



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

O contributo dos grupos psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping*, nos cuidadores informais no cuidado à pessoa com demência

Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

2025, Tânia Margarida Simões Inácio

Tânia Margarida Simões Inácio

O contributo dos grupos psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping*, nos cuidadores informais, no cuidado à pessoa com demência

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves

outubro, 2025

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo incentivo incondicional, pelo apoio contínuo e pela força transmitida, que me impediram de desistir mesmo perante os maiores desafios.

Aos meus amigos, pela confiança, pela motivação e por acreditarem sempre na minha resiliência.

Às minhas colegas de mestrado, Sofia Bandarra e Manoela Petersen, pela amizade, pelo companheirismo e pelo apoio nos momentos mais exigentes deste percurso.

À minha psicóloga, pela orientação nos períodos mais difíceis, pela clareza e pela confiança que me ajudaram a prosseguir até ao fim.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves, expresso o mais sincero reconhecimento pela generosa partilha de conhecimento, pela disponibilidade permanente e pelo apoio determinante na concretização desta dissertação.

Aos cuidadores informais que colaboraram neste estudo, pela partilha genuína das suas experiências, dificuldades e receios, que enriqueceram profundamente esta investigação.

À minha entidade patronal, pelo apoio concedido e pela possibilidade de desenvolver este projeto no Centro de Intervenção Comunitária especializado na doença de Alzheimer, e às minhas equipas de trabalho, pela compreensão e suporte demonstrados.

Por fim, dedico este trabalho a todas as mulheres que, em algum momento das suas vidas, viram limitadas as suas possibilidades de realização pessoal. Que a liberdade permaneça sempre como um princípio inalienável e uma prioridade inquestionável.

O contributo dos grupos psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de coping dos cuidadores informais, no cuidado à pessoa com demência

Resumo

Os cuidadores informais assumem um papel central no apoio a familiares com demência, frequentemente sem formação específica, sendo maioritariamente cônjuges e mulheres. O cuidado assume uma carga elevada, implicando renúncia a atividades pessoais, sociais e profissionais, o que pode comprometer o bem-estar psicológico e a qualidade do cuidado prestado.

Grupos psicoeducativos emergem como uma estratégia relevante, promovendo a partilha de experiências, a aquisição de conhecimentos sobre a doença e o desenvolvimento de estratégias de *coping*, contribuindo para reduzir a sobrecarga e fortalecer a perceção de competência dos cuidadores.

O estudo teve como objetivo avaliar o contributo destes grupos na redução da sobrecarga e na adoção das estratégias de *coping*. Trata-se de um estudo quase-experimental, de abordagem mista, realizado num Centro de Intervenção Comunitária especializado na doença de Alzheimer, com 17 cuidadores informais distribuídos entre grupo experimental e grupo de controlo. Foram aplicados instrumentos quantitativos (QASCI e Brief COPE) e conduzidas entrevistas semiestruturadas, analisadas por análise de conteúdo.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas apontaram tendências relevantes, nomeadamente maior estabilidade nos mecanismos de *coping* e na perceção de autoeficácia no grupo que participou nos grupos psicoeducativos, em contraste com oscilações mais marcadas no grupo de controlo. A principal limitação foi a reduzida dimensão da amostra, sobretudo no grupo experimental, restringindo a robusteza estatística e a generalização dos resultados.

O estudo evidencia o potencial dos grupos psicoeducativos como intervenção de apoio a cuidadores informais, destacando a necessidade de investigação futura com amostras maiores para consolidar os resultados.

Palavras-chave: Cuidadores informais, demência, sobrecarga, grupos psicoeducativos, *coping*

The contribution of psychoeducational groups to reducing burden and promoting coping strategies among informal caregivers of people with dementia

Abstract

Informal caregivers play a central role in supporting family members with dementia, often without formal specific training, being predominantly spouses and women. Caregiving entails a high burden, requiring renunciation of personal, social, and professional activities, which can compromise psychological well-being and the quality of care provided.

Psychoeducational groups emerge as a relevant strategy, promoting the sharing of experiences, acquisition of knowledge about the disease, and development of coping strategies, contributing to reducing burden and strengthening caregivers' sense of competence.

The study aimed to evaluate the contribution of these groups in reducing burden and the adoption of coping strategies. It is a quasi-experimental, mixed-methods study conducted at a Community Intervention Center specialized in Alzheimer's disease, including 17 informal caregivers distributed between an experimental group and a control group. Quantitative instruments (QASCI and Brief COPE) were applied, and semi-structured interviews were conducted and analyzed using content analysis.

Results did not show statistically significant differences between groups, but highlighted relevant trends, namely greater stability in coping mechanisms and self-efficacy perception in the group that participated in psychoeducational sessions, in contrast with more pronounced fluctuations in the control group. The main limitation was the small sample size, particularly in the experimental group, restricting statistical robustness and generalizability of the results.

The study demonstrates the potential of psychoeducational groups as a supportive intervention for informal caregivers, highlighting the need for future research with samples to consolidate the results.

Keywords: Informal caregivers, dementia, burden, psychoeducational groups, coping

Sumário

Introdução	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 O Envelhecimento como Processo Biopsicossocial	4
1.2 Envelhecimento Populacional e prevalência da demência	6
1.3 O cuidador informal no contexto da demência	7
1.4 Sobrecarga do cuidador informal	10
1.5 Estratégias de <i>coping</i> no cuidado à pessoa com demência	11
1.6 Grupos psicoeducativos: relevância no apoio ao cuidador informal	13
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	17
2. 1 Fundamentação do estudo.....	18
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	19
3.1. Objetivos do estudo	20
3.2 Método	20
3.3 Contexto.....	22
3.4 Caracterização da amostra	22
3.5 Instrumentos	25
3.5.1 Questionário sociodemográfico	25
3.5.2 Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI	26
3.5.3 Questionário de Estratégias de Enfrentamento de Stress – Brief COPE	26
3.5.4 Entrevistas.....	27
3.6 Procedimentos da investigação.....	27
3.7 Procedimentos estatísticos	28
4. Apresentação e análise dos resultados	30
4.1 Resultados do QASCI	30
4.2 Resultados do Brief COPE	43
4.3 Análise das entrevistas	66
Conclusões e Implicações.....	75
Limitações e perspetivas do estudo	78
ANEXOS	108

Anexo 1 - Expectativas dos Cuidadores Informais, relativamente ao Estatuto do Cuidador Informal (Lei 100/2019)	109
Anexo 2- Questionário Sociodemográfico dos Cuidadores Informais	110
Anexo 3 - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Martins et al., 2003).....	113
Anexo 4 - Questionário de Estratégias de Enfrentamento de Stress – Brief COPE (Carver, 1997), adaptada por Ribeiro & Rodrigues (2004), para a população portuguesa	115
Anexo 5 - Guião de entrevista semiestruturada.....	117
Anexo 6 - Questão introdutória do Brief COPE	118
Anexo 7 - Resultados do QASCI – Teste <i>t</i> (Grupo Experimental)	119
Anexo 8 - Resultados do QASCI -- teste de <i>Hedges’ d</i> (Grupo Experimental).....	120
Anexo 9 - Resultados do QASCI – Teste <i>t</i> (Grupo de Controlo)	121
Anexo 10 - Resultados do QASCI - Teste de <i>Hedges’ d</i> (Grupo de Controlo).....	122
Anexo 11- Resultados do Brief COPE – Teste <i>t</i> (Grupo Experimental).....	123
Anexo 12 - Resultados do Brief COPE - teste de <i>Hedges’ d</i> (Grupo Experimental).....	124
Anexo 13 - Resultados do Brief COPE – Teste <i>t</i> (Grupo de Controlo)	125
Anexo 14 - Resultados do Brief COPE - teste de <i>Hedges’ d</i> (Grupo de Controlo).....	126
Anexo 15 – Declaração de Integridade e de Honestidade Intelectual	127

Lista de siglas

ADI - Alzheimer's Disease International

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador(es) Informal(ais)

GAM – Grupos de Ajuda Mútua

GP – Grupos Psicoeducativos

OMS – Organização Mundial da Saúde

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Infomal

Lista de tabelas

Tabela1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	24
Tabela 2 – Calendarização da recolha de dados.....	28
Tablea 3 - Níveis de sobrecarga dos cuidadores informais.....	31
Tabela 4 - Síntese comparativa dos principais resultados e diferenças dos grupos.....	43
Tabela 5 - Estratégias de coping dos cuidadores informais.....	45
Tabela 6 - Síntese comparativa dos principais resultados e diferenças dos grupos.....	65
Tabela 7 - Temas, categorias e subcaterogia.....	67

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global com implicações profundas na saúde pública e nas dinâmicas sociais. Em Portugal, o aumento da esperança média de vida tem contribuído para uma maior prevalência de doenças crónicas e neurodegenerativas, entre as quais a demência se destaca como uma das principais causas de dependência e incapacidade na população idosa (OMS, 2021). Estima-se que, até 2050, o número de pessoas com demência ultrapasse os 139 milhões em todo o mundo, sublinhando a necessidade de desenvolver e implementar estratégias de apoio sustentadas (ADI, 2021).

Grande parte dos cuidados a pessoas com demência é assegurada por cuidadores informais (CI), geralmente familiares, que assumem este papel de forma não remunerada. Embora desempenhem um papel crucial, estes cuidadores enfrentam desafios significativos, incluindo sobrecarga física, emocional, social e financeira. Esta realidade associa-se frequentemente a sintomas de ansiedade, depressão, isolamento social e declínio da sua própria saúde, comprometendo também a qualidade dos cuidados prestados (Teles et al., 2023; Zhang et al., 2023).

As estratégias de *coping*, representam um recurso fundamental na adaptação a estas exigências. Estratégias adaptativas, como o planeamento ou a procura de apoio, estão associadas a menor sofrimento psicológico, enquanto estratégias disfuncionais, como a evitação ou a auto-culpabilização, tendem a agravar o desgaste emocional (Ding et al., 2021). Contudo, a escolha destas estratégias depende de fatores pessoais e contextuais, incluindo o acesso a informação e suporte adequado.

Neste enquadramento, os grupos psicoeducativos (GP) surgem como uma resposta relevante, ao proporcionarem não só informação sobre a doença e treino de competências práticas, mas também suporte emocional e partilha de experiências entre pares. A literatura recente evidencia que estas intervenções podem reduzir a sobrecarga, melhorar a autoeficácia e favorecer o bem-estar dos cuidadores (Wang et al., 2023). Em Portugal, iniciativas comunitárias têm confirmado o potencial destes grupos, ainda que persistam lacunas relativamente à sua avaliação sistemática e replicabilidade. Neste sentido, o estudo de Teles et al. (2022), que avaliou a versão portuguesa do programa

WHO iSupport¹ para CI de pessoas com demência, demonstrou resultados promissores. Os autores verificaram que a intervenção online era viável, aceitável e bem recebida pelos cuidadores, com melhorias ao nível dos conhecimentos sobre a doença e do bem-estar psicológico, assim como uma tendência para a redução da sobrecarga e de sintomas de ansiedade e depressão. Estes resultados reforçam o valor dos GP adaptados ao contexto comunitário português, enquanto evidenciam a necessidade de estudos adicionais de maior escala que consolidem a sua eficácia e permitam a replicabilidade em diferentes contextos.

O presente estudo insere-se neste contexto e tem como objetivo avaliar o contributo dos GP na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping* por CI de pessoas com demência. Ao explorar o impacto desta intervenção em contexto comunitário, procura-se fornecer evidência que sustente a implementação de programas de apoio mais eficazes, adaptados às necessidades dos cuidadores e alinhados com as políticas de promoção da saúde e bem-estar no envelhecimento.

O trabalho está estruturado em três capítulos. O Capítulo I, corresponde ao enquadramento teórico, abordando o envelhecimento como um processo biopsicossocial, a prevalência da demência nesse contexto e o papel do cuidador informal, com especial enfoque na sobrecarga e nas estratégias de *coping*, culminando com a relevância dos GP no apoio aos cuidadores. O Capítulo II apresenta o campo empírico do estudo, incluindo a sua fundamentação, pertinência e contexto de desenvolvimento. O Capítulo III descreve a metodologia utilizada, contemplando os objetivos do estudo, o método, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha dados, os procedimentos de investigação e de análise estatística, bem como a apresentação e interpretação dos resultados obtidos.

Por fim, são discutidas as limitações e perspetivas do estudo, apresentando-se as conclusões e as suas implicações práticas, seguidas das referências bibliográficas utilizadas ao longo do trabalho.

¹ Plataforma online e gratuita da OMS para apoiar e formar CI de pessoas com demência

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 O Envelhecimento como Processo Biopsicossocial

O envelhecimento é amplamente definido como um processo progressivo de declínio na capacidade funcional do organismo, cujas variações temporais e de intensidade são influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais, sanitários e sociais (OMS, 2023; Queen et al., 2020). Tal definição evidencia a natureza dinâmica, multifatorial e individualizada do envelhecimento, que resulta da interação entre componentes intrínsecos (biológicos e genéticos) e extrínsecos (ambientais e socioculturais) (Goldman & Sterner, 2023).

Teorias biológicas mais recentes sobre o envelhecimento são frequentemente classificadas em três categorias:

- Teoria Exógena: propõe que o envelhecimento é condicionado principalmente por fatores externos, como ambiente, alimentação e condições sociopolíticas (Queen et al., 2020);
- Teoria Genética: salienta o papel determinante da herança genética na modulação da velocidade e características individuais do envelhecimento (López-Otín et al., 2023);
- Teoria Mista: defende que o envelhecimento resulta da interação entre fatores biológicos endógenos (genéticos e celulares) e fatores ambientais externos (López-Otín et al., 2023; López-Otín & Kroemer, 2021).

De acordo com Kopp (2024), o envelhecimento não se manifesta de forma simultânea ou homogênea em todos os sistemas orgânicos, nem está inevitavelmente associado a patologias – reforçando a necessidade de uma abordagem integrada nos contextos clínicos. Com efeito, Fraser et al. (2022) apontam que mecanismos biológicos do envelhecimento estão associados à coocorrência de doenças relacionadas à idade, sugerindo que tais mecanismos podem ser alvos relevantes para intervenções preventivas ou terapêuticas. Por outro lado, Johnson e Ladiges (2022) questionam o uso do termo “envelhecimento normal”, destacando que mudanças moleculares e patológicas significativas ocorrem mesmo sem doença aparente, o que exige uma compreensão mais precisa e resiliente do envelhecimento.

Para além das perspetivas biológicas, é igualmente relevante considerar modelos desenvolvimentais que explicam o envelhecimento como um processo contínuo de adaptação e mudança. No paradigma do desenvolvimento ao longo do ciclo vital, a Teoria da Seleção, Otimização e Compensação (SOC) proposta por Baltes e Baltes (1990) constitui um dos modelos fundamentais para compreender os processos de adaptação ao longo do envelhecimento. Esta teoria defende que o desenvolvimento humano resulta da combinação dinâmica entre a seleção de objetivos, a otimização de recursos e a compensação perante perdas, permitindo aos indivíduos manter um funcionamento adaptativo ao longo da vida.

Nas últimas décadas, investigações reforçam a relevância deste modelo, evidenciando a continuidade do desenvolvimento e a plasticidade adaptativa dos indivíduos em diferentes etapas da vida. Zajac-Lamparska (2021) por exemplo, demonstrou que as estratégias de seleção, otimização e compensação estão positivamente associadas ao bem-estar e negativamente à impulsividade em adultos de diferentes idades, destacando a teoria SOC como estrutura explicativa da adaptação psicológica ao envelhecimento. De forma complementar, Meng et al. (2024) evidenciam que trabalhadores seniores recorrem a estratégias de seleção, otimização e compensação para manter a sua capacidade de trabalho, ilustrando que o envelhecimento envolve processos de ajustamento dinâmicos e recursos de plasticidade ao longo da vida.

Adicionalmente, modelos integrativos, como o "*frailty index*"²(índice de fragilidade) refletem a funcionalidade global e a heterogeneidade existente entre indivíduos idosos (Jazwinski et al., 2025). Assim, durante a senescência, os mecanismos adaptativos continuam presentes e podem ser estimulados, viabilizando a distinção entre envelhecimento normal e patológico, que depende, em grande parte, do ambiente e das oportunidades de estimulação do indivíduo.

² *Frailty Index* (FI) é uma medida do envelhecimento que quantifica a acumulação de défices de saúde de um indivíduo, como doenças e sintomas.

Por fim, investigações recentes destacam a importância de integrar fatores sociais, psicológicos e biológicos no estudo do envelhecimento (García-Peña & Fajardo-Dolci, 2024). Compreender o envelhecimento como processo biopsicossocial permite enquadrar a emergência de doenças neurodegenerativas, como as demências, que potenciam o declínio funcional e agravam os efeitos esperados do envelhecimento.

1.2 Envelhecimento Populacional e prevalência da demência

O envelhecimento progressivo da população portuguesa tem sido um dos principais fatores associados ao aumento da prevalência de casos de demência, uma vez que a idade avançada constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento desta condição neurodegenerativa (OMS, 2021).

Segundo o relatório global da OMS sobre a resposta da saúde pública à demência, estima-se que o número de pessoas afetadas por esta síndrome atinja 78 milhões até 2030, podendo ultrapassar os 139 milhões em 2050, evidenciando uma tendência significativa de crescimento (OMS, 2021). Estes dados são corroborados por estudos internacionais, que apontam para um novo diagnóstico de demência a cada 3,2 segundos numa escala global, reforçando a necessidade de estratégias públicas eficazes de prevenção e intervenção (ADI, 2021).

A demência constitui um dos principais desafios da saúde pública, destacando-se pela sua complexidade clínica e pelos elevados níveis de dependência que impõe, afetando não apenas a pessoa diagnosticada, mas também os seus CI (Nichols et al., 2022).

A demência define-se como uma síndrome caracterizada pela deterioração progressiva das capacidades cognitivas, comprometendo funções como a memória, a linguagem, a orientação, o julgamento e a capacidade de realizar Atividades de Vida Diária (AVD) (Livingston et al., 2020). Essa condição evolui de forma gradual e pode ser classificada em três estágios clínicos: leve, moderado e grave, cada um com manifestações específicas em termos de declínio cognitivo e funcional.

Na fase leve, podem observar-se dificuldades na aprendizagem de novas informações, irritabilidade e alterações na memória a curto prazo. A fase moderada caracteriza-se por perdas mais acentuadas nas funções cognitivas, incluindo desorientação espacial e temporal, além de comportamentos regressivos e negligência com cuidados pessoais. Já na fase grave, verifica-se um comprometimento global das capacidades cognitivas e funcionais, incluindo perda de reconhecimento de pessoas próximas, incontinência, apatia e dependência total de terceiros para a realização das atividades básicas (World Alzheimer Report, 2022).

É importante salientar que a demência não afeta apenas os indivíduos diagnosticados. O impacto estende-se também aos CI, frequentemente membros da família, que enfrentam uma sobrecarga física, emocional e psicológica significativa. Essa realidade acarreta riscos acrescidos de exaustão, ansiedade e depressão, reforçando a necessidade de intervenções psicoeducativas direcionadas a esse grupo. Uma revisão sistemática demonstrou que intervenções de suporte, informação e treino oferecidas de forma remota podem reduzir tanto a sobrecarga como os sintomas depressivos em CI de pessoas com demência (González-Fraile et al., 2021).

Dada a complexidade e a progressão da demência, o papel de CI assume uma relevância crescente, tornando-se essencial compreender os fatores que influenciam o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, torna-se pertinente analisar o papel central dos CI no contexto da demência, uma vez que estes se encontram na linha da frente do processo do cuidado.

1.3 O cuidador informal no contexto da demência

O CI é definido como a pessoa que, de forma voluntária e não remunerada, presta assistência a indivíduos em situação de dependência, sendo geralmente representado por familiares, amigos, vizinhos ou membros da rede social próxima (Teles et al., 2023). No entanto, o papel de CI é, muitas vezes, assumido por imposição das circunstâncias, sem preparação prévia ou formação específica, gerando dificuldades significativas no cuidado.

Além disso, estes cuidadores enfrentam uma sobrecarga física e emocional, baixos níveis de literacia em saúde e carência de apoio técnico, tornando-os particularmente vulneráveis. Tal realidade reforça a necessidade urgente de estratégias de capacitação e valorização social (Martins et al., 2024).

Autores como Dixe e Querido (2020) ampliam a definição de CI ao considerar o CI principal como aquele que estabelece um vínculo afetivo significativo com a pessoa cuidada e assume responsabilidade contínua nos cuidados de longa duração, especialmente em situações de doença crónica, como a demência. Assim, mesmo não sendo profissional de saúde, este cuidador ocupa uma posição central e acumula tarefas que exigem competências para as quais não está devidamente preparado. Neste enquadramento, Mingote et al. (2020) propõem uma classificação dos CI com base no grau de envolvimento e responsabilidade:

- Cuidador informal principal ou primário: assume responsabilidade direta e contínua pelos cuidados, incluindo supervisão, orientação e acompanhamento;
- Cuidador informal secundário: oferece apoio regular ou esporádico, sem assumir a responsabilidade principal;
- Cuidador informal terciário: contribui pontualmente, geralmente em situações emergentes, sem envolvimento regular ou responsabilidade formalizada.

A escolha do CI, por sua vez, é influenciada por fatores como o grau de parentesco (com predominância do cônjuge e dos filhos), o género (com maior prevalência de mulheres), a proximidade física (residentes no mesmo domicílio) e a proximidade afetiva, especialmente em relações conjugais e parentais (Ferreira & Andrade, 2024).

No contexto da demência, estes cuidadores enfrentam desafios acrescidos decorrentes do desconhecimento da patologia, da sua progressão e das alterações cognitivas e comportamentais associadas. Consequentemente, exige-se deles um elevado nível de competências emocionais, cognitivas e físicas, frequentemente sem a preparação adequada, o que impacta negativamente a saúde e bem-estar do cuidador (Abayon et al., 2024).

Embora não sejam remunerados, os CI apresentam níveis de stress, exaustão emocional e burnout comparáveis ou superiores aos dos profissionais de saúde, devido à ausência de delimitação temporal na sua atividade, caracterizada por dedicação prolongada e contínua, sem perspectiva de término (Krämer & Bleidorn, 2024).

O impacto da prestação de cuidados estende-se à estrutura familiar, exigindo uma reconfiguração das dinâmicas relacionais e dos papéis desempenhados pelos seus membros (Shrestha et al., 2023). Pode ocorrer uma “inversão de papéis”, em que os filhos assumem decisões anteriormente da responsabilidade dos pais, gerando sentimentos ambivalentes como culpa, frustração e raiva (Charenkova, 2023; Marques et al., 2024).

A falta de formação adequada, a escassez de redes de apoio e as dificuldades em conciliar o cuidado com outras responsabilidades acentuam o isolamento e o esgotamento emocional dos cuidadores de pessoas com demência (Capelo et al., 2024). Por outro lado, intervenções psicossociais que incluem formação e apoio emocional têm-se mostrado eficazes para mitigar estes impactos (Wiegelmann et al., 2021).

Revisões recentes confirmam, igualmente, a presença de elevados níveis de sobrecarga, sintomas depressivos e desgaste físico e emocional entre CI (Encinas-Monge et al., 2024). Os fatores de risco mais frequentes incluem a perda da funcionalidade da pessoa cuidada, fragilidade emocional do cuidador, alterações nas relações interpessoais, exigência contínua de cuidados, restrições sociais, agravamento das despesas e mudanças na rotina familiar (Teles et al., 2023).

Face a este panorama, torna-se imperativo desenvolver estratégias de suporte que promovam a saúde física e mental dos CI. Entre as mais relevantes destacam-se os GP, os serviços de apoio psicossocial, a formação contínua e o acesso facilitado a informação fidedigna sobre a demência. Com efeito, apoiar o cuidador é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade do papel desempenhado pelo CI (Brites et al., 2024).

Dada a complexidade e exigência do cuidado, a sobrecarga do cuidador constitui um eixo central da discussão, pela sua relação direta com a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, evidenciando a necessidade de políticas e intervenções direcionadas a este grupo.

1.4 Sobrecarga do cuidador informal

O cuidado à pessoa idosa com demência é uma tarefa complexa e exigente, frequentemente associada a elevados níveis de sobrecarga nos CI (Zhang et al., 2023). Essa sobrecarga ocorre em múltiplas dimensões - físicas, psicológicas, emocionais, sociais e financeiras – comprometendo a capacidade de adaptação e o bem-estar do cuidador. Esse fenómeno é conhecido como síndrome do cuidador, caracterizado por exaustão física e psicológica decorrente da exposição prolongada a uma realidade desafiadora, que exige reorganização das dinâmicas familiares e pessoais (Zhang et al., 2023).

A sobrecarga pode ser objetiva ou subjetiva. A sobrecarga objetiva envolve fatores concretos, como redução do lazer, aumento das tarefas diárias, comprometimento da saúde e custos financeiros (Ferrero-Sereno et al., 2024). A sobrecarga subjetiva, por sua vez, refere-se às vivências emocionais do cuidador, incluindo sentimentos de frustração, tristeza, ansiedade e tensão, independentemente da intensidade da carga objetiva (Abayon et al., 2024).

Estudos demonstram que a sobrecarga é comum entre CI de pessoas com demência (Brites et al., 2024; Pokala et al., 2025). Por exemplo, no Paraná (Brasil), 61.1% dos cuidadores apresentavam níveis graves ou extremamente graves de sobrecarga, evidenciando o impacto cumulativo das exigências físicas, sociais e emocionais (Candido et al., 2020). Diversos fatores estão associados a maior sobrecarga, incluindo grau de parentesco (filho ou cônjuge), idade avançada, estado de saúde, número de horas de cuidado diário e condições sociodemográficas, como meio de residência, número de filhos e estado civil (Lopes, 2022; Teles et al., 2023). Evidências recentes indicam que a sobrecarga subjetiva apresenta uma associação significativa com variáveis como o

parentesco, idade, saúde autoavaliada e condição de ser cuidador principal (Steinsheim et al., 2023).

Nesse contexto, destacam-se intervenções capazes de reduzir a sobrecarga e promover estratégias de *coping* adaptativas. Programas de grupo como os GP têm evidência científica de eficácia, fornecendo informação sobre a doença, promovendo a troca de experiências e reduzindo a ansiedade e a sobrecarga (Abdelhalim et al., 2025; Tawfit et al., 2021).

Intervenções psicoeducativas, presenciais ou online, melhoram o conhecimento sobre a doença e a gestão de sintomas neuropsiquiátricos (Cintoli et al., 2024). Estratégias como comunicação clara, estimulação sensorial, envolvimento em atividades prazerosas, terapia cognitivo-comportamental, sessões de relaxamento e acesso a redes de apoio contribuem para o bem-estar do cuidador (Saxena et al., 2020; Steinsheim et al., 2023).

