

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Filipa Figueiredo Ferreira

**DESENVOLVIMENTO DE UMA MEDIDA DE *STRESS***  
**PROFISSIONAL PARA CUIDADORES DO**  
**ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: ESTUDO DE**  
**VALIDAÇÃO NUMA AMOSTRA DE CUIDADORES DE**  
**JOVENS EM RISCO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e pela Doutora Diana Ribeiro da Silva, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

junho de 2021



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Andreia Filipa Figueiredo Ferreira

**Desenvolvimento de uma Medida de *Stress*  
Profissional para Cuidadores do Acolhimento  
Residencial: Estudo de Validação numa  
Amostra de Cuidadores de Jovens em Risco**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e pela Doutora Diana Ribeiro da Silva, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

junho de 2021

## *Agradecimentos*

Ao Professor Doutor Daniel Rijo só posso agradecer pela passagem de sabedoria, de conhecimento, de razão e de certeza. Pela assertividade, validação e empatia, envoltas por um humor genuíno e peculiar. Pelo exemplo que fez de mim uma aluna melhor, uma pessoa melhor e que certamente me guiarão para ser uma profissional melhor.

À Doutora Diana Ribeiro da Silva pela partilha de experiência e de conhecimento. Pela paciência e dedicação incansáveis. Pela tranquilização que fomentou através da sua palavra calma e segura. Pela bondade e compaixão que transmitiu ao longo do ano.

À Mestre Laura Santos pela presença atenta e constante. Por me ter proporcionado um tão bom equilíbrio entre a exigência, a disponibilidade, o encorajamento e a empatia ao longo desta, que foi a minha primeira experiência no mundo da investigação.

Aos cuidadores das casas de acolhimento pela disponibilidade e aceitação com que encararam a participação na recolha da amostra da presente investigação.

À Joana por se ter revelado a melhor companheira de investigação que poderia ter desejado. Pela partilha, pela entreajuda, por proporcionar uma distância tão curta entre os momentos de reflexão e o desenvolvimento de uma amizade especial.

À Francisca por ser a minha pessoa. Por ter estado sempre à distância de uma rua ou de uma porta. Por ter sido a companheira de tudo o que a universidade deve ser. Por todas as horas “extra” de tanto. Por ser a mais pura definição de saudade.

À Francisca, à Margarida M., à Rita, à Daniela A. e à Daniela T. por terem feito de Coimbra, a nossa Coimbra. Por fazerem jus à letra da Balada e me permitirem levá-las comigo para a vida.

À minha mãe por ser a maior fonte de amor, segurança, força, compreensão e orgulho. Por ser a maior inspiração, a prova viva de resiliência. Por ser mãe e pai, e por fazê-lo tão bem. Por me ter ensinado que posso ser o que quiser, desde que o faça com o coração.

Ao Pai, à Avó Nanda e à Bisa que acompanharam este percurso de um lugar de destaque e distante. Por me protegerem, por me guardarem, por cuidarem, por amarem, mesmo não estando.

À minha família: Mário, irmão, avós, tios e primos, por estarem presentes, por se

orgulharem, por me apoiarem incondicionalmente, por me fazerem sentir amada e grata por tantas memórias tão especiais, por me demonstrarem tão bem o que significa “ser família”.

À Beatriz R., à Margarida, à Inês e ao Tribuna por significarem sempre o melhor de “casa”. Por fazerem os momentos mais simples valerem tanto. Por significarem certeza e por me permitirem acreditar no “para sempre”.

À Inês C. por ter sido a primeira, e tão acertada, escolha. Pelos ensinamentos, pela amizade, pela palavra, pela bondade. Por me permitir privar de perto com a humanidade, o respeito e o afeto que a caracterizam. Pela ajuda diária na construção do ser humano que sou hoje.

Aos restantes tão especiais. Os de Anadia, os de Coimbra, os de Florença. Por terem feito parte de momentos tão cruciais e marcantes da minha vida. Por continuarem presentes e dispostos a acompanhar a jornada que só agora está a começar.

E a todos os que, de alguma forma, em algum momento, estiveram presentes, me fizeram crescer e contribuíram com um bocadinho de si que me fez chegar até aqui. Por se terem cruzado no meu caminho e terem feito de Coimbra, casa.

O meu mais profundo e verdadeiro Obrigada!

## **Índice**

Resumo .....	1
Abstract.....	2
Introdução .....	3
Objetivos e Hipóteses .....	11
Metodologia.....	12
Amostra.....	12
Instrumentos.....	13
Procedimentos.....	17
Resultados.....	21
Discussão .....	28
Limitações e Estudos Futuros .....	35
Conclusões .....	35
Referências .....	37
ANEXOS .....	47

## Resumo

O *stress* surge como um fator condicionante nas profissões assistencialistas. Dentro do conjunto destes profissionais, os Cuidadores do Acolhimento Residencial de jovens em risco, estão entre os que menos atenção têm recebido, por parte da literatura e da investigação. Apesar de já ter sido estudada a influência do *stress* nesta população, não existia nenhuma escala específica de avaliação do nível do *stress* para a mesma. O presente estudo teve como objetivo a validação e a investigação das propriedades psicométricas do Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR), de forma a discriminar as diferentes fontes de *stress* a que estes indivíduos estão sujeitos: Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Relações Profissionais, Ações de Formação e Problemas Familiares. A amostra do presente estudo foi constituída por 344 cuidadores do acolhimento residencial, com idades compreendidas entre os 20 e os 76 anos ( $M = 41,75$  anos;  $DP = 11,16$  anos), 305 do sexo feminino (88,9%) e 38 do sexo masculino (11,1%). Foi administrado um conjunto de questionários de autorresposta constituído pelo QeSPAR e por medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocompassiva, Atitude Autocrítica, e clima emocional. O QeSPAR revelou um bom ajustamento do modelo multidimensional proposto, com os itens agrupados em seis fatores. Este instrumento apresentou boas propriedades psicométricas (i.e., boa consistência interna e estabilidade teste-reteste adequada). Foram verificadas associações positivas com medidas de *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocrítica e clima emocional (afeto negativo associadas ao Sistema de Defesa-Ameaça). Por outro lado, os seus resultados encontram-se também negativamente associados com medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, Atitude Autocompassiva e clima emocional (afeto positivo associado aos sistemas de Tranquilização e de Procura). Foram ainda encontradas diferenças significativas em relação ao nível de *stress* percecionado entre equipas de trabalho dos cuidadores, nomeadamente, a equipa técnica e a equipa educativa. Este estudo permite a aplicação deste instrumento em investigações futuras e a avaliação dos níveis e fontes de *stress* neste grupo profissional, oferecendo indicações para a intervenção na qualidade de vida profissional destes cuidadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Stress*; Cuidadores; Acolhimento Residencial; Propriedades Psicométricas

## Abstract

Stress emerges as a conditioning factor in welfare professions. These workers are in constant contact with traumatic experiences lived by the individuals they assist. Among these professionals, the Caregivers of Home Care for young people at risk have been those who have received less attention in literature. Although the influence of stress on this population has already been studied, there was no specific scale that would allow the assessment of these caregivers' stress levels. The aim of this study was to validate and investigate the psychometric properties of the Stress Questionnaire for Residential Care Professionals (QeSPAR), in order to discriminate the different sources of stress to which these individuals are subordinated: Taking Care of Children and Young People, Excessive Work, Career and Remuneration, Professional Relationships, Training Activities and Family Problems. The sample of this study comprised 344 caregivers of residential care, with ages ranging from 20 and 76 years ( $M = 41.75$  years;  $SD = 11.16$  years), 305 females (88.9%) and 38 male (11.1%). A set of self-report questionnaires was administered, constituted by the QeSPAR, and measures of Satisfaction with Life, Compassion Satisfaction, Burnout, Secondary Traumatic Stress, Anxiety, Depression, Stress, Self-compassionate Attitude, Self-critical Attitude, and emotional climate. The QeSPAR revealed good adjustment for the proposed multidimensional model, with the items grouped into six factors. This instrument showed good psychometric properties (i.e., good internal consistency and adequate test-retest stability). Positive associations were verified with measures regarding of Burnout, Secondary Traumatic Stress, Anxiety, Depression, Stress, Self-critical Attitude and emotional climate (negative affect associated with the Threat System). Negative associations were verified with measures of Satisfaction with Life, Satisfaction with Compassion, Self-compassionate Attitude and emotional climate (positive affect associated with the Soothing and Drive Systems). Significant differences were also found concerning the stress levels perceived among caregivers' work teams, namely, the technical team and the educational team. This study allows the application of this instrument in future investigations, as well as providing clues for intervention aimed at improving the quality of professional life of these caregivers.

**KEYWORDS:** Stress; Caregivers; Residential Care; Psychometric Properties

## Introdução

O Acolhimento Residencial é a medida mais restritiva e gravosa prevista na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e contempla a separação da criança ou jovem da sua família (Decreto-Lei nº147/99 de 1 de setembro, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, versão atualizada Decreto-Lei n.º 26/2018, de 5 de julho). A institucionalização é aplicada quando a permanência na sua residência, com os seus familiares, acarreta um risco acrescido para a integridade física e psicológica da criança ou jovem (Fernandéz-Daza & Fernandéz-Parra, 2013; Ison & Morelato, 2008; Muñoz, et al., 2008). Tem como objetivos proteger e promover os direitos e o desenvolvimento saudável de crianças e jovens expostos a experiências potencialmente traumáticas, nomeadamente: modelos de conduta desviante, famílias disfuncionais, orfandade e situações de falta de proteção, abandono, abuso, pobreza, violência e negligência (Carvalho, 2013; Fernandéz-Daza & Fernandéz-Parra, 2013; Richardson & Lelliott, 2003). É ainda de salientar que muitos destes jovens apresentam problemas de diversa natureza, incluindo consumo de estupefacientes, deficiências físicas (Instituto da Segurança Social: ISS, 2020), psicopatologia internalizante (e.g., perturbações do humor e da ansiedade) e externalizante (e.g., perturbação de oposição e desafio, perturbação de comportamento) (Schmid et al., 2008), dificuldade em manter relações interpessoais afetivas (Gribble, 2007).

A institucionalização da criança ou jovem, implica a privação do seu meio familiar, o que reflete uma rutura nos vínculos pessoais e sociais estabelecidos. Torna-se fulcral que as instituições, ao substituírem temporariamente a família de origem, assumam o significado de família junto das crianças e jovens que acolhem (Alves, 2007; Carvalho, 2013), fornecendo-lhes suporte adequado, tendo em conta o seu desenvolvimento biopsicossocial e as suas necessidades individuais. Integrar crianças e jovens em cuidados residenciais representa um desafio importante marcado pela necessidade de adaptação a um novo contexto e de integração de experiências passadas emocionalmente adversas (Mota & Matos, 2015). O acolhimento deve ser temporário, focado no futuro da criança ou jovem, com o objetivo da sua (re)integração social e/ou familiar e autonomia futura (Carvalho, 2013).

As instituições de acolhimento residencial trabalham ativamente 24 horas por dia, sete dias por semana (Seti, 2008) e, por isso, os Cuidadores de Acolhimento Residencial (i.e., equipa técnica: psicólogo/a, assistente social, etc.; equipa educativa: auxiliar de ação



educativa; equipa de apoio: cozinheiro/a, auxiliar de serviços gerais, etc.) apresentam um papel fundamental na intervenção diária nestas instituições e na recuperação física e psicológica das crianças e dos jovens (Carvalho, 2013). Estes cuidadores representam figuras de referência para os jovens que residem nas instituições, constituindo uma importante fonte de apoio durante o período de transição dos mesmos (Costa et al., 2019; Mota et al., 2016; Pinchover et al., 2015; Seti, 2008), uma vez que os acompanham durante longos períodos de tempo (Barford & Whelton, 2010), e assumem responsabilidade direta pela sua educação e satisfação das necessidades diárias (Seti, 2008; Whittaker & Maluccio, 2002). Na intervenção diária em acolhimento residencial, os cuidadores são responsáveis por desenvolver as capacidades de socialização e autonomia dos jovens, oferecer aconselhamento individual ou em grupo, estabelecer contacto com serviços da comunidade, trabalhar em conjunto com os pais e as famílias, bem como, proporcionar um ambiente saudável e estável, preservador de conceitos como a disciplina, o ensino e o afeto (Krueger, 2007). De forma a assegurar a qualidade da resposta das instituições, torna-se fundamental que haja um plano sólido de formação que permita, aos cuidadores, avaliar e detetar precocemente as necessidades de intervenção dos jovens (Sainero et al., 2015). A cooperação entre os cuidadores e outros profissionais da área da saúde mental e social (e.g., psiquiatras, psicoterapeutas, assistentes sociais) é outro aspeto essencial para a reabilitação das crianças e jovens, possibilitando um cuidado contínuo e adequado às suas necessidades de intervenção (Schmid et al., 2008).

