



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Natacha Alves Gonçalves

VINCULAÇÃO, SATISFAÇÃO COM A VIDA E
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA:
Contributos da Investigação para a Gerontologia Social

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Carla Faria
Professora Doutora Isabel Amorim

Resumo

O aumento da longevidade, na sociedade actual, coloca novos desafios a profissionais de diversos domínios, nomeadamente na prestação de cuidados (Sequeira, 2010). O acto de cuidar pode provocar nos cuidadores formais uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, o exercício profissional (Imaginário, 2003). Estudos sugerem que a forma como uma pessoa efectua a prestação de cuidados aos outros está ligado com a própria história de vinculação na infância e com a forma como representa e percebe a prestação de cuidados que teve enquanto criança e adulto (Kunce & Shaver, 1994). Assim, supõe-se que a qualidade da vinculação é um recurso interno, relevante para o funcionamento adulto, nomeadamente no exercício profissional. São vários os estudos nacionais e internacionais elaborados nesta vertente com profissionais, evidenciando consequências da actividade profissional a nível físico, emocional, social e profissional, no entanto, não existem estudos neste domínio com profissionais do social, e especificamente na área do envelhecimento. Neste contexto, o presente estudo pretende caracterizar os profissionais do social que exercem no âmbito de organizações sociais de retaguarda ao envelhecimento em termos sociodemográficos e profissionais, ao nível de estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva. No estudo participam 39 profissionais do Social que foram avaliados com uma Ficha sócio-demográfica, Inventário de Depressão de Beck (Beck, 1996; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio de Abreu, 1973), Escala de Vinculação do Adulto (EVA, Canavarró 1997) e Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, e Griffin, 1985; versão portuguesa Neto, Barros & Barros 1990). Os resultados revelam que a maioria dos participantes é do género feminino (76,9%), solteira (43,6%), com licenciatura (41%), e directores técnicos (76,9%). Em média, os participantes têm 30,62 anos ($DP = 4,72$). O estilo de vinculação seguro é o que apresenta valores médios mais elevados ($M = 3,08$, $DP = 0,42$), sendo o estilo de vinculação ansioso o que apresenta valores médios mais baixos ($M = 2,09$, $DP = 0,52$). Já em termos de satisfação com a vida o valor médio é de 22,51 ($DP = 5,50$) e de sintomatologia depressiva é de 10,49 ($DP = 3,96$). Os resultados obtidos permitem traçar um perfil dos profissionais deste domínio e constituem a primeira abordagem ao estudo deste tipo de profissionais no âmbito do envelhecimento.

Palavras-chave: Cuidadores Formais; Envelhecimento; Gerontologia Social;

Abstract

Increased longevity in today's society, poses new challenges to professionals in various fields, including the provision of care (Sequeira, 2010). The act of caring can produce the burden in formal caregivers which compromises their health, social life, and relationships (Imaginary, 2003). Studies suggest that how a person performs the care of the other is connected with the history of attachment in childhood and how the person represents and perceives the care that he or she had as a child and adult (Kunce & Shaver, 1994). Thus, it is assumed that the quality of the attachment is an internal resource, relevant to adult functioning, namely in professional practice. There are several national and international studies elaborated on this with formal caregivers, highlighting consequences of caregiving on the physical, emotional, social and professional field, however, there are no studies in this field with professional from social, and specifically in the area of aging. In this context, this study aims to characterize social professional who works in social organizations in the field of aging in terms of sociodemographic and professional characteristics, attachment styles, life satisfaction and depressive symptomatology. In the study participated 39 professional from social. Assessed with socio-demographic questionnaire, Beck Depression Inventory (Beck, 1996; Portuguese version of Vaz Serra & Pio Abreu, 1973), Adult Attachment Scale (EVA Canavarro 1997) and Life Satisfaction Scale (SWLS, Diener, Emmons, Larsen, and Griffin, 1985; Portuguese version Neto, 1993). The results reveal that the majority of participants are female (76.9%), single (43.6%), with a degree (41%), and 76.9% are directors. On average, participants have 30.62 years ($SD = 4,72$). The secure attachment style is one that has higher average values ($M = 3.08, SD = 0.42$), and anxious attachment style is the one that presents lower mean values ($M = 2.09, SD = 0.52$). In terms of satisfaction with life the average value is 22.51 ($SD = 5.50$) and depressive symptomatology is 10.49 ($SD = 3,96$). The results obtained allow us to draw a profile of the professional of social and constitute the first approach to the study of such professionals in the field of aging.