Reconhecer o papel central do CI é essencial, garantindo apoio técnico, emocional e oportunidades contínuas de formação. A implementação de GP constitui uma estratégia promissora para reduzir a sobrecarga, promover *coping* eficaz e melhorar a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada (Uchôa et al., 2025). Torna-se, portanto, essencial compreender com profundidade como os mecanismos de *coping* mediam a relação entre sobrecarga e bem-estar dos cuidadores.

1.5 Estratégias de *coping* no cuidado à pessoa com demência

O *coping* refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que um indivíduo utiliza para gerir situações avaliadas como exigentes ou stressantes, superando os recursos percebidos como disponíveis e mantendo o bem-estar psicológico (Chaaya et al., 2025). Trata-se de um fenómeno dinâmico e multidimensional, que se ajusta conforme as características da situação e as capacidades do indivíduo (Dumciene & Pozeriene, 2022).

No cuidado informal a pessoas com demência, as estratégias de *coping* são fundamentais para reduzir o impacto da sobrecarga física e emocional, funcionando como mediadores entre os fatores de stress e o bem-estar psicológico dos cuidadores (Long et al., 2025). As estratégias de *coping* podem ser classificadas em três tipos:

- Centradas no problema: destinadas a enfrentar ou minimizar os efeitos da situação;
- Centradas na emoção: voltadas para gerir respostas afetivas;
- Evitativas: procuram reduzir a exposição ao stress através do afastamento ou negação da realidade (Owokuhaia et al., 2023).

Estratégias centradas no problema e emocionais adaptativas estão associadas a menores níveis de stress e sofrimento psicológico, enquanto as estratégias emocionais desadaptativas, incluindo o *coping* evitativo, tendem a agravar o mal-estar (Ding et al., 2021).

A escolha das estratégias depende de fatores intrínsecos, como autoestima, motivação, auto-culpa, positividade e valores pessoais, e de fatores extrínsecos, como suporte social e instrumental, duração do cuidado e contexto socioeconómico (Simões et al., 2024). Cuidadores que utilizam estratégias adaptativas - planeamento, procura de apoio instrumental e emocional, aceitação e reformulação cognitiva - apresentam níveis mais baixos de stress, depressão e perceção de sobrecarga (Kamarulbahri et al., 2022). Em contraste, estratégias disfuncionais, como uso de substâncias, evitamento emocional, isolamento ou auto-culpabilização, aumentam o sofrimento psicológico e comprometem a qualidade dos cuidados (Giebel et al; 2021, Panzeri et al., 2024).

Intervenções psicoeducativas têm-se mostrado eficazes na promoção de *coping* adaptativo. Elas desenvolvem competências emocionais, cognitivas e sociais, reforçam mecanismos saudáveis de enfrentamento e facilitam o acesso a redes de apoio e recursos formais (Pihet et al., 2024). Fowler et al. (2021), demonstraram que uma intervenção

baseada em Acceptance and Commitment Therapy (ACT)³ dirigida a cuidadores de pessoas com demência foi aceitável e factível, promovendo atitudes de aceitação, flexibilidade psicológica e estratégias de enfrentamento, com efeitos positivos em sintomas de depressão e ansiedade. No contexto do cuidado informal, a ACT incentiva os cuidadores a reconhecerem e aceitarem sentimentos de frustração ou ansiedade sem que isso interfira na qualidade do cuidado, promovendo estratégias de *coping* mais adaptativas e reduzindo o sofrimento emocional (Ye et al., 2023).

Fatores protetores adicionais incluem atitudes de aceitação, valorização de experiências positivas na relação com a pessoa cuidada, inclusão de momentos de lazer e consciência dos próprios limites. Estes elementos reforçam a importância de intervenções não farmacológicas que promovam tanto o bem-estar psicológico quanto a percepção de competência no cuidado. Wiegelmann et al. (2021) evidenciaram, numa revisão sistemática, que intervenções psicossociais que promovem esses fatores aumentam o bem-estar emocional e a resiliência dos cuidadores, diminuindo o risco de sobrecarga e esgotamento.

Neste contexto, políticas públicas e programas de intervenção devem priorizar o fortalecimento das estratégias de *coping* como elemento central para a sustentabilidade do cuidado informal e a promoção da qualidade de vida do cuidador. Os GP assumem, assim, um papel central como ferramenta de intervenção junto dos CI, reforçando o *coping* adaptativo e a qualidade de vida do cuidador.

1.6 Grupos psicoeducativos: relevância no apoio ao cuidador informal

Os grupos psicoeducativos configuram-se como uma intervenção estruturada e coletiva, que combina informação especializada sobre a demência e sua progressão com treino de competências práticas - *coping*, comunicação, gestão de alterações comportamentais e autocuidado - e espaços de partilha emocional entre participantes. O seu objetivo é

³ A Acceptance and Commitment Therapy (ACT) – é uma Terapia de Aceitação e Compromisso que tem como objetivo aumentar a flexibilidade psicológica dos indivíduos

mitigar a sobrecarga, promover o bem-estar emocional e social dos cuidadores, reduzir o stress e possibilitar melhor adaptação às exigências físicas, emocionais e sociais inerentes ao cuidado de uma pessoa com demência, fomentando suporte mútuo e *empowerment* (Almeida et al., 2024).

A demência provoca perdas funcionais e cognitivas progressivas, gerando mudanças significativas na dinâmica familiar e exigindo, frequentemente, que um dos membros assuma o papel de CI. Essa condição acarreta consequências físicas, emocionais e sociais para os cuidadores, evidenciando a necessidade de intervenções específicas de apoio (Santos et al., 2025).

Programas como GP dirigidos a CI devem abordar a compreensão da doença, a gestão de comportamentos desafiantes e o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e *coping* (Beirão, 2024). Estudos recentes demonstram que os GP contribuem para melhoria do bem-estar emocional, redução da sobrecarga e aumento da qualidade de vida dos cuidadores, promovendo compreensão profunda da evolução da doença e das suas implicações funcionais (Caparrol et al., 2021).

A eficácia destas intervenções é corroborada por revisões sistemáticas e estudos nacionais. Wiegelmann et al. (2021) evidenciaram que programas estruturados em contexto domiciliário melhoram a perceção de autoeficácia dos cuidadores e favorecem o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas.

Em Portugal, o programa ProFamílias: Demência, no Centro de Saúde de Ílhavo, revelou ganhos na gestão emocional, partilha de sentimentos, fortalecimento das relações familiares, consciencialização do autocuidado, aumento do conhecimento sobre a demência e competências na gestão do tempo pessoal (Câmara Municipal de Ílhavo, 2024). Outros estudos nacionais confirmam que estratégias coletivas e educativas promovem resiliência e bem-estar psicológico dos cuidadores (e.g. Capelo, 2024).

A nível comunitário, iniciativas da Associação Alzheimer Portugal e do Gabinete Cuidar Melhor de Cascais oferecem GP consistentes desde 2020, constituindo espaços

privilegiados de apoio e formação. Estas intervenções impactam o bem-estar ao fornecer conhecimentos sobre a evolução da demência, melhorar a regulação emocional e preservar o equilíbrio psicológico (Afonso et al., 2025). Paralelamente, os Grupos de Ajuda Mútua (GAM) promovem partilha emocional e informativa, fortalecendo *empowerment*, sentimento de pertença, expressão de sentimentos, redução do isolamento social e suporte entre pares, com efeitos positivos na motivação e no envolvimento do cuidador (Hsieh et al., 2022).

A participação em GP permite desenvolver competências transversais e pessoais/sociais. As primeiras incluem habilidades intrapessoais (gestão de recursos internos) e interpessoais (interação com terceiros), adquiridas em contextos de formação não formal e interação social (Alarcão et al., 2022; Kim et al., 2023, Ma et al., 2024). As competências pessoais/sociais consistem em condutas que influenciam a qualidade das relações e a execução das tarefas quotidianas, permitindo enfrentar desafios sem comprometer o bem-estar físico e emocional (Cintoli et al., 2024).

Programas internacionais, como a Escuela de Cuidadores da Fundación La Caixa, em Espanha, demonstraram benefícios na gestão do tempo livre e na capacidade de lidar com emoções negativas, reforçando o sentido de competência dos cuidadores (La Caixa Foundation, 2021).

Em síntese, GP têm-se mostrado eficazes na redução de sentimentos negativos, sintomas depressivos e níveis de sobrecarga, além de favorecerem estratégias de *coping* funcionais, com impacto positivo na qualidade dos cuidados e no bem-estar familiar (Wang et al., 2023). Contudo, muitos programas carecem de validação empírica robusta, limitando a replicabilidade e generalização dos resultados (Wang et al., 2023).

Assim, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência da demência reforçam a centralidade do CI na manutenção da qualidade de vida do idoso e da família. A sobrecarga física, emocional e social a que estes cuidadores estão sujeitos evidencia a necessidade de intervenções estruturadas, como os GP, que promovam estratégias de *coping* adaptativas e melhorem o bem-estar. Este enquadramento teórico sustenta a

relevância do estudo e orienta o desenho metodológico, a seleção de instrumentos de recolha de dados e as estratégias de análise para avaliar o impacto das intervenções psicoeducativas junto de CI de pessoas com demência.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

2. 1 Fundamentação do estudo

A literatura recente evidencia que os CI de pessoas com demência enfrentam níveis significativamente elevados de sobrecarga física, emocional e psicológica, o que impacta negativamente a sua saúde mental e qualidade de vida (González-Fraile et al., 2021). Nesse contexto, a implementação de intervenções direcionadas ao seu bem-estar constitui uma prioridade, uma vez que a ausência de suporte adequado pode agravar os riscos de esgotamento, depressão e ansiedade.

Entre as estratégias mais promissoras, destacam-se os GP, que têm demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e no fortalecimento de mecanismos adaptativos de *coping* (Cintoli et al., 2024). Tais intervenções oferecem suporte emocional, educação acerca da doença e treino em competências de gestão do stress, promovendo melhorias substanciais no bem-estar psicológico dos cuidadores (Abayon et al., 2024). Evidências sugerem ainda que programas remotos ou online podem alcançar cuidadores com acesso limitado ao suporte presencial, mantendo benefícios significativos (Abayon et al., 2024; González-Fraile et al., 2021).

Assim, os GP constituem uma ferramenta essencial na prática comunitária, sendo recomendada a sua implementação como componente estruturante das políticas de apoio a CI de pessoas com demência. Contudo, ainda existem lacunas na literatura relativamente à avaliação sistemática e metodologicamente robusta destas intervenções. Assim, a relevância do presente estudo justifica-se pela necessidade de:

- Validar, de forma sistemática, os efeitos dos GP em CI;
- Contribuir para o planeamento e monitorização de futuras intervenções psicoeducativas no Centro, alinhando a prática com a evidência científica mais recente.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1. Objetivos do estudo

O presente estudo é orientado pela seguinte questão de investigação: Qual o contributo dos grupos psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping* por parte dos cuidadores informais de pessoas com demência?

De acordo com Wintersberger e Saunders (2020), a formulação dos objetivos de investigação deve obedecer a critérios de clareza, pertinência e mensurabilidade, permitindo uma avaliação objetiva do seu cumprimento ao longo do processo investigativo e na análise final dos resultados. Com base neste princípio, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos do estudo:

Objetivo geral:

- Avaliar o impacto da participação em grupos psicoeducativos na diminuição dos níveis de sobrecarga e na promoção de estratégias de *coping*;
- Contribuir para uma avaliação sistemática e fundamentada da eficácia dos grupos psicoeducativos.

Objetivos específicos:

- Identificar os níveis de sobrecarga experienciados pelos CI;
- Identificar as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos CI;
- Comparar os níveis de sobrecarga entre cuidadores que participam nos GP (Grupo 1 – experimental) e cuidadores que não participam (Grupo 2 – controlo);
- Comparar as estratégias de *coping* entre cuidadores que participam nos GP (Grupo 1 – experimental) e cuidadores que não participam (Grupo 2 – controlo);
- Verificar se a frequência dos GP diminui os níveis de sobrecarga experienciados pelos CI.

3.2 Método

O presente estudo adotou um delineamento quase-experimental de carácter longitudinal, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Esta escolha metodológica revelou-se adequada à problemática em análise, permitindo avaliar de

forma comparativa os efeitos de uma intervenção psicoeducativa (GP) sobre CI de pessoas com demência, em dois grupos distintos -experimental e controlo – e em dois momentos de recolha de dados (pré e pós-intervenção). Assim, é possível captar tanto resultados objetivos, como os níveis de sobrecarga e as estratégias de *coping*, quanto interpretações subjetivas atribuídas pelos cuidadores às suas experiências.

O estudo assume um carácter comparativo e longitudinal, ao analisar e comparar os resultados de cuidadores que participaram na intervenção psicoeducativa (grupo experimental) com cuidadores que não participaram (grupo de controlo), em dois momentos distintos de recolha de dados. Delineamentos longitudinais permitem compreender melhor a evolução da sobrecarga do cuidador, os mecanismos de *coping* utilizados e os efeitos das intervenções psicoeducativas na promoção do bem-estar psicológico (Wammes et al., 2021).

A abordagem proporciona uma compreensão mais completa do fenómeno. A componente quantitativa visou quantificar o impacto da intervenção nos níveis de sobrecarga e estratégias de *coping*, enquanto a componente qualitativa permitiu explorar significados, perceções e experiências subjetivas dos cuidadores, captando dimensões não evidenciadas pelos instrumentos padronizados às suas experiências (Alarcão et al. 2022). O estudo desenvolver-se em duas fases complementares:

1. Fase quantitativa – aplicação de instrumentos padronizados a ambos os grupos, permitindo avaliar diferenças entre momentos (pré e pós intervenção) e entre grupos (experimental vs. controlo);
2. Fase qualitativa - realização de entrevistas semiestruturadas ao grupo experimental, que possibilitaram explorar em profundidade experiências, estratégias de *coping* e perceções de sobrecarga dos cuidadores, complementando os dados quantitativos.

Importa salientar que a investigação se concentrou nos GP desenvolvidos no Centro, valorizando as suas características organizacionais e dinâmicas próprias. Esta abordagem possibilitou gerar conhecimento contextualizado e aplicável, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar familiar, reforçando a relevância das

intervenções estruturadas para promover *coping* adaptativo e reduzir a sobrecarga dos cuidadores.

3.3 Contexto

O estudo foi desenvolvido num Centro de Intervenção Comunitária especializado na doença de Alzheimer.

O Centro oferece um conjunto diversificado de intervenções dirigidas aos utentes, incluindo ateliês de estimulação física e cognitiva, atividades de motricidade fina, sessões recreativas e treino de AVD. Estas atividades visam não apenas promover o bem-estar global das pessoas com demência, mas também atenuar os declínios funcionais decorrentes da progressão da doença.

Paralelamente, são dinamizados grupos de suporte e psicoeducativos, com periodicidade mensal, dirigidos a CI. Estes grupos têm duração de duas horas, realizam-se na primeira quarta-feira de cada mês e têm como propósito capacitar os cuidadores para gerir o impacto emocional da doença, bem como enfrentar as complexas dinâmicas familiares e pessoais que emergem no contexto do cuidado.

A equipa técnica do Centro é multidisciplinar, incluindo fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional, animadora sociocultural e diretora técnica, responsáveis pela coordenação e condução dos grupos. Especialistas externos em áreas específicas (e.g. sexualidade, nutrição ou higiene oral) são ocasionalmente convidados, enriquecendo o apoio prestado. Durante as sessões com cuidadores, parte da equipa dedica-se à dinamização de atividades dirigidas aos utentes, garantindo acompanhamento contínuo, supervisão adequada e a segurança destes.

3.4 Caracterização da amostra

A amostra foi selecionada por conveniência, recorrendo a amostragem não probabilística intencional. Inclui CI de utentes do CRDL, organizados em dois grupos distintos:

- Grupo experimental - 5 cuidadores que participaram nos GP;
- Grupo de controlo - 12 cuidadores que não participaram nos GP.

Os critérios de inclusão foram definidos da seguinte forma:

- Grupo experimental: CI de utentes do CRDL que frequentaram os GP;
- Grupo de controlo: CI de utentes do CRDL que não participaram nos GP.

A amostra é composta por 17 participantes, distribuídos entre o grupo de controlo (n= 12) e o grupo experimental (n= 5).

No grupo de controlo, as idades dos participantes variam entre os 51 e os 86 anos (M= 70.17; DP= 12.67), enquanto no grupo experimental os participantes apresentam idades entre 66 e 80 anos (M= 72.80; DP= 5.45), revelando uma população ligeiramente menos envelhecida neste último grupo.

Quanto ao género, observa-se uma distribuição homogénea no grupo de controlo (50.0% feminino e 50.0% masculino), contrastando com o predomínio feminino (80.0%, n= 4) no grupo experimental. Relativamente ao estado civil, a totalidade dos participantes do grupo experimental é casada, enquanto no grupo de controlo se verifica maior diversidade, com 66.7% (n= 8) casados/as e 33.3% (n= 4) divorciados/as.

No que respeita ao nível de escolaridade, os dois grupos apresentam perfis distintos. O grupo de controlo evidencia maior heterogeneidade, incluindo desde participantes sem literacia formal (8,3%, n= 1) até ao ensino superior (33.3%, n= 4). Já no grupo experimental observa-se maior homogeneidade, concentrando-se sobretudo no ensino superior e no 3.º ciclo do ensino básico (40.0%, em cada).

Também a situação profissional distingue os grupos: todos os participantes do grupo experimental encontram-se reformados, ao passo que, no grupo de controlo, metade está reformada (50.0%, n= 6), enquanto 33.3% (n= 4) permanece ativo profissionalmente e uma minoria encontra-se desempregada 16,7% (n= 2).

Quanto ao rendimento familiar mensal, verifica-se maior dispersão no grupo de controlo, com predominância entre 1000€ e 1500€ (41.7%, n= 5), contrastando com o grupo experimental, onde a maioria auferia entre 1500€ e 2000€ (40.0%, n= 2).

Por fim, no que diz respeito à relação com a pessoa cuidada, em ambos os grupos prevalece o papel do cônjuge (58.3%, n= 7 no grupo de controlo e 100.0% no experimental), embora no primeiro se verifique ainda a presença de filhos/as (33.3%; n= 4) e de uma nora (8.3%). Em todos os casos, os participantes assumem a função de cuidador informal principal.

Relativamente à questão colocada aos participantes sobre as suas expectativas e/ou conhecimento acerca do Estatuto do Cuidador Informal (Lei 100/2019), as respostas dos CI (Anexo 1) revelaram grande similaridade, especialmente na partilha das suas dificuldades e necessidades. Os participantes referem a importância e a necessidade de haver mais apoio estatal a nível financeiro e social, bem como maior simplificação a nível burocrático. Revelaram ainda, algum desconhecimento sobre esta lei, o que reforça importância relevância da dinamização de GP, para que questões como estas sejam esclarecidas e os CI se tornem mais capacitados para lidar não só com a evolução da doença, mas também com o familiar, melhorando consequentemente os cuidados prestados.

A caracterização sociodemográfica detalhada dos participantes encontra-se resumida na Tabela 1, a qual permite uma comparação direta entre os dois grupos.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Grupo Experimental (n= 5)	Grupo de Controlo (n= 12)
Idade	66-80 anos (M= 72.80; DP= 5.45)	51-86 anos (M= 70.17; DP= 12.67)
Género	80.0% feminino 20.0% masculino	50.0% feminino 50.0% masculino
Estado Civil	100.0% casados/as	66.7% casados/as 33.3% divorciados/as
Escolaridade	20.0% 1.ºCiclo	8.3% sem literacia

Variáveis	Grupo Experimental (n= 5)	Grupo de Controlo (n= 12)
	40.0% 3.º Ciclo	25.0% 1.º Ciclo
	40.0% Ensino Superior	16.7% 3.º Ciclo
		33.3% Ensino Superior
Situação profissional	100.0% reformados/as	50.0% reformados/as
		33.3% ativos/as
		16.7% desempregados/as
Rendimento mensal	40.0%: 1500€-2000€	41.7%: 1000€-1500€
	20.0%: em cada um dos restantes escalões	33.3%: Acima de 2000€
		16.7%: Até 500€
		8.3%: 500€-1000€
Relação com o idoso	100.0% cônjuges	58.3% cônjuges
		33.3% filhos/as
		8.3% nora
Tipo de cuidador	100.0% cuidador informal principal	100.0% cuidador informal principal

3.5 Instrumentos

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, foi aplicado um questionário específico (Anexo 2), desenvolvido para o presente estudo. A recolha de dados incluiu a utilização de dois instrumentos principais: o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - QASCI (Anexo 3) e o Questionário de Estratégias de Enfrentamento de Stress - Brief COPE (Anexo 4). Adicionalmente, e com o intuito de complementar a informação obtida de forma quantitativa foram conduzidas entrevistas semiestruturadas junto do grupo experimental, permitindo aprofundar a compreensão da experiência dos cuidadores participantes.

3.5.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico constitui um instrumento fundamental para a caracterização detalhada da amostra de CI, permitindo recolher informações sobre variáveis pessoais, familiares e contextuais relevantes para o estudo. Foram recolhidos dados sobre as seguintes dimensões: idade, género, estado civil, composição do agregado familiar, filiação, habilitações académicas situação profissional, rendimento familiar mensal, relação e coabitação com a pessoa idosa, condição do papel de cuidador informal, tempo de prestação de cuidados e nível de conhecimento sobre o Estatuto do Cuidador Informal. A sistematização destes dados proporciona uma descrição rigorosa da amostra

e estabelece a base metodológica necessária para a análise comparativa entre cuidadores que participam e que não participam nos GP, sem pretender avaliar diretamente os conteúdos destes grupos.

3.5.2 Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI

O QASCI, desenvolvido por Martins et al. (2003), tem como objetivo avaliar a sobrecarga física, emocional e social experienciada por CI de pessoas com sequelas decorrentes de AVC, sendo igualmente útil na identificação de cuidadores em risco de depressão, exaustão e sobrecarga em outros contextos clínicos como a demência (Martins et al., 2004). A versão final é composta por 32 itens distribuídos por sete dimensões: implicações na vida pessoal do CI; satisfação com o desempenho do papel de cuidador e com o familiar; reações face às exigências do papel; sobrecarga emocional; sobrecarga financeira; suporte familiar e mecanismos de eficácia e controlo. Pode ser autoadministrado ou aplicado em entrevista, demorando em média 20 minutos, e as respostas são dadas numa escala ordinal de 1 (discordância total) a 5 (concordância total). Apresenta boas propriedades psicométricas, com consistência interna elevada ($\alpha = 0.90$ para a escala global; subescalas entre 0.57 e 0.89) (Martins et al., 2004).

3.5.3 Questionário de Estratégias de Enfrentamento de Stress – Brief COPE

O Brief COPE, desenvolvido por Carver (1997), com base nos modelos de Lazarus e Folkman (1984), tem como objetivo avaliar as estratégias de *coping* utilizadas em situações de stress. É composto por 28 itens, organizados em 14 subescalas (cada uma com dois itens) que permitem avaliar estilos de *coping* como a auto-distração; o *coping* ativo; a negação; o uso de substâncias; o suporte social emocional; o desinvestimento comportamental; a expressão de sentimentos; o suporte instrumental; a reinterpretação positiva; a auto-culpabilização; o planear; o humor; a aceitação e a religião. As respostas são registadas numa escala de 0 (“não tenho feito isso”) a 3 (“tenho feito muito isso”). A versão portuguesa, validade por Ribeiro e Rodrigues (2004), apresentou boas propriedades psicométricas, com cargas fatoriais superiores a 0.40 na maioria dos itens,

confirmando a sua aplicabilidade em diferentes contextos e populações (García et al., 2018).

3.5.4 Entrevistas

Para além da aplicação dos questionários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes do grupo experimental, utilizando um guião previamente elaborado (Anexo 5). Este guião foi construído a partir dos instrumentos quantitativos, das verbalizações espontâneas dos participantes durante o preenchimento dos questionários e dos objetivos do estudo, nomeadamente o impacto das intervenções psicoeducativas na sobrecarga e estratégias de *coping* dos CI, bem como compreender o significado das suas experiências individuais enquanto cuidadores, reconhecendo a singularidade de cada vivência distinta.

3.6 Procedimentos da investigação

O estudo iniciou-se com a obtenção de autorização formal da direção da instituição, seguido da apresentação do projeto à equipa técnica do Centro. Posteriormente, os CI foram contactados por telefone, com o intuito de esclarecer os objetivos e a relevância da investigação e de solicitar a sua participação voluntária. Após manifestação de interesse, procedeu-se ao agendamento da aplicação dos instrumentos de recolha de dados em horários e datas adequados à conveniência dos participantes, assegurando a não interferência com as suas rotinas diárias.

Na aplicação dos instrumentos, foi entregue e explicado o termo de consentimento informado, que incluía a descrição detalhada do estudo, a natureza voluntária da participação, garantias de confidencialidade e autorização para a gravação áudio das entrevistas.

A recolha de dados envolveu a aplicação dos questionários QASCI e Brief COPE, nas instalações do Centro em sala reservada, garantindo conforto, privacidade e confidencialidade.

A recolha de dados decorreu em duas fases (Tabela 2) previamente agendadas, que incluiu a aplicação dos questionários e as entrevistas semiestruturadas com cuidadores do grupo experimental que manifestaram disponibilidade.

Tabela 2

Calendarização da recolha de dados

Fase	Mês	Atividades	Instrumentos
1.ª Fase	fevereiro	Aplicação de questionários aos dois grupos Participação do grupo experimental nas sessões dos GP	QASCI Brief COPE
2.ª Fase	março - julho	Aplicação dos questionários aos dois grupos	5 sessões dos GP QASCI Brief COPE
3.ª Fase	julho	Entrevistas ao grupo experimental	Entrevistas semiestruturadas

Todos os registos áudio e respetivas transcrições foram armazenadas em equipamento eletrónico protegido por palavra-passe, em conformidade com os princípios do Regulamento Geral da Proteção de Dados. A identidade dos participantes foi preservada mediante atribuição de códigos numéricos definidos pelos próprios, garantindo anonimato em todas as fases do estudo. A base de dados permaneceu restrita ao âmbito deste projeto, sem qualquer partilha com terceiros. O estudo obteve aprovação da Comissão e ética do Instituto Politécnico de Coimbra, sob o número de processo 18/2025, assegurando a conformidade ética em todas as etapas da investigação.

3.7 Procedimentos estatísticos

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics. Numa fase inicial, procedeu-se à caracterização da amostra através de análises descritivas, calculando-se medidas de tendência central e dispersão (médias e desvios-padrão), para as variáveis sociodemográficas e para as dimensões relacionadas com a

sobrecarga e as estratégias de *coping* dos cuidadores. Esta etapa permitiu obter uma visão geral do perfil dos participantes e das características da amostra.

