso subs = uso de substâncias; NS = não significativo; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

Tabela 8

Correlações entre as dimensões da SELFCS (Autocompaixão) e as dimensões do Brief COPE (continuação)

	Brief COPE						
	Auto Culp	Aceitação	Exp. Sent	Negação	Desinv Comport	Uso subs.	Humor
Autocrítica	0,432**	NS	NS	0,287*	0,239*	NS	NS
CCompr	NS	0,266*	NS	NS	NS	NS	0,398**
<b>SELFCS</b> Mindf	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0,356**
Isolamento	0,360**	NS	NS	0,501**	0,422**	NS	NS
Sobreident	0,435**	NS	NS	NS	0,226*	0,252*	-0,317**
Condição h	NS	0,298**	NS	NS	NS	NS	0,345**
Total	-0,376**	0,286*	NS	-0,298**	-0,320**	NS	0,434**

SELFCS = Self Compassion Scale; CCompr = Calor-Compreensão; Mindf = Mindfulness; Sobreident = Sobreidentificação; Condição h = Condição humana; Autodist = Auto-distração; Suporte Instrum = Suporte Instrumental; Reintr positiva = Reinterpretação Positiva; Auto Culp = Auto Culpabilização; Ex Sent = Expressão de sentimentos; Desinv Comport = Desinvestimento Comportamental; Uso subs = uso de substâncias; NS = não significativo; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ;

Correlações de Pearson mostraram que a idade se associou negativamente ao *Suporte emocional* ( $r = -0,262$ ;  $p = 0,021$ ) e positivamente à dimensão *Religião* ( $r = 0,264$ ;  $p = 0,019$ ) e à dimensão *Mindfulness* da SELFCS ( $r = 0,242$ ;  $p = 0,032$ ). Assim, quanto mais velhos os cuidadores, menor a pontuação/menor o uso de *Suporte emocional* (Brief COPE) (como estratégia de  *coping* ) e maior pontuação/menor o uso de *Religião* (Brief COPE) (como estratégia de  *coping* ) e de *Mindfulness*. O número de horas de trabalho diário correlacionou-se negativamente com a pontuação total de resiliência ( $r = -0,233$ ;  $p = 0,040$ ) (mais horas de trabalho associam-se a uma menor resiliência) e positivamente com a dimensão do Brief COPE *Suporte Emocional* ( $r = 0,233$ ;  $p = 0,040$ ) (mais horas de trabalho associam-se a níveis mais elevados do uso de Suporte Emocional).

## Discussão

Eram nossos objetivos caracterizar em diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI, analisar os níveis de resiliência,  *coping*  e autocompaixão destes profissionais e verificar se existiam associações significativas entre estas variáveis (entre si e com as variáveis sociodemográficas e profissionais).

Assim, importa, antes de discutir os nossos resultados principais, atentar nas características sociodemográficas da amostra. Segundo um documento formal da RNCCI, a

maioria dos profissionais da RNCCI é do sexo feminino (85,4%) (Rato, Rando e Rodrigues, 2010). O mesmo se verifica no nosso estudo (97,4%), inclusive, praticamente a totalidade dos nossos participantes era do sexo masculino. Neste aspeto, ficamos tranquilos quanto à impossibilidade de realizar análises comparativas por sexo, dado que esta análise poderia nem sequer ser a mais relevante, atendendo a que a realidade nacional é reveladora de que são as mulheres tendem a escolher profissões que envolvam o “cuidar”. Já no âmbito dos cuidadores informais vários estudos mostram que são as mulheres que tendem a assumir o papel de cuidadoras (Gaioli et al., 2012; Garces et al., 2012). Relativamente, à idade, mais de metade dos profissionais da RNCCI tem menos de 35 anos e poucos possuem mais de 50 anos (Rato et al., 2010). No nosso estudo, a média de idades foi aproximadamente de 35,35 anos. No que diz respeito às habilitações, mais de metade dos profissionais da Rede possui licenciatura (51,8%) (Rato et al., 2010). No nosso estudo, verificou-se um resultado semelhante: a maioria dos cuidadores a licenciatura (41,6%). Ainda no presente estudo, a profissão mais prevalente foi a de Enfermagem (26,9%), seguida da de Auxiliar de ação direta/médica (26%), verificando-se o mesmo na RNCCI (Rato et al., 2010): a profissão mais prevalente é a de enfermagem (entre 26,8 e 33,2%), seguida das auxiliares de ação médica (21,2 a 27,7%). Com percentagens muito menores, seguem-se os profissionais de limpeza e manutenção (5 a 10,6%) e a profissão de fisioterapia (3,8 a 7,7%) (Rato et al., 2010). A profissão de fisioterapeuta, no nosso estudo, também apresentou uma percentagem muito baixa (1,3%). Estes dados, deixam-nos tranquilos quanto a uma potencial generalização dos nossos resultados, ainda que com cautela, para a população de cuidadores formais da RNCCI.