Keywords: formal caregivers, aging, social gerontology;

À minha família porque a verdadeira felicidade está na própria casa

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras de agradecimento vão para as minhas orientadoras,

A Prof. Doutora Carla Faria e Prof. Doutora Isabel Amorim, pelo conhecimento e saber transmitido, pela disponibilidade, apoio e conselhos e ainda pelo apoio e compreensão.

À Doutora Carla Peixoto por todo o tempo disponibilizado comigo e pelo apoio dado.

À Professora Doutora Alice Bastos pelas palavras de incentivo.

A todas as pessoas que participaram neste projecto, pela simplicidade e amizade transmitida.

À Mara Rebelo, com quem partilhei incertezas e dificuldades e tanta força de vontade soube transmitir.

À Sara Rodrigues por me ajudar quando foi necessário.

Às minhas amigas, Raquel Guedes, Filipa Malheiro e Sandra Cerqueira pela amizade recebida e pelos momentos descontraídos.

À minha mãe, Fatima Lopes Alves por todo o carinho, compreensão e apoio incondicional.

Ao meu irmão Michael, e a minha cunhada Carine pelo incentivo nos momentos necessários.

Aos meus sobrinhos, Vasco e Ruben, por quem tudo vale a pena...

À família Almeida por sentir os verdadeiros laços de família e os da simpatia.

Ao meu companheiro, amigo, José Miguel Mendes de Almeida, por ser o meu porto seguro, o meu mais que tudo e que me deu o nosso tesourinho, Liam Gonçalves de Almeida.

Ao meu pai, Jorge, pessoa extraordinária, amigo do amigo e acima de tudo humilde e a quem dedico este trabalho.

INDICE GERAL

Resumo.....	III
Abstract	V
Agradecimentos.....	IX
Índice de tabelas.....	XII
Introdução.....	15

CAPÍTULO I – Enquadramento conceptual e empírico: Envelhecimento e Cuidadores

Formais.....	19
Envelhecimento como Processo Natural e Condição Social.....	21
Os reflexos da maior longevidade nos cuidados.....	27
Vinculação na vida adulta: recurso desenvolvimental.....	42
Exercício da Actividade Profissional no Âmbito do Social.....	60
Objectivos de Estudo.....	63

CAPÍTULO II – Método.....

Participantes.....	66
Instrumentos.....	66
Ficha Sociodemográfica.....	66
Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	66
Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	67
Escala de Satisfação com a vida (SWLS).....	67
Procedimentos de recolha de dados.....	68
Procedimentos de análise de dados.....	68

Capítulo III - Apresentação dos resultados.....	70
Descrição dos resultados.....	72
Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	72
Caracterização dos participantes em termos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva.....	76
Associação entre as variáveis em estudo.....	77
Capítulo IV – Discussão dos resultados e Conclusão.....	81
Discussão dos resultados e conclusão.....	83
Limitações do Estudo.....	89
Implicações para a prática gerontológica.....	89
Referências Bibliográficas.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Revisão da literatura sobre cuidadores formais e sintomatologia depressiva.....	33
Tabela 2 – Estudos desenvolvidos com EVA.....	53
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	72
Tabela 4 - Caracterização profissional dos participantes.....	73
Tabela 5 - Caracterização das instituições de pertença dos participantes.....	75
Tabela 6 - Estatísticas descritivas obtidas na amostra total para os estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva.....	76
Tabela 7 - Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva em função do género.....	77
Tabela 8 - Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva em função do estado civil.....	78
Tabela 9 - Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva em função do cargo desempenhado na instituição....	79
Tabela 10 - Coeficientes de correlação <i>Spearman</i> entre as variáveis principais em estudo.....	79