Para avaliar o impacto da intervenção psicoeducativa, recorreu-se a procedimentos de estatística inferencial. Dentro de cada grupo (experimental e de controlo), aplicou-se o teste *t* para amostras emparelhadas, adequado para a comparação de médias obtidas em dois momentos distintos - pré e pós intervenção – sobre o mesmo conjunto de participantes. Este teste é amplamente recomendado para estudos com medidas repetidas, uma vez que permite verificar se as diferenças observadas ao longo do tempo são estatisticamente significativas (Field, 2009).

Contudo, a análise da significância estatística, por si só, não fornece informação acerca da magnitude prática das diferenças encontradas. Assim, procedeu-se ao cálculo do tamanho do efeito através do índice de Hedges (*Hedges' d*), que constitui uma versão corrigida do índice de Cohen's *d*. Esta correção é particularmente importante em amostras de dimensão reduzida, uma vez que *Hedges' g* ajusta o viés associado ao tamanho da amostra, proporcionando uma estimativa mais precisa e imparcial do efeito real da intervenção (Brydges, 2019; Borenstein et al., 2009).

De acordo com Lakens (2013), a inclusão de medidas de tamanho do efeito é fundamental na investigação experimental e aplicada, pois complementa a análise de significância estatística e facilita a interpretação dos resultados em termos práticos. O valor de *g* permite classificar a magnitude do efeito em pequena (≈ 0.20), moderada (≈ 0.50) ou grande (≈ 0.80), contribuindo para uma avaliação mais compreensiva da intervenção, especialmente em estudos exploratórios ou com amostras limitadas.

Desta forma, enquanto o teste *t* pareado permite identificar diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação, o *Hedges' g* fornece uma medida objetiva da amplitude e relevância prática dessas diferenças, assegurando uma análise mais completa do impacto da intervenção psicoeducativa.

O nível de significância adotado foi $p < 0.05$, correspondente a um intervalo de confiança de 95%, indicando que existe uma probabilidade de 95% de as diferenças observadas

refletirem um efeito real e apenas 5% de serem atribuídas ao acaso. Esta abordagem metodológica garante a robustez e a fiabilidade das inferências realizadas, conciliando a significância estatística com a relevância prática dos resultados.

4. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no âmbito do presente estudo, organizados de forma sistemática de modo a assegurar uma análise coerente, fundamentada e alinhada com os objetivos definidos.

Numa primeira fase, procede-se à análise dos níveis de sobrecarga percebida pelos CI, avaliados através da aplicação do QASCI. Em seguida, apresentam-se os dados referentes às estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes, com base nos resultados obtidos através do instrumento Brief COPE.

Por fim, são analisadas as entrevistas semiestruturadas realizadas após a intervenção, com o intuito de explorar em maior profundidade as percepções e significados atribuídos pelos cuidadores à sua experiência de participação nos GP.

Esta estrutura visa proporcionar uma leitura clara, progressiva e integrada dos resultados, permitindo compreender de forma abrangente o impacto dos GP na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping* adaptativas pelos CI de pessoas com demência.

4.1 Resultados do QASCI

Procede-se à apresentação dos dados relativos à sobrecarga sentida pelos CI, conforme os resultados obtidos através da aplicação do QASCI, num primeiro momento, que possibilitou a identificação de distintos níveis de sobrecarga entre os CI incluídos na amostra. Esta escala avalia sete dimensões específicas associadas à experiência do cuidar:

- Sobrecarga Emocional, que avalia os sentimentos de stress, tristeza e ansiedade associados ao cuidar;

- Implicações na Vida Pessoal, que mede o impacto do cuidado na rotina, tempo livre e autocuidado;
- Sobrecarga Financeira, que reflete as dificuldades económicas decorrentes do papel de cuidador;
- Reação às Exigências, que analisa a capacidade de lidar com as exigências comportamentais e físicas do familiar;
- Perceção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo, que avalia a autoperceção de competência e capacidade de lidar com a situação;
- Suporte Familiar, que mede o apoio emocional e prático recebido da rede familiar;
- Satisfação com o Papel e o Familiar, que examina a valorização do papel de cuidador e a relação com o familiar cuidado.

Cada dimensão contribui para a compreensão da natureza multifacetada da experiência de cuidar, permitindo uma avaliação mais pormenorizada dos fatores de risco associados à sobrecarga. Para operacionalizar esta análise apresentam-se na Tabela 3 os resultados obtidos por cada grupo nas sete dimensões avaliadas, que possibilitam uma visão comparativa do impacto do cuidar nas diferentes áreas da vida dos participantes.

Tabela 3

Níveis de sobrecarga dos cuidadores informais

Dimensão	Grupo Experimental		Grupo de Controlo	
	Media (DP) Pré	Media (DP) Pós	Media (DP) Pré	Media (DP) Pós
SE - Sobrecarga Emocional	1.60 (0.45)	1.60 (0.42)	2.42 (0.58)	2.29 (0.65)
IPV – Implicações na Vida Pessoal	2.30 (0.65)	2.31 (0.55)	2.41 (0.53)	2.51 (0.67)
SF – Sobrecarga Financeira	1.00 (0.00)	1.50 (0.87)	1.79 (1.08)	2.04 (1.50)
RE – Reações às Exigências	1.56 (0.46)	1.76 (0.75)	2.07 (0.61)	1.78 (0.71)
PMEC – Mecanismos de Eficácia e Controlo	4.60 (0.43)	4.53 (0.51)	3.72 (0.62)	4.14 (0.56)
SupF – Suporte Familiar	5.00 (0.00)	4.90 (0.22)	3.88 (1.38)	3.92 (1.52)
SPF – Satisfação com o Papel e Familiar	3.88 (1.07)	3.88 (1.07)	3.82 (0.66)	3.96 (0.61)

SE – Sobrecarga emocional

A Sobrecarga Emocional refere-se aos sentimentos negativos que emergem do papel de cuidador, tais como stress psicológico, tristeza, cansaço emocional e ansiedade. Esta dimensão é especialmente relevante no contexto do cuidado a pessoas com demência, dada a exigência contínua e muitas vezes imprevisível associada à progressão da doença (Ferrero-Sereno et al., 2024). A literatura tem demonstrado que níveis elevados de sobrecarga emocional estão associados ao aumento de sintomatologia depressiva, ao isolamento social e à redução da qualidade dos cuidados prestados (Juengst et al., 2025).

No presente estudo, os resultados relativos ao grupo experimental (Anexos 7 e 8) revelaram médias estáveis entre os dois momentos de avaliação ($M_{pré} = 1.60$, $DP = 0.45$; $M_{pós} = 1.60$, $DP = 0.42$), $t(4) = 0.00$, $p = 1.00$, $g = 0.00$, IC 95% [-0.88, 0.88], indicando baixos níveis de sobrecarga emocional e ausência de alterações estatisticamente significativas. Os dados confirmam ainda, a inexistência de efeito significativo da intervenção sobre a sobrecarga emocional, possivelmente relacionada ao reduzido tamanho da amostra.

No grupo de controlo (Anexos 9 e 10), os participantes apresentaram níveis iniciais mais elevados de sobrecarga emocional em relação ao segundo momento, embora a variação não tenha sido estatisticamente significativa ($M_{pré} = 2.42$, $DP = 0.58$; $M_{pós} = 2.29$, $DP = 0.65$), $t(11) = 0.97$, $p = .35$, $g = 0.26$, 95% [-0.28, 0.79], o que evidencia a ausência de alterações substanciais ao longo do tempo (Anexos 9 e 10).

A comparação entre os dois grupos evidencia diferenças iniciais relevantes, com o grupo de controlo experienciando maior sobrecarga emocional do que o grupo experimental, e sugere que a intervenção psicoeducativa pode ter efeitos limitados em cuidadores que já apresentam baixos níveis de sobrecarga. Por outro lado, cuidadores com níveis mais elevados, como os do grupo de controlo, parecem permanecer vulneráveis na ausência de intervenção estruturada. Estes resultados são consistentes com a literatura que enfatiza a importância de intervenções contínuas e direcionadas, capazes de reduzir a sobrecarga emocional em cuidadores com maior vulnerabilidade inicial (Brites et al., 2024; Ferrero-Sereno et al., 2024; Juengst et al., 2025).

IVP – Implicações na Vida Pessoal

A dimensão Implicações na Vida Pessoal, avalia o impacto que o papel de cuidador exerce na vida individual do CI, nomeadamente na sua autonomia, rotina diária, tempo livre, relações sociais e projetos pessoais. Esta dimensão é particularmente crítica no contexto do cuidado a pessoas com demência, uma vez que a perda progressiva de capacidades cognitivas e funcionais da pessoa cuidada exige uma presença constante e intensiva, limitando a liberdade e a autorrealização do cuidador (Brodaty & Donkin, 2009; Górska et al., 2022).

Estudos recentes sublinham que estas implicações pessoais podem levar ao desgaste acumulado, à diminuição da qualidade de vida e a um risco acrescido de burnout, especialmente quando não existem estratégias de suporte formal ou informal adequadas (Pinto-Grau et al., 2024).

No grupo experimental (Anexos 7 e 8), verificaram-se médias idênticas nos dois momentos, sem diferenças estatisticamente significativas ($M_{pré} = 2.30$, $DP = 0.65$; $M_{pós} = 2.31$, $DP = 0.55$), $t(4) = -0.11$, $p = .92$, $g = -0.04$, IC 95% [-0.74, 0.66]. Estes resultados apontam para uma estabilidade nos níveis de impacto pessoal, com uma ligeira diminuição da dispersão das respostas, sugerindo maior homogeneidade após a intervenção. Revelam ausência de variação significativa entre os dois momentos e sugere que o programa psicoeducativo poderá ter contribuído para manter níveis estáveis os níveis de implicação pessoal, prevenindo o agravamento esperado neste tipo de contexto.

Por outro lado, o grupo de controlo (Anexos 9 e 10) apresentou uma média mais baixa no primeiro momento, relativamente ao segundo momento, indicando um aumento não significativo ($M_{pré} = 2.41$, $DP = 0.53$; $M_{pós} = 2.51$, $DP = 0.67$), $t(11) = -0.72$, $p = .49$, $g = -0.19$, IC 95% [-0.72, 0.34]. O tamanho de efeito também sugere uma variação mínima, embora com tendência para agravamento. Esta evolução poderá refletir uma maior perceção das exigências associadas ao papel de cuidador, acompanhada de um aumento da

variabilidade individual nas respostas, possivelmente em função de diferenças nos recursos de *coping* ou suporte social.

A comparação entre grupos revela um padrão interessante: enquanto o grupo de controlo apresentou uma ligeira elevação das implicações pessoais ao longo do tempo, o grupo experimental manteve-se estável. Este contraste, ainda que não estatisticamente significativo, pode indicar um efeito protetor da intervenção psicoeducativa, ao conter a progressão do impacto pessoal associado ao cuidar.

Estes resultados alinham-se com a literatura, que sugere que os efeitos das intervenções psicoeducativas podem manifestar-se mais como estabilização do bem-estar do cuidador do que como melhorias imediatas e marcadas (Brodaty & Donkin, 2009; Górska et al., 2022; Pino-Grau et al., 2024). Assim, mesmo na ausência de diferenças estatisticamente significativas, a manutenção dos níveis de implicação pessoal no grupo experimental pode ser interpretada como um resultado positivo, tendo em conta a natureza exigente e cumulativa do papel de cuidador de pessoas com demência.

SF – Sobrecarga Financeira

A Sobrecarga Financeira diz respeito ao impacto económico associado ao papel de CI, abrangendo custos diretos – como medicamentos, ajudas técnicas, transporte e serviços de apoio – e custos indiretos, como a redução do rendimento familiar decorrente da diminuição de horas de trabalho, absentismo ou abandono da atividade profissional.

No contexto da demência, estes encargos tendem a intensificar-se progressivamente, à medida que a dependência da pessoa cuidada aumenta. A literatura recente sublinha que a sobrecarga financeira é uma das dimensões menos visíveis, mas mais significativas da experiência do cuidar, com impacto direto no bem-estar psicológico do cuidador e na sustentabilidade do cuidado prestado a longo prazo (Hebdon et al., 2022; Kumar et al., 2023; Liu et al., 2024).

No grupo experimental (Anexos 7 e 8), os resultados revelaram uma ligeira subida da média no segundo momento ($M_{\text{pré}}= 1.00$, $DP= 0.00$; $M_{\text{pós}}= 1.50$; $DP= 0.87$), $t(4)=-1.29$,

$p = .27$, $g = -0.46$, IC 95% [-1.20, 0.33]. Esta variação poderá refletir uma maior consciencialização dos encargos reais associados ao cuidar após intervenção psicoeducativa, ou um agravamento efetivo da situação económica de alguns participantes. Contudo, o efeito reduzido indica que as diferenças entre os dois momentos não foram estatisticamente relevantes.

No grupo de controlo (Anexos 9 e 10), verificou-se uma diferença das médias nos dois momentos, acompanhada de uma maior dispersão das respostas ($M_{pré} = 1.79$, $DP = 1.08$; $M_{pós} = 2.04$, $DP = 1.50$), $t(11) = -0.61$, $p = .56$, $g = -0.16$, IC 95% [-0.69, 0.37], verificando-se a ausência de diferenças significativas, ainda que se observe uma tendência de agravamento da sobrecarga financeira entre os cuidadores que não participaram na intervenção. A variabilidade crescente pode refletir contextos económicos distintos e níveis desiguais de apoio social e institucional.

Comparando os dois grupos, verifica-se que o grupo de controlo apresentava níveis mais elevados de sobrecarga financeira desde o início, possivelmente devido a condições socioeconómicas mais desfavoráveis ou menor acesso a apoios formais. O grupo experimental, apesar de partir de níveis mais baixos, mostrou uma variação mais expressiva – o que pode traduzir um efeito de maior consciência crítica sobre os custos do cuidar induzido pela intervenção psicoeducativa, refletindo ganhos em literacia e perceção de necessidades.

Estes resultados estão em consonância com estudos que demonstram que os cuidadores tendem inicialmente a subestimar o impacto financeiro da sua função, tornando-se mais conscientes das suas implicações à medida que recebem informação estruturada e partilham experiências com outros cuidadores (Liu et al., 2024).

No entanto, mesmo com maior formação, a falta de apoios financeiros formais adequados continua a ser um dos principais desafios no contexto do cuidado informal, particularmente no caso das demências e de outras doenças crónicas (Hebdon et al., 2022; Kumar et al., 2023).

RE – Reações às Exigências

A dimensão Reações às Exigências avalia o modo como os CI respondem às exigências diárias impostas pelo ato de cuidar, refletindo o impacto emocional, físico e cognitivo decorrente das tarefas constantes de vigilância, gestão de comportamentos e tomada de decisões complexas. Esta dimensão é particularmente relevante no contexto do cuidado à pessoa com demência, uma vez que o avanço da doença acarreta níveis crescentes de imprevisibilidade e sobrecarga situacional (Lethin et al., 2019; Steinfeldt et al., 2021).

Estudos recentes têm demonstrado que níveis elevados de reação às exigências estão associados a maior stress percebido, exaustão emocional e menor qualidade de vida, enquanto cuidadores com estratégias de *coping* eficazes e percepção de autoeficácia tendem a apresentar reações mais equilibradas e adaptativas perante as exigências do cuidado (Bressan et al., 2020; Owokuhaisa et al., 2023; Sya'diyah et al., 2023; Zajdel et al., 2023).

No grupo experimental (Anexos 7 e 8), os resultados revelaram uma média ligeiramente superior no segundo momento (Mpré= 1.56, DP= 0.46; Mpós= 1.76, DP= 0.75), $t(4) = -1.00$, $p = .37$, $g = -0.36$, IC 95% [-1.08, 0.40]. Estes valores indicam níveis baixos de reação às exigências, sugerindo que os cuidadores já possuíam, à partida, uma boa capacidade adaptativa sólida face às demandas do cuidar. O aumento ligeiro observado pode refletir uma maior consciência das exigências e desafios inerentes ao papel de cuidador, frequentemente emergente em programas de intervenção psicoeducativa que promovem reflexão e partilha de experiências (Huang et al., 2024).

Contudo, o efeito de magnitude pequena revelado, indica que a diferença entre momentos apesar de não ser significativa, o grupo manteve um perfil emocional estável ao longo do tempo.

No grupo de controlo (Anexos 9 e 10), a média inicial foi superior à do grupo experimental, indicando maior sobrecarga e sensibilidade às exigências do papel de cuidador. No segundo momento, observou-se uma redução (Mpré= 2.07, DP= 0.61; Mpós= 1.78, DP=

0.71), $t(11) = 1.86$, $p = .09$, $g = -0.36$, IC 95% [-0.08, 1.05], revelando uma tendência de adaptação espontânea ou habituação ao processo de cuidar, mesmo na ausência de intervenção formal. O valor do efeito moderado dos resultados, ainda que não estatisticamente significativo, sugere que a experiência acumulada pode ter contribuído para o ajustamento gradual dos cuidadores às exigências quotidianas. Esta tendência é consistente com estudos longitudinais que evidenciam a capacidade natural de reorganização e ajustamento emocional dos cuidadores ao longo do tempo (Bressan et al., 2020; Sya'diyah et al., 2023).

De forma comparativa, o grupo experimental manteve estabilidade nos níveis de reação às exigências, possivelmente refletindo o efeito estabilizador da intervenção psicoeducativa, que poderá ter reforçado competências de *coping* e estratégias de autorregulação emocional. Já o grupo de controlo evidenciou uma ligeira melhoria espontânea, mas sem suporte formal, o que sugere um ajustamento adaptativo natural. Assim, embora os resultados não revelem diferenças estatisticamente significativas, apontam para dois padrões distintos da evolução: estabilização induzida pela intervenção versus adaptação gradual sem apoio estruturado.

Estes resultados encontram-se em consonância com a literatura recente, que descreve que intervenções psicoeducativas podem não gerar melhorias imediatas, mas funcionam como fatores de proteção, contribuindo para a manutenção do equilíbrio emocional e da perceção de controlo perante as exigências do cuidado (Huang et al., 2024; Owokuhaisa et al., 2023).

PMEC – Mecanismos de Eficácia e Controlo

A dimensão Mecanismos de Eficácia e Controlo avalia a perceção do cuidador relativamente à sua capacidade de gerir as exigências do cuidar e à confiança nas suas competências para lidar com situações de stress, resolução de problemas e tomada de decisão. Este domínio é considerado um indicador importante de autoeficácia, conceito amplamente associado à adaptação positiva ao papel de cuidador e à redução da

sobrecarga (Khan et al., 2021; Kocabas et al., 2025). A literatura recente evidencia que cuidadores com maior perceção de eficácia e controlo tendem a apresentar menor stress, maior bem-estar psicológico e melhor capacidade de ajustamento perante a progressão da demência (Huang et al., 2024; Phongtankuel et al., 2023; Tan et al., 2021).

No presente estudo, o grupo experimental (Anexos 7 e 8) revelou médias elevadas e consistentes em ambos os momentos de avaliação ($M_{\text{pré}}= 4.60$, $DP= 0.43$; $M_{\text{pós}}= 4.53$, $DP= 0.51$), $t(4)= 0.23$, $p= .83$, $g= 0.08$, IC 95% [-0.62, 0.78], o que indica níveis altos e estáveis de autoeficácia e perceção de controlo. Esta estabilidade sugere que os cuidadores deste grupo já possuíam competências bem desenvolvidas antes da intervenção, limitando o potencial de variação. O efeito nulo verificado, reforça esta interpretação, confirmando a manutenção do sentimento de eficácia pessoal ao longo do tempo.

No grupo de controlo (Anexos 9 e 10), observou-se um aumento estatisticamente significativo da perceção de eficácia e um efeito de magnitude moderada ($M_{\text{pré}}= 3.72$, $DP= 0.62$; $M_{\text{pós}}= 4.14$, $DP= 0.56$), $t(11)= -2.45$, $p= .03$, $g= -0.66$, IC 95% [-1.24, -0.06], sugerindo melhoria real na perceção de controlo entre os cuidadores não intervencionados. Esta evolução pode refletir processos naturais de adaptação e aprendizagem empírica ao longo do tempo, reforçando a ideia de que a experiência prática também contribui para o fortalecimento da autoeficácia (Phongtankuel et al., 2022).

A comparação entre grupos revela padrões distintos: enquanto o grupo experimental manteve níveis elevados e estáveis de autoeficácia, o grupo de controlo demonstrou ganhos significativos, possivelmente resultantes de ajustamentos espontâneos e reforço da confiança individual. Apesar de inesperado, este resultado encontra paralelo em estudos que descrevem o desenvolvimento gradual da autoeficácia entre cuidadores com menor experiência inicial, independentemente da intervenção formal (Khan et al., 2021; Tan et al., 2021).

Em síntese, esta dimensão demonstra que tanto a intervenção psicoeducativa como a experiência prática parecem contribuir, de formas distintas, para a percepção de eficácia e controlo. No grupo experimental, o papel da intervenção poderá ter sido o de preservar níveis já elevados, enquanto no grupo de controlo observou-se uma evolução adaptativa natural. Tais resultados reforçam a relevância de programas que promovam a autoeficácia, um dos principais fatores protetores contra a sobrecarga emocional e o esgotamento do cuidador (Huang et al., 2024; Phongtankuel et al., 2022).

SupF – Suporte Familiar

A dimensão Suporte Familiar avalia o grau de apoio percebido por parte da família, incluindo a partilha de responsabilidades, a compreensão e o suporte emocional. Este domínio é amplamente reconhecido como um fator protetor fundamental contra a sobrecarga e a exaustão emocional do CI (Bongelli et al., 2024; del Pino-Casado et al., 2021; Marinho et al., 2022;). De acordo com a literatura, cuidadores que percebem menor apoio familiar apresentam maior vulnerabilidade a sintomas depressivos, burnout e isolamento social, o que reforça a importância do suporte familiar na adaptação ao papel de cuidador (Gutiérrez-Sánchez et al., 2024; Zhong et al., 2020).

No presente estudo, o grupo experimental (Anexos 7 e 8) apresentou médias muito elevadas desde o primeiro momento, que se mantiveram praticamente inalteradas após a intervenção (Mpré: M1= 5.00, DP= 0.00; Mpós= 4.90, DP= 0.22), $t(4)= 1.00$, $p= .37$, $g= 0.36$. Estes resultados evidenciam um nível pleno e estável de suporte familiar, sugerindo que os participantes já dispunham de uma rede sólida de apoio, o que poderá ter reduzido o impacto da intervenção psicoeducativa nesta dimensão. A ligeira diminuição observada não é estatisticamente relevante, podendo dever-se a pequenas variações na percepção de ajuda familiar.

No grupo de controlo, (Anexos 9 e 10) a média inicial foi inferior (M1), mantendo-se praticamente inalterada no segundo momento (Mpré= 3.88, DP= 1.38; Mpós= 3.92, DP= 1.52), $t(11)= -0.32$, $p= .75$, $g= 0.36$. Esta estabilidade surge ausência de alteração significativa, refletindo a tendência de que, sem intervenção estruturada, o suporte

familiar percebido tende a permanecer constante, fortemente dependente das dinâmicas relacionais e das condições pré-existentes (Marinho et al., 2022; Silaule et al., 2024).

Os resultados dos efeitos, revelaram uma magnitude muito reduzida em ambos os grupos, confirmando que as variações observadas não atingem relevância estatística ou prática. No grupo experimental, o ligeiro valor positivo pode refletir uma pequena tendência de melhoria percebida, ainda que dentro da margem de erro; no grupo de controlo, o valor próximo de zero confirma a estabilidade total da perceção de suporte.

Em síntese, a dimensão Suporte Familiar manteve-se estável e positiva nos dois grupos, reforçando o papel da rede familiar como fator de resiliência no processo de cuidar. Este achado está em consonância com a literatura que destaca o suporte familiar como determinante essencial do bem-estar psicológico dos cuidadores (Benedetti et al., 2024; Bongelli et al., 2024; del Pino-Casado et al., 2021; Gutiérrez-Sánchez et al., 2024).

SPF – Satisfação com o Papel e Familiar

A dimensão Satisfação com o Papel e Familiar reflete o grau de realização pessoal, orgulho e sentido de propósito que o cuidador atribui ao seu papel. Esta dimensão traduz o equilíbrio entre o fardo e o significado do cuidar, sendo considerada um indicador de ajustamento positivo e de *coping* baseado no sentido e aceitação (Mishra et al., 2023; Song et al., 2024).

No grupo experimental, (Anexos 7 e 8) observou-se estabilidade total entre os dois momentos de avaliação ($M_{pré} = 3.88$, $DP = 1.07$; $M_{pós} = 3.88$, $DP = 1.07$), $t(4) = 0.00$, $p = 1.00$, $g = 0.00$, sugerindo que os cuidadores já apresentavam, à partida, níveis moderadamente elevados de satisfação com o papel desempenhado. Esta ausência de variação significativa poderá indicar que os participantes já possuíam uma perceção consolidada de valorização e aceitação do cuidar, não necessitando de reforço adicional.

No grupo de controlo (Anexos 9 e 10), a média inicial foi semelhante, com uma ligeira variação no segundo momento ($M_{pré} = 3.82$, $DP = 0.66$; $M_{pós} = 3.60$, $DP = 0.61$), $t(11) = -$

0.70, $p = .50$, $g = -0.19$, IC 95% [-0.72, 0.35], refletindo tendência discreta de melhoria, possivelmente associada à adaptação progressiva ao papel de cuidador. No entanto, tal como no grupo experimental, a variação é mínima, mas pouco suficiente para evidenciar mudança significativa e que é reforçado pelos resultados de pequena magnitude, que indicam um efeito nulo a muito reduzido, confirmando que não ocorreram alterações estatisticamente significativas entre os dois momentos. A estabilidade observada sugere que a satisfação com o papel de cuidador é uma dimensão intrinsecamente estável, mais influenciada por fatores pessoais e culturais do que por intervenções de curta duração (Chan et al., 2023; Garcia-Mochón et al., 2019).

Ainda assim, a literatura sublinha que a participação em GP pode ter um efeito protetor indireto, ao proporcionar espaços de partilha e reconhecimento e reforçam o sentido de propósito e o significado atribuído ao cuidar (Song et al., 2024).

Em suma, no grupo experimental, que participou nos GP, os resultados revelaram maior estabilidade em quase todas as dimensões entre os dois momentos de avaliação. A dimensão PMEC manteve-se elevada, refletindo níveis consistentemente altos de autoeficácia e percepção de controlo. O valor do efeito indica a manutenção da percepção de competência e estabilidade emocional.

De modo semelhante, as dimensões SPF e SupF permaneceram estáveis, com efeitos de reduzidos, sugerindo ausência de alterações significativas e reforçando a consistência do apoio e da satisfação familiar ao longo do tempo. Na dimensão SE e nas RE também se observou estabilidade, com pequenas flutuações interpretáveis como maior consciencialização do papel e não como agravamento da sobrecarga.