Discutindo, agora, os nossos resultados centrais, consideramos importante referir o nível médio de resiliência dos cuidadores formais da nossa amostra (aproximadamente 24), isto de acordo com os valores referidos por Jardim e Pereira (2006). Ainda assim, o valor médio de resiliência na nossa amostra revelou estar no limite mínimo do intervalo definido pelos autores (22-34). Num estudo realizado em Portugal, por Pinto (2013), usando o mesmo instrumento para avaliar resiliência, ainda que com progenitores de crianças acompanhadas na equipa nacional de intervenção precoce, o valor médio de resiliência destes progenitores foi relativamente maior (cerca de 7 valores acima). Este resultado surpreendeu-nos um pouco, visto que os progenitores/cuidadores informais apresentaram valores mais elevados de resiliência do que os cuidadores formais de pessoas com dependência internados na RNCCI. Hipotetizámos que mais do que o tipo de cuidador (ser-se cuidador formal ou informal) o aspeto mais importante a influenciar este resultado pode ser o tipo de condições/doenças acompanhadas pelos cuidadores formais da RNCCI. De facto, estes cuidadores lidam quase

diariamente com a morte e todos os dias acompanham pessoas que estão parcialmente ou totalmente dependentes dos seus cuidados. A sobrecarga vivida por estes cuidadores pode ser maior do que a dos progenitores atendendo a que estes últimos partilham, na sua maioria, a tarefa de “cuidar” com outros familiares e instituições (Pinto, 2013). Para além disso, os progenitores, apesar de vivenciarem diversas situações *stressantes*, não estarão expostos à ideia eminente da morte, nem lidam com situações de dependência tão drásticas como os cuidadores formais da RNCCI.

Quanto à autocompaixão é relevante discutir os valores médios da sua pontuação total e das dimensões da escala SELFCS. Assim, o valor médio total de compaixão e os valores médios das suas dimensões foram superiores aos encontrados na amostra da população geral de Castilho (2011). Estes resultados deixam-nos confiantes, permitindo-nos afirmar que os cuidadores formais desta amostra tendem a ser calorosos e compreensivos com os seus utentes. É revelador verificar que foi na dimensão *Calor/Compreensão* que se encontrou valor médio mais elevado. Esta “competência” implica a capacidade de se ser amável e compreensivo para consigo, em vez de se ser crítico e punitivo. Esta capacidade é importante na profissão de cuidar atendendo a que a capacidade de se ser autocompassivo associa-se à capacidade de se ser compassivo com os outros.

Quanto às estratégias de *coping*, foi importante verificar que as dimensões com médias mais elevadas foram o *Coping* Ativo, o Planear e a Reinterpretação Positiva. Estas estratégias inserem-se dentro da categoria *coping* focado na resolução de problemas (Lazarus e Folkman, 1984, cit in. Keil, 2004) indicando que os cuidadores formais desta amostra procuram ativamente lidar com as situações *stressantes* e ameaçadoras com que se deparam todos os dias. No estudo de Martins (2012), realizado com cuidadores formais de pessoas portadores de deficiência/doença mental, área não totalmente sobreponível à nossa, mas que se aproxima, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores foram precisamente as mesmas que as usadas pelos nossos cuidadores (e com valores muito aproximados). Da mesma forma, tal como no nosso estudo o Uso de substâncias e o Desinvestimento comportamental, estratégias de *coping* mais focadas nas emoções, foram as com valores médios mais baixos, na amostra de Martins (2012). Podemos hipotetizar que os cuidadores formais em áreas como a doença/deficiência mental, onde a dependência é uma realidade que está muitas vezes presente, podem aproximar-se bastante dos cuidadores formais da RNCCI, pelo menos no que toca ao uso das estratégias de *coping*. O mais importante é verificar que os cuidadores da nossa amostra optam preferencialmente por estratégias ativas de resolução dos problemas e apresentam com muito menor frequência as estratégias que remetem para uma fuga/evitamento do contacto com

emoções negativas. Como referido por Chadda et al. (2007), Goosens et al. (2008) e Mackay e Pakenham (2011) o *coping* de evitamento/fuga associa-se a um pior ajustamento ao papel de cuidador.