Os cuidadores de acolhimento residencial são considerados profissionais de serviço humano de linha da frente, e assumem um papel único no núcleo das profissões assistencialistas (Barford & Whelton, 2010). Tem sido dada maior relevância ao crescente impacto do trabalho na saúde física e mental destes profissionais. Problemas como a insatisfação e a baixa realização laboral, o desinteresse, a desmotivação, a exaustão emocional e física, podem levar a adversidades individuais e institucionais, nomeadamente a diminuição da qualidade dos serviços prestados (Lima et al., 2007; Pereira & Maria, 2002). A satisfação laboral, definida como um sentimento de realização ou prazer associado ao trabalho e a tudo o que ele engloba (i.e., condições de trabalho, supervisão e tomada de decisão) (Krueger, 1996), é um fator determinante na qualidade de uma organização e dos serviços que oferece (Bednar, 2003).

Nas profissões assistencialistas parecem existir diversas fontes de insatisfação e mal-estar laboral, destacando-se o *stress* laboral (Fogarty et al., 2000), que pode ser definido como uma resposta física e emocional negativa que ocorre quando os requisitos

laborais não correspondem às capacidades ou recursos que o indivíduo tem para lidar com eles (Del Valle et al., 2007). Quando um trabalhador não consegue tolerar mais a pressão laboral e começa a sentir-se sobrecarregado pelo *stress*, pode chegar a um ponto de rutura que culmina em *burnout*, o que pode alterar as suas atitudes e comportamentos (Decker et al., 2002; Levin & Decker, 2008). O *burnout* caracteriza-se por ser um estado de exaustão mental, física e emocional causado por *stress* excessivo e prolongado no trabalho, podendo englobar exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal (He et al., 2018; Leon et al., 2008; Maslach et al. 2001). A exaustão emocional implica a sensação de estar emocionalmente e psicologicamente sobrecarregado pelo trabalho. A despersonalização ocorre quando os trabalhadores se desligam do seu ambiente de trabalho e daqueles que precisam dos seus serviços. A falta de realização pessoal, por sua vez, é descrita como um sentimento de ineficácia, incompetência e falta de realização no local de trabalho (Barford & Whelton, 2010; Maslach et al. 2001). A literatura aponta que trabalhadores que, perante um ambiente de trabalho desafiante, relatam ter apoio adequado de colegas e supervisores, experienciam níveis mais baixos de *burnout* (Halbesleben, 2006). Em oposição, funcionários que não se consideram ouvidos nem valorizados, têm tendência a experienciar níveis mais elevados de *burnout* (Decker et al., 2002). Há ainda evidências que sugerem que trabalhadores frequentemente expostos a maiores desafios têm maior risco de sofrer de *stress*, *burnout* e problemas de saúde mental (Rose et al., 2004).

A experiência de *stress* laboral e *burnout* é comum nos profissionais assistencialistas que mantêm uma relação de cuidado constante e direto com outras pessoas. Por serem frequentemente expostos ao sofrimento e às experiências traumáticas vividas pelos jovens e por enfrentarem repetidamente interações difíceis e violações dos seus limites pessoais, os cuidadores de acolhimento residencial poderão desenvolver trauma secundário e sintomas de *stress* pós-traumático e de *burnout* (Giovannoni et al., 2015; Steinlin et al., 2017). O trabalho direto e constante com jovens em risco é exigente e complexo (Barford & Whelton, 2010) e estes trabalhadores enfrentam diariamente desafios e potenciais fontes de *stress*: as funções inerentes ao seu trabalho acumulam responsabilidades profissionais e de cuidado a crianças e jovens em situação vulnerável, as quais, muitas vezes, têm problemas de saúde mental (comportamentais, emocionais) associados. A deteção destes problemas e encaminhamento para tratamento está muito dependente destes trabalhadores, o que representa, para eles, uma dupla função: para além de responsáveis pela orientação diária dos jovens, ao estarem em contacto permanente

com os mesmos, são também quem deteta as suas maiores dificuldades e, conseqüentemente, quem os encaminha para ajuda especializada (Sainero et al., 2015). Estes jovens podem tornar-se verbalmente e fisicamente agressivos, envolver-se em comportamentos disruptivos ou resistir aos cuidados dos trabalhadores, o que torna o trabalho destes mais stressante e desafiador (Barford & Whelton, 2010). É também comum que os cuidadores tenham a seu encargo um número elevado de jovens, o que não permite uma atenção e um cuidado individualizado (Eapen, 2009; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Gribble 2007). Adicionalmente, outros fatores são apontados como potenciais condicionantes do bem-estar e do desempenho laboral destes cuidadores, nomeadamente: o horário de trabalho, muitas vezes excessivo e em funcionamento por turnos (incluindo turnos noturnos); a elevada burocracia; a falta de recursos; os salários baixos; a falta de suporte de colegas e superiores; a baixa formação e reconhecimento; a perceção de responsabilidade excessiva nas suas funções, bem como as repercussões dos erros neste contexto; e a elevada rotatividade de funcionários que, por si, gera instabilidade e falta de experiência dentro do corpo de trabalho (Barford & Whelton, 2010; Colton & Roberts, 2004; Decker et al., 2002; Del Valle et al., 2007; Levin & Decker, 2008; Pinchover et al., 2015). A discrepância entre o nível de trabalho dos cuidadores e a compensação recebida, tanto a nível monetário, como a nível de reconhecimento pelas instituições onde estão inseridos, parece representar um grande obstáculo para estes profissionais e foi apontado em vários trabalhos científicos como um ponto de intervenção e mudança futura (Barford & Whelton, 2010; Cavaliere 2004; Krueger 2002, 2007; Savicki 2002).

É comum existir um período de acomodação, durante os primeiros anos de serviço, em que o cuidador de acolhimento residencial é mais vulnerável a estas experiências potencializadoras de *stress*. Neste período dá-se a transição das expectativas idealizadas para a realidade quotidiana, onde muitas vezes os cuidadores se apercebem que as recompensas pessoais, profissionais e financeiras não são as que esperavam (Del Valle et al., 2007). Os efeitos negativos destes estados de *stress* podem ter impacto no próprio profissional, mas também em todos aqueles que constituem os seus alvos de intervenção. Estes podem ser observados ao nível da saúde física e mental do cuidador (e.g., ansiedade e depressão) (Maslach et al. 2001) e influenciar negativamente a sua qualidade de vida, a qualidade dos cuidados prestados, a capacidade de manter uma atitude positiva (Richter & Berger, 2009), ou o clima emocional vivido no local de trabalho (Pinchover et al., 2015). Em contexto de acolhimento residencial, as crianças e

jovens necessitam de relacionamentos contínuos e confiáveis e de interações afetuosas e agradáveis, o que para cuidadores que sofrem de sintomas de *stress* traumático e *burnout*, pode ser difícil de proporcionar (Steinlin et al., 2017). Deste modo, é fundamental que os cuidadores possuam as capacidades, o comprometimento e o conhecimento necessários para auxiliar os jovens vulneráveis, dependentes das suas funções (Mattingly, 1995).

A literatura comprovou que em instituições de acolhimento residencial onde o diretor é percebido como comprometido com as necessidades sociais dos trabalhadores e com os objetivos da instituição, os funcionários demonstram níveis mais elevados de confiança no diretor, na sua administração e nas suas decisões profissionais. Adicionalmente, também revelam níveis mais baixos de exaustão emocional e uma percepção do trabalho como mais satisfatório (Pinchover et al., 2015). A promoção de um ambiente de trabalho positivo, através de uma liderança positiva e do fornecimento de formação e supervisão adequadas não só aos funcionários, como também aos superiores, parece deste modo servir como um fator de proteção contra o *stress* e o *burnout* entre os cuidadores de acolhimento residencial de crianças e jovens (Del Valle et al., 2007; Pinchover et al., 2015). Outros fatores protetores podem ser ainda: as oportunidades de promoção, o aumento do conforto no local de trabalho, relacionamentos positivos com colegas, comunicação transparente, sentimento de confiança e justiça, entre outros (Boyas & Wind, 2010). Desta forma, diversos autores defendem que é importante investir em recursos que sustentem o bem-estar dos cuidadores, de forma a promover uma melhor qualidade dos seus serviços e maior estabilidade nas instituições (Steinlin et al., 2017).

De forma a proporcionar um espaço seguro para as crianças e jovens, os profissionais do acolhimento residencial também precisam de se sentir seguros (Steinlin et al., 2017). Torna-se então importante orientar estes trabalhadores para um melhor entendimento dos seus sintomas de *stress* e para a adoção de um comportamento de autocuidado incorporando, por exemplo, pausas no trabalho para as suas necessidades, capacidade de delegação responsabilidades quando possível, aprender a dizer que “não” (Steinlin et al., 2017). Neste sentido, alguns estudos sugerem que a autocompaixão – que implica a abertura do indivíduo ao próprio sofrimento e a experiência da sensação de calor e cuidado para consigo mesmo, numa atitude de compreensão sem julgamento (Lopes & Silva, 2020), – por ser uma estratégia de regulação emocional positiva, pode ser considerada um meio promissor na promoção do autocuidado, da satisfação com a vida e do bem-estar profissional e na resiliência ao *stress* entre profissionais de saúde, podendo também servir como um fator protetor nesta população (Lopes & Silva, 2020; Wise et al.,

2012). Pressupõe-se que cuidadores de acolhimento residencial de jovens em risco que possuam um senso de coerência mais forte e um maior autocuidado, tenham maior probabilidade de saber lidar de forma adaptativa com as exigências do seu trabalho e, por isso, de serem menos vulneráveis a sintomas de *stress* (Steinlin et al., 2017).

O *stress* é uma resposta transversal no funcionamento humano, podendo ser considerado como um fator de risco para o desajuste e para o surgimento de psicopatologia se este for muito intenso e prolongado e/ou se o indivíduo não possuir estratégias de regulação emocional adaptativas para lidar com ele (Thompson, 1994; Wang & Saudino, 2011). A regulação emocional assume assim um papel preponderante para lidar com o *stress* de forma adaptativa, já que se foca na mudança emocional interna, para que sejam atendidas as necessidades externas. Quando as pessoas se confrontam com experiências *stressantes*, a regulação emocional permite a avaliação das reações emocionais possíveis e existentes, e a determinação de quais serão as mais apropriadas para utilizar (Wang & Saudino, 2011).

Alguns estudos de neurociência emocional sugerem que, para regular estados emocionais como ansiedade, *stress*, tristeza, raiva ou mesmo felicidade, o ser humano pode recorrer a três sistemas de regulação emocional considerados interdependentes: sistema de defesa-ameaça, sistema de procura de recursos e sistema de tranquilização (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2010; Lopes & Silva, 2020). A função do sistema de defesa-ameaça é a de detetar ameaças de forma rápida e gerar automaticamente uma resposta emocional (sentimentos como ansiedade, raiva ou nojo), que alerte o corpo para agir contra essas ameaças (autoproteção) recorrendo a três possíveis respostas comportamentais: luta, fuga ou imobilização; o sistema de procura de recursos assume a função de procura de afeto positivo, de recursos e incentivos que garantam o alcance de bens, necessidades e objetivos, de forma a satisfazer o sentido de vitalidade e a experiência de emoções positivas como a alegria e o prazer; o sistema de tranquilização corresponde a um sistema de afiliação, de afeto positivo, que se associa à sensação de paz, bem-estar e não procura, não correspondendo apenas à ausência de ameaça ou baixa atividade, e que promove a tranquilização do indivíduo, bem como, a adoção de comportamentos prossociais (Gilbert, 2001; 2010). Os problemas de saúde mental surgem, muitas vezes, quando há um desequilíbrio do funcionamento dos sistemas de regulação do afeto, manifestado por uma sobreativação do sistema de ameaça e/ou de uma coligação deste sistema com o de procura de recursos, enquanto há um subdesenvolvimento ou uma subativação do sistema de tranquilização. Isto resulta numa

procura de estatuto e realização constantes, por parte do indivíduo, de forma a garantir segurança e a evitar a experiência de sentimentos negativos e/ou da rejeição do outro, ao mesmo tempo que se verifica a ausência de sentimentos positivos e apaziguadores deste afeto negativo (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005, Gilbert, 2010; Lopes & Silva, 2020).