A única variação mais visível ocorreu na SF, com um ligeiro aumento, embora sem significância estatística. Globalmente, este padrão sugere que a participação nos GP pode ter atuado como fator de proteção, contribuindo para a manutenção de níveis adaptativos de *coping* e autoeficácia, prevenindo deteriorações mais acentuadas. Estes resultados estão em consonância com estudos que apontam para os efeitos estabilizadores das intervenções psicoeducativas na autoeficácia e no bem-estar dos cuidadores (Nasreen et al., 2024; Zhang et al., 2025).

No grupo de controlo, observou-se uma evolução mais heterogénea entre as dimensões. Destaca-se um aumento significativo em P MEC, sugerindo ganhos em perceção de autoeficácia e utilização de estratégias de *coping*, acompanhado de uma tendência para redução das RE, indicativa de adaptação gradual ao papel de cuidador. Contudo, as dimensões IPV e SF apresentaram aumentos, refletindo um impacto negativo crescente da função de cuidar ao longo do tempo.

Os resultados do teste de Hedges nas várias dimensões do grupo de controlo mostram efeitos pequenos a moderados, mas com amplitudes de intervalo de confiança que sugerem variabilidade individual considerável. Estes padrões sugerem que, mesmo sem intervenção estruturada, alguns cuidadores desenvolvem mecanismos espontâneos de ajustamento, mas continuam vulneráveis ao aumento da sobrecarga, tal como salientando em revisões recentes (Lethin et al., 2021; Xu et al., 2024).

De forma global, o grupo experimental apresentou maior estabilidade e menores variações, especialmente nas dimensões emocionais e de autoeficácia, o que indica um potencial efeito protetor dos GP na preservação de padrões adaptativos e na regulação emocional dos cuidadores. Todavia, a pequena dimensão amostral limita a robustez estatística e a generalização dos resultados, reforçando a necessidade de investigações futuras com amostras ampliadas e seguimentos longitudinais para confirmar a consistência dos efeitos observados.

A tabela 4 apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos, destacando as diferenças e tendências observadas em cada grupo nas diversas dimensões avaliadas.

Tabela 4

Síntese comparativa dos principais resultados e diferenças dos grupos

Dimensão	Grupo Experimental	Grupo de Controlo	Interpretação
SE – Sobrecarga Emocional	Estável (Mpré= 1.60 – Mpós= 1.60; $p= 1.00$)	Ligeira diminuição (Mpré= 2.42 – Mpós= 2.29; $p= .35$), não significativa	Sem intervenção, SE diminui ligeiramente; GP mantém estabilidade emocional.
IVP – Implicações na Vida Pessoal	Estável (Mpré= 2.30 – Mpós= 2.31; $p= .92$)	Aumento (Mpré= 2.41 – Mpós= 2.51; $p= .49$), impacto negativo crescente	Grupo de Controlo sofre impacto crescente; GP mantém estabilidade na vida pessoal.
SF – Sobrecarga Financeira	Ligeiro aumento (Mpré= 1.00 – Mpós= 1.50)	Aumento (Mpré= 1.79 – Mpós= 2.04; $p= .56$), impacto negativo crescente	Grupo de Controlo apresenta SF crescente; GP ligeiro aumento, sem impacto significativo.
RE – Reações às Exigências	Estável (sem alterações)	Redução mais expressiva (Mpré= 2.07 – Mpós= 1.78; $p= .09$), tendência de adaptação	Grupo de Controlo apresenta adaptação gradual; GP mantém estabilidade.
PMEC – Mecanismos de Eficácia e Controlo	Ligeira diminuição (Mpré= 4.60 – Mpós= 4.53; $p= .83$), não significativa	Aumento significativo (Mpré= 3.72 – Mpós= 4.14; $p= .03$), ganhos em autoeficácia e <i>coping</i>	Grupo de Controlo apresenta ganho significativo em autoeficácia; GP mantém níveis elevados estáveis.
SupF – Suporte Familiar	Valores elevados e estáveis (Mpré= 5.00 – Mpós= 4.90; $p= .37$)	Valores elevados e estáveis (Mpré= 3.88 – Mpós= 3.92; $p= .75$)	SupF mantém-se elevado, atuando como fator protetor em ambos os grupos.
SPF – Satisfação com o Papel e Familiar	Valores estáveis (Mpré= 3.88 – Mpós= 3.88)	Valores elevados e estáveis (Mpré= 3.82 – Mpós= 3.96)	SPF estável; GP mantém níveis positivos, reforçando padrões adaptativos.

4.2 Resultados do Brief COPE

O instrumento Brief COPE foi utilizado para identificar as estratégias de *coping* mais frequentemente adotadas e que contempla várias estratégias de enfrentamento agrupadas em três grandes categorias:

- *Coping* focado no problema (e.g. planeamento, aceitação, uso de suporte instrumental)
- *Coping* focado na emoção (e.g. humor, religião, suporte emocional)
- *Coping* disfuncional (e.g. negação, autocrítica, evitamento, uso de substâncias)

O questionário Brief COPE começa com uma questão introdutória (Anexo 6) com o intuito de identificar a forma como os participantes experienciam uma situação geradora de stress – neste caso, a revelação do diagnóstico da demência – do seu familiar. As respostas revelaram uma significativa heterogeneidade. Alguns cuidadores (n= 4) referiram que o diagnóstico não constituiu surpresa, devido à presença de antecedentes familiares da doença ou ao surgimento de sintomas que já os haviam alertado. Por outro lado, houve quem expressasse dificuldade em aceitar o diagnóstico inicialmente (n= 3), enquanto outros (n= 7) descreviam uma aceitação precoce, associada a uma resignação adaptativa. Essa variação nas respostas está em conformidade com estudos que destacam a aceitação como uma estratégia de *coping* emocional, frequentemente relacionada com níveis mais baixos de ansiedade e um maior bem-estar psicológico dos cuidadores (López-Martínez et al., 2024).

O modelo teórico de Lazarus e Folkman (1984), em que o Brief Cope (Carver, 1997), se baseia, distingue estratégias de *coping* centradas no problema e na emoção, com diferentes impactos no bem-estar do cuidador.

Na análise das diferentes dimensões de *coping*, verificaram-se padrões distintos entre o grupo de controlo e o grupo experimental (Tabela 5) ainda que limitados pelo reduzido número de participantes.

Tabela 5*Estratégias de coping dos cuidadores informais*

Dimensão	Grupo Experimental		Grupo de Controlo	
	Media (DP) Pré	Media (DP) Pós	Media (DP) Pré	Media (DP) Pós
AD – Auto-Distração	1.80 (0.45)	1.40 (1.08)	1.38 (0.86)	1.83 (0.65)
CA – Coping Ativo	2.50 (0.50)	2.50(0.71)	2.29 (0.69)	2.63 (0.38)
SSE – Suporte Social Emocional	2.90 (0.22)	2.80 (0.45)	2. 17(0.69)	2.13 (0.77)
DC – Desinvestimento Comportamental	1.50 (0.00)	1.50 (0.00)	1.71 (0.62)	1.50 (0.00)
ES – Expressão de Sentimentos	1.30 (0.84)	0.70 (0.27)	1.25 (0.66)	1.46 (0.84)
SI – Suporte Instrumental	2.40 (0.65)	1.60 (0.96)	1.79 (0.89)	1.58 (0.67)
RP – Reinterpretação Positiva	1.60 (0.65)	1.50 (0.79)	1.63 (0.77)	1.46 (0.69)
AC – Auto-Culpabilização	0.00 (0.00)	0.30 (0.67)	0.50 (0.67)	0.63 (0.83)
P – Planear	1.60 (0.96)	1.40 (0.55)	2.00 (0.71)	2.04 (0.66)
N – Negação	0.40 (0.42)	0.00 (0.00)	0.96 (0.78)	0.63 (0.80)
US – Uso de Substâncias	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.33 (0.89)	0.29 (0.69)
H - Humor	0.50 (0.87)	0.90 (0.89)	0.63 (0.96)	0.75 (0.99)
A – Aceitação	3.00 (0.00)	3.00 (0.00)	2.58 (0.60)	2.54 (0.58)
R - Religião	0.90 (1.19)	0.50 (0.50)	1.79 (1.29)	1.75 (1.27)

AD – Auto-distração

A Auto-Distração consiste numa estratégia de *coping* que implica o afastamento temporário dos problemas através do envolvimento em atividades alternativas, com o objetivo de reduzir o impacto emocional do stress (Carver, 1997). Em CI de pessoas com demência, esta estratégia assume particular relevância, dado o carácter contínuo e exigente do cuidado, frequentemente associado a elevados níveis de sobrecarga emocional (Balasubramanian et al., 2024; Encinas-Monge et al., 2024).

No momento inicial, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) apresentou uma média mais elevada que no segundo momento (Mpré= 1.80, DP= 0.45; Mpós= 1,40, DP= 1.08, $t(4)=$

1.09, $p = .34$, $g = 0.39$, IC 95% [-0.38, 1.11]. Este valor inicial poderá indicar uma tendência para a utilização de mecanismos de alívio momentâneo do stress, comuns em contextos de elevada exigência psicológica e emocional (Owokuhaia, 2023). Após a intervenção psicoeducativa, a diminuição do valor da média, embora sem significância estatística, sugere uma possível redução no uso de estratégias de evitamento. Este resultado poderá refletir o efeito positivo dos GP na promoção de maior consciência emocional e no fortalecimento de estratégias de *coping* ativas, em detrimento das mais passivas ou de evitamento (Cintoli et al., 2024). Intervenções desta natureza tendem a reforçar a perceção de autoeficácia e a reduzir o recurso a estratégias menos adaptativas, como a distração e a negação (Saber et al., 2024).

Por outro lado, o grupo de controlo (Anexos 13 e 14), apresentou um aumento significativo na auto-distração entre o momento inicial e o final (Mpré= 1.38, DP= 0.86; Mpós= 1.83, DP= 0.65), $t(11) = -2.42$, $p = .03$, $g = -0.65$, IC 95% [-1.23, -0.05]. Este incremento sugere uma intensificação do uso de estratégias de evitamento emocional, possivelmente como tentativa de lidar com o aumento do stress e da sobrecarga em ausência de apoio estruturado. Tal tendência é corroborada por evidências de que cuidadores sem acompanhamento formal tendem a recorrer com maior frequência a estratégias de fuga e distração, sobretudo quando a carga emocional se intensifica (Owokuhaia, 2023; Encinas-Monge et al., 2024).

A análise do teste de Hedges reforça estas interpretações: no grupo experimental, obteve-se um efeito pequeno e não significativo, indicando ausência de variações estatisticamente relevantes entre os dois momentos. Já no grupo de controlo, verificou-se um efeito moderado e negativo apontando para um aumento significativo da auto-distração, com impacto potencialmente negativo na adaptação emocional dos cuidadores.

Em síntese, os resultados sugerem que a participação nos GP poderá ter exercido um efeito estabilizador sobre o uso da auto-distração, evitando a intensificação observada no grupo de controlo. Este padrão reforça a importância das intervenções psicoeducativas

enquanto estratégia de prevenção do *coping* disfuncional e de promoção de recursos adaptativos e sustentáveis no contexto do cuidar (Saber et al., 2024).

CA – *Coping* Ativo

O *Coping* Ativo consiste no esforço deliberado para enfrentar diretamente as fontes de stress, através da planificação, resolução de problemas e tomada de ações concretas para alterar ou reduzir a situação geradora de tensão (Carver, 1997). Em contextos de prestação de cuidados a pessoas com demência, esta estratégia é considerada uma das mais adaptativas e protetoras, contribuindo para uma melhor saúde mental e menor sobrecarga do cuidador. Uma meta-análise de Gilhooly et al. (2016) reforça que estratégias centradas no problema, como o *coping* ativo, são associadas a menores níveis de stress e burnout entre cuidadores de pessoas com demência.

O grupo experimental (Anexos 11 e 12) apresentou uma média igual nos dois momentos ($M_{\text{pré}} = 2.50$, $DP = 0.50$; $M_{\text{pós}} = 2.50$, $DP = 0.71$), $t(4) = 0.00$, $p = 1.00$, $g = 0.00$, IC 95% [-0.70, 0.70], sugerindo que o grupo demonstrou, à partida, uma tendência moderadamente elevada para recorrer a estratégias de *coping* ativo, o que pode refletir algum grau de resiliência e capacidade de enfrentamento desenvolvida ao longo do processo de cuidar. Estudos recentes indica que o sentido de coerência e as estratégias de *coping* eficazes estão intimamente relacionados com a perceção de sobrecarga entre CI, funcionando como mecanismos de proteção psicológica (Long et al., 2025).

Esta estabilidade pode ser interpretada de duas formas: por um lado, sugere que os participantes já possuíam níveis relativamente elevados de *coping* ativo, o que pode ter limitado a margem de melhoria; por outro, indica que a intervenção contribuiu para preservar comportamentos de enfrentamento positivos, evitando uma potencial redução associada à exaustão emocional – resultado consistente com o estudo de Sánchez-Martínez et al. (2024), que identificou o autocuidado e o reforço das estratégias de enfrentamento como fatores essenciais para mitigar o impacto prolongado do cuidar. Além disso, o ligeiro aumento da dispersão ($DP = 0.71$) pode refletir uma variação individual no modo como cada cuidador integrou as estratégias abordadas durante os GP.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), observou-se um aumento da média Pla sugerindo uma evolução ligeiramente positiva. Apesar disso, a ausência de intervenção estruturada pode significar que este crescimento decorreu de uma resposta reativa às exigências crescentes do cuidar, mais do que de um fortalecimento consistente de competências de *coping*. De facto, estudos longitudinais mostram que, em contextos de sobrecarga, o aumento do *coping* ativo sem suporte adequado pode representar um esforço compensatório que, a médio prazo, se torna difícil de sustentar (Wang et al., 2024).

Os resultados do teste de Hedges reforçam esta interpretação: no grupo experimental, evidenciou-se uma ausência de efeito prático entre os dois momentos de avaliação. Já no grupo de controlo, o resultado traduz um pequeno efeito negativo, ainda que não estatisticamente significativo, sugerindo que a variação observada pode dever-se ao acaso ou a diferenças individuais.

Em síntese, a análise desta dimensão sugere que a intervenção psicoeducativa contribuiu para estabilizar e preservar estratégias de *coping* ativo no grupo experimental, enquanto o grupo de controlo apresentou uma variação não consistente. Estes resultados reforçam o papel das intervenções estruturadas – como os programas online de apoio psicoeducativo descritos por Xie et al. (2024) – na sustentação de estratégias de *coping* adaptativas e na prevenção do desgaste psicológico dos cuidadores de pessoas com demência.

SSE – Suporte Social Emocional

A dimensão Suporte Social Emocional avalia a perceção de apoio afetivo proveniente de familiares, amigos ou grupos de apoio, desempenhando um papel essencial na redução do stress e na promoção do bem-estar psicológico dos cuidadores. No contexto do cuidado informal à pessoa com demência, o suporte emocional revela-se determinante para mitigar sintomas depressivos e sentimentos de solidão, atuando como um amortecedor face às exigências emocionais do cuidar (Nemčíkova et al., 2023; Steinsheim et al., 2023; Van Orden & Heffner, 2022).

No momento inicial, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) apresentou uma média elevada que sofreu uma ligeira redução após a intervenção psicoeducativa ($M_{pré} = 2.90$, $DP = 0.22$; $M_{pós} = 2.80$, $DP = 0.45$), $t(4) = 1.00$, $p = .37$, $g = 0.36$, IC 95% [-0.40, 1.08]. Este resultado sugere que os cuidadores do grupo experimental já dispunham, à partida, de uma rede de suporte emocional mais sólida e possivelmente de maior integração social. Tal diferença inicial pode ter influenciado a forma como os participantes enfrentaram as exigências do cuidado, dado que o suporte social é um preditor relevante de ajustamento psicológico positivo e de resiliência em CI (Nemčíkova et al., 2023).

Esta variação poderá refletir flutuações na perceção subjetiva de apoio ou uma maior consciencialização crítica dos cuidadores acerca das suas necessidades emocionais – fenómeno comum após processos reflexivos em grupo (Van Orden & Heffner, 2022). Ainda assim, os valores médios mantiveram-se elevados, o que indica a preservação de fortes recursos emocionais e sociais, em linha com evidências de que os GP fortalecem os laços entre participantes, favorecendo o sentimento de pertença e empatia partilhada, e reduzem o isolamento frequentemente relatado neste tipo de população (Steinsheim et al., 2023).

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), a média manteve-se praticamente estável entre o primeiro e o segundo momento ($M_{pré} = 2.17$, $DP = 0.69$; $M_{pós} = 2.13$, $DP = 0.77$), $t(11) = 0.25$, $p = .81$, $g = 0.07$, IC 95% [-0.46, 0.59], sugerindo ausência de evolução significativa no suporte emocional percebido. Tal padrão é consistente com a literatura que evidencia uma tendência para a redução progressiva do suporte social em cuidadores sem acompanhamento formal, devido à sobrecarga e ao isolamento progressivo inerente ao papel de cuidador (Nemčíkova et al., 2023; Steinsheim et al., 2023).

No grupo de controlo, o efeito foi ainda mais reduzido comparativamente ao grupo experimental. Como tal, os resultados sugerem que a intervenção psicoeducativa desempenhou um papel estabilizador, prevenindo o declínio do suporte emocional frequentemente observado em contextos sem intervenção.

Em síntese, esta dimensão confirma a importância do suporte social emocional como fator de resiliência e bem-estar psicológico entre CI. A manutenção de níveis elevados de suporte no grupo experimental reforça o valor das intervenções grupais que combinam informação, partilha e empatia, promovendo redes de apoio sustentadas e mitigando o impacto emocional do cuidar a longo prazo (Nemčíkova et al., 2023; Steinsheim et al., 2023; Van Orden & Heffner, 2022).

DC – Desinvestimento Comportamental

O Desinvestimento Comportamental corresponde a uma estratégia de *coping* passiva, caracterizada pela redução ou abandono de esforços ativos para lidar com situações stressantes, podendo incluir a desistência de tarefas ou a diminuição do envolvimento em atividades relacionadas com a fonte de stress (Carver, 1997). Entre CI de pessoas com demência, este tipo de resposta tem sido associado a piores resultados psicológicos, incluindo aumento da sobrecarga, ansiedade e sentimentos de impotência, uma vez que a redução do envolvimento ativo limita a capacidade de gerir efetivamente os desafios do cuidado (Owokuhausa et al. 2023; Roberto et al., 2024).

No momento inicial, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) apresentou uma média mais baixa, em relação ao grupo de controlo, o que sugere, à partida, que em ambos os grupos, o desinvestimento comportamental era relativamente baixo, indicando que os cuidadores mantinham um nível consistente de envolvimento ativo no cuidado, mesmo perante situações de stress elevado. Esta tendência é positiva e está de acordo com a literatura que relaciona baixos níveis de desinvestimento com maior resiliência e adaptação funcional às exigências do cuidar (Wangliu & Che, 2025).

Após a intervenção psicoeducativa, o grupo experimental manteve exatamente os valores ($M_{pré} = 1.50$, $DP = 0.00$; $M_{pós} = 1.50$, $DP = 0.00$), indicando estabilidade completa na forma como os cuidadores se mantiveram envolvidos nas suas funções. Este resultado sugere que a intervenção não induziu desistência nem reduziu o investimento no cuidar, contribuindo para manter comportamentos adaptativos e uma atitude proativa perante o papel de cuidador. A ausência de variabilidade ($DP = 0.00$) reforça ainda a

homogeneidade na forma como os participantes integraram as práticas aprendidas nos GP, reforçando estratégias de enfrentamento consistentes.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), observou-se uma ligeira diminuição da média (M_{pré}= 1.71, DP= 0.62; M_{pós}= 1.50, DP= 0.00), $t(11)= 1.16, p= .27, g= 0.18$, IC 95% [-0.236 a 0.85], sugerindo uma pequena redução do desinvestimento comportamental ao longo do tempo. Este resultado pode refletir um ajustamento espontâneo, decorrente da habituação às exigências do cuidar, embora sem o suporte estruturado que poderia fortalecer a manutenção de estratégias mais eficazes.

Do ponto de vista estatístico, o efeito pequeno e não significativo que se verificou, reforça a interpretação de estabilidade global nesta dimensão. Assim, a ausência de variação estatisticamente relevante sugere que tanto o grupo experimental como o grupo de controlo mantiveram níveis consistentemente baixos de desinvestimento comportamental ao longo do tempo.

Em síntese, os resultados apontam para um padrão adaptativo de envolvimento ativo entre cuidadores de ambos os grupos. A intervenção psicoeducativa parece ter desempenhado um papel protetor, prevenindo possíveis flutuações negativas e consolidando comportamentos de *coping* eficazes. Estes dados alinham-se com estudos que destacam a importância de intervenções estruturadas no fortalecimento da resiliência e na prevenção do esgotamento emocional em CI de pessoas com demência (Balasubramanian et al., 2024; Cheng et al., 2025).

ES – Expressão de Sentimentos

A dimensão Expressão de Sentimentos avalia a tendência dos CI para manifestarem emoções e sentimentos relacionados com a experiência de cuidar, funcionando como uma estratégia de regulação emocional. Nos CI de pessoas com demência, esta dimensão revela-se particularmente relevante, uma vez que a expressão adequada das emoções

pode favorecer o bem-estar e reduzir o risco de sobrecarga, enquanto a sua supressão pode conduzir a níveis mais elevados de stress, ansiedade e exaustão emocional (Brandão et al., 2023; Liu et al., 2025; Zhao et al., 2024).

No momento inicial, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) apresentou uma média relativamente baixa ($M_{pré} = 1.30$, $DP = 0.84$; $M_{pós} = 0.70$; $DP = 0.27$), $t(4) = 1.63$, $p = .18$, $g = 0.58$, IC 95% [-0.24 a 1.36], sugerindo uma expressão emocional moderada, o que pode refletir uma tendência dos cuidadores para conter as suas emoções no contexto do cuidado. Este padrão é comum entre cuidadores que procuram manter o controlo emocional em contextos de elevada exigência afetiva, possivelmente como forma de autoproteção (Tan et al., 2021; Mateus et al., 2023)

Após a intervenção psicoeducativa, registou uma redução acentuada desta estratégia, sugerindo um maior controlo e regulação emocional após a participação nos GP. Este resultado pode refletir o desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais mais adaptativas, que permitem gerir o stress sem recorrer à expressão impulsiva de emoções negativas. Intervenções deste tipo tendem a promover estratégias de reestruturação cognitiva e resolução de problemas que podem reduzir a impulsividade emocional e melhorar o equilíbrio afetivo (Brandão et al., 2023; Faramarzipur, 2023; Mujires et al., 2025).

Verificou-se, assim, um efeito de magnitude moderado, embora não significativo – o que sugere uma tendência de redução da expressão emocional com possível relevância prática.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), verificou-se um aumento da média entre os dois momentos ($M_{pré} = 1.25$, $DP = 0.66$; $M_{pós} = 1.46$ $DP = 0.84$), $t(11) = -1,45$, $p = .18$, $g = -0.39$, (IC 95% [-0.93 a 0.170] e um efeito pequeno e não significativo, consistente com uma ligeira tendência de aumento na expressão de sentimentos ao longo do tempo, que pode refletir um aumento da sobrecarga emocional e da necessidade de exteriorizar sentimentos, possivelmente como mecanismo espontâneo de alívio em contexto de ausência de suporte estruturado.

A literatura aponta que cuidadores sem acompanhamento formal tendem a expressar emoções de frustração, tristeza ou culpa com maior frequência à medida que o stress se acumula (Li et al., 2024; Safavi et al., 2023; Tan et al., 2021).

Em síntese, os resultados sugerem que a intervenção psicoeducativa contribuiu para um melhor equilíbrio na gestão emocional dos cuidadores, favorecendo a regulação e evitando picos de expressão emocional negativa. Embora a redução observada no grupo experimental deva ser interpretada com cautela – já que uma expressão excessivamente contida pode refletir supressão emocional -, o padrão global aponta para um impacto positivo da intervenção na consolidação de estratégias emocionais mais adaptativas. Estes resultados reforçam a importância das intervenções de suporte psicológico e formativo no desenvolvimento de competências emocionais e de resiliência em CI de pessoas com demência (Brandão et al., 2023; Yamakawa, 2024; Safavi et al., 2023; Zhao et al., 2024;).

SI – Suporte Instrumental

A dimensão Suporte Instrumental avalia o grau em que os cuidadores recorrem a ajuda prática ou material – como apoio de familiares, amigos ou serviços formais – para lidar com as exigências do cuidado. Este tipo de suporte constitui um pilar central das estratégias de *coping*, permitindo reduzir a sobrecarga e preservar o bem-estar do cuidador (del-Pino-Casado et al., 2021; Lavarone et al., 2014).

No momento inicial, o grupo experimental apresentou uma média mais elevada comparativamente ao grupo de controlo, sugerindo que os participantes que iriam integrar os GP recorriam, à partida, com maior frequência a suporte prático no cuidado, refletindo uma maior consciência ou disponibilidade de redes de apoio.

Entre o momento inicial e final, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) evidenciou uma redução significativa no recurso ao suporte instrumental ($M_{pré} = 2.40$, $DP = 0.65$; $M_{pós} = 1.60$; $DP = 0.96$), $t(4) = 3.14$, $p = .04$, $g = 1.12$, IC 95% [0.07, 2.12]. Esta diminuição pode ser interpretada de duas formas complementares. Por um lado, traduzir uma maior perceção

de autoeficácia e competência por parte dos cuidadores após a intervenção, levando-os a sentirem-se mais capazes de gerir autonomamente as exigências do cuidado – um efeito positivo frequentemente associado a intervenções psicoeducativas centradas na capacitação e treino de competências (López-Martínez et al., 2024).

Por outro lado, esta diminuição pode também refletir uma redução na mobilização das redes de apoio formais e informais, o que poderá ser desfavorável a longo prazo, na medida em que o isolamento e a falta de suporte prático estão associados a níveis superiores de stress e exaustão emocional (Lavarone et al., 2014).

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), os valores permaneceram relativamente estáveis ($M_{pré} = 1.79$, $DP = 0.89$; $M_{pós} = 1.58$, $DP = 0.67$), $t(11) = 0.79$, $p = .45$, $g = 0.21$, IC 95% [-0.33, 0.74] sugerindo que, na ausência de intervenção, o recurso ao suporte instrumental tende a manter-se constante, o que pode refletir uma estabilidade nas condições de apoio social ou ausência de mudanças nas redes de suporte. Do ponto de vista estatístico, verificou-se um efeito pequeno e não significativo, consistente com a estabilidade observada.