No que diz respeito às associações entre as variáveis centrais do estudo, foi muito relevante constatar que a pontuação total de resiliência correlacionou-se de forma positiva com as dimensões positivas da autocompaixão (e.g. Calor-Compreensão) e de forma negativa com as dimensões negativas desta escala (e.g., Sobreidentificação, Isolamento). Igualmente, as dimensões mais positivas de *coping* correlacionaram-se de forma positiva com as dimensões positivas de autocompaixão e as mais negativas de *coping* com as dimensões negativas de autocompaixão. Estes resultados não são surpreendentes e vêm apenas confirmar que a presença ou o desenvolvimento de níveis elevados em correlatos psicológicos positivos (por exemplo, através de programas que promovam competência) se associa à presença e desenvolvimento de níveis elevados noutros correlatos psicológicos positivos. Durante a pesquisa de literatura para este trabalho, encontramos empresas que promovem ativamente (através de programas de prevenção/intervenção) uma atitude compassiva na/s profissão/ões de cuidar. Independentemente de termos encontrados níveis que nos pareceram favoráveis de resiliência, de estratégias positivas de *coping* e de autocompaixão (as suas dimensões positivas), o facto de termos encontrado as associações referidas nesta amostra de conveniência, vem apenas alertar para a importância de na RNCCI serem promovidas sessões, por exemplo, de *Compassionate Mind Training* (CMT) (treino da mente compassiva) (Gilbert e Procter, 2006). Da mesma forma, os resultados reforçam a utilidade que a psicoeducação junto dos cuidadores nas áreas da *coping*, resiliência e autocompaixão, bem como os espaços de partilha em grupo, no sentido da ventilação das emoções podem ter, em simultâneo com o treino referido (da mente compassiva) para reforçar os níveis apresentados pelos cuidadores nestes correlatos psicológicos.

Foi relevante verificar que quanto maior a idade dos cuidadores menor o nível de uso de Suporte Emocional e maior o nível de Religião e *Mindfulness*. Mais horas de trabalho associaram-se a menor resiliência e a maior nível de Suporte Emocional. Relativamente ao primeiro resultado, este foi equivalente ao de Martins (2012), que na sua amostra de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental verificou que os cuidadores mais novos eram os que recorriam mais ao Suporte Emocional enquanto estratégia de *coping*. É possível que os cuidadores mais velhos optem por não recorrer à sua rede social para lidar com a sobrecarga associada ao seu trabalho, por uma eventual habituação ao mesmo, mas também porque preferem o uso de estratégias de *coping* com carácter mais “introspectivo” (como a Religião e o

*Mindfulness*). Temos a noção que o *Mindfulness* não é reconhecido, formalmente, como uma estratégia de *coping*, mas estando relacionado com uma consciência equilibrada que assegura uma maior aceitação dos sentimentos e acontecimentos dolorosos, sem se ficar excessivamente fusionados com os mesmos (sem excessiva sobreidentificação) pode, sim, funcionar como uma adaptativa forma de *coping* e estar mais presente em profissionais com mais idade, porque serão estes que terão percorrido, com maior probabilidade o caminho de aceitação dos momentos e sentimentos delicados associados com a tarefa de cuidar de pessoas dependentes (muitas que irão falecer em pouco tempo). É natural que um maior número de horas de trabalho possa, ainda assim, associar-se a menores níveis de resiliência, já que, por mais equilibrados, em termos das suas estratégias para lidar com as situações *stressantes*, que os profissionais sejam, precisam de recuperar os seus níveis de energia para depois poderem “voltar” ao nível habitual de funcionamento (como relembra o sentido etimológico da palavra resiliência). Estudos indicam que sem suporte e devida orientação para realizar o cuidado em saúde o cuidador é sobrecarregado e, não raramente, também pode adoecer (Martens e Addington cit in. Caroso, Vieira, Ricci e Mazza 2012). Igualmente, não é de estranhar que depois de várias horas de trabalho, os cuidadores procurem a sua rede social em busca de suporte, eventualmente na tentativa de lidar com as emoções negativas associadas à sobrecarga profissional (atendendo ao tipo de pacientes com que trabalham). É positivo que optem por esta estratégia e não por outras estratégias de *coping* focadas na emoção, mas encaradas como mais maladaptativas, como o uso de substâncias ou mesmo a negação.

Este estudo apresenta limitações. Sendo o foco deste trabalho os correlatos psicológicos positivos dos cuidadores formais (resiliência, *coping* e autocompaixão), ainda assim, teria sido importante avaliar os níveis de sintomas depressivos e ansiosos, bem como de stresse, bem como explorar associações entre todas as variáveis. Outra das limitações do estudo refere-se à reduzida literatura sobre esta temática em cuidadores formais que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados em Portugal, o que limitou comparações mais aprofundadas dos resultados agora obtidos. O tamanho da amostra revelou-se “suficiente” para a realizar as análises estatísticas mas, ainda assim, reduzido. No futuro seria interessante recolher uma amostra de maior dimensão e representativa da população portuguesa, explorando este tema, com elevada relevância, dada a importância do papel da RNCCI na prestação de cuidados junto de pessoas em situação de dependência.