Os comportamentos de autocuidado poderão estimular a ativação do sistema de tranquilização, e assim, acalmar a superexcitação, a ameaça e o *stress* do indivíduo (Gilbert, 2010). A investigação sugere que a oxitocina (neuro-hormona) parece desempenhar um papel importante no equilíbrio do sistema de tranquilização, já que promove o comportamento prossocial, a conexão social, a segurança, a confiança e o bem-estar (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Kirsch et al., 2005; Wang, 2005). Existem também evidências crescentes que esta neuro-hormona também tem impacto no processamento de ameaças, reduzindo a ativação da amígdala – envolvida em respostas emocionais como o medo, ansiedade e *stress* (Delgado, 2008; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2010; Heinrichs & Domes, 2008; Kirsch et al., 2005; MacDonald & MacDonald, 2010). Por outro lado, tanto a crítica proveniente de outros, como a autocrítica ligam-se à libertação de cortisol, indicador psicofisiológico associado à resposta de *stress* (Gilbert, 2010; Mason et al. 2001). Gilbert e colaboradores (2007) sugeriram que o autocrítico estimula continuamente o sistema de defesa-ameaça, causando prejuízo no afeto positivo.

Assim, a literatura tem vindo a realçar a maior atenção que deve ser dada à experiência de *stress* e *burnout* entre os cuidadores de acolhimento residencial, dado o seu grau elevado de trabalho emocional (Jeung et al., 2018). Nesta linha, importa conhecer melhor não só a prevalência e efeitos de *stress* e *burnout* nestes cuidadores, mas também a forma como se pode atuar para resolver e prevenir estes problemas (Gomes & Cruz, 2004). Têm sido propostos vários instrumentos de autorrelato para avaliar o impacto do *stress* na vida pessoal e profissional dos trabalhadores, nomeadamente, Escala de Qualidade de Vida Profissional (PRoQOL; Stamm, 2009; tradução e adaptação de Carvalho, 2011), A Shortened Stress Evaluation Tool (ASSET; Heitor Dos Santos et al., 2018) e a Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). A PRoQOL5 é uma escala adaptada para profissionais de saúde de cuidados paliativos que avalia a satisfação por compaixão, *burnout* e *stress* traumático secundário (Carvalho, 2011). A ASSET foi desenvolvida para avaliar fatores associados ao risco de *stress* em trabalhadores de organizações e que mede a perceção individual em relação ao *stress*, bem-estar e envolvimento no trabalho, tendo em consideração tanto as fontes de *stress*

laboral (i.e., relações profissionais, segurança no trabalho) como os efeitos do *stress* no trabalho (i.e., comprometimento com a organização, bem-estar psicológico) (Heitor Dos Santos et al., 2018). A PSS tem como objetivo a avaliação global do *stress* e permite determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores de *stress*, por serem imprevisíveis, incontroláveis ou excessivos (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010). Apesar da importância destas escalas e do seu valor enquanto medidas de *stress* profissional, estas são referentes a populações específicas ou abordam medidas globais do *stress*, o que condiciona a sua utilização na população de cuidadores do acolhimento residencial. As medidas globais de *stress* implicam o recurso a outros instrumentos sempre que é necessária maior especificidade na avaliação, nomeadamente, os contextos específicos da atividade laboral (Gomes & Teixeira, 2016).

Procurando ultrapassar esta limitação, uma vez que o *stress* profissional ocorre consoante o tipo de atividade laboral e os contextos particulares em que se desenvolve (Gomes & Teixeira, 2016), foi desenvolvido o Questionário de *Stress* para Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016) que permitiu avaliar o nível global de *stress* experienciado pelos profissionais de saúde da população portuguesa durante a sua atividade, bem como as potenciais fontes específicas de *stress* associadas à mesma. O QSPS apresentou uma estrutura multidimensional, com os itens agrupados em seis fatores, bem como, boas propriedades psicométricas, tendo sido utilizado em estudos sobre *stress* ocupacional em amostras de médicos, enfermeiros e psicólogos portugueses (Gomes et al., 2009; Gomes & Cruz, 2004). A última versão deste instrumento divide-se em duas partes: na primeira parte avalia-se o nível global de *stress* experimentado no decorrer da atividade profissional, através de um único item; a segunda parte avalia as potenciais fontes de *stress* a que estes profissionais estão sujeitos, através de 25 itens agrupados por seis subescalas: Cuidar de Crianças e Jovens, Relações Profissionais, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Ações de Formação e Problemas Familiares. Esta versão manteve, por isso, a estrutura multidimensional, revelando um ajustamento do modelo aceitável na Análise Fatorial Confirmatória e uma consistência interna aceitável para todas as dimensões (*composite reliability* (CR) > .70) (Gomes & Teixeira, 2016).

Em relação à avaliação do *stress* em profissionais de acolhimento residencial, até ao momento, não existe nenhum instrumento desenhado especificamente para esta população. No entanto, tendo em conta a pertinência e as qualidades psicométricas do QSPS e a similaridade entre as fontes de *stress* usualmente experienciadas por

profissionais de saúde e por cuidadores de acolhimento residencial, considerou-se pertinente, como objetivo deste trabalho, a adaptação e validação do QSPS (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016) para esta população. Em relação às fontes de *stress* avaliadas no QSPS, estas vão de encontro às fontes de *stress* referenciadas na literatura como as mais comumente experienciadas pelos cuidadores de acolhimento residencial nomeadamente: “Cuidar de Crianças e Jovens” (trabalho direto com jovens em risco); “Relações Profissionais” (relação com colegas e superiores), “Excesso de Trabalho” (horário de trabalho), “Carreira e Remuneração” (salário recursos, reconhecimento profissional e progressão na carreira); “Ações de Formação” (formação e perceção de responsabilidade nas suas funções); e “Problemas Familiares” (potencialmente decorrentes do condicionamento do seu bem-estar) (Barford & Whelton, 2010; Colton & Roberts, 2004; Decker et al., 2002; Del Valle et al., 2007; Eapen, 2009; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016; Gribble 2007; Levin & Decker, 2008; Pinchover et al., 2015). Com a adaptação do QSPS para os cuidadores de jovens no acolhimento residencial, pretende-se desenvolver o Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR), o qual poderá ser útil para avaliar, de forma precisa e empiricamente validada, o *stress* nestes profissionais e obter informação mais detalhada e fidedigna das potenciais fontes de *stress* desta população. A validação deste instrumento permitirá também que o mesmo fique disponível para investigações futuras e para fornecer pistas para a intervenção na qualidade de vida profissional destes cuidadores.

## **Objetivos e Hipóteses**

### **Objetivos**

A presente investigação tem como objetivo principal a adaptação e validação do Questionário de *Stress* para Profissionais de Saúde (QSPS) para Cuidadores de Acolhimento Residencial de jovens em risco, dando assim origem ao Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR).

A fim de avaliar as propriedades psicométricas da escala, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: 1) testar a dimensionalidade da escala; 2) avaliar a sua precisão através da consistência interna; 3) testar a validade de construto em relação a variáveis externas relevantes; 4) avaliar a estabilidade temporal da medida.

Para o teste da validade de construto, foram consideradas como variáveis externas



relevantes: medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocompassiva, Atitude Autocrítica, clima emocional associado ao Sistema de Defesa-Ameaça, de Tranquilização e de Procura.

## Hipóteses

Hipotetiza-se que o QeSPAR apresente uma estrutura multidimensional, com os itens agrupados em seis fatores: Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Relações Profissionais, Ações de Formação e Problemas Familiares (H1). É ainda sugerido que o instrumento apresente indicadores adequados de consistência interna (H2). Espera-se que sejam confirmadas correlações positivas entre as medidas de *stress* do QeSPAR e medidas de *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocrítica e Clima Emocional associado ao Sistema de Defesa-Ameaça. Por outro lado, são esperadas correlações negativas entre as medidas de *stress* do QeSPAR e medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, Atitude Autocompassiva e clima emocional associado ao Sistema de Tranquilização e Sistema de Procura (H3). Por fim, é esperado que o QeSPAR apresente boa estabilidade temporal (H4).

## Metodologia

### Amostra

Para o presente estudo foi recolhida uma amostra de cuidadores profissionais de casas de acolhimento residencial, seguindo o critério de 10 sujeitos por parâmetro a estimar (Nunnally, 1978). A amostra é composta por 344 participantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 76 anos ( $M = 41,75$  anos;  $DP = 11,16$  anos), 305 (88,9%) do sexo feminino e 38 (11,1%) do sexo masculino.

No que diz respeito ao estado civil, 115 (33,6%) participantes reportaram ser solteiros, 189 (55,3%) casados, 34 (9,9%) divorciados e 4 (1,2%) viúvos.

Relativamente às habilitações académicas, nove (2,6%) participantes frequentaram o 4º ano, 11 (3,2%) o 6º ano, 55 (16,1%) o 9º ano, 86 (25,2%) o 12º ano, 125 (36,7%) terminaram a Licenciatura e 55 (16,1%) concluíram o Mestrado.

No que concerne à profissão exercida na casa de acolhimento, 157 (46,5%) participantes exercem a função de auxiliares de ação educativa, 49 (14,5%) educadores

sociais, 40 (11,8%) psicólogos, 26 (7,7%) assistentes sociais, 24 (7,1%) auxiliares de serviços gerais e 22 (6,5%) diretores técnicos. Os restantes 27 (5,9%) participantes integram outras profissões de apoio (e.g., cozinheiro/a, costureira). Dos 344 participantes, 114 (33,6%) inserem-se na equipa técnica, 196 (57,6%) na equipa educativa, 34 (8,8%) na equipa de apoio.

No que diz respeito ao tempo total de atividade em contexto de acolhimento residencial, este varia entre o período de menos de um ano a 45 anos ( $M = 10,24$ ;  $DP = 8,75$ ). Dos 344 participantes, 186 (54,5%) trabalham por turnos, sendo que a duração desta modalidade de trabalho varia entre menos de um ano a 32 anos ( $M = 8,23$ ;  $DP = 7,46$ ).

Do total de participantes, 79 (23%) alegaram receber ou já ter recebido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 44 (12,8%) dos quais, por questões pessoais, 7 (2%) por questões profissionais, 25 (7,3%) por ambas e 3 (0,9%) por outros motivos. Dos participantes que recebem ou receberam este tipo de acompanhamento, 30 (10,1%) alegaram tomar medicação e 24 (8,1%) alegaram não tomar de momento, mas já terem tomado no passado.

A partir da amostra principal foi constituída uma subamostra de 76 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos ( $M = 43,69$  anos,  $DP = 10,18$  anos), sendo 64 (84,2%) do sexo feminino e 12 (15,8%) do sexo masculino, a quem foi administrado novamente o QeSPAR, aproximadamente um mês e meio após o primeiro momento de avaliação. Foram consideradas as respostas dos participantes de 11 casas de acolhimento, que cumpriram o limite temporal estabelecido no estudo.

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico***

Foi construído um questionário sociodemográfico para o efeito, abrangendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, zona geográfica, habilitações académicas, situação profissional, número de anos de trabalho, se tem ou teve acompanhamento psicológico e se tomou ou toma psicofármacos.

***Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR)*** (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016, adaptado por Santos et al., 2021)

Este instrumento de autorrelato foi desenvolvido a partir do QSPS, tendo sido adaptado para a população específica de cuidadores profissionais de acolhimento residencial (cf. Procedimentos). Tem como objetivo avaliar as potenciais fontes de *stress* desta população.

A escala é constituída por duas partes. Na primeira, é pedida a avaliação do nível global de *stress* que os cuidadores experienciam durante a sua atividade, através de um único item (“Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...”). A segunda parte inclui 25 itens referentes às potenciais fontes de *stress* associadas à atividade profissional, distribuídos por seis subescalas: Cuidar de Crianças e Jovens (e.g., “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para as crianças e jovens”); Excesso de Trabalho (e.g., “Trabalhar muitas horas seguidas”); Carreira e Remuneração (e.g., “Falta de possibilidades de progressão na carreira”); Relações Profissionais (e.g., “Os conflitos interpessoais com outros colegas”); Ações de Formação (e.g., “Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho”) e Problemas Familiares (e.g., “Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas [ex: conjugue, filhos, amigos]”). Todos os itens, quer da primeira parte, como da segunda, são respondidos numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = Nenhum *stress* a 4 = Elevado *stress*).

Dado que o presente trabalho visa a validação do QeSPAR, os dados psicométricos do instrumento encontram-se descritos na secção dos resultados.

***Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)*** (Diener et. al., 1985, traduzido e adaptado por Simões, 1992)

A SWLS é uma escala de autorrelato, unidimensional, composta por cinco itens, que pretende avaliar o nível de satisfação com a vida (e.g., “As condições da minha vida são excelentes”). Para cada item deve ser indicado o nível de concordância ou discordância, consoante quanto se aplica ao seu caso pessoal, segundo uma escala de tipo *Likert* de sete pontos (1=discordo totalmente a 7=concordo totalmente). A versão original apresentou uma boa consistência interna de .87 (Diener et. al., 1985) e a versão portuguesa de .77, revelando-se aceitável (Simões, 1992). No presente estudo, a escala apresentou um bom nível de consistência interna de ( $\alpha = .86$ ).

***Escala de Qualidade de Vida Profissional - versão 5 (PROQOL)*** (Stamm, 2009, traduzido e adaptado por Carvalho, 2011)

Este instrumento de autorrelato é composto por 30 itens divididos em três subescalas, com 10 itens cada: Satisfação por Compaixão (e.g., “Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros”), *Burnout* (e.g., “Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a)”) e *Stress* Traumático Secundário (e.g., “Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores”). Cada item deve ser respondido numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1=Nunca a 5=Muito Frequentemente), consoante a frequência com que experienciou cada afirmação nos últimos 30 dias. A versão original revelou níveis de consistência interna que variaram entre o bom e o aceitável, tendo sido o alfa de *Cronbach* de .88, .75 e .81 para as subescalas Satisfação por Compaixão, *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário, respetivamente (Stamm, 2009). Na versão portuguesa o alfa foi de .86, .71 e .83 para as subescalas Satisfação por Compaixão, *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário respetivamente, tendo revelado uma consistência interna variável entre o bom e o aceitável, tal como na versão original (Carvalho, 2011). No presente estudo, a consistência interna também variou entre boa e aceitável, representada pelos alfas de .85 (subescala de Satisfação por Compaixão), .65 (subescala de *Burnout*) e .69 (subescala de *Stress* Traumático Secundário).

***Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS21)*** (Lovibond & Lovibond, 1995, traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro et al., 2004)

A EADS-21 é uma escala de autorresposta, constituída por 21 itens e tem em vista a avaliação de três dimensões de sintomas psicológicos: Depressão (e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”), Ansiedade (e.g., “Senti dificuldade em respirar”) e *Stress* (e.g., “Dei por mim a ficar agitado”). Cada dimensão é constituída por sete itens que devem ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos (0= “não se aplicou nada a mim” a 3= “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), tendo em conta o quanto a pessoa experienciou esse sintoma ao longo da última semana. O estudo original demonstrou consistência interna classificada entre boa e excelente para as subescalas depressão, ansiedade e *stress* (.91, .84 e .90, respetivamente; Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa a consistência interna classificou-se como boa e aceitável, revelando um alfa de *Cronbach* de .85, .74 e .81 para as subescalas Depressão, Ansiedade e *Stress*, respetivamente (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, foram obtidos alfas de .86 (subescala de depressão), .83 (subescala de ansiedade) e .87 (subescala de *stress*), o que

representa uma boa consistência interna.

***Escala de Autocompaixão (SELFCS)*** (Neff, 2003, traduzido e adaptado por Castilho & Pinto Gouveia, 2011)

Este instrumento de autorresposta é composto por 26 itens distribuídos por seis subescalas: Auto-bondade (e.g., “Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto”), Autocrítica (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), Humanidade Comum (e.g., “Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu”), Isolamento (e.g., “Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu”), *Mindfulness* (e.g., “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura”) e Sobre-identificação (e.g., “Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação”). Para cada uma das afirmações, os indivíduos deverão responder consoante a frequência com que se comportam usualmente, segundo uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 = Quase nunca a 5 = Quase sempre). A versão original obteve, para o total da escala, uma excelente consistência interna de .92 (Neff, 2003) e uma correlação teste-reteste de .93 que se classificou como excelente. A versão portuguesa obteve uma consistência interna de .89, classificando-se como boa e uma correlação teste-reteste de .78, classificando-se como aceitável (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Costa et al (2016) testaram a estrutura fatorial da escala, utilizando apenas dois fatores: Atitude Autocompassiva e Atitude Autocrítica, encontrando excelente consistência interna para o primeiro ( $\alpha = .91$ ) e uma boa consistência interna para o segundo ( $\alpha = .89$ ). No presente estudo também foram usados apenas os dois fatores de Atitude Autocompassiva e Atitude Autocrítica, que obtiveram um alfa de *Cronbach* de .86 e .90, respetivamente, revelando uma consistência interna boa e excelente, respetivamente.

***Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho (EACELT)*** (Albuquerque et al., 2018)

A EACELT é uma escala de autorrelato que está dividida em duas partes, cada uma com 15 itens. A primeira parte avalia as emoções e sentimentos experienciados no local de trabalho (e.g., “No local onde eu trabalho ou estudo sinto-me...”) relativos a cada um dos sistemas de regulação do afeto: Defesa-Ameaça (e.g., ansioso/a); Procura (e.g.,

ativo/a) e Tranquilização (e.g., calmo/a). A segunda parte foca-se nas motivações que levaram o trabalhador a comportar-se de certa forma (e.g., “No local onde trabalho ou estudo sinto que quero/que preciso de/que desejo...”), de acordo com cada um dos sistemas de regulação do afeto: Defesa Ameaça (e.g., fugir); Procura (e.g., cumprir metas) e Tranquilização (e.g., abrandar). Todos os itens reportam-se às últimas duas semanas e devem ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (0=Nunca; 4=Sempre). A consistência interna variou entre aceitável e boa em ambas as partes, revelando um alfa de *Cronbach* de .75 (Sistema de Defesa-Ameaça), .86 (Sistema de Procura) e .83 (Sistema de Tranquilização) para a primeira parte, e de .82 (Sistema de Defesa-Ameaça), .78 (Sistema de Procura) e .64 (Sistema de Tranquilização) para a segunda parte (Albuquerque et al., 2018). Para o propósito do presente estudo, apenas foi utilizada a primeira parte da escala que obteve uma consistência interna de .76 (Sistema de Defesa-Ameaça), .79 (Sistema de Procura) e .78 (Sistema de Tranquilização), valores que podem ser considerados aceitáveis.

## **Procedimentos**

### **Adaptação da Escala**

Foi solicitada autorização aos autores da escala QSPS (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016) para a adaptação e validação da mesma para cuidadores de acolhimento residencial.

De forma a adaptar o QSPS aos Cuidadores de Acolhimento Residencial, foi alterada a expressão “clientes” por “crianças e jovens” nos itens 1 (“Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para as crianças e jovens.”), 8 (“Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que as crianças e jovens esperam de mim.”), 14 (“Gerir problemas graves das crianças e jovens.”) e 20 (“Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas das crianças e jovens.”). Da mesma forma, foi alterado o nome do primeiro fator da escala que deixou de ser denominado de “Lidar com Clientes” para passar a ser “Cuidar de Crianças e Jovens”. Não houve necessidade de alterar outros itens, pelo que toda a restante escala manteve exatamente a mesma formulação dos itens originais.

## **Recolha de Dados**

Este estudo integra-se no projeto de doutoramento “Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017) financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), previamente aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC), de forma que fossem garantidos todos os pressupostos éticos. Foram ainda obtidas as autorizações dos autores dos instrumentos utilizados neste estudo.

Foram contactadas 71 Casas de Acolhimento Residencial de 14 distritos de Norte a Sul de Portugal Continental, abrangendo localidades rurais e urbanas, entre março de 2019 e maio de 2021. Foi apresentada a natureza, os objetivos e os procedimentos do estudo ao respetivo Diretor/a Técnico/a. Dessas 71 casas, 43 aceitaram colaborar neste estudo, sendo que apenas 40 devolveram os protocolos de investigação preenchidos, em que 23 corresponderam a casas mistas e 17 a casas segregadas por género. Os cuidadores dessas casas foram contactados a fim de auscultar a sua disponibilidade para colaborar voluntariamente no estudo. Foram incluídos todos os colaboradores que trabalham diretamente com crianças e jovens em casas de acolhimento residencial (i.e., equipas técnicas, equipas educativas, equipas de apoio). Os pressupostos éticos e deontológicos foram assegurados, bem como a confidencialidade e anonimato dos dados. O protocolo de investigação fez-se acompanhar por um documento de consentimento informado que indicava a natureza, objetivos e procedimentos do estudo. Devido à pandemia, o preenchimento dos questionários foi feito, sem a presença da investigadora, tendo sido entregues presencialmente ou enviados por correio, conforme a vontade expressa pelo/a Diretor/a Técnico/a de cada Casa de Acolhimento Residencial. Para avaliar a estabilidade temporal, 111 cuidadores foram convidados a preencher o Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial, aproximadamente um mês e meio após o preenchimento do protocolo de avaliação inicial, sendo que apenas 76 devolveram o questionário preenchido. Foram consideradas as respostas dos participantes de 11 casas de acolhimento, que cumpriram o limite temporal estabelecido no estudo.

## Estratégia Analítica

A análise estatística foi realizada através dos *softwares Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics*, versão 25) e MPLUS v.8.3 (Muthén & Muthén, 2019). O Mplus foi utilizado para testar a dimensionalidade da escala e o SPSS foi utilizado para a realização de análises preliminares e das estatísticas descritivas, para testar a normalidade dos dados, para a análise da consistência interna, para a análise de correlações com variáveis externas e para a análise da estabilidade teste-reteste.

Inicialmente foram realizadas análises preliminares onde foi analisada a distribuição dos valores dos *missings*, eliminando-se os participantes com taxa de não resposta à escala superior a 20% (Peng et al., 2006). Recorreu-se ao *Little's MCAR*, de forma a analisar a aleatorização dos *missings*, considerando-se que quando não são significativos ( $p > .05$ ), são aleatórios (Little, 1988). De seguida, foram verificados os *outliers* multivariados através do teste de *Mahalanobis* (Tabachnick & Fidell 2013). No QeSPAR, os *missings* foram substituídos pelo valor 999 no SPSS sendo, posteriormente, dado esse comando ao MPLUS.

Numa segunda fase, foram realizadas análises de estatísticas descritivas, de forma a obter medidas de tendência central e de dispersão, bem como, a variação das pontuações através da identificação dos valores mínimos e máximos.

De forma a analisar a normalidade das variáveis em estudo, foi testada a normalidade univariada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, em que, segundo o critério de referência, uma distribuição é considerada normal quando  $p > .05$ . Foi também testada a normalidade multivariada, através do teste de *Mardia* (Korkmaz, et al., 2014).

Para a análise da dimensionalidade da escala foi efetuada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o objetivo de verificar se os dados obtidos suportavam o modelo teórico proposto que indicava uma estrutura multidimensional, com os itens agrupados em seis fatores: Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Relações Profissionais, Ações de Formação e Problemas Familiares (Gomes & Teixeira, 2016). Uma vez que os dados não seguiram uma distribuição normal (*cf.* resultados), foi utilizado o estimador *Weighted Least Squares Means and Variance adjusted* (WLSMV) para a realização da AFC. Para testar o ajustamento do modelo de medida, foram tidos em conta os seguintes índices de ajustamento: *Chi-Square* ( $\chi^2/df$ ) e os seus graus de liberdade (df); *Comparative Fit Index* (CFI); *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA); *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Foram utilizados os seguintes critérios de referência para bons níveis de ajustamento: valores de



CFI iguais ou superiores a .92, combinado com valores de SRMR iguais ou inferiores a .08 ou com valores de RMSEA iguais ou inferiores a .70 (Hair et al., 2009). Para avaliar a qualidade dos itens da escala, foram analisados os *loadings* nos respetivos fatores. Consideraram-se aceitáveis os *loadings* com valores iguais ou superiores a .50 (Hair, et al., 2009).

Para a análise da consistência interna de todos os instrumentos que compõem o estudo, bem como, as respetivas subescalas, foi calculado o coeficiente do alfa de *Cronbach*. De um modo geral, para que um instrumento seja considerado detentor de uma fiabilidade apropriada, consideram-se os valores de alfa iguais ou superiores a .70 (Pallant, 2011). No entanto, em investigações no campo das ciências sociais, um alfa de *Cronbach* igual ou superior a .60 poderá ser considerado aceitável (DeVellis, 1991), devendo interpretar-se os resultados com precaução. Valores de referência iguais ou superiores a .80 são considerados bons e resultados iguais ou superiores a .90 são considerados excelentes (George & Mallery, 2003).