Em síntese, os resultados sugerem que os GP promoveram mudanças na perceção de necessidade e utilização do apoio prático, possivelmente reforçando sentimentos de competência pessoal e autonomia na gestão das tarefas de cuidado. No entanto, a diminuição do recurso a apoio externo deve ser monitorizada em acompanhamentos futuros, de forma a assegurar que a autossuficiência não conduza a isolamento ou sobrecarga. Estes resultados reforçam a importância de programas psicoeducativos que equilibrem o desenvolvimento de autonomia com o incentivo ao recurso consistente a redes de apoio (del-Pino-Casado et al., 2021; Lavarone et al., 2014).

RP – Reinterpretação Positiva

A dimensão Reinterpretação Positiva refere-se à capacidade do cuidador para reformular cognitivamente uma situação adversa, procurando encontrar nela aspetos construtivos, aprendizagens ou oportunidades de crescimento pessoal. Esta estratégia tem sido

associada a níveis mais elevados de resiliência e bem-estar, bem como a uma redução do impacto emocional negativo do papel de cuidador (Cheng et al., 2025; Yin et al., 2023).

No momento inicial, tanto o grupo experimental como o grupo de controlo apresentaram médias relativamente baixas, sugerindo uma utilização pouco frequente de reinterpretação positiva como estratégia de *coping*. Este resultado é consistente com estudos que indicam que, nos estágios iniciais do cuidado a pessoas com demência, os cuidadores tendem a centrar-se nas exigências práticas e emocionais imediatas, havendo menor disponibilidade psicológica para reformular cognitivamente as situações difíceis (De-Rosende-Celeiro et al., 2024; Gomes et al., 2020).

No grupo experimental (Anexos 11 e 12), observou-se uma ligeira diminuição desta estratégia entre os dois momentos ($M_{pré} = 1.60$, $DP = 0.65$; $M_{pós} = 1.50$, $DP = 0.79$), $t(4) = 0.21$, $p = .85$, $g = 0.07$, IC 95% [-0.63 a 0.78]. Embora não estatisticamente significativa, esta variação pode indicar uma fase de ajustamento emocional inicial resultante da intervenção, em que os cuidadores, confrontados com uma maior consciência das suas dificuldades e limitações, ainda não traduzem plenamente esse reconhecimento numa reformulação positiva da experiência. O efeito pequeno e não significativo observado, reforça a consistência da estabilidade observada, neste grupo.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), verificou-se também uma ligeira redução ($M_{pré} = 1.63$, $DP = 0.77$; $M_{pós} = 1.46$, $DP = 0.69$), $t(11) = 0.77$, $p = .46$, $g = 0.21$, IC 95% [-0.33 a 0.74], mantendo-se próximos dos valores do grupo experimental, sugerindo, da mesma forma, uma ausência de alteração relevante. A ausência de intervenção pode explicar a estabilidade dos resultados, refletindo uma persistência de estratégias centradas no problema imediato e menor utilização de mecanismos cognitivos de ressignificação.

Em síntese, os resultados indicam estabilidade na utilização da reinterpretação positiva entre os dois momentos de avaliação, tanto no grupo experimental como no de controlo. Apesar da ausência de mudanças significativas, a intervenção psicoeducativa pode ter criado condições cognitivas e emocionais favoráveis ao desenvolvimento gradual desta estratégia, cuja consolidação depende de fatores como o suporte emocional, a

autoeficácia e o tempo de exposição à situação de cuidado (Cheng et al., 2025; De-Rosende-Celeiro et al., 2024; Yin et al., 2023).

AC – Auto-Culpabilização

A dimensão Auto-Culpabilização refere-se à tendência dos cuidadores para atribuírem a si próprios a responsabilidade pelas dificuldades ou pelas emoções negativas associadas ao cuidado. Esta estratégia de *coping* é considerada disfuncional, estando associada a sentimentos de culpa, ansiedade, sintomas depressivos e maior risco de exaustão emocional (Hussin & Sabri, 2023).

Entre os dois momentos de avaliação, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) registou um ligeiro aumento ($M_{pré} = 0.00$, $DP = 0.00$; $M_{pós} = 0.30$, $DP = 0.67$), $t(4) = -1.00$, $p = .37$, $g = -0.36$, IC 95% [-1.08, 0.40], indicando ausência de efeito significativo, consistente com a manutenção de valores baixos. Embora os valores absolutos permaneçam baixos, esta alteração pode refletir um processo adaptativo de maior autoconsciência emocional promovido pela intervenção psicoeducativa, na qual os cuidadores reconhecem limites e falhas percebidas. Estudos indicam que esta maior consciência inicial pode gerar sentimentos de culpa temporários, mas, quando acompanhada de reestruturação cognitiva, favorece autocompaixão e ajustamento saudável (Hussin & Sabri, 2023).

No grupo de controlo, (Anexos 13 e 14) observou-se também um ligeiro aumento ($M_{pré} = 0.50$, $DP = 0.67$; $M_2 = 0.63$, $DP = 0.83$), $t(11) = -0.64$, $p = .54$, $g = -0.17$, IC 95% [-0.70, 0.36], possivelmente refletindo uma evolução de auto-culpabilização em contexto de ausência de intervenção, frequentemente associada à sobrecarga emocional e à perceção de insuficiência no cuidado prestado. De acordo com Hussin e Sabri (2023), cuidadores que experienciam culpa persistente e internalizam as dificuldades do cuidado tendem a apresentar maior vulnerabilidade emocional e risco de exaustão.

Em síntese, os resultados indicam que a auto-culpabilização se manteve baixa em ambos os grupos, com pequenas variações que parecem mais consistentes com um processo adaptativo de tomada de consciência do que com um aumento disfuncional. A

manutenção de valores reduzidos no grupo experimental sugere que os GP podem desempenhar um papel relevante na prevenção de sentimentos de culpa excessivos e na promoção de uma postura mais autocompreensiva e resiliente perante as exigências do cuidado (Hussin & Sabri, 2023).

P – Planear

A dimensão Planeamento avalia a tendência do cuidador para organizar e preparar ações de forma estruturada, antecipando possíveis problemas e delineando estratégias concretas para lidar com situações adversas. Esta estratégia de *coping* é considerada ativa e adaptativa, estando associada a maior eficiência na gestão do cuidado, menor sobrecarga e melhor bem-estar psicológico (Carver, 1997; Yin et al., 2023).

No momento inicial, o grupo experimental apresentou uma média de 1.60 (DP= 0.96), enquanto o grupo de controlo apresentou uma média ligeiramente mais elevada de 2.00 (DP= 0.71). Estes dados sugerem que, antes da intervenção, os cuidadores do grupo de controlo recorriam com maior frequência a estratégias de planeamento, possivelmente devido a uma maior necessidade de estruturar o cuidado ou as diferenças individuais na forma de enfrentar as exigências do cuidado à pessoa com demência.

Entre os dois momentos de avaliação, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) registou uma ligeira redução da média (Mpré= 1.60, DP= 0.96; Mpós= 1.40, DP= 0.55), $t(4)= 0.36$, $p= .74$, $g= 0.13$, IC 95% [-0.59, 0.82], embora não estatisticamente significativa e a ausência de efeito significativo, consistente com a manutenção de níveis moderados de planeamento. Esta diminuição pode indicar uma reorganização cognitiva resultante da intervenção psicoeducativa, em que os cuidadores passaram a valorizar mais a flexibilidade e a adaptação às situações imprevisíveis do cuidado, ao invés de depender exclusivamente de um planeamento rígido. Estudos apontam que intervenções psicoeducativas centradas em competências de enfrentamento tendem a reforçar a capacidade de alternar entre planeamento e adaptação, promovendo uma abordagem equilibrada e menos stressante (O'Connor et al., 2025; Kipfer, 2018).

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), a média manteve-se praticamente estável ($M_{\text{pré}}=2.00$, $DP=0.71$; $M_{\text{pós}}=2.04$, $DP=0.66$), $t(11)=-0.27$, $p=.80$, $g=-0.07$, IC 95%: [-0.60, 0.46], indicando que, na ausência de intervenção, a utilização do planeamento como estratégia se manteve consistente. Este padrão sugere que fora de contextos de formação ou reflexão guiada, os cuidadores tendem a manter os seus hábitos de enfrentamento prévios, mesmo que não otimizem a eficácia das suas ações ou não desenvolvam a flexibilidade estratégica.

Em síntese, os resultados indicam que os cuidadores do grupo experimental mantiveram níveis moderados de planeamento, sugerindo uma abordagem equilibrada entre organização e flexibilidade, enquanto o grupo de controlo manteve um padrão de planeamento mais consistente, mas potencialmente menos adaptativo face à variabilidade e imprevisibilidade do cuidado a pessoas com demência (O'Connor et al., 2025; Kipfer, 2018; Yin et al., 2023).

N – Negação

A estratégia Negação consiste na recusa ou minimização da realidade stressante, funcionando como um mecanismo de defesa emocional para reduzir o impacto do stress e da sobrecarga associados ao cuidado de pessoas com demência (Hussin & Sabri, 2023; Saber et al., 2024).

No grupo experimental (Anexos 11 e 12), os valores indicam uma redução da utilização desta estratégia ($M_{\text{pré}}=0.40$, $DP=0.74$; $M_{\text{pós}}=0.00$, $DP=0.00$), $t(4)=2.14$, $p=.10$, $g=0.76$, IC 95%: [-0.13, 1.60]. Estes resultados sugerem uma tendência de diminuição da negação, possivelmente refletindo o efeito da intervenção psicoeducativa na promoção de *coping* mais ativo e consciente.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), a utilização da negação manteve-se relativamente estável ($M_{\text{pré}}=0.96$, $DP=0.78$; $M_{\text{pós}}=0.63$, $DP=0.80$), $t(11)=1.23$, $p=.24$, $g=0.33$, IC 95%: [-0.22, 0.87]. A ligeira redução observada não foi estatisticamente significativa e o tamanho do efeito indica um impacto menor comparado com o grupo experimental.

Em comparação final, os dados sugerem que a intervenção psicoeducativa pode ter contribuído para a redução do recurso à negação, promovendo estratégias de *coping* mais adaptativas, enquanto que o grupo de controlo manteve um padrão de uso relativamente constante desta estratégia. Esta tendência é consistente com estudos que evidenciam que programas de suporte e educação para cuidadores favorecem a substituição de mecanismos de *coping* disfuncionais por abordagens mais ativas e consistentes (Hussin & Sabri, 2023; Saber et al., 2024).

US - Uso de substâncias

A dimensão Uso de Substâncias avalia o recurso a álcool ou outras substâncias como forma de aliviar ou evitar o stress associado ao cuidado. Trata-se de uma estratégia de *coping* disfuncional, uma vez que oferece apenas um alívio temporário e tende a agravar o mal-estar físico e psicológico a longo prazo (Hussin & Sabri, 2023; Saber et al., 2024).

No grupo experimental (Anexos 11 e 12), observou-se a ausência total de utilização desta estratégia em ambos os momentos ($M_{pré} = 0.00$, $DP = 0.00$; $M_{pós} = 0.00$, $DP = 0.00$), refletindo estabilidade e ausência de comportamentos de evitamento associados ao uso de substâncias.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), verificou-se uma ligeira diminuição não significativa ($M_{pré} = 0.33$, $DP = 0.89$; $M_{pós} = 0.29$, $DP = 0.69$), $t(11) = 0.23$, $p = .82$, $g = 0.06$, IC 95%: [-0.47, 0.59]. Estes valores indicam efeito estatisticamente nulo, sugerindo manutenção de baixos níveis de uso de substâncias.

Comparando os dois grupos, os resultados apontam para níveis consistentemente baixos desta estratégia de *coping* disfuncional, podendo o grupo experimental beneficiar da intervenção psicoeducativa para reforçar a consciência emocional e a adoção de estratégias mais adaptativas, em linha com estudos que associam intervenções deste tipo à redução de comportamentos de evitamento (Hussin & Sabri, 2023; Saber et al., 2024).

H – Humor

A dimensão Humor avalia a utilização de estratégias de *coping* baseadas na procura de alívio emocional através do humor, incluindo rir ou encontrar situações engraçadas, como forma de lidar com o stresse e pressão emocional. Esta estratégia é geralmente considerada adaptativa, na medida em que permite uma regulação emocional positiva e uma perspetiva mais leve perante situações difíceis (Carver, 1997; Moskowitz et al., 2020; Nordtug et al., 2021).

No momento inicial, o grupo experimental apresentou uma média baixa ($M= 0.50$; $DP= 0.87$), enquanto o grupo de controlo apresentou uma média semelhante ($M= 0.63$; $DP= 0.96$), indicando padrões comparáveis de uso do humor como mecanismo de enfrentamento antes da intervenção.

Entre os dois momentos, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) evidenciou um aumento ligeiro na utilização do humor ($M_{pré}= 0.50$, $DP= 0.87$; $M_{pós}=0.90$, $DP= 0.89$), $t(4)= -1.37$, $p= 0.24$, $g= -0.49$, IC 95%: [-1.24, 0.31]. Esta evolução, embora modesta, pode refletir um efeito da intervenção psicoeducativa, que, através de sessões de partilha, discussão e reflexão sobre o cuidado, pode incentivar os cuidadores a adotar estratégias mais positivas de regulação emocional. O humor surge como uma ferramenta útil para reduzir a tensão, lidar com situações adversas e promover o bem-estar psicológico, especialmente em contextos de cuidado prolongado (Mak et al., 2018; Moskowitz et al., 2020)

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), observou-se apenas um ligeiro aumento ($M_{pré}= 0.63$, $DP= 0.96$; $M_{pós}= 0.75$; $DP= 0.99$), $t(4)= -1.37$, $p= 0.24$, $g= 0.37$, IC 95%: [-0.92, 0.18], indicando que, na ausência de intervenção, o recurso ao humor permaneceu baixo e pouco sistemático. Este padrão sugere a necessidade de estímulos externos para incentivar estratégias de *coping* positivas e leves.

Em síntese, os resultados indicam que os GP podem ter promovido um fortalecimento do humor como recurso adaptativo, ainda que de forma moderada, enquanto o grupo de

controlo manteve níveis baixos e relativamente estáveis. Estes resultados reforçam a relevância de intervenções psicoeducativas no incentivo a mecanismos adaptativos de regulação emocional leves, contribuindo para o bem-estar psicológico e a resiliência dos cuidadores de pessoas com demência (Moskowitz et al., 2020; Nordtug et al., 2021).

A – Aceitação

A dimensão Aceitação avalia a capacidade do cuidador para reconhecer e aceitar as situações de stress e os desafios do cuidado, sem tentar negar ou alterar a realidade de forma disfuncional. Esta estratégia é considerada altamente adaptativa, associando-se a maior resiliência, redução de ansiedade e melhor ajustamento psicológico em cuidadores de pessoas com demência (Atefi et al., 2024; Doudu et al., 2024; Gilhooly et al., 2016).

No momento inicial, o grupo experimental apresentou uma média máxima indicando que todos os participantes já recorriam de forma consistente à aceitação como estratégia de *coping*. Por outro lado, o grupo de controlo apresentou uma média ligeiramente inferior, refletindo alguma heterogeneidade individual na utilização desta estratégia.

Entre os dois momentos de avaliação, os valores do grupo experimental (Anexos 11 e 12) mantiveram-se estáveis ($M_{pré} = 3.00$, $DP = 0.00$; $M_{pós} = 3.00$, $DP = 0.00$), $t(4) = 0.00$, $p = 1.00$, $g = 0.00$, refletindo a consolidação de uma estratégia adaptativa que já estava plenamente presente desde o início.

No grupo de controlo (Anexos 13 e 14), também se observou estabilidade, com uma pequena diminuição da média ($M_{pré} = 2.58$, $DP = 0.60$; $M_{pós} = 2.54$, $DP = 0.58$), $t(11) = 0.29$, $p = 0.78$, $g = 0.08$, IC 95% [-0.45, 0.60] e uma ausência de efeito significativo, sugerindo que, sem intervenção, a aceitação tende a manter-se relativamente consistente.

Em síntese, os resultados apontam para níveis elevados e homogéneos de aceitação no grupo experimental e níveis moderados no grupo de controlo, reforçando que a aceitação é uma estratégia naturalmente presente em cuidadores mais experientes ou conscientes da realidade do cuidado. Intervenções psicoeducativas podem, assim, servir para

consolidar esta prática, promovendo *coping* adaptativo e redução do risco de stress e de sobrecarga emocional (Atefi et al., 2024; Gilhooly et al., 2016; Owokuhaisa et al., 2023).

R – Religião

A dimensão Religião avalia o recurso a práticas ou crenças religiosas como estratégia de coping para lidar com stress e desafios emocionais relacionados com o cuidado. Esta estratégia pode ter efeitos adaptativos ao proporcionar conforto, significado e suporte emocional, embora o seu impacto dependa da intensidade do recurso religioso e a integração com outras estratégias adaptativas (Britt et al., 2023; Cetin & Ozen, 2024).

No momento inicial, o grupo experimental apresentou uma média baixa, indicando que, à partida, os cuidadores recorriam esporadicamente à religião como forma de enfrentar o stress. Em contraste, o grupo de controlo apresentou uma média mais elevada, sugerindo que alguns cuidadores dependiam mais deste recurso, embora com grande variabilidade individual.

Entre os dois momentos de avaliação, o grupo experimental (Anexos 11 e 12) reduziu ligeiramente a média ($M_{pré} = 0.90$, $DP = 1.19$; $M_{pós} = 0.50$, $DP = 0.50$), $t(4) = 0.93$, $p = .41$, $g = 0.33$, IC 95% [-0.42, 1.05] e verificou-se um efeito não significativo da intervenção, possivelmente refletindo uma transição para estratégias cognitivas, emocionais e sociais aprendidas nos GP, diminuindo a dependência exclusiva de recursos religiosos.

O grupo de controlo (Anexos 13 e 14), manteve-se praticamente estável ($M_{pré} = 1.79$, $DP = 1.29$; $M_{pós} = 1.75$, $DP = 1.27$), $t(11) = 0.16$, $p = .87$, $g = 0.04$, IC 95% [-0.48, 0.57], indicando que, sem intervenção, a religião permanece um recurso culturalmente enraizado e pouco influenciado por mudanças espontâneas de *coping* no curto prazo, mostrando-se estável ao longo do tempo.

Em síntese, os resultados indicam que os GP podem ter promovido uma diversificação das estratégias de *coping* no grupo experimental, incentivando recursos mais ativos e sociais, enquanto o grupo de controlo manteve a dependência habitual da religião. Este padrão

sugere que, embora a religião continue a ser um recurso relevante, a intervenção psicoeducativa pode ampliar o repertório de estratégias adaptativas do cuidador (Mashinchi et al., 2021)

Em suma, a análise das estratégias de *coping*, avaliadas pelo Brief COPE, revelou padrões distintos entre os cuidadores que participaram nos GP e aqueles do grupo de controlo, sugerindo efeitos positivos da intervenção na promoção de *coping* adaptativo e na regulação do recurso a estratégias menos funcionais.

No grupo experimental, observou-se que os cuidadores apresentavam, desde o início, níveis relativamente elevados de estratégias adaptativas, que se mantiveram ou se fortaleceram após a intervenção: a aceitação manteve-se máxima e homogénea, refletindo a consolidação de uma abordagem positiva perante os desafios do cuidado; o *coping* ativo permaneceu elevado, evidenciando preservação de estratégias de resolução de problemas; o humor registou um aumento ligeiro, sugerindo maior recurso a mecanismos de regulação emocional positiva; e planeamento manteve-se em níveis moderados, indicando uma abordagem equilibrada entre organização e flexibilidade frente às exigências do cuidado.

Em relação às estratégias menos adaptativas, observou-se que estas se mantiveram baixas ou diminuíram: a auto-distração apresentou uma ligeira redução, indicando menor recurso a mecanismos de evasão; a auto-culpabilização manteve-se muito baixa; e o desinvestimento comportamental permaneceu estável e baixo, evidenciando manutenção do envolvimento ativo no cuidado.

Relativamente ao suporte externo, a intervenção pareceu promover uma reorganização na forma como os cuidadores recorrem a recursos externos. O suporte instrumental diminuiu significativamente, possivelmente refletindo maior perceção de autoeficácia e capacidade de gestão autónoma das tarefas de cuidado. Em contrapartida, o suporte social emocional manteve-se elevado, sugerindo preservação de recursos afetivos e redes de suporte.

Estratégias cognitivas específicas, como reinterpretação positiva, mantiveram-se estáveis, enquanto o recurso à religião diminuiu ligeiramente, possivelmente refletindo uma diversificação das estratégias de *coping* e menor dependência de recursos externos específicos (Cetin & Ozen, 2024).

No grupo de controlo, observou-se um padrão diferente. As estratégias de evitamento, particularmente a auto-distração, aumentaram significativamente, indicando maior recurso a mecanismos de alívio imediato, pouco centrados na resolução ativa de problemas. Por outro lado, o suporte instrumental manteve-se estável, evidenciado ausência de reorganização na utilização de apoio externo. As estratégias adaptativas, incluindo a aceitação, *coping* ativo e planeamento, permaneceram relativamente estáveis, enquanto o humor e a religião continuaram baixos ou estáveis, refletindo ausência de estímulos para promoção de *copng* positivo.

Em síntese, a intervenção psicoeducativa parece ter promovido:

1. fortalecimento de estratégias adaptativas, como aceitação, *coping* ativo, humor e planeamento;
2. redução ou contenção de estratégias disfuncionais, como auto-distração, desinvestimento comportamental e auto-culpabilização;
3. reorganização do recurso a apoio externo, equilibrando autonomia e manutenção de redes de suporte;
4. maior regulação emocional, evidenciada pelo aumento do humor e pela diminuição da expressão de sentimentos desregulada.

Estes resultados reforçam a importância de intervenções estruturadas em grupos para CI de pessoas com demência, promovendo coping adaptativo, prevenção de sobrecarga emocional e fortalecimento de redes de suporte, em linha com a literatura recente (Britt et al., 2023; Cetin & Ozen, 2024; Mashinchi et al., 2021; Okasha-Uzun et al., 2024).

Tabela 6

Síntese comparativa dos principais resultados e diferenças dos grupos

Dimensão	Grupo Experimental	Grupo de Controle	Interpretação
AD – Auto-Distração	(Mpré= 1.80, DP= 0.45; Mpós= 1.40, DP= 1.08)	(Mpré= 1.38, DP= 0.86; Mpós= 1.83, DP= 0.65)	Diminui no experimental; aumenta no controle (mais evitamento).
CA – Coping Ativo	(Mpré= 2.50, DP= 0.50; Mpós= 2.50, DP= 0.71)	(Mpré= 2.40, DP= 0.68; Mpós= 2.35, DP= 0.75)	Estratégia estável em ambos; manutenção da resolução ativa de problemas.
SSE – Suporte Social Emocional	(Mpré= 2.90, DP= 0.22; Mpós= 2.80, DP= 0.45)	(Mpré= 2.17, DP= 0.69; Mpós= 2.13, DP= 0.77)	Mantém-se elevado no experimental; estável e inferior no controle.
DC – Desinvestimento Comportamental	(Mpré= 1.50, DP= 0.00; Mpós= 1.50, DP= 0.00)	(Mpré= 1.63, DP= 0.55; Mpós= 1.60, DP= 0.59)	Estável e baixo em ambos; envolvimento preservado.
SI – Suporte Instrumental	(Mpré= 2.40, DP= 0.65; Mpós= 1.60, DP= 0.96)	(Mpré= 1.79, DP= 0.89; Mpós= 1.58, DP= 0.67)	Diminui no experimental (maior autonomia); estável no controle.
RP – Reinterpretação Positiva	(Mpré= 1.60, DP= 0.65; Mpós= 1.50, DP= 0.79)	(Mpré= 1.63, DP= 0.77; Mpós= 1.46, DP= 0.69)	Estratégia cognitiva estável; sem variações relevantes.
AC – Auto-Culpabilização	(Mpré= 0.00, DP= 0.00; Mpós= 0.30, DP= 0.67)	(Mpré= 0.25, DP= 0.50; Mpós= 0.30, DP= 0.58)	Mantém-se muito baixa; ausência de efeitos relevantes.
P – Planear	(Mpré= 1.60, DP= 0.96; Mpós= 1.40, DP= 0.55)	(Mpré= 2.00, DP= 0.71; Mpós= 2.04, DP= 0.66)	Mantém-se moderado; equilíbrio ené estrutura e flexibilidade.
Negação	(Mpré= 0.40, DP= 0.42; Mpós= 0.00, DP= 0.00)	(Mpré= 0.96, DP= 0.78; Mpós= 0.62, DP= 0.80)	Redução da negação no grupo experimental; manutenção de níveis moderados no grupo de controle; tendência positiva de maior aceitação da realidade e menor evitamento emocional.
US – Uso de substâncias	(Mpré= 0.00, DP= 0.00; Mpós= 0.00, DP= 0.00))	(Mpré= 0.33, DP= 0.89; Mpós= 0.29, DP= 0.69)	Mantém-se baixo em ambos os grupos; ausência de efeito significativo.

Dimensão	Grupo Experimental	Grupo de Controlo	Interpretação
H – Humor	(Mpré= 0.50, DP= 0.87; Mpós= 0.90, DP= 0.89)	(MPré= 0.70, DP= 0.88; Mpós= 0.75, DP= 0.80)	Ligeiro aumento no grupo experimental; estabilidade no controlo.
A – Aceitação	(Mpré= 3.00, DP= 0.00; Mpós= 3.00, DP= 0.00)	(Mpré= 2.88, DP= 0.33; Mpós= 2.90, DP= 0.28)	Mantém-se elevada em ambos os grupos; consolidação de aceitação.
R – Religião	(Mpré= 0.90, DP= 1.19; Mpós= 0.50, DP= 0.50)	(Mpré= 0.85, DP= 0.96; Mpós= 0.88, DP= 0.90)	Ligeira diminuição no experimental; estabilidade no controlo.

4.3 Análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), o que possibilitou a identificação de categorias e subcategorias temáticas relevantes para o estudo (Valle & Ferreira, 2024). Esta abordagem, integrada numa perspetiva de triangulação metodológica, procurou garantir uma compreensão mais abrangente dos fenómenos em estudo, reforçando a validade dos dados através da complementaridade entre métodos qualitativo e quantitativo (Silva & Faustino, 2024). A análise das entrevistas seguiu as três fases propostas por Bardin (2011): pré-análise, com a leitura flutuante do material e organização das questões; exploração do material, através da codificação e categorização das unidades de registo; e tratamento e interpretação dos resultados, com a construção de inferências e articulação com a literatura.

Da análise emergiram quatro grandes temas: (1) *Cuidar*; (2) *Grupos psicoeducativos*; (3) *Suporte/Apoio familiar*; e (4) *Institucionalização*. Estes foram posteriormente organizados em 10 categorias e 6 subcategorias (Tabela 7).