Introdução

Introdução

O envelhecimento populacional constitui-se como um fenómeno recente que representa uma das alterações demográficas mais notórias em todo o mundo. O aumento da população idosa coloca novos desafios a profissionais de diversos domínios, nomeadamente no que se refere à prestação de cuidados (Sequeira, 2011).

Com o aumento da idade, alterações funcionais que advêm do processo de envelhecimento, assim como uma maior probabilidade de desenvolvimento de patologia degenerativa, como é o caso dos quadros demenciais, conduzem, por vezes a dependência física, mental ou social (Paschoal, 2002) implicando obrigatoriamente uma maior necessidade de cuidados de natureza física, emocional e/ou social (Sequeira, 2011).

Neste sentido, a dependência da pessoa idosa exige dos cuidadores, formais e informais, uma solução eficiente de forma a garantir a satisfação das suas necessidades e proporcionar a melhor qualidade de vida possível.

O acto de cuidar pode produzir nos cuidadores, quer formais quer informais, uma sobrecarga intensa podendo comprometer a saúde, a vida social, assim como a relação com os outros, inclusivamente de quem cuida (Imaginário, 2008).

No que concerne aos cuidadores formais, a literatura evidencia que para dedicar o cuidado necessário ao idoso, o cuidador deve manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas, éticas e morais (Pimentel, 2001), devendo ainda ser capaz de estabelecer relações de confiança e ser capaz de assumir responsabilidades.

As profissões relacionadas com o cuidado enquandram-se em ambientes de trabalho que exigem muito dos indivíduos, aumentando a probabilidade do surgimento de efeitos adversos físicos, psicológicos, económicos ou sociais (Figley, 2002; Sabine-Farrell & Turpin, 2003; Jenaro, Flores & Arias, 2007). De facto, as consequências psicológicas relacionadas com a prestação de cuidados ligadas à área do envelhecimento têm vindo a ser estudadas, principalmente no que se refere aos cuidadores informais (Oliveira, 2009; Fernandes & Jacinta 2009; Grelha, 2009; Mendes, 2010; Cunha 2011; Varizo, 2011), sendo poucos os estudos que se concentram nos cuidadores formais.

Os elementos negativos são então associados ao acto de cuidar e são geralmente conceptualizados como sobrecarga ou stress, assim como sintomatologia depressiva ou de ansiedade podendo ainda associar-se outros problemas físicos, psicológicos, emocionais ou sociais, (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003 como cit. In Sequeira, 2011). Quando nos referimos aos cuidadores formais é, com alguma frequência, referenciado na literatura que os trabalhadores no âmbito de geriatria são um grupo de profissionais que tendem a apresentar

sintomas de stress e desenvolvimento de quadros de doença (Kaskie, Gregory & Gildeer, 2009).

A investigação que tem vindo a ser desenvolvida, versando quer, os cuidadores formais quer os informais, tem dado especial atenção às consequências negativas que advêm da experiência do acto de cuidar. Contudo, na prestação de cuidados para além dos efeitos negativos, parecem também existir aspectos positivos, sendo mesmo a prestação de cuidados vista como gratificante (Brito, 2002), sendo aspectos positivos referidos pelos cuidadores, por exemplo, o aumento do bem-estar psicológico (Noonan e Tennstedt, 1997 cit. in Sequeira, 2007).