De forma a analisar a validade de construto entre as variáveis do QeSPAR e variáveis externas relevantes, foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Este coeficiente de correlação foi também utilizado para a análise da estabilidade temporal, onde foram comparados os resultados entre o primeiro momento de preenchimento e o segundo, preenchido aproximadamente um mês e meio depois. Para a realização desta análise foi ainda analisada a distribuição dos valores dos *missings*, onde se comprovou a inexistência dos mesmos para o segundo momento de preenchimento. De acordo com as normas de Pestana e Gageiro (2005), valores de correlação inferiores a .20 são classificados como muito baixos, entre .21 e .39 são consideradas correlações baixas, de .40 a .69 são classificadas como correlações moderadas, entre .70 e .89 são consideradas correlações elevadas e, por fim, valores de correlação superiores a .90 são considerados muito elevados.

Por fim, como estudo complementar, de forma a explorar a existência de diferenças significativas em relação ao nível de *stress* percecionado entre as equipas de trabalho dos cuidadores (i.e., equipa técnica e equipa educativa) que participaram no estudo, foi realizado o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*. Foi calculado o tamanho do efeito, para o qual foi considerada a classificação de Cohen (1988). Este considera valores superiores a .1 e inferiores a .3 como um tamanho do efeito pequeno, valores superiores a .3 e inferiores a .5 como um tamanho do efeito médio e valores superiores a .5 como um tamanho do efeito grande.

## Resultados

### Análise Preliminar dos Dados

Inicialmente foram realizadas análises preliminares, onde foram excluídos no total, 30 participantes. Através da análise da distribuição dos valores dos *missings*, foi possível identificar 14 participantes com mais de 20% de itens do QeSPAR não respondidos (Peng et al., 2006). No que diz respeito à análise dos itens da escala, verificou-se que não houve mais 5% de não resposta em nenhum. Através do teste *Little's MCAR*, foi possível identificar que os *missings* são aleatórios, à exceção dos correspondentes à subescala Ações de Formação do QeSPAR, que apresentou uma significância de .002 (Little, 1988). No seguimento da realização do teste de *Mahalanobis*, foram detetados *outliers* multivariados, o que ditou a exclusão de nove sujeitos (Tabachnick & Fidell, 2013). Foram ainda eliminados sete sujeitos por motivos de aleatorização nas respostas e por não resposta ao questionário sociodemográfico. Foram, assim, excluídos 30 (8%) participantes da amostra de um total de 374 participantes iniciais.

Foi testada a normalidade univariada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $K-S=.066$ ,  $p=.002$ ) e a normalidade multivariada através do teste de *Mardia* [ $Mardia'\chi^2$  assimetria = 4017.64,  $p<.001$ ;  $Mardia'\chi^2$  curtose = 14.05,  $p<.001$ ]. Os resultados obtidos indicam que os dados não seguem uma distribuição normal. Desta forma, foi utilizado o estimador *Weighted Least Squares Means and Variance adjusted* (WLSMV) para realização da AFC.

### Análise Fatorial Confirmatória

A análise de dados iniciou-se com a realização de uma AFC do Modelo I, correspondente ao modelo da escala original, que assume uma estrutura multidimensional com os itens agrupados em seis fatores: Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Relações Profissionais, Ações de Formação e Problemas Familiares (Gomes & Teixeira, 2016). Os índices de ajustamento apresentados confirmaram a existência de um bom ajustamento do modelo, segundo os critérios de referência de Hair et al. (2009). Com a análise dos *loadings* dos itens, foi possível confirmar que todos apresentaram valores superiores a .50, o que indicou a qualidade dos itens da escala (Hair et al., 2009).

Tal como no estudo original (Gomes & Teixeira, 2016), foi ainda testado o modelo

unidimensional (Modelo II) para esta amostra, o qual obteve indicadores de ajustamento abaixo do aceitável.

**Tabela 1.** Índices de Ajustamento do Modelo de Medida testados para a *Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial*

	$\chi^2$	Df	RMSEA	CI for RMSEA	SRMR	CFI
Modelo I	945.585	260	.088	.082; .094	.055	.940
Modelo II	3005.903	275	.170	.164; .175	.116	.760

*Nota.*  $X^2$  = Chi-Square; *df* = degrees of freedom; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.  $p < .001$

### Propriedades Psicométricas

As propriedades psicométricas dos itens que constituem cada fator da QeSPAR, são apresentadas na Tabela 2, nomeadamente, os valores das *loadings* de cada item, a correlação corrigida entre o item e o total do instrumento, o valor do alfa caso o item fosse excluído, bem como os valores da média e desvio-padrão dos itens.

A primeira parte do instrumento é composta por um único item (“Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...”) respondido numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = Nenhum *stress* a 4 = Elevado *stress*). É um item avaliativo da experiência global de *stress* de cada indivíduo e, por isso, não se encontra inserido em nenhuma das subescalas do QeSPAR, não tendo sido incluído no modelo de medida testado na AFC.

Os coeficientes de alfa de *Cronbach* encontrados para cada fator variam entre .80 (Ações de Formação) e .88 (Carreira e Remuneração). Os valores de correlação entre o item e o total do fator variam entre .790 (item 23, fator Carreira e Remuneração) e .507 (item 19, fator Problemas Familiares), classificando-se como moderados. Todos os itens da escala apresentam *loadings* significativos ( $p < .001$ ), com valores superiores ao valor de referência (.05), que variam entre .646 (item 19, fator Problemas Familiares) e .944 (item 23, fator Carreira e Remuneração).

**Tabela 2.** *Características Psicométricas dos Itens da Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial*

Itens	M	DP	r	$\lambda$	$\alpha^*$
Parte 1.					
Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...	2.28	.766			
Parte 2.					
F1 Cuidar de Crianças e Jovens ( $\alpha = .83$ )	9.56	3.28			
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências...	2.66	1.01	.611	.732	.805
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder...	2.11	1.03	.703	.825	.763
14. Gerir problemas graves...	2.41	.97	.692	.803	.770
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas...	2.37	1.02	.623	.754	.800
F2 Excesso de Trabalho ( $\alpha = .81$ )	7.97	3.52			
4. Trabalhar muitas horas seguidas	2.09	1.13	.555	.760	.801
12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	1.59	1.12	.601	.716	.779
16. Falta de tempo para realizar adequadamente...	2.09	1.06	.610	.788	.775
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	2.21	1.08	.769	.862	.698
F3 Carreira e Remuneração ( $\alpha = .88$ )	9.99	4.60			
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento...	1.94	1.10	.699	.869	.858
10. Falta de possibilidades de progressão...	1.87	1.21	.718	.914	.854
13. Receber um salário baixo	2.21	1.05	.760	.909	.844
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	1.74	1.10	.608	.725	.878
23. Salário inadequado/insuficiente	2.22	1.13	.790	.944	.836
F4 Relações Profissionais ( $\alpha = .86$ )	9.53	4.57			
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos”...	2.10	1.19	.634	.752	.839
7. A falta de encorajamento e apoio...	1.75	1.78	.646	.855	.836
9. O ambiente e “clima” existentes...	1.85	1.12	.675	.739	.828
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	1.74	1.09	.700	.796	.823
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas...	2.08	1.15	.718	.802	.817
F5 Ações de Formação ( $\alpha = .80$ )	4.92	3.07			
6. Falar ou fazer apresentações em público	2.01	1.27	.566	.677	.820
18. Preparar ações de formação para realizar...	1.32	1.14	.682	.877	.699
24. Realizar atividades de formação...	1.59	1.22	.707	.848	.667
F6 Problemas Familiares ( $\alpha = .81$ )	5.66	3.70			
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares...	1.57	1.18	.654	.859	.751
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal...	1.21	1.16	.701	.797	.728
19. A falta de apoio social e emocional...	.99	1.04	.507	.646	.816

<b>Itens</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>r</b>	<b><math>\lambda</math></b>	<b><math>\alpha^*</math></b>
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas...	1.89	1.25	.663	.778	.747

*Nota.* M = média; DP = desvio padrão; r = correlação item-total do fator;  $\lambda$  = loadings dos itens;  $\alpha$  = coeficiente de Cronbach;  $\alpha^*$  = valor do coeficiente de Cronbach caso o item fosse excluído.  $p < .001$ .

### **Validade de Construto entre o Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial e Outras Variáveis Externas**

Para analisar a validade de construto em relação a variáveis externas, utilizaram-se as correlações de *Spearman*. Foram encontradas correlações positivas e significativas entre as dimensões do QeSPAR e medidas de *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocrítica e clima emocional associado ao sistema de Defesa-Ameaça. Especificamente, as correlações entre as medidas de *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário com as subescalas Excesso de Trabalho e Relações Profissionais do QeSPAR, bem como, entre as medidas do Sistema Defesa-Ameaça com as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Relações Profissionais e Problemas Familiares foram consideradas positivas moderadas. As restantes classificaram-se como positivas baixas ou muito baixas.

Por outro lado, foram encontradas correlações negativas e significativas entre as dimensões da QeSPAR e medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, Atitude Autocompassiva e clima emocional associado ao Sistema de Procura e ao Sistema de Tranquilização. Especificamente, as correlações entre a medida do Sistema de Tranquilização com as subescalas Excesso de Trabalho e Relações Profissionais foram classificadas como moderadas, ao passo que as restantes se consideraram baixas ou muito baixas. As correlações entre a medida de Satisfação por Compaixão com as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens e Ações de Formação, bem como a correlação entre a medida de Atitude Autocompassiva com a subescala Cuidar de Crianças e Jovens, embora que negativas, não foram significativas.

Foram ainda encontradas correlações positivas e significativas entre o nível de *stress* geral (primeira parte do QeSPAR) e os fatores que compõem a segunda parte do instrumento. Estas classificaram-se como moderadas com as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho e Relações Profissionais, e como baixas com as subescalas Carreira e Remuneração, Ações de Formação e Problemas Familiares.

Também foram encontradas correlações positivas significativas entre as próprias

subescalas do QeSPAR. Estas classificaram-se como moderadas, à exceção das correlações entre as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens e Carreira e Remuneração, bem como, entre as subescalas Carreira e Remuneração e Ações de Formação, que se classificaram como baixas.

**Tabela 3.** *Correlações entre Validade de Construto entre as Variáveis do Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial e entre Outras Variáveis Externas Relevantes*

Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR)						
	Cuidar de Crianças e Jovens	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Relações Profissionais	Ações de Formação	Problemas Familiares
Parte 1 – Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...	.513**	.515**	.262**	.516**	.262**	.378**
QeSPAR						
Cuidar de Crianças e Jovens	-	-	-	-	-	-
Excesso de Trabalho	.558**	-	-	-	-	-
Carreira e Remuneração	.342**	.517**	-	-	-	-
Relações Profissionais	.627**	.631**	.512**	-	-	-
Ações de Formação	.445**	.437**	.355**	.408**	-	-
Problemas Familiares	.498**	.657**	.572**	.533**	.454**	-
Satisfação com a Vida	-.149**	-.131*	-.299**	-.174**	-.138*	-.279**
PROQOL						
Satisfação por Compaixão	-.084	-.174**	-.193**	-.240**	-.087	-.199**
<i>Burnout</i>	.310**	.493**	.354**	.497**	.265**	.381**
<i>Stress Traumático Secundário</i>	.380**	.438**	.298**	.496**	.366**	.400**

	Cuidar de Crianças e Jovens	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Relações Profissionais	Ações de Formação	Problemas Familiares
<b>EADS-21</b>						
Depressão	.190**	.181**	.246**	.299**	.156**	.267**
Ansiedade	.216**	.249**	.257**	.311**	.169**	.287**
<i>Stress</i>	.261**	.294**	.265**	.311**	.179**	.263**
<b>SELFCS</b>						
Atitude Autocompassiva	-.067	-.129*	-.241**	-.177**	-.185**	-.140*
Atitude Autocrítica	.348**	.265**	.292**	.343**	.306**	.330**
<b>EACELT</b>						
Sistema de Defesa-Ameaça	.409**	.495**	.348**	.539**	.395**	.408**
Sistema de Procura	-.129*	-.251**	-.208**	-.306**	-.157**	-.232**
Sistema de Tranquilização	-.271**	-.407**	-.366**	-.495**	-.230**	-.320**

*Nota.* PROQOL= Escala de Qualidade de Vida Profissional; EADS-21= Escala de Ansiedade Depressão e *Stress*; SELFCS= Escala de Autocompaixão; EACELT= Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho

\*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$

### Estabilidade Teste-Reteste

Para o estudo da fidelidade teste-reteste foi utilizada uma subamostra de 76 participantes, que respondeu novamente à QeSPAR num segundo momento, aproximadamente um mês e meio depois do primeiro preenchimento. As análises das correlações entre o tempo 1 e o tempo 2, permitiram encontrar correlações positivas e significativas ( $p < .001$ ), classificando-se como moderadas e elevadas nas diferentes dimensões do instrumento, variando entre .562 (Ações de Formação) e .817 (Relações Profissionais). É possível concluir que a QeSPAR revela uma estabilidade temporal adequada.