## Referências Bibliográficas

Almeida, A.R.C.B. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia (2º Ciclo de Estudos). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Bidarra, A.P. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Instituto de Formação Avançada, Curso de Mestrado em Ciências da Dor.

Brandão, J. M., Mahfoud, M., e Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21 (49), 263-271

Cardoso, L., Vieira, M.V., Ricci, M.A.M., Mazza, R.S. (2012). *Perspetivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental*. Revista da Escola de Enfermagem, 46 (2), São Paulo

Carver, C., Scheier, M. e Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Carver, C. S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE." *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., ... e Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Castilho, P. e Gouveia, J.P. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 203-230.

Chadda, R.K., Singh, T.B. e Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia an bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 923-930.

Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195–216.

Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Connor, K.M., e Davidson J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76–82.

Cuidados Continuados- Saúde e Apoio social (2012). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [em linha]. Cuidados Continuados- Saúde e apoio social Web site. Acedido a 2 de Fevereiro de 2013, em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.

Crowther, J., Wilson, K. CM., Horton, S. e Lloyd-Williams, M. (2013). Compassion in healthcare – lessons from a qualitative study of the end of life care of people with dementia. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106 (12) 492–497.

Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de Junho. Diário da Republica no 109/06- I Serie. Ministério da Saúde.

Decreto Regulamentar nº 10/83, artigo 1º (Carreiras Profissionais). Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa.

DeLongis, A., e O'Brien, T. (1990). An interpersonal framework for stress and coping: An application to the families of Alzheimer's patients. In M.A.P. Stephens, J.H. Crowther, S.E., Hobfoll, & D.L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later-life families* (pp. 221-240). New York: Hemisphere Press.

Folkman, S. e Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.

Gaioli, C.C. L.O., Furegato, A.R.F. e Santos, J.L.F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto*, 21 (1), 150-157.

Garces, S. B.B., Krug, M. R., Hansen, D., Brunelli, A.V., da Costa, T.L., Rosa, C. B....Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (2), 335-352.

Gilbert, P., e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Goosens, P.J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van-Der-Klein, E.A. e Van Achtberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: A stress process model. *Health Psychology*, 17, 190-198.

Hyland, L. e Morse, J.M. (1995). Orchestrating comfort: the role of funeral directors. *Death Studies*, 19, 453–74.

Hoge, E.A., Austin, E.D. e Pollack, M.H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24 (2), 139-152.

Jardim, J. e Pereira, A. (2006). Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva. Porto: Edições ASA.

Junqueira, M. F. P. e Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 227-335.

Kavsek, M. J, e Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 651-668.

Keil, R. M.K. (2004). Coping and stress: a conceptual analysis. Nursing Theory and Concept Development or Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (6), 659-665.

Lopes, R.A. Massinelli, de J, C. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, 40, 134-145

Luthar, S.S., Cicchetti, D., e Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Childhood Development*, 71 (3), 543-562.

Louro, M.C.C.M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Mackay, C., e Pakenham, K.I. (2011). Identification of Stress and Coping Risk and Protective Factors Associated with Changes in Adjustment to Caring for an Adult with Mental Illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (10), 1064-1079.

Manual de Recursos Humanos (2013). Códigos MN004/Vol. 2013

Martins, L. (2012). *Correlatos psicológicos em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental*. Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K.K., Rothbaum, B. e Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICU nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), 292-299.

Neff, K.D. (2003a). The development and validation of scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223 – 250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.

Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27-37

Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95-105). Washington DC: APA Books.

Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., e Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.

Pakenham, K.I. (2001). Application of a stress and coping model to caregiving in multiple sclerosis. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 13–27.

Peixoto, M.J. e Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 372-388.

Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Silabo.

Pinto, J.M.M. (2013). *Otimismo, resiliência e sobrecarga familiar nos pais de crianças apoiadas pela equipa local de Intervenção Precoce de Leiria*. Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.

Rato, H., Rando, B., Rodrigues, M. (2010). *Estudo de Caracterização do Capital Humano do Pessoal da RNCCI*. Instituto Nacional de Administração, L.P.

Ribeiro, J. L. e Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.

Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136–42.

São José, J. (2012). A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas. *Sociologia, problemas e práticas*, 69, 63-85.

Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9, (4), 301-316.

Singer, T. (2012). *Neuroscience, Empathy and Compassion*. Trabalho apresentado no International Symposia for Contemplative Studies, Denver, CO.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Cuidados continuados. Saúde e Apoio Social.