A qualidade dos cuidados prestados está directamente ligada ao estado físico e psicológico dos cuidadores, qualquer decréscimo na saúde física ou estado de saúde mental destes trabalhadores pode ter repercussões directas na saúde dos idosos (Bowers, Esmond & Jacobson, 2000; Harrington, *et al.*, 2000). Por sua vez, a gratificação sentida da experiência de cuidar, assim como o bem-estar associado tende a aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Depuis, Epp & Smale, 2004). Nesta vertente, torna-se fundamental uma avaliação contínua da sintomatologia depressiva e do nível de satisfação com a vida dos cuidadores, nesta perspectiva, formais, para garantir uma melhor eficiência dos cuidados prestados.

O sistema de vinculação, como sistema que acompanha o ser humano ao longo do crescimento até à idade adulta é frequentemente visto como “um factor promotor da saúde mental aos níveis emocional, social e do Self” (Torres & Oliveira, 2010, p.5), indicando alguns estudos que a forma como uma pessoa efectua a prestação de cuidados aos outros está ligado com a própria história de vinculação na infância e com a forma como representa e percepção a prestação de cuidados que teve enquanto criança e adulto (Feeney & Collins, 2001; Kuncé & Shaver, 1984; Reizer & Mikulincer, 2007).

Observa-se que pessoas com um padrão seguro de vinculação apresentam maior sensibilidade aos sinais do outro, através de cuidados adequados às necessidades do outro. Pelo contrário, os adultos com padrões de vinculação inseguros têm tendência a utilizar comportamentos controladores ou compulsivos na sua prestação de cuidados (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2009; Feeney & Collins, 2001; Kuncé & Shaver, 1984).

Ao considerarmos a vinculação numa perspectiva de ciclo de vida, as diferentes relações de vinculação (relações pais-filhos/parentalidade, amorosas ou de amizade íntima) podem ser palco de estabilidade e manutenção dos modelos internos dinâmicos. Portanto, supõe-se que a qualidade da vinculação é um recurso interno, relevante para o funcionamento adulto nomeadamente em termos dos papéis de vida mais precisamente, em momentos mais stressantes.

Para todos os seres humanos, inclusive os cuidadores formais, o sistema de vinculação é um potencial recurso na vida adulto. Este recurso de ajuda é fundamental em situações de maior exigência na vida pessoal e profissional, como pode ser o caso da prestação de cuidados.

São vários os estudos a nível internacional, elaborados nesta vertente com cuidadores formais e informais, no entanto, são poucos os estudos nacionais neste domínio com profissionais do social, tais como assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

É nesta vertente que com este estudo, se pretende conhecer melhor os profissionais do social, nomeadamente cuidadores formais, que exercem no âmbito de organizações sociais de retaguarda ao envelhecimento. Especificamente são objectivos deste estudo: caracterizar os participantes em termos sociodemográficos, profissionais e em termos de sintomatologia depressiva, vinculação e satisfação com a vida. Este estudo torna-se pertinente na medida em que vai permitir construir conhecimento acerca dos efeitos do exercício profissional na área da Gerontologia Social, assim como permitir um conhecimento mais aprofundado da população que presta cuidados, tais como os cuidadores formais. Para além disso, a gestão da qualidade das respostas sociais não é mais uma opção, mas antes uma necessidade sentida pelas instituições, que comprometidas com o bem-estar dos seus clientes, fomentam o trabalho da qualidade, em que a participação, o saber e compromisso de todos, a descentralização, a transparência da gestão, a eficácia, concorrem directamente para uma gestão qualificada do todo da instituição. Torna-se então necessário, optar por procedimentos de avaliação da qualidade, a utilização de inspecções que validam a qualidade da prestação de cuidados e ainda, requerer técnicos adequados, competentes e especializados na área (Paúl & Ribeiro, 2012).