Tabela 7*Temas, categorias e subcategorias*

Temas	Categorias	Subcategorias
Cuidar	Aspetos positivos do cuidado	
	Aspetos negativos do cuidado	
	Dificuldades sentidas no cuidado	
	Motivação do cuidado	
	Significado no cuidado	
Grupos psicoeducativos	Redução da sobrecarga nos CI	Mais alívio nos CI
	Adoção de estratégias de <i>coping</i>	Partilha de conhecimentos
Suporte/Apoio familiar	Aceitação do apoio familiar	A família apoia e ajuda
		A família não conhece tão bem o familiar como o cuidador
	Rejeição do apoio familiar	A família não tem a perceção da realidade vivida
Institucionalização	Aceitação da institucionalização	A necessidade de ter tempo para as atividades de lazer e de manter as relações sociais
	Rejeição da institucionalização	O cuidar em casa Os outros não saberão cuidar

1. Cuidar

No processo de análise das entrevistas, emergiram quatro categorias principais que sintetizam as dimensões centrais da experiência dos cuidadores participantes neste estudo. Entre elas, a categoria *Cuidar* assumiu um papel de destaque pela sua recorrência e profundidade nas narrativas recolhidas.

A temática do cuidar resultou da convergência entre diferentes fontes de dados – nomeadamente, das respostas aos questionários aplicados (QASCI e Brief COPE), das

verbalizações espontâneas dos participantes durante o preenchimento dos mesmos, e, de forma particularmente expressiva, do decorrer das próprias entrevistas. Esta presença transversal evidenciou a centralidade do cuidar na vivência quotidiana dos cuidadores e justificou a sua análise aprofundada enquanto categoria interpretativa.

O conteúdo desta categoria abrangeu tanto as dimensões positivas do cuidar – como o afeto, a satisfação pessoal, o sentimento de utilidade e valorização do vínculo com a pessoa cuidada -, como as dimensões negativas ou de maior exigência, associadas ao desgaste físico e emocional, à sobrecarga, à limitação da vida pessoal e social, e às dificuldades de conciliação de papéis.

Compreender o significado subjetivo atribuído ao cuidar revelou-se fundamental para interpretar a forma como cada participante vivencia e atribui sentido à sua experiência. As narrativas evidenciam que o ato de cuidar é vivido de modo único e contextualizado, moldado por percursos pessoais, dinâmicas familiares e valores socioculturais. Assim, o cuidar emerge não apenas como uma tarefa ou função, mas como uma experiência relacional, emocional e identitária, que integra tanto a dimensão do fazer como a do ser cuidador.

Aspetos positivos do cuidado

A maioria dos cuidadores não identificou aspetos positivos no cuidar diário, associando-o sobretudo a dificuldades. Apenas um participante destacou como aspeto positivo a possibilidade de continuar a cuidar do cônjuge, companheira de uma vida inteira:

“Eu acho que o lado bom, os aspetos positivos é que eu posso cuidar daquela pessoa de quem eu gosto, que é a minha companheira de uma vida (...)” (CI4)

Este dado reforça a ideia de que a motivação para cuidar decorre sobretudo da relação afetiva construída ao longo da vida conjugal, mais do que de vantagens objetivas no processo de cuidado.

Aspetos negativos do cuidado

Os cuidadores referem sobretudo a teimosia, resistência e dependência progressiva do familiar como aspetos negativos, o que gera frustração e obriga a encontrar soluções criativas, muitas vezes físicas, para concretizar rotinas diárias.

“Não é fácil...desde o levantar até à noite há muitas situações em que eu lido com ele de uma maneira que às vezes pode até não ser muito correta.” (C12)

“Fui-lhe pôr um polo ou outra camisa para ele escolher a que queria e ele teimou porque queria ficar com aquela que ele tinha escolhido. Isso é difícil no dia-a-dia de lidar.” (C3)

“Sinto que se calhar não fui capaz de o convencer a usar a fralda, por exemplo, sei lá que não tive essa capacidade. Ele também é muito teimoso e o que ele pensa é que está certo e aí também é muito difícil.” (C3)

Dificuldades sentidas no cuidado

As principais dificuldades destacadas foram:

- Resistência à higiene e ao banho;
- Problemas no cumprimento de rotinas diárias (alimentação, vestir-se, deslocações);
- Comportamentos desadequados em contexto social, que geram constrangimento e levam alguns cuidadores a evitar situações de maior exposição pública.

“Quando lhe digo para ir tomar banho, ele prontamente diz-me não, não (...) e eu fico um bocadinho frustrada.” (C13)

“Eu sei que vão acontecer acidentes porque ele recusa a fralda e isso para mim é muito difícil de lidar.” (C13)

Motivação para o cuidado

A motivação para cuidar assenta no amor, no compromisso conjugal e no sentimento de responsabilidade construído ao longo de décadas de vida em comum:

“O que me motiva foi uma vida em conjunto, já há 52 anos, não é?! Portanto, nunca o ia deixar.” (C11)

“É o compromisso porque ele diz, o que é que nós jurámos naquele dia? Na saúde e na doença, cuidar um do outro.” (CI1)

Significado do cuidado

O cuidado é percecionado como extensão da vida partilhada e como cumprimento de um compromisso assumido:

“É uma obrigação, mas não vivida com o peso de ter que ser...é a minha devoção cuidar dela.” (CI4)

“É um estar juntos segundo as condições que se tem. Quando ele deixar de conhecer, vamos ver, mas agora é isso que me move.” (CI5)

2. Grupos psicoeducativos

A categoria *Grupos Psicoeducativos* emergiu de forma consistente ao longo da análise dos dados, refletindo o papel central que estes programas assumem na experiência dos CI. A sua relevância decorre não apenas do objetivo principal do estudo – avaliar o contributo dos GP na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping* -, mas também das verbalizações espontâneas dos participantes durante as entrevistas, que atribuíram particular ênfase à importância da sua participação nestes grupos.

As narrativas evidenciaram que os GP são percecionados como espaços de aprendizagem, partilha e apoio emocional, que contribuem significativamente para o desenvolvimento de competências de *coping*, para a redução da sobrecarga emocional e física e, em consequência, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com demência. Os participantes descreveram estes grupos como oportunidades de reflexão, de troca de experiências com outros cuidadores e da aquisição de estratégias práticas que lhes permitem lidar de forma mais eficaz com as exigências do cuidar.

Para além dos benefícios funcionais e emocionais, destacou-se também a dimensão relacional e de sentimento de pertença que os grupos promovem. A interação entre cuidadores, mediada por profissionais de saúde, favorece o reforço da autoestima, a diminuição do isolamento social e a perceção de suporte, fatores que, no seu conjunto, contribuem para uma maior resiliência face às adversidades associadas ao papel de cuidador.

Assim, a categoria Grupos Psicoeducativos abrange de forma integrada a redução da sobrecarga e a adoção de estratégias de *coping*, assumindo-se como um instrumento de capacitação e de promoção do bem-estar do CI e, conseqüentemente, da qualidade do cuidado prestado.

Redução da sobrecarga

Todos os cuidadores referiram que a participação nas sessões psicoeducativas representa um alívio emocional e um espaço de partilha que diminui a percepção de isolamento.

“Nós saímos daqui mais aliviadas.” (CI3)

“Nós até podemos vir um bocadinho mais agitados, mas depois sentimos que ficamos melhores, porque há mais histórias iguais às nossas.” (CI4)

Adoção de estratégias de *coping*

Os grupos são valorizados como fontes de conhecimento prático e estratégias de *coping* para lidar com a imprevisibilidade da doença.

“Já sabemos as dificuldades de cada familiar e depois há sempre uma ou outra coisa que agente não sabe e que ficamos a saber, e isso é importante.” (CI5)

Os cuidadores salientam que aprendem uns com os outros, adaptando soluções ao seu contexto e sentindo-se compreendidos por partilharem a “mesma língua”.

3. Suporte/Apoio familiar

A categoria *Suporte/Apoio familiar* emergiu de forma clara no cruzamento dos diferentes instrumentos de recolha de dados, nomeadamente nas respostas aos questionários aplicados e nas verbalizações espontâneas dos participantes durante o seu preenchimento, bem como no decorrer das entrevistas. O tema revelou-se particularmente relevante face ao impacto que o apoio familiar exerce sobre a experiência do cuidar e sobre a percepção de sobrecarga dos CI.

As narrativas evidenciaram duas dimensões centrais desta categoria: a aceitação e a rejeição do apoio familiar. Para alguns participantes, o suporte familiar constitui um recurso essencial, associado à partilha de responsabilidades, ao alívio emocional e prático e ao reconhecimento do papel de cuidador. Por outro lado, para outros cuidadores, o apoio familiar é percecionado como insuficiente, inconsistente ou inexistente, gerando sentimentos de frustração, isolamento e sobrecarga.

Estas diferentes experiências revelam que as expectativas dos cuidadores relativamente ao apoio familiar são moldadas por fatores relacionais, afetivos e culturais, bem como pela história e dinâmica de cada família. A aceitação ou rejeição deste suporte traduz, assim, a complexidade das relações familiares e o modo como estas influenciam a adaptação ao papel de cuidador.

A categoria Suporte/Apoio familiar abrange, portanto, a aceitação e a rejeição do apoio familiar, refletindo a importância das redes de proximidade enquanto elementos mediadores do bem-estar do cuidador e destacando a necessidade de promover o envolvimento familiar como estratégia de suporte ao cuidar informal.

Aceitação do apoio familiar

A maioria reconhece o apoio dos filhos e familiares como essencial, permitindo diminuir a sobrecarga e assegurar cuidados de qualidade.

“Sempre senti esse apoio das filhas e do filho (...) há sempre um suporte.” (C4)

“Vou tentar fazer o melhor por ele e com a ajuda, nessa altura, dos filhos.” (C1)

Rejeição do apoio familiar

Paralelamente, alguns cuidadores manifestam resistência em delegar cuidados, por acreditarem que nenhum outro familiar conhece tão bem a pessoa com demência como eles próprios.

“Eu também não aceito (...) porque acho que ninguém tomaria conta deles tão bem como nós próprios, porque é o nosso companheiro de uma vida.” (C1)

Este paradoxo evidencia a tensão entre necessidade de suporte e dificuldade em abdicar do papel central de cuidador.

4. Institucionalização

A categoria *Institucionalização* emergiu como uma das temáticas mais sensíveis nas narrativas dos participantes, refletindo a dicotomia vivida entre o dever de cuidar e a sobrecarga associada a esse papel. Esta categoria resultou das verbalizações espontâneas produzidas no decorrer das entrevistas, nas quais os cuidadores expressaram sentimentos ambivalentes em relação à possibilidade de institucionalizar o familiar em situação de dependência.

A análise revelou duas dimensões distintas: a aceitação e a rejeição da institucionalização. A aceitação associada à percepção de que o contexto institucional pode proporcionar melhores condições de segurança, cuidados especializados e descanso para o cuidador, embora acompanhada de sentimentos de culpa, tristeza e dúvida. Já a rejeição está profundamente enraizada em valores morais, afetivos e culturais, que atribuem ao cuidador o dever de cuidar no domicílio, frequentemente reforçado por laços familiares e pelo receio de julgamento social.

Esta dualidade traduz um conflito interno entre a necessidade de preservar o próprio bem-estar e a lealdade afetiva para com o familiar dependente, tornando a decisão sobre a institucionalização uma questão complexa e emocionalmente carregada.

A categoria institucionalização abrange assim, a aceitação e a rejeição da institucionalização, refletindo o dilema ético, emocional e prático que acompanha o cuidar. Evidencia-se, deste modo, a importância de desenvolver apoios psicossociais e orientações profissionais que permitam aos cuidadores refletir sobre esta decisão de forma informada, sem culpa e com base no bem-estar mútuo do cuidador e da pessoa cuidada.

Aceitação da institucionalização

Alguns cuidadores consideram a institucionalização ou frequência de centro de dia como alternativa futura viável, especialmente quando percebem limitações pessoais ou necessidade de tempo para si.

“Se ele estiver num centro de dia, alivia-me o dia, eu posso ir às compras, tomar um chá com uma amiga (...) é importante ter essa liberdade.” (CI3)

Rejeição da institucionalização

Outros rejeitam a institucionalização, valorizando o cuidar em casa como expressão do compromisso conjugal e afetivo.

“Quando ele deixar de me dizer a dona da casa, então pensarei. Até lá, não!” (CI2)

“É diferente, nós cuidarmos e outros cuidarem. É mesmo diferente.” (CI5)

Esta ambivalência revela o conflito entre o desejo de manter o cuidado em casa e a consciência das exigências crescentes da doença.

Em suma, a análise das entrevistas evidencia que o cuidado informal à pessoa com demência é vivido simultaneamente como fardo e missão afetiva. A sobrecarga, embora já aferida quantitativamente pelo QASCI, surge nas narrativas associada a desgaste físico e emocional, sobretudo pela resistência do doente e pela perda de autonomia. No entanto, o cuidado adquire sentido através do amor, do compromisso e da história de vida partilhada.

Os GP assumem um papel fundamental na redução da sobrecarga e no desenvolvimento de estratégias de *coping*, funcionando como espaço de partilha, aprendizagem e validação emocional.

O apoio familiar é valorizado, mas vivido com ambivalência entre aceitação e rejeição, refletindo a dificuldade em abdicar do papel central de cuidador. Por fim, a institucionalização é perspectivada de forma igualmente ambígua, oscilando entre a

percepção de necessidade futura e a resistência em quebrar o vínculo de cuidado no domicílio.

Conclusões e Implicações

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o contributo dos grupos psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de *coping* em cuidadores informais de pessoas com demência. Embora os resultados quantitativos não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimental e de controlo, observaram-se tendências relevantes que permitem refletir

sobre o impacto potencial destas intervenções e responder parcialmente aos objetivos propostos.

Em primeiro lugar, verificou-se que os cuidadores do grupo experimental apresentaram maior estabilidade nos mecanismos de *coping* e na perceção de autoeficácia, contrastando com oscilações mais acentuadas no grupo de controlo. Estes resultados sugerem que a participação nos GP poderá atuar como um fator protetor emocional, promovendo consistência nas estratégias de enfrentamento e prevenindo o agravamento da sobrecarga psicológica. A ausência de diferenças significativas pode dever-se, em grande medida, à reduzida dimensão da amostra – particularmente no grupo experimental (n=5) -, limitando a potência estatística das análises.

Os dados qualitativos reforçam esta interpretação. As entrevistas evidenciaram que os participantes percecionaram os GP como espaços de partilha, aprendizagem e apoio emocional, onde puderam expressar dificuldades, normalizar experiências e adquirir estratégias práticas para lidar com a imprevisibilidade da doença. Este sentimento de pertença e de validação interpessoal parece reduzir o isolamento e promover um maior equilíbrio emocional – resultados que estão em consonância com estudos recentes sobre o impacto positivo das intervenções psicoeducativas em cuidadores (Mekhuri., 2025).

No que respeita ao objetivo geral, a avaliação do impacto dos GP na diminuição dos níveis de sobrecarga e na promoção de estratégias de *coping* não pôde ser confirmada de forma estatisticamente robusta, mas os resultados qualitativos e as tendências observadas sugerem um efeito protetor relevante. Assim, o presente estudo contribui para consolidar uma base empírica e teórica consistente sobre a eficácia potencial destes programas, corroborando a literatura que evidencia melhorias no bem-estar e na perceção de competência dos cuidadores após intervenções de natureza psicoeducativa (Cheng et al., 2022; Pihet et al., 2024).

Relativamente aos objetivos específicos, foi possível identificar os níveis de sobrecarga experienciados pelos cuidadores, as estratégias de *coping* mais utilizadas, e comparar ambos os indicadores entre grupos. Embora não tenham surgido diferenças

estatisticamente significativas, os resultados qualitativos indicam que a participação nos GP pode reforçar sentimentos de autoeficácia, reduzir a solidão e fomentar estratégias de *coping* mais adaptativas, aspetos que, embora não facilmente quantificáveis, são fundamentais para a sustentabilidade emocional do CI.

Estas conclusões têm implicações práticas, comunitárias e políticas. A nível comunitário, torna-se essencial expandir a implementação dos GP de forma sistemática e acessível, dada a sua relevância enquanto espaços de capacitação e suporte emocional. Mesmo em pequena escala, os resultados sugerem benefícios ao nível da estabilidade emocional, da aprendizagem e da autoeficácia. A articulação destes programas com serviços de saúde, redes sociais de proximidade e estruturas autárquicas é fundamental para garantir o acompanhamento psicológico, o acesso à informação e momentos de descanso do cuidador.

No plano político, os resultados reforçam a necessidade de operacionalizar as medidas previstas no Estatuto do Cuidador Informal, nomeadamente no que diz respeito a apoios financeiros, formação e serviços de descanso temporário, que permitam aliviar a carga pessoal, social e económica associada ao cuidar (Afonso et al., 2025).

Do ponto de vista científico, este estudo sublinha a importância de realizar investigações futuras com amostras mais alargadas e delineamentos experimentais controlados, de modo a confirmar os efeitos observados e aumentar a generalização dos resultados. Sugere-se igualmente a inclusão de avaliações longitudinais, que permitam acompanhar a evolução dos cuidadores ao longo do tempo, integrando indicadores de saúde mental, qualidade de vida e resiliência. Além disso, será pertinente comparar diferentes modalidades de intervenção (presenciais, online, individuais ou em grupo), atendendo à relevância crescente das tecnologias digitais na promoção da acessibilidade, sobretudo em contextos rurais ou de baixa literacia digital (González-Fraile et al., 2021).

Em síntese, apesar da ausência de efeitos estatisticamente significativos na redução da sobrecarga, os resultados deste estudo sugerem que os GP contribuem para a estabilidade das estratégias de *coping* e para o reforço da autoeficácia percebida,

promovendo benefícios subjetivos relevantes para os CI. Estas evidências reforçam a pertinência de investir em programas psicoeducativos como respostas comunitárias de baixo custo, mas de elevado impacto no bem-estar dos cuidadores e, indiretamente, na qualidade dos cuidados prestados às pessoas com demência.

Limitações e perspetivas do estudo

No decorrer da investigação, foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira e mais evidente prende-se com a dimensão reduzida da amostra, especialmente no grupo experimental ($n= 5$), o que limitou a realização de análises estatísticas robustas e a generalização dos resultados. A amostra restrita condicionou a capacidade de detetar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e reforça a necessidade de estudos futuros com maior número de participantes para validar os efeitos observados (Pihet et al., 2024; Xie et al., 2024).

Outra limitação relevante relaciona-se com a proximidade entre o investigador e os participantes. Esta proximidade, a qual pode ter influenciado, de forma consciente ou inconsciente, a recolha e análise dos dados. Este fator constituindo um potencial viés, na medida em que pode induzir julgamentos prévios e expectativas relativamente ao fenómeno em estudo e ao desempenhado pelos cuidadores. Esta circunstância reforça a dificuldade em assegurar uma neutralidade absoluta no processo investigativo, ainda que se reconheça o esforço do investigador para minimizar este efeito. Embora esforços tenham sido feitos para minimizar esta influência, é importante reconhecer que a neutralidade absoluta em investigações qualitativas é difícil de alcançar (Mekhuri et al., 2025).

Relativamente às perspetivas futuras, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos com amostras mais amplas e representativas, que permitam a realização de análises estatísticas mais avançadas e possibilitem a extrapolação dos resultados para populações mais vastas. A replicação do estudo em diferentes contextos institucionais e geográficos é igualmente pertinente, uma vez que fatores culturais, sociais e organizacionais podem

influenciar a eficácia dos GP. Esta abordagem permitirá identificar barreiras e facilitadores contextuais, contribuindo para a criação de programas mais adaptados à realidade concreta de cada cuidador (González-Fraile et al., 2021).

A incorporação de recursos tecnológicos representa outra oportunidade para ampliar o alcance e a eficácia dos GP. Plataformas digitais interativas, fóruns de apoio virtual ou aplicações móveis podem complementar os encontros presenciais, permitindo a continuidade do suporte fora das sessões formais. Estes recursos favorecem o fortalecimento das redes de apoio, facilitam o acesso à informação e promovem a partilha de experiências, especialmente em contextos rurais ou de cuidadores com limitações de mobilidade ou de literacia digital (Xie et al., 2024).

Em suma, apesar das limitações metodológicas e contextuais, este estudo constitui um contributo relevante para a compreensão do impacto dos GP no apoio aos cuidadores de pessoas com demência. Os resultados obtidos fornecem uma base inicial para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, acessíveis e adaptadas às necessidades reais dos cuidadores, destacando a importância de estratégias de suporte contínuo e de integração com políticas públicas e serviços comunitários.

REFERÊNCIAS

Abayon, A. A. P.-e., Raymonds, M., Brahmhatt, P., Samnani, S., & Hanna, F. (2024). The impact of dementia on the psychosocial well-being of informal caregivers in Asia: A scoping review comparing high-income and low-middle-income countries. *Psych*, 6(1), 260-272. <https://doi.org/10.3390/psych6010016>

Abdelhalim, D. S. A., Ahmed, M. M., Hussein, H. A., Sarhan, M. D., & Khalaf, O. O. (2025). A skill-based multimodal intervention for dementia caregivers: Impact on burden and anxiety. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-02985-x>

- Afonso, C. I. C., Madeira, A. S., Reis, A., & Gomes, J. (2025). Curae de mim (care for me): A personalized Alzheimer's care nursing intervention for informal caregivers. *Journal of Personalized Medicine*, 15(7), 2-13. <https://doi.org/10.3390/jpm15070270>
- Alarcão, S. M., Santana, A., Maruta, C., & Fonseca, M. J. (2022). Developing assistive technology to support reminiscence therapy: A user-centered study to identify caregivers' needs. *arXiv*, 1-27. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2201.02418>
- Almeida, D., Santos, E., Pinto, J., Fernandes, M., & Loureiro, M. (2024). Metodologias/estratégias psicoeducativas dirigidas ao cuidador familiar da pessoa demente: Revisão integrativa da literatura. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5, 272-288. <https://doi.org/10.61415/riage.245>
- Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International. [World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia](https://www.alz.org/global/about/alzheimers-disease-international/world-alzheimer-report-2021)
- Atefi, G. L., van Knippenberg, R. J. M., Bartels, S. L., Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Verhey, F. R. J., & de Vugt, M. E. (2024). A web-based intervention based on acceptance and commitment therapy for family caregivers of people with dementia: Mixed methods feasibility study. *JMIR Aging*, 7, 1-19. <http://dx.doi.org/10.2196/53489>
- Balasubramanian, I., Poco, L. C., Andres, E. B., Chaudhry, I., Østbye, T., & Malhotra, C. (2024). Caregiver coping mediates the relationship between caregivers' understanding of dementia as terminal and their distress. *Alzheimer's & Dementia*, 20(9), 6606-6614. <https://doi.org/10.1002%2Falz.14102>

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. Cambridge University Press, 1-34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4.ª ed.). Edição 70.
- Beirão, L. C. S. (2024). *O processo de envelhecimento na incapacidade intelectual: Proposta de uma intervenção psicoeducativa para cuidadores informais*. [Trabalho de projeto de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/697ddafc-a329-473d-94a3-851d0b86f147/download>
- Benedetti, F. D., Hechinger, M., & Fringer, A. (2024). Self-assessment instruments for supporting family caregivers: an integrative review. *Healthcare*, 12 (10), 2-36. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101016>
- Bongelli, R., Busilacchi, G., Pacifico, A., Fabiani, M., Guarascio, C., Sofritti, F., Lamura, G., & Santini, S. (2024). Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1474967>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Wiley Online Books, 1-27. <https://doi.org/10.1002/2F9780470743386.fmatter>
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Nunes, O., & Pires, C. T. (2023). Emotion regulation in dementia caregiving: The role of neuropsychiatric symptoms and attachment orientation. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 37(2), 146-156. <https://doi.org/10.1177/08919887231195228>

Brydges, C. R. Effect size guidelines, sample size calculations, and statistical power in Gerontology. *Innovation in Aging*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz036>

Bressan, V., Visintini, C., & Palese, A. (2020). What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health and Social Care*, 28, 1942-1960. <https://doi.org/10.1111%2Fhsc.13048>

Brites, R., Brandão, T., Nunes, O., Hipólito, J., & Pires, C. T. (2024). The impact of caregiving on informal caregivers of people with dementia: Family functioning, burden, and burnout. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 32, 325-335. <https://doi.org/10.1007/s10880-024-10052-2>

Britt, K. C., Boateng, A. C. O., Zhao, H., Ezeokonkwo, F. C., Federwitz, C., & Epps, F. (2023). Spiritual needs of older adults living with dementia: An integrative review. *Healthcare*, 11(9), 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091319>

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>

Câmara Municipal de Ílhavo. (2024, 27 de fevereiro). Câmara de Ílhavo distinguida com Selo de Mérito do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. *Câmara Municipal de Ílhavo*. <https://www.cm-ilhavo.pt/viver/areas-de-intervencao/obras-particulares-e-gestao-urbanistica/noticias/noticia/camara-de-ilhavo-distinguida-com-selo-de-merito-do-movimento-cuidar-dos-cuidadores-informais>

Candido, R. da. S., Costa, A. B., Silva, F. R. T., Melo, S. C. C. S. de, Gervásio, V. L., & Carreira, L. (2020). Sobrecarga do cuidador informal de idosos com Alzheimer em um município do Paraná. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 444-462. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-034>

Caparrol, A. J. de. S., Martins, G., Monteiro, D. Q., Barbosa, G. C., Medeiros, T. J., & Gratão, A. C. M. (2021). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: Revisão sistemática. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(35), 221-235. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.221-236>

Capelo, M. R. T. F., Brasil, C. C. P., Silva, R. M. L. B., Capelo, J. A. F., Quintal, A. J. de. O. M., Ribeiro, L. J. M., Silva, R. M., & Oliveira, E. S. F. (2024). Perceções de cuidadores informais sobre motivações, necessidades e benefícios do cuidado ao idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05612024>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 93-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

Cetin, Z., & Ozen, B. (2024). Investigating spiritual care perceptions and religious coping methods among the relatives of terminally ill patients during the COVID-19 pandemic: The case of Turkey. *BMC Palliative Care*, 23, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01463-x>