**Tabela 4.** *Fidelidade Teste-Reteste da Questionário de Stress para Profissionais do Acolhimento Residencial*

	<i>r</i>
Cuidar de Crianças e Jovens	.668**
Excesso de Trabalho	.677**
Carreira e Remuneração	.793**
Relações Profissionais	.817**
Ações de Formação	.562**
Problemas Familiares	.712**

*Nota.* *r* = correlação entre as pontuações das dimensões em momentos distintos de avaliação.  
\*\* *p* < .001.

### **Comparação do Nível Médio de *Stress* entre Diferentes Profissionais**

Como um estudo complementar, foi utilizado o teste não paramétrico de U de *Mann-Whitney* de forma a apurar a existência de diferenças significativas em relação ao nível de *stress* percecionado entre diferentes profissionais. Os cuidadores incluem um grupo de colaboradores que exercem funções diversas na casa e, por isso, trabalham normalmente em equipas com funções distintas: equipa técnica: psicólogo/a, assistente social, etc.; equipa educativa: auxiliar de ação educativa; equipa de apoio: cozinheiro/a, auxiliar de serviços gerais, etc. Para efeitos de análise, dada a variabilidade de profissões reportadas e considerando as subescalas do QeSPAR (e.g., cuidar de crianças e jovens), optou-se por comparar apenas os níveis de *stress* dos participantes que prestam diretamente cuidados às crianças e jovens. A equipa de apoio, apesar de também pertencer aos profissionais de acolhimento residencial, não presta cuidado direto aos jovens residentes nas casas de acolhimento.

Foram encontradas diferenças significativas, com um tamanho do efeito pequeno (-.145), nos resultados do QeSPAR entre a equipa técnica e a equipa educativa para a subescala Excesso de Trabalho (U=8850.5, *p*= .012), sendo a média superior na equipa técnica, comparada à equipa educativa.



**Tabela 5.** Comparação do Nível de Stress Médio entre Equipas

	Equipa Técnica		Equipa Educativa		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cuidar de Crianças e Jovens	10.14	3.17	9.52	3.19	U=9805.5	.145	-.084
Excesso de Trabalho	8.80	3.36	7.75	3.57	U=8850.5	.012	-.145
Carreira e Remuneração	10.19	4.73	10.20	4.54	U=10574	.928	-.005
Relações Profissionais	9.93	4.74	9.56	4.45	U=9975.5	.540	-.036
Ações de Formação	4.82	2.90	5.02	3.19	U=10447	.657	-.025
Problemas Familiares	5.96	3.83	5.64	3.71	U=10483	.537	-.035

*Nota.* *M* = média; *DP*: desvio padrão; *U* = valor do teste para o nível de significância; *p* = nível de significância; *r* = *effect size*

## Discussão

O *stress* é considerado um fator de risco associado às profissões assistencialistas, das quais fazem parte os cuidadores do acolhimento residencial (Jeung et al., 2018; Wang & Saudino, 2011). Cada vez mais se tem procurado avaliar o nível e impacto do *stress* na qualidade de vida e desempenho profissional dos profissionais assistencialistas. O Questionário de *Stress* para Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016) foi desenvolvido para avaliar o nível global de *stress* experienciado pelos profissionais de saúde durante a sua atividade, bem como as potenciais fontes específicas de *stress* associadas à mesma. Por não existir, até à data, nenhuma medida de avaliação deste conceito na população de cuidadores do acolhimento residencial, e considerando a relevância de avaliar com precisão o *stress* nestes profissionais, o presente estudo teve como objetivo a adaptação e validação do QSPS para cuidadores de acolhimento residencial, dando assim origem ao Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR). Para isso, foi investigada a dimensionalidade dos itens que compõem o instrumento, foram analisadas as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a consistência interna, os *loadings* e as correlações item-total do fator, e foi testada a validade de construto com variáveis externas relevantes. Foi ainda estudada a estabilidade temporal do instrumento. Adicionalmente, avaliaram-se possíveis diferenças em relação ao nível de *stress* percecionado entre diferentes equipas de trabalho

(i.e., equipa técnica e equipa educativa) dos cuidadores que participaram no estudo.

Tal como no estudo original (Gomes & Teixeira, 2016), foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória para testar dois modelos: um multidimensional e outro unidimensional. À semelhança dos resultados previamente obtidos, também no presente estudo foi possível verificar que o modelo proposto, indicativo de uma estrutura multidimensional, revelou um bom ajustamento para a amostra de cuidadores de acolhimento residencial, com os itens agrupados nos respetivos fatores: Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Carreira e Remuneração, Relações Profissionais, Ações de Formação e Problemas Familiares. Da mesma forma, também se verificou que o modelo unidimensional não obteve bons índices de ajustamento e, por isso, não foi confirmado o ajustamento desse modelo. Assim sendo, foi possível corroborar a hipótese previamente estabelecida e confirmar a existência de uma estrutura multidimensional, indo de encontro aos resultados obtidos noutros estudos e populações (Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016; Ribeiro et al., 2010), o que permitiu um entendimento amplo sobre as diferentes áreas de *stress* no trabalho de cuidadores do acolhimento residencial.

No que concerne às propriedades psicométricas dos itens que constituem o QeSPAR, todos apresentaram bons *loadings* e boas correlações item-total do fator. Foram encontrados bons índices de consistência interna para todas as dimensões que compõem o instrumento, o que sugere que todas avaliam o construto que se propõem avaliar. Os valores das consistências internas não sofreriam alterações significativas caso algum item fosse excluído. Assim sendo, pode concluir-se que o instrumento revela indicadores adequados de consistência interna (Gomes, 2014; Gomes et al., 2009; Gomes & Teixeira, 2016; Ribeiro et al., 2010).

Os resultados obtidos nas correlações entre o nível de *stress* geral (primeira parte do QeSPAR) e os fatores que compõem a segunda parte do instrumento revelaram-se positivos e significativos. Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho e Relações Profissionais, foram percecionadas como as maiores fontes de *stress* para estes profissionais. Estes resultados encontram correspondência nos dados de outras investigações sobre fontes de *stress* nos profissionais de acolhimento residencial (Barford & Whelton, 2010; Boyas & Wind, 2010; Decker et al., 2002; Del Valle et al., 2007; Eapen, 2009; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Gribble 2007; Pinchover et al., 2015; Steinlin et al., 2017). O trabalho direto com crianças e jovens em risco implica o contacto com interações difíceis e com comportamento disruptivo, da mesma forma que acarreta um conjunto de responsabilidades associadas ao bem-estar destes jovens, o que

constitui um desafio relevante e uma consequente fonte de *stress* (Barford & Whelton, 2010; Boyas & Wind, 2010; Steinlin et al., 2017). Também o excesso de trabalho é considerado como um fator de *stress* nestes profissionais, dado o horário de trabalho excessivo a que estão sujeitos, conjugado com o cumprimento de turnos (Decker et al., 2002). Da mesma forma, também o número elevado de jovens que os cuidadores têm ao seu encargo corrobora a experiência de excesso de trabalho, já que se vêm condicionados e não conseguem atribuir uma atenção e cuidado individualizados como muitas das vezes pretendiam (Eapen, 2009; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Gribble 2007). Por sua vez, a falta de suporte entre colegas e supervisores pode afetar gravemente o desempenho, o bem-estar e a satisfação laboral, o que também pode constituir uma fonte de *stress* nestes profissionais (Boyas & Wind, 2010; Del Valle et al., 2007; Rhoades et al., 2001). As correlações entre o nível de *stress* geral e as subescalas Carreira e Remuneração, Ações de Formação e Problemas Familiares revelaram ser baixas, o que traduz a tendência dos participantes do estudo em não identificarem estas fontes de *stress* como tão significativas como as três primeiras. No entanto, a literatura considera que a remuneração baixa é também um dos principais fatores de *stress* nesta população (Barford & Whelton, 2010; Colton & Roberts, 2004).

Também as correlações entre as subescalas do instrumento revelaram-se positivas e significativas. Todas as associações se revelaram moderadas, com exceção das associações entre Cuidar de Crianças e Jovens e Carreira e Remuneração, que se revelou baixa. Este resultado traduz a fraca associação entre o *stress* causado pela prestação de cuidados e a remuneração deste serviço, que a literatura aponta ser mal pago (Barford & Whelton, 2010; Savacki, 2002), e pode ser explicado pelo facto de os itens correspondentes à subescala Cuidar de Crianças e Jovens, serem direccionados às consequências que o desempenho dos cuidadores pode trazer a estes jovens em particular, e não tanto às consequências para a carreira e remuneração dos próprios cuidadores (e.g., “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para as crianças e jovens”, “Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que as crianças e jovens esperam de mim”). Também a correlação entre as subescalas Ações de Formação e Carreira e Remuneração, se revelou baixa. Tal pode ser justificado pelo facto de a maioria dos participantes que respondeu ao estudo integrar a equipa educativa, em que a componente “ações de formação” não representa uma prática recorrente no trabalho diário desse tipo de trabalhadores. Assim sendo, tal fator não influenciará de forma significativa o seu salário ou a sua evolução na carreira. O resultado do teste *Little’s MCAR* indicativo

de não aleatoriedade das não respostas aos itens desta subescala, pode estar em parte associada a esta hipótese.

De acordo com as hipóteses estabelecidas *a priori*, verificaram-se correlações positivas entre as medidas de *stress* do QeSPAR e medidas de *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, Ansiedade, Depressão, *Stress*, Atitude Autocrítica e clima emocional associado ao Sistema de Defesa-Ameaça. Tais associações vão de encontro ao que é postulado pela literatura, uma vez que, existe evidência em como o *stress* se relaciona com manifestações e sintomatologia características do afeto negativo (Decker et al., 2002; Gilbert, 2010; Gilbert et al., 2007; Levin & Decker, 2008; Mason et al. 2001; Pinchover et al., 2015; Richter & Berger, 2009; Wise et al., 2012). Foram classificadas como correlações moderadas as associações entre a medida de *Burnout* e as subescalas Excesso de Trabalho e Relações Profissionais do QeSPAR; entre a medida de *Stress* Traumático Secundário e as subescalas Excesso de Trabalho, Relações Profissionais e Problemas Familiares do QeSPAR; e entre a medida correspondente ao sistema de Defesa-Ameaça e as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Relações Profissionais e Problemas Familiares do QeSPAR. As restantes correlações revelaram-se baixas ou muito baixas. É expectável que as medidas de *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário da PROQOL obtenham correlações mais elevadas com as medidas da QeSPAR, do que as das medidas EADS-21 (Ansiedade, Depressão e *Stress*). É teoricamente postulado que os efeitos do *stress* podem impactar na qualidade de vida pessoal e profissional de um trabalhador (Richter & Berger, 2009). Assim sendo, a PROQOL é uma escala que avalia a qualidade de vida profissional e que reporta a experiência de *stress* no contexto específico laboral. A EADS-21, por sua vez, assume uma função mais generalista, que reporta a experiência dos sintomas apenas para a semana anterior ao preenchimento e, por isso, acaba por avaliar a componente *estado* e não *traço*. O *stress* traumático secundário associa-se moderadamente a medidas de *stress*, o que pode ser compreendido uma vez que este resultado diz respeito à identificação da falta de comunicação, tanto a nível pessoal como profissional, e da existência de conflitos, como potenciais fatores de risco ao desenvolvimento ou agravamento de *stress* traumático secundário (Steinlin et al., 2017). Da mesma forma, a exposição a eventos traumáticos experienciados pelas crianças e jovens, pode ser causadora de sintomas de *stress* traumático secundário nos cuidadores de acolhimento residencial (*idem*). O resultado da correlação moderada entre o Sistema de Defesa-Ameaça e as medidas de *stress* vai ao encontro da literatura, uma vez que o Sistema de Defesa-Ameaça é responsável pela deteção rápida de ameaças e por gerar

automaticamente respostas emocionais e comportamentais de acordo com o tipo de ameaça (Gilbert, 2001; 2010; Lopes & Silva, 2020). Neste sentido sugere-se que, para estes profissionais, a probabilidade de encontrar ameaças relacionadas às fontes de *stress* como cuidar de crianças e jovens, excesso de trabalho, relações profissionais e problemas familiares, é maior do que nas restantes, que estão mais relacionadas à procura e ao alcance de objetivos no local de trabalho. Hipotetiza-se, ainda, que a baixa magnitude da correlação entre a medida de *Burnout* e as medidas de *stress* possa ser justificada pelo facto do conceito de *burnout* implicar um estado de exaustão mental, física e emocional causado por *stress* excessivo e prolongado no trabalho (He et al., 2018; Leon et al., 2008; Maslach et al. 2001). Uma vez que esta medida se insere na escala PROQOL, que reporta apenas os últimos 30 dias, a componente de *stress* excessivo e prolongado pode não ser verificada. Uma outra explicação possível para estes resultados baixos traduz-se na possibilidade de as subescalas cuidar de crianças e jovens, carreira e remuneração, ações de formação e problemas familiares não contribuírem, de forma tão pronunciada, para o desenvolvimento de estados mais graves de *stress – burnout* – na presente amostra.