Estruturalmente o trabalho encontra-se organizado em três partes: (1) enquadramento teórico e empírico; (2) Método; (3) apresentação e discussão dos resultados. No primeiro capítulo procuramos rever e sistematizar o estado da arte nos domínios em estudos – envelhecimento, acto de cuidar, vinculação e exercício da actividade profissional no âmbito do social. No primeiro ponto apresentamos inicialmente uma leitura acerca do desenvolvimento humano, mais concretamente o envelhecimento, seguida dos pressupostos conceptuais nucleares do desenvolvimento humano (Brandstater, 1984; Bronfenbrenner, 1999; Baltes & M. Baltes, 1990). Posteriormente apresentamos as questões relacionadas com o “acto de cuidar”, focalizando o processo em si, os tipos de apoio existentes, as repercursões positivas (bem-estar subjectivo) e negativas (sintomatologia depressiva) associadas ao acto de cuidar, num contexto organizacional. Seguidamente, analisamos a vinculação na vida adulta, como um recurso desenvolvimental, focalizando um pouco todos os trabalhos desenvolvidos até a data, que marcam uma mudança conceptual na Teoria da Vinculação em adultos e na relação com o

desenvolvimento de psicopatologia e da qualidade das relações profissionais. O segundo capítulo é consagrado à fundamentação do estudo empírico. A propósito descrevem-se os aspectos metodológicos do estudo, justificando-se pelos objectivos identificados. No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados obtidos através do estudo, finalizando com uma discussão conjunta dos resultados à luz da teoria de investigação no domínio. Finalmente, apresentam-se as principais implicações para a investigação e prática.

A presente dissertação de mestrado não foi elaborada de acordo com o novo acordo ortográfico que entrou em vigor em Janeiro de 2009, beneficiando do período de transição que decorre até 2016.

Capítulo I

Enquadramento Conceptual e Empírico: Envelhecimento e Cuidadores Formais

O aumento da população idosa, na sociedade actual, coloca novos desafios a profissionais de diversos domínios, nomeadamente na prestação de cuidados, considerando o aumento da doença crónica e da dependência que esta acarreta implicando obrigatoriamente necessidades de mais cuidados e, por sua vez, serviços disponibilizados pela sociedade.

Nas instituições, a prestação de cuidados é levada a cabo pelo denominado cuidador formal, essencialmente pela questão da remuneração e qualificação. Contudo, a prestação de cuidados pode produzir uma sobrecarga intensa, sintomatologia depressiva que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros quer em termos profissionais quer sociais.

As relações de vinculação poderão desempenhar um papel fundamental, na satisfação de necessidades e como recurso interno relevante no funcionamento adulto nomeadamente em situações stressantes.

Ao longo deste capítulo, procura-se analisar os conceitos de envelhecimento como processo natural e condição social, assim como os reflexos da maior longevidade nos cuidados. Para além disso, apresentamos os contributos teóricos e empíricos da Teoria da Vinculação, para compreender o seu papel como potencial recurso para o adulto em situações stressantes e ainda abordar o exercício da actividade profissional no âmbito do social.

1. Envelhecimento como Processo Natural e Condição Social

Ao longo do tempo, o conceito de envelhecimento tem sofrido grandes alterações na forma como é perspectivado, entendido e sentido. Embora o processo de envelhecimento seja entendido como um fenómeno natural, contínuo e irreversível (Berger, 1995; Minois, 1999; Vaz, 2001; Agree & Freedman, 2001; Cancela, 2007) que surge ligado à noção de pessoa, também varia consoante as sociedades, pois cada uma apresenta um contexto e um momento histórico único que marca o processo de envelhecimento, conferindo-lhe uma conotação positiva e negativa (Agreda, 1999).

Neste sentido, vários autores têm abordado o processo de envelhecimento, nomeadamente, Mercadante (2003) que define a velhice simplesmente como um processo natural, mas também cultural. É natural e universal se for entendida como um fenómeno biológico, mas também é um facto cultural na medida em que traz consigo conteúdos simbólicos. Ou ainda, Fernández-Ballesteros (2008a) que define o envelhecimento como um processo complexo que se altera em função da idade, sendo caracterizado por um acentuado declínio na eficiência e eficácia a nível biológico, psicológico e cultural.