- Chaaya, R., Sfeir, M., El Khoury, S. B., Malhab, S., & El Khoury-Malhame, M. (2025). Adaptive versus maladaptive coping strategies: Insight from lebanese young adults navigating multiple crises. *BMC Public Health*, *25*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22608-4>
- Chan, C. Y., De Roza, J. G., Ding, G. T. Y., Koh, H. L., & Lee, E. S. (2023). Psychosocial factors and caregiver burden among primary family caregivers of frail older adults with multimorbidity. *BMC Primary Care*, *24*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01985-y>
- Charenkova, J. (2023). "Parenting my parents": Perspectives of adult children on assuming and remaining in the caregiver's role. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1059006>
- Cheng, S.T., Li, K. K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2021). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, *36*(1), 55–77. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pag0000401>
- Cheng, S-T., & Ng, P. H. F. (2025). Positive dementia caregiving in 30 days (PDC30): Study protocol of a randomized controlled trial of a self-guided automated online training program. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *17*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111%2Faphw.12645>
- Cheng, Y., Yang, M., & Ma, S. (2025). Exploring challenges and coping strategies in providing care for older adults with dementia: a qualitative study conducted in China. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1459517>
- Cintoli, S., Tommasini, L. L., Del Prete, E., Cerri, M., Ceravolo, R., & Tognoni, G. (2024). The psychoeducational interventions: A valuable communication tool to support

the caregiver of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 24, 2-10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05562-5>

Costa, A., Loura, D. de S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., & Henriques, M. A. (2022). Informal caregiver's health literacy in Lisboa, Portugal: A profile for health promotion prioritization. *Geriatrics*, 7(5), 2-16.
<https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>

del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C. na., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(3), 1-20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>

De-Rosende-Celeiro, I., Francisco-Gilmartín, V., Bautista-Blasco, S., & Ávila-Álvarez, A. (2024). Co-creation and evaluation of an app to support reminiscence therapy interventions for older people with dementia. *arXiv*, 10, 1-12.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2410.13556>

Ding, Y., Fu, X., Liu, R., Hwang, J., Hong, W., & Wang, J. (2021). The impact of different coping styles on psychological distress during the COVID-19: The mediating role of perceived stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010947>

Dixe, M. dos., A. C. R., & Querido, A. I. F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: Fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20013>

Doudu, P. A., Okyere, J., Simkhada, B., Akrong, R., Barker, C., Gillibrand, W., & Simkhada, P. (2024). Exploration of family caregiver's experiences on coping in dementia care

in Ghana: A phenomenological study. *BMC Psychology*, 12(361), 1-11. .
<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01862-y>

Dumciene, A., & Pozeriene, J. (2022). The emotions, coping, and psychological well-being in time of COVID-19: Case of master's students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 1-16.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19106014>

Encinas-Monge, C., Hidalgo-Fuentes, S., Cejalvo, E., & Martí-Vilar, M. (2024). Interventions to relieve the burden on informal caregivers of older people with dementia: A scoping review. *Nursing Reports*, 14(3), 2535-2549.
<https://doi.org/10.3390/nursrep14030187>

Escola Nacional de Saúde Pública. (2023). *8ª fase literacia em saúde e qualidade de vida dos cuidadores informais. Saúde que Conta*.
<https://www.saudequeconta.org/investigacao/8a-fase-literacia-em-saude-e-qualidade-de-vida-dos-cuidadores-informais/>

Faramarzpur, P. (2023). Enhancing cognitive function and emotion regulation in women with dementia: The efficacy of cognitive rehabilitation therapy. *Psychology of Women Journal*, 4(1), 141-148. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.pwj.4.1.16>

Fernandes, C. M. (2024). Idosos cuidadores de idosos: O contributo da literacia e saúde nas práticas de autocuidado [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa]. Repositório do ISCSP.
<http://hdl.handle.net/10400.5/31095>

- Ferreira, M., & Andrade, C. (2024). Influência das relações familiares na escolha do cuidador informal de pessoas idosas em contexto rural e urbano. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 161-170. <https://doi.org/10.61415/riage.299>
- Ferrero-Sereno, P., Palomo-López, P., Mendoza-Muñoz, M., Carlos-Vivas, J., Urbano-Mairena, J., & Muñoz-Bermejo, L. (2024). Role of overload and psychoemotional variables on health-related quality of life in informal caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 1-12. <https://doi.org/10.3390/jcm13206188>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: Third Editions*. SAGE Publications Ltd, 3, 1-822.
- Fowler, N. R., Judge, K. S., Lucas, K., Gowan, T., Stutz, P., Shan, M., Wilhelm, L., Parry, T., & Johns, S. A. (2021). Feasibility and acceptability of an acceptance and commitment therapy intervention for caregivers of adults with Alzheimer's disease and related dementias. *BMC Geriatrics*, 21(127), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02078-0>
- Fraser, H. C., Kuan, V., Johnen, R., Zwierzyna, M., Hingorani, A. D., Beyer, A., & Partridge, L. (2022). Biological mechanisms of aging predict age-related disease co-occurrence in patients. *Aging Cell*, 21(4), 1-18. <https://doi.org/10.1111/accel.13524>
- García, F. E., Barraza-Peña, C. G., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M., & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(22), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>

García-Mochón, L., Peña-Longobardo, L. M., Río-Lozano, M. do., Oliva-Moreno, J., Larrañaga-Padilla, I., & García-Calvente, M. del. M. (2019). Determinants of burden and satisfaction in informal caregivers: two sides of the same coin? The CUIDAR-SE study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 1-13. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16224378>

García-Peña, C., & Fajardo-Dolci, G. E. (2024). Número especial: Envejecimiento. *Gaceta Médica de México*, 160, 241-242. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.24000258>

Giebel, C., Lord, K., Cooper, C., Shenton, J., Cannon, J., Pulford, D., Shaw, L., Gaughan, A., Tetlow, H., Butchard, S., Limbert, S., Callaghan, S., Whittington, R., Rogers, C., Komuravelli, A., Rajapogal, M., Eley, R., Watkins, C., Downs, M., & Gabbay, M. (2021). A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(3), 393-402. <https://doi.org/10.1002/gps.5434>

Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R., & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(106), 1-8. DOI 10.1186/s12877-016-0280-8

Goldman, E. A., & Sterner, K. N. (2023). Environment, epigenetics, and the pace of human aging. *Annual Review of Anthropology*, 52, 279-294. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-052721-090516>

Gomes, G. P. R., Rubin, S., Duker, L. I. S., Benton, D., Kratky, A., Chen, S. Y. A., Jordan-Marsh, M., & Gotsis, M. (2020). *Healing spaces: Feasibility of a multisensory*

experience for older adults with advanced dementia and their caregivers. *arXiv*, S/p.
<https://doi.org/10.1145/3389189.3392607>

González-Fraile, E., Ballesteros, J., Rueda, J. R., Santos-Zorrozúa, B., Solà, I., & McCleery, J. (2021). Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-146. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD006440.pub3>

Górska, S., Roy, A. S., Whitehall, L., Fitzpatrick, L. I., Duffy, N., & Forsyth, K. (2022). A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with resilience of normally aging, community-living older adults. *The Gerontologist*, 62(9), 520-533. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab110>

Gutiérrez-Sánchez, B., López-Martínez, C., da-Silva-Domingues, H., & del-Pino-Casado, R. (2024). Relationship between perceived and received social support in family caregivers: A systematic review with meta-analysis. *Nursing Reports*, 14, 3466-3475. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040252>

Hebdon, M. C. T., Phan, C. T. T., Phillips, C., Wan, S., Doyon, K., Gray, T., Johnson, L. A., Pottepalli, V., & Fischer, S. (2022). Financial interventions for family caregivers of individuals with chronic illness: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 12, 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061667>

Hsieh, C.-J., Yin, P.-F., Chiu, C.-Y., Hsiao, Y.-P., & Hsiao, Y.-L. (2022). Support and empowerment for older adult spousal caregiving of people with mild and moderate dementia: A participatory action research. *Healthcare*, 10(3), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030569>

Huang, H-L., Shyu, Y-I. L., Hsu, W-C., Liao, Y-T., Huang, H-L., & Hsieh, S-H. (2024). Effectiveness of a health education program for people with dementia and their family caregivers: An intervention by nurse practitioners. *Archives of Psychiatric Nursing*, 50, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.03.018>

Hussin, N. A. M., & Sabri, N. S. M. (2023). A qualitative exploration of the dynamics of guilt experience in family cancer caregivers. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08060-3>

Jazwinski, S.M., Kim, S., & Fuselier, J. (2025). Beyond hallmarks of aging – biological age and emergence of aging networks. *Aging Pathobiology and Therapeutics*, 7(1), 44-55. <https://doi.org/10.31491/apt.2025.03.166>

Johnson, C., & Ladiges, W. (2022). Is aging “normal”? *Aging Pathobiology and Therapeutics*, 4(4), 98-99. DOI: 10.31491/APT.2022.12.102

Juengst, S. B., Smith, M. L., Wilmoth, K., Wright, B., Han, G., Supnet, C., & Maestre, G. (2025). Problem-solving training to improve caregiver burden and depressive symptoms among dementia caregivers: personal and clinical factors of responders vs. non-responders. *Frontiers in Public Health*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1682373>

Kamarulbahri, T. M. S. T., Ariaratnam, S., Nikmat, A. W., Abdullah, N. N., and Khing, T.L. (2022) Coping strategies and their associated factors among caregivers of patients with schizophrenia in Kuantan, Malaysia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1004034>

- Khan, T. S., Hirschman, K. B., McHugh, M. D., & Naylor, M. D. (2021). Self-efficacy of family caregivers of older adults with cognitive impairment: A concept analysis. *Nursing Forum*, 56(1), 112-116. <https://doi.org/10.1111/nuf.12499>
- Kim, T., Kim, H., Roberts, A., Jacobs, M., & Kay, M. (2023). Opportunities in mental health support for informal dementia caregivers suffering from verbal agitation. *ArXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2311.10912>
- Kipfer, S., & Pihet, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0896-y>
- Krämer, M. D., & Bleidorn, W. (2024). The well-being costs of informal caregiving. *Association for Psychological Science*, 35(12), 1382-1394. <https://doi.org/10.1177/09567976241279203>
- Kocabas, D., Karaçar, Y., & Barçın, N. E. (2025). The effect of psychological resilience and self-efficacy on caregiver burden: A cross-sectional study among caregivers of people with Alzheimer's disease. *Nursing Open*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.1002/nop2.70288>
- Kopp, W. (2024). Aging and “age-related” diseases – What is the relation? *Aging and Disease*, 16(3), 1316-1346. <http://dx.doi.org/10.14336/AD.2024.0570>
- Kumar, P., Chung, G., Garcia-Morales, E., Reed, N. S., Sheehan, O. C., Ehrlich, J. R., Swenor, B. K., & Varadaraj, V. (2023). Vision difficulty and dementia: Economic hardships among older adults and their caregivers. *Frontiers in Epidemiology*, 3, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fepid.2023.1210204>

- La Caixa Foundation. (2021). *Escuela de cuidadores: Programa de formación para cuidadores familiares*. <https://fundacionlacaixa.org/es/atencion-integral-personas-enfermedades-avanzadas-cuidadores>
- Lavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M., & Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1407-1413. <https://doi.org/10.2147/NDT.S58063>
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for *t*-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, *4*, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Lethin, C., Hansos, E., Margioti, E., Chiatti, C., Gagliardi, C., Carvalho, C. V., de., & Fänge, A. M. (2019). Support needs and expectations of people living with Dementia and their informal carers in everyday life: A European study. *Social Sciences*, *8*(7), 1-14. <https://doi.org/10.3390/socsci8070203>
- Li, B., Jin, H., Yan, G., Zhang, C., Chen, S., Wang, Y., Wang, T., Wan, Q., Wei, Z., & Sun, Y. (2024). Mental states in caregivers toward people with Alzheimer's disease at different stages. *Frontiers in Neurology*, *14*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1327487>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, G. S., Dias, A., Fox, N., Gitlin, N. L., Howard, R., Kales, C. H., Kivimäki, M., Larson, B. E., Ogunniyi, A., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the *Lancet*

commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Li, K-K., Leung, C. L. K., Yeung, D., Chiu, M. Y. L., Chong, A. M. L., Lam, B. C. Y., Chung, E. K. H., & Lo, T. W. (2023). Development and validation of the caregiver needs and resources assessment, 14, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1063440>

Liu, Y., Hughes, M. C., & Wang, H. (2024). Financial strain, health behaviors, and psychological well-being of family caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. *PEC Innovation*, 4, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100290>

Liu, X., MO, W., Kanaya, R., Shigenobu, K., Takiue, K., Koujiya, E., Takeya, Y., & Yamakawa, M. (2025). Expressed emotion mediates the association between caregiver relationship closeness and psychological symptoms in people with dementia. *Psychogeriatrics*, 25(2), 1-7. <https://doi.org/10.1111/psyg.70000>

OkaLong, D., Gu, Y., & Wang, Y. (2025). Sense of coherence and caregiver burden among informal caregivers of people with dementia in China: The mediating role of coping strategies. *Psychiatry Research and Behavioral Management*, 18, 1423-1433. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S518799>

Lopes, C. D. S. de S. (2022). *Cuidadores informais de pessoas idosas: Níveis de sobrecarga e rede social pessoal*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1442>

López-Martínez, C., Orgeta, V., Frías-Osuna, A., & del Pino-Casado, R. (2024). Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: Mediation and moderation effects of subjective caregiver burden. *Journal of Nursing Scholarship*, 56, 371-381. <https://doi.org/10.1111/jnu.12957>

- López-Otín, C., & Kroemer, G. (2021). Hallmarks of health. *Cell* 184(1), 33-63.
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.11.034>
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2023). Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell* 186(2), 243-278.
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.11.001>
- López-Otín, C., Pietrocola, F., Roiz-Valle, D., Galluzzi, L., & Kroemer, G. (2023). Meta-hallmarks of aging and cancer. *Cell Metabolism*, 35(1), 12-35.
<https://doi.org/10.1016/j.cmet.2022.11.001>
- Lorenzo, R. D., Dardi, A., Serafini, V., Amorado, M. J., Ferri, P., & Filippini, T. (2024). Psychoeducational Intervention for caregivers of adolescents and young adults with psychiatric disorders: A 7-year systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), 1-26. <https://doi.org/10.3390/jcm13237010>
- Lu, H.-H., & Liang, S.-Y. (2024). Predictors of coping strategies in caregivers of family members with a brain tumor: A correlational study. *Healthcare*, 12(18), 1-13.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12181897>
- Ma, Y., Nordberg, O. E., Hubbers, J., Zhang, Y., Rongve, A., Bachinski, M., & Fjeld, M. (2024). Bridging the gap: Advancements in technology to support dementia care - A scoping review. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2404.09685>
- Mak, W., Baez, A., & Daugeard, C. (2018). Caregiver humor styles may affect quality of life in people with dementia. *Innovation in Aging*, 2, 289.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1067>
- Marinho, J., da S., Batista, I. B., Nobre, R. A. da S., Guimarães, M. S. A., Santos-Orlandi, A. A. dos, Brito, T. R. P. B., Pagotto, V., Saidel, M. G. B., Fusco, S. de F. B., Maia, F. de O.

- M., Corona, L. P., & Nunes, D. P. (2022). Burden, satisfaction, caregiving, and family relations in informal caregivers of older adults. *Frontiers in Medicine*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1059467>
- Marques, I. V. P, Lin, C. C., da Silva, E. Q. do Nascimento Júnior, J. R. A., & de Oliveira, D. V. (2024). Stress and coping strategies of caregivers of older adults with Alzheimer's disease. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230273.pt>
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148. <https://www.researchgate.net/publication/37651016>
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) – Reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 17-31. <https://www.researchgate.net/publication/37650198>
- Martins, E. A., Roso, B. F., & Palma, K. A. X. A. (2024). Análise da qualidade de vida, sobrecarga de cuidadores e desempenho ocupacional de idosos: Perceção da terapia ocupacional. *Revisbrato - Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 8(1), 2342-2359. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto57892>
- Mashinchi, G. M., Williams, G. A., & Cotter, K. A. (2021). The relationship between religious attendance, private prayer, religious coping, social support, and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 26, 82-90. <https://doi.org/10.24839/2325-7342.JN26.2.82>

- Mateus, A. M. R., Heinzemann, F. L., Brites, R., Brandão, T., Nunes, O., & Hipólito, J. (2023). Regulação emocional, estratégias de coping e sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com demência. *Psique*, *19*, 54-73. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XIX.2.3>
- McLoughlin, B. (2025). Group-based interventions for carers of people with dementia: A systematic review. *Innovation in Aging*, *6*, 1-14. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac011>
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. L. F., dos Santos, A. M. R., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm*, *32*(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Meng, A., Sundstrup, E., & Andersen, L. L. (2024). The use of individual and collective selection, optimisation and compensation (SOC) strategies and their association with work ability among senior workers. *European Journal of Ageing*, *21*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10433-024-00821-1>
- Mekhuri, S., Dale, C., Buchanan, F., Hammash, N., Ambreen, M., Saha, S., Rose, L., & Amin, R. (2025). Family caregivers of individuals with neuromuscular disease participating in a randomized controlled trial of a digital peer support program: Nested qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, *27*, 1-12. <https://doi.org/10.2196/72141>
- Mingote, C. M. V. C., de Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. (2020). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Scientia*, *27*, 91-107. <https://doi.org/10.46691/es.vi.101>
- Mirhosseini, S., Parsa, F. I., Moghadam-Roshtkhar, H., Basirinezhad, M. H., Ameri, M., & Ebrahimi, H. (2025). Support based on psychoeducation intervention to address quality of life and care burden among caregivers of patients with cancer: A

- randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1430371>
- Mishra, N., Datti, R. S., Tewari, A., & Sirisety, M. (2023). Exploring the positive aspects of caregiving among family caregivers of the older adults in India. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1059459>
- Moskowitz, J. T., Cheung, E. O., Snowberg, K. E., Versaten, A., Merrilees, J., Salsman, J. M., & Dowling, G. A. (2020). Randomized controlled trial of a facilitated online positive emotion regulation intervention for dementia caregivers. *Health Psychology*, 38(5), 391-402. <https://doi.org/10.1037/hea0000680>
- Muijres, P., Bodenmann, G., Nussbeck, F. W., & Jenewein, J. (2025). Dyadic coping and well-being in early-stage dementia couples. *Frontiers in Psychology*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1613215>
- Nasreen, H. E., Tyrrell, M., Vikstrom, S., Craftman, A., Ahmad, S. A. B. S., Zin, N. M., Aziz, K. H. A., Tohit, N. B. M., Aris, M. A. M., & Kabir, Z. N. (2024). Caregiver burden, mental health, quality of life and self-efficacy of family caregivers of persons with dementia in Malaysia: Baseline results of a psychoeducational intervention study. *BMC Geriatrics*, 24, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05221-9>
- Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250>
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., & Liu, X. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. <https://doi.org/10.1016/>

- Nordtug, B., Malmedal, W. K., Alnes, R. E., Blindheim, K., Steinsheim, G., & Moe, A. (2021). Informal caregivers and persons with dementia's everyday life coping. *Health Psychology Open*, 8, S/p. <https://doi.org/10.1177/20551029211000954>
- O'Connor, M. K., Bell, Z., Sullivan, M., Mulligan, R. D., & Heal, J. (2025). The dementia caregiver toolbox: A synchronous video pilot intervention to boost role preparedness and self-efficacy. *Journal of Gerontology*, 73(1), 1-11. <https://doi.org/10.36150/2499-6564-N797>
- OECD (2023). Health at a glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Owokuhaiza, J., Kamoga, R., Musinguzi, P., Muwanguzi, M., Natukunda, S., Mubangizi, V., Asiime, K., & Rukundo, G. Z. (2023). Burden of care and coping strategies among informal caregivers of people with behavioral and psychological symptoms of dementia in rural south-western Uganda. *BMC Geriatrics*, 23, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04129-0>
- Panzeri, A., Bottesi, G., Ghisi, M., Scalavizzi, C., Spoto, A., & Vidotto, G. (2024). Emotional regulation, coping, and resilience in informal caregivers: A network analysis approach. *Behavioral Sciences*, 14, 1-17. <https://doi.org/10.3390/bs14080709>
- Peixeiro, M. S. C. P. (2024). *A promoção de resiliência em cuidadores informais de pessoas com demência: Um contributo para a clarificação do papel do educador social*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/30909>

- Phongtankuel, V., Moxley, J., Reid, M. C., Adelman, R. D., & Czaja, S. J. (2023). *The relationship of caregiver self-efficacy to caregiver outcomes: A correlation and mediation analysis*. *Aging Ment Health*, 27(7), 1322-1328. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2118666>
- Pihet, S., Clément, M., Terrapon, E., & Kipfer, S. (2024). Adaptation of a psycho-educational group programme to improve coping in dementia caregiving: A feasibility study with mixed-methods. *BMC Geriatrics*, 24, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04815-7>
- Pinto-Grau, M., Blanco-Campal, A., & Bramham, J. (2024). Dementia caregiving during the COVID-19 pandemic: an interpretative phenomenological analysis of caregivers' experiences. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 42, 34-42. <https://doi.org/10.1017/ipm.2024.15>
- Pokala, S., Wandera, S. O., Kawooya, S., Victoria, A. E., Odo, L. W., Nakasujja, N., & Díaz, M. M. (2025). Dementia knowledge and caregiver burden among carers of older adults in rural eastern Uganda. *Alzheimer's & Dementia*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1002/alz.70587>
- Queen, N. J., Hassan, Q. N., & Cao, L. (2020). Improvements to healthspan through environmental enrichment and lifestyle interventions: Where are we now? *Frontiers in Neuroscience*, 14, S/p. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00605>
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. <https://www.researchgate.net/publication/262739455>
- Roberto, K. A., McCann, B. R., Savla, J., & Blieszner, R. (2024). Family caregivers' management of behavioral expressions of dementia. *Gerontological Society of America*, 64, 1-12. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae020>

- Robinson-Lane, S. G., Zhang, X., & Patel, A. (2020). Coping and adaptation to dementia family caregiving: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 42(1), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.008>
- Rodrigues, T., Rodrigues, C., Costa, M. da., & Morais, M. (2025). Contributos da psicoeducação para a redução da sobrecarga do cuidador informal de pessoa com demência: Revisão integrativa da literatura. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 7(7), 190-199. <https://doi.org/10.61415/riage.337>
- Saber, S. M., & Rahimian, B. (2024). Enhancing caregiver resilience: A systematic review of interventions for chronic disease management. *Biosocial Health Journal*, 1(4), 179-187. <https://doi.org/10.34172/bshj.14>
- Safavi, R., Wearden, A., & Berry, K. (2023). Psychological well-being in persons with dementia: The role of caregiver expressed emotion. *The British Psychological Society*, 62, 431-443. <https://doi.org/10.1111%2Fbjc.12416>
- Sánchez-Martínez, V., Cauli, O., & Corchón, S. (2024). Long-term caregiving impact and self-care strategies in family caregivers of people with neuropsychiatric disorders: A mixed-method study. *Diseases*, 12(11), 1-21. <https://doi.org/10.3390/diseases12110292>
- Santos, R. I. R, Santos, W. L. dos, Barroso, R. S., Oliveira, M. L. C., de, Filho, E. R. de A., & Medeiros, G. G. de. (2025). O impacto da demência na família e a importância do apoio psico-socioemocional. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 18, 1-18. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.2174>
- Saxena, O., Singh, T. K., & Das, S. (2020). Effect of caregiver group therapy on caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36, 19-28. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_17_20

Shrestha, S., Arora, S., Hunter, A., & Debesay, J. (2023). Changing dynamics of caregiving: A meta-ethnography study of informal caregiver's experiences with older immigrant family members in Europe. *BMC Health Services Research*, 23, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09023-4>

Silaule, O., Casteleijn, D., Adams, F., & Nkosi, N. G. (2024). Strategies to alleviate the burden experienced by informal caregivers of persons with severe mental disorders in low-and middle-income countries: Scoping review. *Interactive Journal of Medical Research*, 13, 1-25. <https://doi.org/10.2196/48587>

Silva, L., & Faustino, S. (2024). Método qualitativo: Origem, conceitos e relevância nas Ciências Humanas. *SciELO Preprints*, 1-17. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9093>

Simões, P. L., Sousa, T., Silva, F., & Ferreira, M. J. (2024). The role of coping and positivity in shaping mental health among Portuguese informal caregivers. *Geriatric Nursing*, 59, 604-613. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.038>

Soares, S. M. G. (2023). *Capacitar o cuidador informal através da promoção da literacia em saúde digital*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da ESEC. <http://hdl.handle.net/10400.26/45681>

Song, Y., Wang, M., Zhu, M., Wang, N., He, T., Wu, X., Shi, Z., Chen, M., Ji, T., & Shen, Y. (2024). Benefit finding among family caregivers of patients with advanced cancer in a palliative treatment: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02055-z>

Steenfeldt, V. Ø., Agerup, L. C., Jacobsen, A. H., & Skødt, U. (2021). Becoming a family caregiver to a person with dementia: A literature review on the needs of family

caregivers. *SAGE Open Nursing*, 7, 1-14.
<https://doi.org/10.1177/23779608211029073>

Steinsheim, G., Malmedal, W., Follestad, T., Olsen, B., & Saga, S. (2023). Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23, 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04358-3>

Sya'diyah, H., Efendi, F., Mahmudah., Saidah, Q., & Poddar, S. (2023). Impact of caregiver demands on growing family capabilities provide home care for dementia-affected seniors. *Journal of Public Health Research*, 12(3), 1-6.
<https://doi.org/10.1177/22799036231197172>

Tan, E. Y. L., de Vugt, M. E., Deckers, K., Schols, J. M. G. A., & Verhey, F. RJ (2021). Interaction of caregiver expressed emotion and neuropsychiatric symptoms in persons with dementia living at home. *BMJ Open*, 11, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/>

Tan, G., Tan., H., Yuan, Q., Devi, F., Wang, P., Ng, L. L., Goveas, R., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2021). Factors associated with caregiving self-efficacy among primary informal caregivers of persons with dementia in Singapore. *BMC Geriatrics*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01951-8>

Tawfik, N. M., Sabry, N. A., Darwish, H., Mowafy, M., & Soliman, S. S. A. (2021). Psychoeducational program for the family member caregivers of people with dementia to reduce perceived burden and increase patient's quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1-7.
<https://doi.org/10.1177/21501327211014088>

Teles, M. A. B., Barbosa-Medeiros, M. R., Pinho, L. de, & Caldeira, A. P. (2023). Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com síndromes demenciais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230066.pt>

Teles, S. Ferreira, A., & Paúl, C. (2022). Feasibility of an online training and support program for dementia carers: results from a mixed-methods pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02831-z>

Uchôa, M. B. da R., Silva, M. P. da, Junior, D. F. dos, S., Trindade, F. R., Volpe, M. I. C., Alberto, A. A. D., Lima, T. C. V. de, Corrêa, L. R. V., & Rocha, K. K. S. (2025). Nível de sobrecarga de cuidadores de pessoas acometidas pela doença de Alzheimer. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25, 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e18858.2025>

Uzun, U., Başar, S., & Saritaş, A. (2024). Spiritual needs of family caregivers in palliative care. *BMC Palliative Care*, 23, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01589-y>

Valle, P. R. D., & Ferreira, J. de L. (2024). Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: Contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Scielo Preprints*, S/p. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>