Ainda, relativamente à validade de construto com variáveis externas, a hipótese estabelecida relativa às associações negativas entre as medidas de *stress* e as medidas de Satisfação com a Vida, Satisfação por Compaixão, Atitude Autocompassiva e clima emocional associado ao Sistema de Tranquilização e ao Sistema de Procura foi corroborada, uma vez que se todas as correlações encontradas foram negativas (Gilbert, 2010; Maslach et al. 2001; Pinchover et al., 2015; Steinlin et al., 2017). Foram classificadas como correlações moderadas as associações entre a medida correspondente ao Sistema de Tranquilização e as subescalas Excesso de Trabalho e Relações Profissionais do QeSPAR. As restantes correlações entre as subescalas do QeSPAR e outras variáveis externas revelaram-se baixas ou muito baixas. Segundo a literatura, o sistema de tranquilização liga-se ao afeto positivo e à experiência de emoções positivas transmissoras da sensação de paz e bem-estar, bem como, à adoção de comportamentos prossociais (Gilbert, 2001; 2010; Lopes & Silva, 2020). Por sua vez, a procura de recursos e afeto positivo, bem como, o alcance de metas e objetivos tanto na área profissional como pessoal, características do sistema de procura, são consideradas também fundamentais à regulação emocional (Gilbert, 2010), propícia à experiência de satisfação com a vida. Neste sentido, a adoção de comportamentos de autocuidado poderá perpetuar a ativação do sistema de tranquilização, de forma a diminuir a ameaça e o *stress* do indivíduo (Gilbert, 2010). Apesar das correlações não significativas obtidas entre a

subescala Cuidar de Crianças e Jovens e as medidas de Satisfação por Compaixão e Atitude Autocompassiva na presente amostra, a literatura sugere a autocompaixão e o autocuidado como estratégias de regulação emocional positivas e como fatores protetores face à experiência de *stress* (Allen & Leary, 2010; Brown & Ryan, 2003; Wise et al., 2012). Os profissionais assistencialistas parecerem mais predispostos, disponíveis e motivados para cuidar dos outros, isto é, considera-se que experienciem níveis consideráveis de satisfação por compaixão, o que, por sua vez, pode refletir numa maior desconsideração pelas suas próprias necessidades, resultando num menor autocuidado e numa atitude menos autocompassiva (Adams et al., 2006; Figley, 2002; Gilbert, 2017). Sugere-se que investigações futuras se centrem na exploração da relação entre os profissionais específicos do acolhimento residencial e a satisfação por compaixão, dada a fraca correlação entre estas variáveis no presente estudo. É possível ainda hipotetizar que a relação entre a Atitude Autocompassiva e as medidas de *stress* neste contexto não tenha sido tão pronunciada, ainda que negativa, uma vez que a amostra recolhida neste estudo foi constituída por um elevado número de participantes com baixo nível de escolaridade, o que pode ter limitado a compreensão e familiarização com o conceito de autocompaixão, tal como é descrito na escala de autocompaixão, interferindo com as respostas aos itens. Estudos futuros poderão focar-se no desenvolvimento de intervenções promotoras da autocompaixão em cuidadores de acolhimento residencial, já que esta corresponde a uma estratégia de regulação emocional positiva, promotora de autocuidado, satisfação com a vida e de bem-estar profissional e pode funcionar como um fator protetor face à experiência de *stress* nestes profissionais (Lopes & Silva, 2020; Wise et al., 2012). Neste sentido, a magnitude baixa obtida entre a medida de Satisfação com a Vida e as medidas de *stress* é, de algum modo, concordante com a magnitude baixa obtida entre a medida de Atitude Autocompassiva e as medidas de *stress*.

De acordo com estes resultados, as principais fontes de *stress* dos cuidadores profissionais das casas de acolhimento residencial parecem estar principalmente associadas ao Excesso de Trabalho e às Relações Profissionais, mas também, Cuidar de Crianças e Jovens e Problemas Familiares. Tais resultados são congruentes com as correlações obtidas entre o nível global de *stress* e os fatores do QeSPAR, que identificaram as subescalas Cuidar de Crianças e Jovens, Excesso de Trabalho, Relações Profissionais, como as maiores fontes de *stress* para estes profissionais. Assim sendo, tendo em conta as principais fontes de *stress* identificadas, propõe-se que, de forma a reduzir a experiência de *stress* nos cuidadores do acolhimento residencial, seja

considerada a melhoria das condições de trabalho dos mesmos. Neste sentido, o aumento do número de cuidadores responsáveis por criança ou jovem, com vista a diminuição do excesso de trabalho e da sobrecarga horária, e a promoção da comunicação, supervisão e formação de forma a melhorar as relações interpessoais, bem como, a qualidade dos serviços prestados e a reduzir a rotatividade entre os trabalhadores, poderiam significar importantes implementações para a prática laboral destes trabalhadores.

Quanto à estabilidade teste-reteste da QeSPAR, os resultados sugerem que o instrumento apresenta uma estabilidade temporal adequada após um período de aproximadamente um mês e meio. Assim sendo, é possível afirmar que os dados do instrumento não variam em função do tempo, ou seja, as respostas dos mesmos participantes às diferentes subescalas, em momentos distintos de avaliação, são semelhantes.

Como estudo complementar, foram comparadas as médias dos participantes relativamente ao nível de *stress* percebido entre equipas de trabalho (i.e., equipa técnica e equipa educativa), tendo sido registadas diferenças significativas entre a equipa técnica e a equipa educativa apenas na subescala Excesso de Trabalho do QeSPAR. Este resultado traduz uma experiência de *stress* mais elevada na equipa técnica, em comparação com a equipa educativa, no que diz respeito ao excesso de trabalho nas instituições, o que pode ser justificado pelo modelo desenvolvido por Warren Bennis e Burt Nanus, que estabelece uma relação direta entre a liderança – embora que, no contexto do acolhimento residencial, esta esteja associada apenas aos Diretores Técnicos das casas de acolhimento – e a experiência de *burnout* pelo trabalhador (Burke, 1985). Uma outra explicação alternativa prende-se com o facto da equipa técnica, para além de também assumir a responsabilidade de cuidar das crianças e jovens e de acompanhar o processo dos mesmos nos seus diferentes contextos de vida (e.g., escolar, familiar, saúde, comunidade), acumular outro tipo de funções burocráticas (e.g., relatórios, alterações de medida, pedidos a tribunal) e ser ainda responsável por contactar intervenientes (e.g., familiares, professores, serviços de acompanhamento técnico) (Krueger, 2007; Schmid et al., 2008; Seti, 2008; Whittaker & Maluccio, 2002). Há ainda uma terceira explicação possível relacionada com o facto de o preenchimento dos questionários ter decorrido durante um período de confinamento e pós-confinamento, que exigiu reestruturações burocráticas da responsabilidade da equipa técnica, e por isso, ter sido experienciado por estes participantes como um período de excesso de trabalho.

## Limitações e Estudos Futuros

Este estudo não é isento de limitações, pelo que a interpretação dos resultados deve ser feita com precauções. Primeiramente, o recurso exclusivo a medidas de autorrelato é suscetível a enviesamentos referentes à desejabilidade social, pelo que, para estudos futuros é sugerida a inclusão de instrumentos que avaliem esta componente. Outra limitação prende-se com o facto de o protocolo ser muito extenso, o que poderá ter aumentado o número de erros de preenchimento, associados ao cansaço, fadiga ou a outras variáveis externas. Também a presença de um elevado número de sujeitos com escolaridade reduzida poderá ter conduzido a enviesamentos nas respostas por questões de incompreensão. Sugere-se que investigações futuras utilizem protocolos menos extensos e mais adequados às características dos participantes.

O facto de parte da amostra ter sido recolhida durante o segundo período de confinamento e pós confinamento, devido à COVID-19, impediu a deslocação às casas e o acompanhamento presencial, pela investigadora, no preenchimento dos protocolos, o que impossibilitou o esclarecimento de dúvidas.

Outra limitação identificada neste estudo foi a impossibilidade de calcular a invariância do modelo de medida por género, dada a diferença na proporção de géneros a trabalharem na área social, mais precisamente, no contexto assistencialista. O sexo feminino representa a maioria da população que constitui estes profissionais (Logsdon & Robinson, 2000; Rutman, 1996).

## Conclusões

O Questionário de *Stress* para Profissionais do Acolhimento Residencial (QeSPAR) foi desenvolvido para avaliar o nível global de *stress* experienciado por estes profissionais durante a sua atividade, bem como as potenciais fontes específicas de *stress* associadas à mesma. A validação do QeSPAR contribuirá para a investigação científica sobre o *stress* e sobre a qualidade de vida profissional neste contexto assistencialista, da mesma forma que constituirá uma fonte de monitorização para esta população.

Relativamente à prática profissional, potencializará uma visão objetiva sobre o papel que o *stress* desempenha nestes profissionais e, consecutivamente, um melhor conhecimento da sua influência no desempenho e na qualidade de cuidados prestados. Poderá ainda ser utilizado no contexto da avaliação da eficácia de programas ajustados às necessidades destes indivíduos, nomeadamente programas de treino para lidar com o



*stress*, de forma a que os cuidadores de jovens no acolhimento residencial possam melhorar a sua qualidade de vida profissional e a prestação de cuidados.

## Referências

- Adams, E. R., Boscarino, A. J., & Figley, R. C. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 103-108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103
- Albuquerque, I., Matos, M., Galhardo, A., Cunha, M., Palmeira, L., Lima, M., Gilbert, P., & Irons, C. (2018). *Escala de avaliação do clima emocional no local de trabalho*. [Manuscrito em preparação]. Universidade de Coimbra.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2) 107–118, 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.
- Alves, S. (2007). *Filhos da madrugada: Percursos de jovens em lares de infância e juventude*. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Barford, S. W., & Whelton, W. J. (2010). Understanding burnout in child and youth care workers. *Child and Youth Care Forum*, 39(4), 271–287. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9104-8>
- Bednar, S. G. (2003). Elements of satisfying organizational climates in child welfare agencies. *Families in Society*, 84(1), 7-12.
- Boyas, J., & Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: a public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32, 380–388.
- Braedley, S., Owusu, P., Przednowek, A., & Armstrong, P. (2018). We're told, 'Suck it up': Long-term care workers' psychological health and safety. *Ageing International*, 43(1), 91–109. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9288-4>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Burke, W. W. (1985). Leaders: The strategies for taking charge, by Warren Bennis and Burt Nanus. *Human Resource Management*, 24 (4), 503–508. 10.1002/hrm.3930240409
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love.

- Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da Escala Professional Quality of Life-5*. [Tese de mestrado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (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*, 54, 203–230.
- Cavaliere, G. (2004). Cream city dreams: Reflections on professionalization of child and youth care workers in the US. *Child & Youth Care Forum*, 33(6), 375–378.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colton, M., & Roberts, S. (2004) *Residential child care staff in Wales: Working environment, morale, qualifications and retention. A report to the Social Education Trust*. University of Wales, Swansea.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2015). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(5), 460–468. <https://doi.org/10.1002/cpp.1974>
- Costa, M., Melim, B., Tagliabue, S., Mota, C. P., & Matos, P. M. (2019). Predictors of the quality of the relationship with caregivers in residential care. *Children and Youth Services Review*, 108, 104579. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104579>
- Decker, J. T., Bailey, T. L., & Westergaard, N. (2002). Burnout among child care workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 19(4), 61-77.
- Del Valle, J. F., López, M., & Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child

- care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610–615.
- Delgado, M. R. (2008). Fool me once, shame on you; fool me twice, shame on oxytocin. *Neuron*, 58, 470–471.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. SAGE
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Eapen, D. J. (2009). Institutionalized children: The underprivileged. *International Journal of Nursing Practice*, 15(5), 349-352.
- Fernández-Daza, M. P. & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS ONE*, 10(7), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Fogarty, T. J., Singh, J., Rhoads, G.K., & Moore, R. K. (2000). Antecedents and consequences of burnout in accounting: Beyond the role stress model. *Behavioral Research in Accounting*, 12, 31-67.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General* 14, 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4<sup>th</sup> ed.). Boston.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.

- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97–112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, research and applications* (1<sup>st</sup>ed). Routledge.
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., Gale, C., Knibb, R. (2007). Striving to avoid inferiority: Scale development and its relationship to depression, anxiety and stress. *British Journal of Social Psychology*, 46, 633-648.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182–191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Giovannoni, J., McCoy, K. T., Mays, M., & Watson, J. (2015). Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 325-343.
- Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros [Occupational stress in health professionals: A comparative study between physicians and nurses]. *Interamerican Journal of Psychology*, 48(1), 129-141.
- Gomes, A., & Cruz, J. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193–212.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros [Portuguese occupational stress in health professionals: A study with portuguese nurses]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gomes, A. R., & Teixeira, P. M. (2016). Stress, cognitive appraisal and psychological health: testing instruments for health professionals. *Stress and Health*, 32(2), 167–172. <https://doi.org/10.1002/smi.2583>
- Gribble, K. (2007). A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 14-26.
- Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th

- ed.). Upper Saddle River.
- Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology, 91*, 1134–1145.
- He, A. S., Phillips, J. D., Lizano, E. L., Rienks, S., & Leake, R. (2018). Examining internal and external job resources in child welfare: Protecting against caseworker burnout. *Child Abuse and Neglect, 81*, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.013>
- Heinrichs, M., & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behavior: Effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research, 170*, 337–350.
- Heitor Dos Santos, M. J., Moreira, S., Carreiras, J., Cooper, C., Smeed, M., Reis, M. D. F., & Pereira Miguel, J. (2018). Portuguese version of a stress and well-being evaluation tool (ASSET) at the workplace: Validation of the psychometric properties. *BMJ Open, 8*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018401>
- Ison, M., & Morelato, G. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica, 7*(2), 357–367
- ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. et al. (2020), PII - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2019, Lisboa, ISS.
- Jeung, D. Y., Kim, C., & Chang, S. J. (2018). Emotional labor and burnout: A review of the literature. *Yonsei Medical Journal, 59*(2), 187–193. <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., Gruppe, H., Mattay, V. S., Gallhofer, B., Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *The Journal of Neuroscience, 25*, 11489–11493.
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal, 6*(2), 151. <https://doi.org/10.32614/rj-2014-031>
- Krueger, M. (1996). *Job satisfaction for child and youth care workers*. Child Welfare League of America Inc.

- Krueger, M. (2002). A further review of the development of the child and youth care profession in the United States. *Child & Youth Care Forum*, 31(1), 13–26.
- Krueger, M. (2007). Four areas of support for child and youth care workers. *Families in Society*, 88(2), 233–240.
- Leon, S. C., Lakin, B. L., & Miller, S. A. (2008). Predictors of burnout in children’s residential treatment center staff. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(3), 249–270. <https://doi.org/10.1080/08865710802429697>
- Levin, A., & Decker, J. T. (2008). The assessment of staff satisfaction as compared to client satisfaction in two department of social service residential treatment facilities. *Residential Treatment for Children and Youth*, 23(3–4), 61–82. <https://doi.org/10.1080/08865710609512717>
- Li, J., & Julian, M. M. (2012). Developmental relationships as the active ingredient: A unifying working hypothesis of “what works” across intervention settings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 157–166. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01151.x>
- Lima, F.D., Buunk, A.P., Araújo, M., Chaves, J., Muniz, D., Queiroz, F., & Luana B. (2007). Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 137-146
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202.
- Logsdon, M. C., & Robinson, K. (2000). Helping women caregivers obtain support: Barriers and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(5), 244-248
- Lopes, A. F., & Silva, F. M. (2020). Compassion-Focused Therapy (CFT). *EFPT Psychotherapy Guidebook*. <https://doi.org/10.21428/fc0b32aa.3296abfc>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- MacDonald, K., & MacDonald, T. M. (2010). The peptide that binds: A systematic review of oxytocin and its prosocial effects in humans. *Harvard Review of Psychiatry*, 18,

1–21.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397–422.
- Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Riney, S., Charney, D. S., & Southwick, S. M. (2001). Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine* *63*, 387-401.
- Mattingly, M. A. (1995). Developing professional ethics for child and youth care work: Assuming responsibility for the quality of care. *Child & Youth Care Forum*, *24*(6), 379–391.
- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2016). Resilience and deviant behavior among institutionalized adolescents: The relationship with significant adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *33*, 313–325. doi:10.1007/s10560-015-0429-x
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Adolescents in institutional care: significant adults, resilience and well-being. *Child Youth Care Forum*, *44*(2), 209-224. doi: 10.1007/s10566-014-9278-6
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2016). Caregivers' attachment and mental health: Effects on perceived bond in institutional care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *47*(2), 110–119. doi: .org/10.1037/pro0000047
- Muñoz, M., Gómez, P., & Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, *7*(2), 347-356.
- Myers, J. E. (2003). Coping with caregiving stress: A wellness-oriented, strengths-based approach for family counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* *11*(2), 153–161. <https://doi.org/10.1177/1066480702250162>
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250. DOI:10.1080/15298860390209035.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de



- Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (4th ed.). Allen & Unwin.
- Peng, C. J., Harwell, M., Liou, S., & Ehman, L. H. (2006). Advances in missing data methods and implications for educational research. In S. S. Sawilowsky (Ed.), *Real Data Analysis* (pp. 31-78). Information Age Publishing.
- Pereira, B., & Maria, A. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho, In A. M. T. Benevides Pereira (Ed.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 13-18). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Pinchover, S., Attar-Schwartz, S., Matattov-Sekeles, H., & Candidate, M. (2015). Director's leadership and burnout among residential child care workers: Possible implications for practice. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 14(2), 1–11.
- Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). Affective commitment to the organization: The contribution of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86, 825-836.
- Ribeiro, L., Gomes, R. A., & Silva, A. (2010). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. Atas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia*, 2, 1494–1508.
- Richardson, J., & Lelliott, P. (2003). Mental Health Needs of Looked after Children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 249-256.
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychological consequences of patient assaults on mental health staff. Prospective and retrospective data. *Nervenarzt*, 80, 68–73.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132–139.
- Rose, D., Homes, S., Rose, J., & Hastings, R. (2004). Negative emotional reaction to challenging behavior and staff burnout: two replication studies. *Journal of Applied Research on Intellectual Disabilities*, 17, 219-223.
- Rutman, D. (1996). Child care as women's work: Workers experience of powerfulness

- and powerlessness. *Gender and Society*, 10(5), 629-649
- Sainero, A., Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: Niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472–480. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Savicki, V. (2002). *Burnout across thirteen cultures: Stress and coping in child and youth care workers*. Greenwood Publishing Group.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nutzelt, J. & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1-8.
- Seti, C. L. (2008). Causes and treatment of burnout in residential child care workers: A review of the research. *Residential Treatment for Children & Youth*, 24, 197–229. doi: 10.1080/08865710802111972
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue – Version 5 (ProQOL). [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf)
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child and Youth Services*, 38(2), 159–175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa.

- Psychologica*, 10(53), 353–378. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_53\\_17](https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17)
- Wang, M., & Saudino, K. J. (2011). Emotion Regulation and Stress. *Journal of Adult Development*, 18(2), 95–103. <https://doi.org/10.1007/s10804-010-9114-7>
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 75-120. Routledge.
- Whittaker, J. K., & Maluccio, A. N. (2002). Issues for program design and outcome evaluation in residential group child care. In T. Vecchiato, A. N. Maluccio & C. Canali (Eds.), *Evaluation in child and family services: Comparative client and program perspectives*. Aldine de Gruyter.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C., M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 487–94. doi: 10.1037/a0029446
- Zegers, M. A. M. (2007). *Attachment among institutionalized adolescents: Mental representations, therapeutic relationships and problem behavior* (PhD Dissertation). Vrije Unirsiteit. Amsterdam.
- Zerach, G. (2013). Compassion fatigue and compassion satisfaction among residential child care workers: The role of personality resources. *Residential Treatment for Children and Youth*, 30(1), 72–91. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.761515>

## **ANEXOS**

## Consentimento Informado

Caro(a) cuidador(a),

Os presentes estudos pretendem realizar a validação da Escala de Stress Profissional em Cuidadores de Acolhimento Residencial, bem como a validação da Escala do Clima Emocional para Cuidadores de Acolhimento. Os estudos serão conduzidos no âmbito da tese de mestrado de Andreia Ferreira “Validação da Escala de Stress Profissional em Cuidadores de Acolhimento Residencial” e do projeto de doutoramento “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores”, desenvolvido pela mestre Laura Santos. Ambos os estudos encontram-se a ser desenvolvidos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo.

Estes estudos pretendem disponibilizar dois questionários dirigidos a cuidadores de jovens em acolhimento residencial, um para avaliação do stress e outro para avaliação do clima emocional no local de trabalho. Para isso, será necessário aplicar um conjunto de questionários a profissionais que exerçam atividade em Casas de Acolhimento Residencial. Os questionários apresentam questões relacionadas com as suas emoções e a sua forma de agir perante determinadas circunstâncias do seu dia-a-dia e ainda dados sociodemográficos (e.g. idade, sexo, habilitações académicas, variáveis profissionais e associadas à saúde mental). A recolha dos dados será feita em formato papel, e prevê-se que demore aproximadamente 20 minutos.

O tratamento dos dados ficará ao encargo dos investigadores responsáveis, assegurando a total confidencialidade e anonimato, sendo a sua utilização apenas para fins dos projetos indicados. A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo ser interrompida a qualquer momento pelo participante, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Em caso de dúvidas, poderá contactar a investigadora através do e-mail:  
lsantos\_cineicc@fpce.uc.pt.

Agradecemos desde já pela sua colaboração.

A doutoranda:

A aluna de mestrado:

---

Laura Santos

---

Andreia Ferreira

C.P. 012266

Ordem dos Psicólogos Portugueses

## Formulário de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado(a) \_\_\_\_\_

(nome completo), tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo de validação da Escala de Stress Profissional em Cuidadores de Acolhimento Residencial e do estudo de validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho para o contexto de Acolhimento Residencial de crianças e jovens. Aceito participar nos referidos estudos desenvolvidos no âmbito da tese de mestrado “Validação da Escala de Stress Profissional em Cuidadores de Acolhimento Residencial” e do projeto de doutoramento “Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores”, que se encontram a ser desenvolvidos na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Foram-me explicados os objetivos dos estudos e facilitada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

É do meu conhecimento que os meus dados serão recolhidos e, posteriormente, utilizados para efeitos de investigação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade, através da atribuição de um código de participante.

Caso aceite participar, assinale por favor, o quadrado abaixo:

Aceito participar neste estudo, sendo livre de o abandonar quando desejado.

O (A) participante,

\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

## QSPS

Gomes (2014); Gomes & Teixeira (2016)

Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de “stress”** que sente **geralmente** no exercício da sua atividade profissional.

**Responda primeiro a esta questão:**

**1. Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...**

<b>Nenhum stress</b>	<b>Pouco stress</b>	<b>Moderado stress</b>	<b>Bastante stress</b>	<b>Elevado stress</b>
0	1	2	3	4

**2. Apresentam-se seguidamente várias fontes** potencialmente geradoras de **stress na sua atividade profissional**. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de stress/pressão** gerado por cada potencial fonte ou fator no exercício da sua atividade profissional (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress).

<b>Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.</b>	<b>Nenhum stress</b>	<b>Pouco stress</b>	<b>Moderado stress</b>	<b>Bastante Stress</b>	<b>Elevado stress</b>
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para as crianças e jovens	0	1	2	3	4
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3	4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
6. Falar ou fazer apresentações em público	0	1	2	3	4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0	1	2	3	4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que as crianças e jovens esperam de mim	0	1	2	3	4
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	1	2	3	4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de caráter burocrático	0	1	2	3	4

<b>Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.</b>	<b>Nenhum stress</b>	<b>Pouco stress</b>	<b>Moderado stress</b>	<b>Bastante Stress</b>	<b>Elevado stress</b>
13. Receber um salário baixo	0	1	2	3	4
14. Gerir problemas graves das crianças e jovens	0	1	2	3	4
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0	1	2	3	4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0	1	2	3	4
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0	1	2	3	4
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0	1	2	3	4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas das crianças e jovens	0	1	2	3	4
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0	1	2	3	4
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0	1	2	3	4
23. Salário inadequado/insuficiente	0	1	2	3	4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0	1	2	3	4
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0	1	2	3	4