Poderemos então deduzir que o envelhecimento é um processo universal, próprio de todos os seres vivos, na medida em que as suas capacidades de adaptação vão diminuindo, tornando-os cada vez mais sensíveis ao meio ambiente, que tanto pode ser elemento facilitador como gerador de dificuldades e obstáculos ao desenvolvimento e envelhecimento,

sendo portanto um processo no qual a deteriorização do organismo se sobrepõe à sua reconstrução (Jacob, 2007). O envelhecimento atinge portanto, todas as sociedades, sendo este um processo inerente a todos os seres vivos. A Direcção-Geral de Saúde (2004) complementa esta ideia referindo que “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica, e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (PNSPI, 2004, p. 3).

Paúl (1997), por sua vez, caracteriza o envelhecimento como mudanças regulares à medida que a idade cronológica avança. O que alguns autores (Paúl, 1997; Jacob, 2007) têm em comum é que associam o termo envelhecimento com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência. Assim, a senescência é vista como uma função do meio físico e social que faz com que o organismo se desenvolva e envelheça. Birren e Cunningham (1985) vêm reforçar esta ideia, salientando que o envelhecimento se refere às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas.

Parece então consensual que, para melhor perceber o processo de envelhecimento é necessário considerá-lo como um fenómeno não só biológico, mas também psicológico e social, pois “nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes” (Fonseca, 2005) e, como tal, é um processo influenciado por factores genéticos e hereditários, pelo meio ambiente, pelos estilo de vida, pela cultura e pelo momento histórico de vida que se relacionam entre si e que vão influenciar directa e indirectamente a forma como se envelhece.

Na segunda metade do século XX começou a criar-se um grande interesse pelo desenvolvimento psicológico dos adultos (Fonseca, 2005). Numa vertente mais biopsicossocial, o desenvolvimento é entendido como um decorrer de todo o ciclo de vida do ser humano influenciado por muitos factores distinguindo-se uns dos outros. Tal como refere Fonseca (2005, p. 277) “à medida que as pessoas envelhecem, os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer devido à influência exercida por toda uma série de acontecimentos de vida que vão marcando os seus comportamentos e as suas personalidades”. Estas alterações distinguem-se umas das outras, tendo características próprias. O desenvolvimento é influenciado por vários factores, nomeadamente, factores ontogénicos, históricos e ideossincráticos (Baltes, 1998). O autor considera que o desenvolvimento está dependente de um conjunto de factores ontogénicos, tais como, factores ligados à idade, factores socio-económicos e acontecimentos significativos de vida, considerando assim todo o período da sua

existência. Aponta ainda outras influências potenciadoras ou inibidoras do desenvolvimento, como o sexo, a etnia ou o estatuto socio-económico.

Mais tarde, Hoffman, Paris e Hall (1994) assumem que as mudanças desenvolvimentais são contínuas, na medida em que ocorrem ao longo de toda a vida; cumulativas, construindo-se a partir de bases prévias; direccionadas, sendo cada vez mais complexas; diferenciadas, por existirem distinções entre as pessoas e estas tendem a aumentar; organizadas, pois encontram-se integradas no funcionamento pessoal de forma coordenada; e holísticas, sendo que, todas as características do desenvolvimento dependem umas das outras e interagem entre si.

Recentemente, Overton (2003) definiu o desenvolvimento a partir de dois tipos de mudanças: mudanças ligadas à transformação (na forma, organização ou estrutura de qualquer sistema) e mudanças ligadas à variação (ligadas às variações, quantitativa e contínua). Esta visão foi sendo substituída por perspectivas que concebem o desenvolvimento como interactivo, marcado por continuidades e descontinuidades, sob acção de forças internas e externas, originando, assim, várias trajectórias desenvolvimentais (Lerner & Walls, 1999).