Van Orden, K., & Heffner, K. L. (2022). Promoting social connection in dementia caregivers: A call for empirical development of targeted interventions. *The Gerontologic*, 62, 1258-1265. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac032>

Wammes, J. D., Labrie, N. H. M, Agogo, G. O., Monin, J. K., Bekker-Grob, E. W. de, & Vroomen, J. L. M. (2021). Persons with dementia and informal caregivers prioritizing care: A mixed-methods study. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 1-8. <https://doi.org/10.1002/trc2.12193>

Wang, Y.-X., Cai, C., Zhu, Y.-X., Shi, W.-L., Cheng, B., Li, C.-Y., & Shi, C.-Q. (2024). Family burden and psychological distress among Chinese caregivers of elderly people with

- dementia: A moderated mediation model. *BMC Nursing*, 23, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02382-1>
- Wang, S., Mello, J. de. A., Mittelman, S. M., & Declercq, A. (2023). Feasibility, acceptability and potential helpfulness of the PROACTIVE intervention in Flanders, Belgium: A survey study. *PLoS ONE*, 18(8), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289952>
- Wangliu, Y-Q., & Che, R-P. (2025). A systematic review of coping and pre-death grief among dementia family caregivers. *Palliative and Supportive Care*, 23, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S1478951525000082>
- Wiegelmann, H., Speller, S., Verhaert, L-M., Schirra-Weirich, L., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 21, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02020-4>
- Wintersberger, D., & Saunders, M. (2020). Formulating and clarifying the research topic: Insights and a guide for the production management research community. *Production*, 20, 1-8. <https://doi.org/>
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- Xie, Y., Shen, S., Liu, C., Hong, H., Guan, H., Zhang, J., & Yu, W. (2024). Internet-based supportive interventions for family caregivers of people with dementia: Randomized controlled trial. *JMR Aging*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.2196/50847>
- Xu, Q., Ma, J., Zhang, Y., & Gan, J. (2024). Family resilience and social support as mediators of caregiver burden and capacity in stroke caregivers: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1435867>

- Yamakawa, M., Liu, X., Takeya, Y., & Shigenobu, K. (2024). FC25: Family caregivers' perceptions of expressed emotion toward dementia patients: A qualitative descriptive study. *IPA International Congress*, 36, 53-54. <https://doi.org/10.1017/S1041610224001479>
- Ye F., Lee, J. J., Xue, D., & Yu, D. S.-F., (2023). Acceptance and commitment therapy among informal caregivers of people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(12), 1-17. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46216>
- Yin, Z., Stratton, L., Song, Q., Ni, C., Song, L., Commiskey, P. A., Chen, Q., Moreno, M., Fazio, S., & Malin, B. A. (2023). Learning from peers: A survey of perception and utilization of online peer support among informal dementia caregivers. *arXiv*, S/p. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2309.00154>
- Yu, Y., Xiao, L., Ullah, S., Meyer, C., Wang, J., Pot, A. M., & He, J. J. (2023) The effectiveness of internet-based psychoeducation programs for caregivers of people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 27, 1895-1911. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2190082>
- Zajac-Lamparska, L. (2021). Selection, optimization and compensation strategies and their relationship with well-being and impulsivity in early, middle and late adulthood in a Polish sample. *BMC Psychology*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00650-2>
- Zajdel, M., Swan, T., Robinson, T., Keller, K. R., Mountcastle, L., & Koehly, L. M. (2023). Stress, coping, and physical health in caregiving. *Translational Issues Psychological Science*, 9(2), 123-136. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tps0000349>
- Zhang, J., Wang, J., Liu, H., & Wu, C. (2023). Association of dementia comorbidities with caregivers' physical, psychological, social, and financial burden. *BMC Geriatrics*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03774-9>

Zhang, N., Bai, Y., Tao, A., Zhao, Y., & Chan, H. Y. L. (2025). Effects of psychoeducation interventions on psychological outcomes among spousal caregivers of community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105049>

Zhao, Y., Lei, L., Fang, S., Zhi, S., Song, D., Gao, S., Wu, Y., Zhong, Q., Zhang, Y., Song, H., & Sun, J. (2024). Characteristics of relatives with high expressed emotion and related factors: A study of relatives of people with dementia in China. *BMC Psychology*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02231-5>

Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics*, 20(3), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1403-9>

ANEXOS

Anexo 1 - Expectativas dos Cuidadores Informais, relativamente ao Estatuto do Cuidador Informal (Lei 100/2019)

- Que fosse facilitada mais condições do estado. A nível financeiro, de acesso a serviços que ajudem no cuidado com o familiar – C1 (Grupo experimental)
- Burocraticamente não ser tão difícil - C2 (Grupo experimental)
- Houvesse mais apoio do estado – C11 (Grupo de controlo)
- Haver mais apoio no cuidador informal a nível nacional e haver mais respostas sociais a nível estatal – C3 (Grupo experimental)
- Independentemente da pessoa cuidadora, receber um apoio social, deveria haver mais apoios. O processo também é demasiado burocrático – C2 (Grupo de controlo)
- Houvesse mais apoio a nível estatal. Não sinto qualquer apoio, inclusive a minha esposa anda numa clínica em particular e sou eu que tenho de pagar – C4 (Grupo experimental)
- Não tenho opinião formada – C3 (Grupo de controlo)
- Deveria de haver mais apoios do estado – C4 (Grupo de controlo)
- Não tenho resposta, uma vez que me consigo organizar com o apoio familiar e com um cuidador formal para dar o apoio necessário – C5 (Grupo de controlo)
- Mais ajudas a nível do estado – C6 (Grupo de controlo)
- Ser remunerada pelo trabalho que temos, mais auxílio e que contasse para a reforma, os anos que temos de cuidadores informais – C7 (Grupo de controlo)
- Deveria de haver mais acesso às unidades de cuidados continuados para descanso do cuidador – C8 (Grupo de controlo)
- Garantir que o suporte financeiro deveria ter algum retorno nos impostos – C9 (Grupo de controlo)
- Que houvesse mais apoio do estado - C1 (Grupo de controlo)
- Mais apoio estatal a nível financeiro - C12 (Grupo de controlo)
- Apesar de não conhecer a lei, gostaria que houvesse alguém que fizesse a supervisão por mim na minha ausência, uma vez que tenho uma filha que depende de mim – C5 (Grupo experimental)

Anexo 2- Questionário Sociodemográfico dos Cuidadores Informais

1. Idade: _____

2. Género:

Feminino

Masculino

Outro

3. Estado civil:

Casado/a

Divorciado/a

Solteiro/a

4. Número de pessoas que coabita: _____

5. Tem filhos?

Sim

Não

6. Habilitações académicas:

Não sabe ler e/ou escrever

Lê e escreve

1.º ciclo do Ensino Básico ou equivalente

2.º ciclo do Ensino Básico ou equivalente

3.º ciclo do Ensino Básico ou equivalente

Ensino Secundário ou equivalente

Ensino Superior

7. Atividade profissional:

Atividade profissional atual

(atualmente tem um trabalho)

Atividade profissional anterior a ser cuidador informal

(deixou de trabalhar para ser cuidador)

Reformado

8. Rendimento familiar mensal:

Até 500€

Entre 500€ e 1000€

Entre 1000€ e 1500€

Entre 1500€ e 2000€

Acima de 2000€

Relação do cuidador informal com o indivíduo que cuida

9. Relação com o idoso cuidado:

Cônjuge

Filha(o)

Nora/Genro

Neta (o)

Irmã/irmão

Outro:

10. Coabitação com o idoso

Sim

Não

11. O seu papel é de cuidador informal:

Principal

Complementar

(dispõe de um outro cuidador informal não profissional)

12. Há quanto tempo exerce o papel de cuidador informal? _____

13. Qual o seu nível de conhecimento sobre a lei que enquadra os direitos e deveres do cuidador informal (Lei 100/2019, que aprova o Estatuto de Cuidador Informal)?

Conheço extremamente bem

Conheço muito bem

Conheço razoavelmente bem

Não conheço bem

Desconheço

14. O que gostaria de ver regulado e/ou reconhecido na lei do cuidador informal que vá ao encontro da sua expectativa e/ou realidade?

**Anexo 3 - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI
(Martins et al., 2003)**

Introdução: Na lista seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

As respostas variam de 1 (“Não/Nunca”) a 5 (“Sempre”)

Nas últimas 4 semanas

Sobrecarga Emocional 1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?

2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?

3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?

4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?

Implicações na Vida Pessoal

5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?

6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?

7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?

8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?

9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?

10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?

11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?

12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?

13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?

14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?

15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?

Sobrecarga financeira

- 16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?
- 17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?

Reações a exigências

- 18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?
- 19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?
- 20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?
- 21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?
- 22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?

Mecanismo de Eficácia e de Controlo

- 23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?
- 24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?
- 25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?

Suporte familiar

- 26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?
- 27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?

Satisfação com o papel e com o familiar

- 28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?
- 29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?
- 30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?
- 31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?
- 32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?

Anexo 4 - Questionário de Estratégias de Enfrentamento de Stress – Brief COPE (Carver, 1997), adaptada por Ribeiro & Rodrigues (2004), para a população portuguesa

Introdução: Indique de que forma encaram uma situação, geradora de stress (e.g., diagnóstico de doença, cirurgia, exame escolar, furacão)

Para cada uma das frases que vai ler em seguida, assinale com um círculo à volta do número que melhor se adequa à sua situação. Não há respostas certas ou erradas.

As respostas variam de 0 (“Não tenho feito isso”) a 3 (“Tenho feito muito isso”)

1. Tenho-me refugiado no trabalho ou noutras atividades para esquecer certas coisas.
2. Tenho concentrado os meus esforços para resolver a situação em que me encontro.
3. Tenho dito a mim mesmo (a): “isto não está a acontecer”.
4. Tenho-me refugiado no álcool ou noutros medicamentos/drogas para me sentir melhor.
5. As pessoas têm-me dado apoio emocional.
6. Desisti de tentar lidar com isto.
7. Tenho feito coisas para tentar melhorar a situação.
8. Tenho recusado acreditar que isto aconteceu.
9. Tenho dito coisas para me libertar dos meus sentimentos desagradáveis.
10. Tenho tido ajuda e conselhos de outras pessoas.
11. Consumi álcool ou outros medicamentos/drogas para me ajudar a ultrapassar isto.
12. Tenho tentado ver isto numa perspetiva diferente para que pareça mais positivo.
13. Tenho-me criticado a mim próprio (a).
14. Tenho tentado arranjar uma estratégia sobre o que fazer.
15. Tenho tido o conforto e a compreensão de alguém.
16. Desisti de tentar afrontar isto.
17. Tenho procurado ver algo de bom no que está a acontecer.
18. Tenho feito piadas sobre isto.
19. Tenho feito coisas para pensar menos sobre isto, por exemplo, ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar acordado, dormir ou ir às compras.

20. Estou a aceitar a realidade daquilo que me aconteceu.
21. Tenho manifestado os meus sentimentos negativos.
22. Tenho tentado encontrar conforto na minha religião ou crenças espirituais.
23. Tenho tentado arranjar conselhos ou ajuda de outras pessoas sobre o que fazer.
24. Tenho estado a aprender a viver com isto.
25. Tenho pensado bastante sobre os passos que devo dar.
26. Tenho-me culpado pelas coisas que aconteceram.
27. Tenho rezado ou meditado.
28. Tenho brincado com a situação.

Anexo 5 - Guião de entrevista semiestruturada

	Objetivos	Questões orientadoras
Início da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizar a entrevista e apresentar os objetivos Dar conhecimento sobre a confidencialidade e anonimato Pedir consentimento para a gravação áudio 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do investigador; Informação sobre o estudo a ser desenvolvido; Apresentação dos objetivos; Informação e garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos; Solicitação do consentimento para gravação áudio para transcrição posterior, da entrevista; Agradecimento aos entrevistados pela colaboração.
Compreender a experiência vivida pelos CI nos cuidados que prestam ao seu familiar	<ul style="list-style-type: none"> Quais os aspetos positivos e negativos que os CI apontam no cuidado que prestam 	<ul style="list-style-type: none"> Como CI, quais os aspetos positivos e negativos que destaca no cuidado que presta ao seu familiar?
Identificar as motivações dos familiares CI para a prestação dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Quais as motivações dos CI para a prestação dos cuidados ao seu familiar 	<ul style="list-style-type: none"> O que o motiva no cuidado que presta ao seu familiar?
Compreender o significado dos familiares CI sobre a experiência do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Qual o significado para os CI nos cuidados que prestam Qual o impacto dos GP na sobrecarga sentida pelo cuidado prestado ao seu familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Que significado tem para si, o cuidado prestado ao seu familiar? De que forma, os GP contribuem para a redução da sobrecarga sentida, pelo cuidado que presta ao seu familiar?
Compreender o impacto dos GP na sobrecarga e estratégias de <i>coping</i> dos CI	<ul style="list-style-type: none"> Qual o contributo dos GP na adoção de estratégias de <i>coping</i>, no cuidado prestado ao seu familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Considera que a sua participação nos GP, contribui para adquirir mais conhecimentos sobre a doença e como lidar com o seu familiar?
Compreender a expectativa dos CI sobre a institucionalização do seu familiar	<ul style="list-style-type: none"> Qual o significado de institucionalizar o seu familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Quando já não conseguir cuidar do seu familiar e/ou não tiver condições para o fazer, pensa na institucionalização, como alternativa ao seu cuidado?

Anexo 6 - Questão introdutória do Brief COPE

Estratégias de *coping* utilizadas pelos Cuidadores Informais, em situações de stress

- Com naturalidade e sempre na procura de mais conhecimento sobre a doença - C1 (Grupo experimental)
 - Não foi uma situação fácil - C2 (Grupo experimental)
 - Inicialmente, foi muito difícil. Fartei-me de chorar. Quando recebi o diagnóstico, nem sabia muito bem o que era a demência - C1 (Grupo de controlo)
 - Com serenidade, pelo conhecimento que já tinha da demência - C3 (Grupo experimental)
 - Surpreendida, não estava à espera do diagnóstico da demência. Pensei que fosse uma perda de memória, fruto do envelhecimento - C2 (Grupo de controlo)
 - Foi fácil, aceitei. Tendo em conta os antecedentes clínicos, já estava preparado - C4 (Grupo experimental)
 - Encarei de forma natural - C3 (Grupo de controlo)
 - Tinha que reagir. Aceitei - C4 (Grupo de controlo)
 - Num primeiro momento, um alívio porque não foi dito que tinha demência. A primeira vez que ouvimos a palavra foi aqui no centro - C5 (Grupo de controlo)
 - Já desconfiava do diagnóstico e quando este surgiu, vinha ao encontro do que esperava. Também tinha contactos com pessoas com esta doença e por isso, já tinha alguns conhecimentos - C6 (Grupo de controlo)
 - Já desconfiava, não foi novidade. Após os primeiros sinais sintomas liguei ao médico. Não foi surpresa para mim. A minha irmã foi mais difícil de aceitar - C7 (Grupo de controlo)
 - Não estava à espera (ninguém da família). Depois, foi aceitar – C10 (Grupo de controlo)
 - Com muita preocupação e desalento - C8 (Grupo de controlo)
 - Organizando o necessário para garantir o apoio e ir acompanhando de perto - C9 (Grupo de controlo)
 - Com desagrado, mas tive que o aceitar (o diagnóstico) - C11 (Grupo de controlo)
 - Muita tristeza. De forma muito preocupada porque sinto que é o princípio do fim. A minha vida mudou oitenta por cento para pior - C12 (Grupo de controlo)
 - Os primeiros sinais já nos levava para que fosse demência e, portanto, não nos surpreendeu o diagnóstico. Foi aceitar – C5 (Grupo experimental)
-

Anexo 7 - Resultados do QASCI – Teste t (Grupo Experimental)

		Diferenças emparelhadas			95% Intervalo de Confiança da Diferença	T	df	Significância		
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão				Unilateral p	Bilateral p	
					Inferior	Superior				
Par 1	SET1 - SET2	,00000	,17678	,07906	-,21950	,21950	,000	4	,500	1,000
Par 2	IVPT1 - IVPT2	-,01818	,37151	,16614	-,47947	,44310	-,109	4	,459	,918
Par 3	SFT1 - SFT2	-,50000	,86603	,38730	-1,57531	,57531	-1,291	4	,133	,266
Par 4	RET1 - RET2	-,20000	,44721	,20000	-,75529	,35529	-1,000	4	,187	,374
Par 5	PMECT1 - PMECT2	,06667	,64118	,28674	-,72946	,86280	,232	4	,414	,828
Par 6	SupFT1 - SupFT2	,10000	,22361	,10000	-,17764	,37764	1,000	4	,187	,374

Anexo 8 - Resultados do QASCI -- teste de *Hedges' d* (Grupo Experimental)

Tamanhos de efeitos de amostras em pares			Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Par 1	SET1 - SET2	Correção de Hedges	,22156	,000	-,699	,699
Par 2	IVPT1 - IVPT2	Correção de Hedges	,46561	-,039	-,737	,663
Par 3	SFT1 - SFT2	Correção de Hedges	1,08540	-,461	-1,202	,326
Par 4	RET1 - RET2	Correção de Hedges	,56050	-,357	-1,077	,401
Par 5	PMECT1 - PMECT2	Correção de Hedges	,80360	,083	-,624	,780
Par 6	SupFT1 - SupFT2	Correção de Hedges	,28025	,357	-,401	1,077

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O *d* de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Anexo 9 - Resultados do QASCI – Teste t (Grupo de Controle)

Teste de amostras emparelhadas		Diferenças emparelhadas					T		Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença					
					Inferior	Superior	df	Unilateral p	Bilateral p	
Par 1	SET1 SET2	,12500	,44594	,12873	-,15834	,40834	,971	,176	,352	
Par 2	IVPT1 IVPT2	-,09848	,47548	,13726	-,40059	,20362	-,718	,244	,488	
Par 3	SFT1 SFT2	-,25000	1,42223	,41056	-1,15364	,65364	-,609	,277	,555	
Par 4	RET1 RET2	,28333	,52886	,15267	-,05269	,61936	1,856	,045	,090	
Par 5	PMECT1 PMECT2	-,41667	,58818	,16979	-,79038	-,04295	-2,454	,016	,032	
Par 6	SupFT1 SupFT2	-,04167	,45017	,12995	-,32769	,24436	-,321	,377	,754	
Par 7	SPFT1 SPFT2	-,14167	,70383	,20318	-,58886	,30553	-,697	,250	,500	

Anexo 10 - Resultados do QASCI - Teste de Hedges' *d* (Grupo de Controlo)

Tamanhos de efeitos de amostras em pares			Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Par 1	SET1 - SET2	Correção de Hedges	,47953	,261	-,282	,792
Par 2	IVPT1 - IVPT2	Correção de Hedges	,51129	-,193	-,721	,344
Par 3	SFT1 - SFT2	Correção de Hedges	1,52934	-,163	-,690	,371
Par 4	RET1 - RET2	Correção de Hedges	,56870	,498	-,076	1,053
Par 5	PMECT1 - PMECT2	Correção de Hedges	,63248	-,659	-1,239	-,055
Par 6	SupFT1 - SupFT2	Correção de Hedges	,48407	-,086	-,612	,443
Par 7	SPFT1 - SPFT2	Correção de Hedges	,75684	-,187	-,715	,349

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O *d* de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Anexo 11- Resultados do Brief COPE – Teste t (Grupo Experimental)

Teste de amostras emparelhadas		Diferenças emparelhadas					95% Intervalo de Confiança da Diferença		Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	Inferior	Superior			T	df
Par 1	ADT1 - ADT2	,40000	,82158	,36742	-,62013	1,42013	1,089	4	,169	,338
Par 2	CAT1 - CAT2	,00000	,35355	,15811	-,43899	,43899	,000	4	,500	1,000
Par 3	SSET1 - SSET2	,10000	,22361	,10000	-,17764	,37764	1,000	4	,187	,374
Par 4	EST1 - EST2	,60000	,82158	,36742	-,42013	1,62013	1,633	4	,089	,178
Par 5	SIT1 - SIT2	,80000	,57009	,25495	,09214	1,50786	3,138	4	,017	,035
Par 6	RPT1 - RPT2	,10000	1,08397	,48477	-1,24593	1,44593	,206	4	,423	,847
Par 7	ACT1 - ACT2	-,30000	,67082	,30000	-1,13293	,53293	-1,000	4	,187	,374
Par 8	PT1 - PT2	,20000	1,25499	,56125	-1,35828	1,75828	,356	4	,370	,740
Par 9	NT1 - NT2	,40000	,41833	,18708	-,11943	,91943	2,138	4	,050	,099
Par 10	HT1 - HT2	-,40000	,65192	,29155	-1,20947	,40947	-1,372	4	,121	,242
Par 11	RT1 - RT2	,40000	,96177	,43012	-,79419	1,59419	,930	4	,203	,405

Anexo 12 - Resultados do Brief COPE - teste de Hedges' d (Grupo Experimental)

Tamanhos de efeitos de amostras em pares			Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Par 1	ADT1 - ADT2	Correção de Hedges	1,02970	,388	-,378	1,114
Par 2	CAT1 - CAT2	Correção de Hedges	,44311	,000	-,699	,699
Par 3	SSET1 - SSET2	Correção de Hedges	,28025	,357	-,401	1,077
Par 4	EST1 - EST2	Correção de Hedges	1,02970	,583	-,244	1,357
Par 5	SIT1 - SIT2	Correção de Hedges	,71450	1,120	,069	2,116
Par 6	RPT1 - RPT2	Correção de Hedges	1,35856	,074	-,632	,770
Par 7	ACT1 - ACT2	Correção de Hedges	,84075	-,357	-1,077	,401
Par 8	PT1 - PT2	Correção de Hedges	1,57290	,127	-,585	,824
Par 9	NT1- NT2	Correção de Hedges	,52430	,763	-,131	1,600
Par 10	HT1- HT2	Correção de Hedges	,81706	-,490	-1,238	,306
Par 11	RT1- RT2	Correção de Hedges	1,20540	,332	-,420	1,048

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção

Anexo 13 - Resultados do Brief COPE – Teste t (Grupo de Controlo)

		Diferenças emparelhadas					T	df	Significância	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença				Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	ADT1 - ADT2	-,45833	,65569	,18928	-,87494	-,04173	-2,421	11	,017	,034
Par 2	CAT1- CAT2	-,33333	,61546	,17767	-,72438	,05771	-1,876	11	,044	,087
Par 3	SSET1 - SSET2	,04167	,58225	,16808	-,32828	,41161	,248	11	,404	,809
Par 4	DCT1- DCT2	,20833	,62006	,17899	-,18563	,60230	1,164	11	,135	,269
Par 5	EST1 - EST2	-,20833	,49810	,14379	-,52481	,10815	-1,449	11	,088	,175
Par 6	SIT1 - SIT2	,20833	,91598	,26442	-,37365	,79032	,788	11	,224	,447
Par 7	RPT1- RPT2	,16667	,74874	,21614	-,30906	,64239	,771	11	,228	,457
Par 8	ACT1 - ACT2	-,12500	,67840	,19584	-,55604	,30604	-,638	11	,268	,536
Par 9	PT1- PT2	-,04167	,54181	,15641	-,38592	,30258	-,266	11	,397	,795
Par 10	NT1- NT2	,33333	,93744	,27061	-,26229	,92895	1,232	11	,122	,244
Par 11	UST1- UST2	,04167	,62006	,17899	-,35230	,43563	,233	11	,410	,820
Par 12	HT1- HT2	-,12500	,31079	,08972	-,32247	,07247	-1,393	11	,096	,191
Par 13	AT1- AT2	,04167	,49810	,14379	-,27481	,35815	,290	11	,389	,777
Par 14	RT1- RT2	,04167	,89082	,25716	-,52433	,60767	,162	11	,437	,874

Anexo 14 - Resultados do Brief COPE - teste de *Hedges' d* (Grupo de Controlo)

Tamanhos de efeitos de amostras em pares			Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Par 1	ADT1 - ADT2	Correção de Hedges	,70507	-,650	-1,229	-,048
Par 2	CAT1 - CAT2	Correção de Hedges	,66181	-,504	-1,060	,072
Par 3	SSET1 - SSET2	Correção de Hedges	,62610	,067	-,462	,592
Par 4	EST1 - EST2	Correção de Hedges	,53562	-,389	-,931	,169
Par 5	SIT1 - SIT2	Correção de Hedges	,98496	,212	-,326	,740
Par 6	RPT1 - RPT2	Correção de Hedges	,80513	,207	-,331	,736
Par 7	ACT1 - ACT2	Correção de Hedges	,72949	-,171	-,698	,363
Par 8	PT1 - PT2	Correção de Hedges	,58262	-,072	-,597	,457
Par 9	NT1- NT2	Correção de Hedges	1,00804	,331	-,220	,867
Par 10	UST1-UST2	Correção de Hedges	,66676	,062	-,466	,588
Par 11	HT1- HT2	Correção de Hedges	,33420	-,374	-,915	,182
Par 12	AT1-AT2	Correção de Hedges	,53562	,078	-,451	,603
Par 13	RT1- RT2	Correção de Hedges	,95791	,043	-,484	,569

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O *d* de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Anexo 15 – Declaração de Integridade e de Honestidade Intelectual

Mestrado em Gerontologia Social

Declaração de integridade e de honestidade intelectual

Eu, Tânia Margarida Simões Inácio, estudante n.º a2023127658 do Mestrado em Gerontologia Social, declaro que a dissertação intitulada O Contributo dos Grupos Psicoeducativos na redução da sobrecarga e na adoção de estratégias de coping, nos cuidadores informais no cuidado à pessoa com demência, é original e que, ao longo da sua elaboração, não pratiquei plágio ou qualquer forma de falsificação de resultados. A dissertação resulta do meu próprio trabalho e contém contributos originais, sendo reconhecidas todas as fontes utilizadas por se encontrarem devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências bibliográficas. Assumo ter plena consciência de que a prática de plágio - utilização como sendo criação ou prestação sua de obras, ideias, afirmações, dados, imagens ou ilustrações de outra autoria, no todo em parte, sem o adequado reconhecimento explícito - constitui, no âmbito académico, grave falta ética e desonestidade intelectual, tendo como consequência a anulação do trabalho apresentado, para além de poder constituir crime de violação dos direitos de autor e infração disciplinar.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Ética e Conduta do Instituto Politécnico de Coimbra e demais regulamentos aplicáveis e que a investigação foi planificada em total conformidade com todos os princípios éticos e normas deontológicas, designadamente quanto à confidencialidade, anonimização de dados, obtenção do consentimento livre e esclarecido, e com as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação científica.

Oliveira do Bairro, 29 de outubro de 2025

Nome completo: Tânia Margarida Simões Inácio

Assinatura:

Tânia Inácio