Numa perspectiva mais contemporânea, o desenvolvimento humano é entendido através de factores relacionais baseado num sistema de relações entre pessoa e contexto onde se encontra ao longo do ciclo de vida, dando maior relevância à interacção dinâmica e recíproca de diversas variáveis na construção do desenvolvimento (Lerner, Easterbrooks & Misty, 2003). Assim, entende-se que o desenvolvimento humano decorre da interacção pessoa contexto, continuidade, mudança e plasticidade ao longo de todo o ciclo de vida.

Ao longo dos anos têm surgido vários modelos conceptuais, desde abordagem contextual do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1999), ao contextualismo desenvolvimental (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981), à teoria da acção e do controlo pessoal sobre o desenvolvimento (Brandtstadter, 1984) e à psicologia desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990). A abordagem ecológica do desenvolvimento humano defende existir um ambiente ecológico que rodeia o indivíduo construído a partir de contextos e de relações. O desenvolvimento surge com mudanças sequenciais, duradouras e estáveis na relação entre a pessoa e o seu meio ambiente (Fonseca, 2005). Este ambiente ecológico é composto por várias estruturas que por sua vez se dividem em diferentes níveis que se articulam entre si, designadamente, microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema. Nesta abordagem, o indivíduo tem um papel activo na modelagem da sua respectiva vida (Bronfenbrenner, 1999). Mais recentemente, Bronfenbrenner (2005) sugere uma estrutura mais complexa e dinâmica, o modelo bioecológico, no qual se compreende o desenvolvimento através das características do contexto, do factor temporal e a partir da natureza activa dos

seres humanos. Este modelo dá maior realce ao carácter activo dos indivíduos em relação ao seu próprio desenvolvimento sendo eles simultaneamente produtos e produtores (Fonseca, 2005).

Outro dos paradigmas refere-se ao contextualismo desenvolvimental (Dixon & Lerner, 1992) onde se destacam as ideias de plasticidade e de natureza interactiva do desenvolvimento humano (indivíduo-cultura), sendo os indivíduos construtores do seu próprio desenvolvimento (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981). A noção de plasticidade surge como consequência da integração de níveis de análise do desenvolvimento humano, o sistema desenvolvimental é caracterizado como potencial para a mudança ao longo do tempo sendo a intervenção nesse desenvolvimento possível por via da acção individual (Fonseca, 2005). A regulação do desenvolvimento imposta, por exemplo, por questões biológicas ou contextuais pode simultaneamente facilitar ou constringer oportunidades para a mudança, pelo que a magnitude da plasticidade pode variar ao longo do ciclo de vida. Em todo o caso, o potencial para a plasticidade constitui uma orientação fundamental do desenvolvimento humano (Fonseca, 2005).

Tendo por base a Teoria da acção e do controlo pessoal (Brandtstadter, 1984), o desenvolvimento individual, ao longo do ciclo de vida, é entendido como um processo que se baseia e se regula através de uma acção individual e social, sendo que esta acção, no seu todo, é composta por expectativas, valores e crenças. Para Brandtstadter (1984), o ambiente cultural onde o indivíduo se encontra inserido funciona como uma “segunda natureza”, isto é, um meio repleto de processos estruturais e funcionalmente relacionais que decorrem de determinados contextos históricos, sociais e culturais, formando, assim, uma “ecologia cultural”. Nesta perspectiva, cada indivíduo tem a possibilidade de “construção” ou “produção” do seu próprio desenvolvimento, na medida em que, cada um procura atingir determinados objectivos através da selecção e/ou criação de condições ecológicas, artificiais, moldadas aos seus interesses e capacidades/competências (Fonseca, 2005).

Por sua vez, a Teoria desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes, 1998) vem reformular a concepção do desenvolvimento resultando da interacção entre factores biológicos, históricos e culturais. O desenvolvimento humano é visto como “um processo que se estende ao longo de toda a vida, através de mudanças desenvolvimentais” (Fonseca, 2005, p. 285). Nesta vertente, o desenvolvimento está sujeito a influências normativas, associadas à idade e à história, e influências não normativas. A Teoria desenvolvimental do ciclo de vida realça a questão do desenvolvimento por oscilações, ou seja, existe uma alternância permanente e dinâmica entre ganhos e perdas desenvolvimentais (Fonseca, 2005).

Para melhor compreensão do desenvolvimento, destaca-se o modelo de optimização selectiva com compensação (SOC) de P. Baltes e M. Baltes (1990). Este modelo permite uma visão sistémica do desenvolvimento humano, procurando apresentar os processos pessoa-contexto em diferentes níveis de análise ao longo de todo o ciclo de vida. Neri (2006, p. 21) refere que os “ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interacção entre os recursos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência”. São objectivos deste modelo “descrever o desenvolvimento em geral e estabelecer como os indivíduos podem, efectivamente, manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem em oportunidades e em restrições para seus níveis e trajectórias de desenvolvimento” (Neri, 2006, p. 21).

Neste contexto, entende-se que esta teoria se apoia em três processos, selecção, optimização e compensação, que actuam como facilitadores no controlo das perdas ocorridas na velhice. Se forem implementados juntos direccionam o desenvolvimento, abrangendo uma série de mecanismos e estratégias, para atingir determinado objectivo associados a determinados domínios de funcionamento (Neri, 2006). O processo de selecção diz respeito à restrição e priorização de tarefas (em resposta designadamente à limitação de recursos). A optimização significa aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos à medida que se pretendem níveis superiores de funcionamento. Compensação diz respeito à adopção de alternativas para manutenção de um determinado nível de funcionamento face a perdas que representam uma ameaça (Neri, 2006). A autora refere que selecção, optimização e compensação “são mecanismos cuja existência e funcionalidade podem ser intuídas na experiência pessoal e na experiência cultura” (Neri, 2006, p. 22).

Portanto, para Baltes e Baltes (1990) o envelhecimento bem sucedido é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de optimização selectiva com compensação, permitindo ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade).

Em síntese, a Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida torna-se relevante na medida em que nos permite entender as ligações dinâmicas existentes entre os indivíduos e o contexto, que se encontram associadas à plasticidade ao longo do ciclo de vida e que proporcionam à pessoa um papel activo no seu próprio desenvolvimento.

Neste contexto, surge a Gerontologia, área de conhecimento que estuda o processo de envelhecimento humano em todas as suas dimensões, nomeadamente, biológica, psicológica e socioculturais (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto, & Filizola, 2005; Paúl & Ribeiro, 2012). A Gerontologia é multidisciplinar, na medida em que apresenta uma visão ampla do envelhecimento conjugando várias áreas científicas, nomeadamente Biologia, Psicologia,

Sociologia, entre outras. A complexidade do fenómeno exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas áreas científicas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática.

Surge outro conceito, complementando este último, a Gerontologia Social. Este conceito procura explicar o modo como envelhecemos, analisando os percursos de vida de cada um, os mecanismos adaptativos que conduzem e explicam a diversidade do processo em si e ainda identificar os modos como se desenvolve a senescência e as suas consequências (Paúl & Ribeiro, 2012). Tendo uma vertente interventiva, a Gerontologia Social contribui para uma melhoria das condições de vida das pessoas em vários contextos, nomeadamente, institucional e comunitário e, para além disso, poderá ter uma acção directa e indirecta no desenho e no planeamento de políticas e serviços adaptados às pessoas que envelhecem (Paúl & Ribeiro, 2012).

As rápidas mudanças sentidas na sociedade portuguesa surgiram num contexto de fraquezas e inseguranças ao nível político e económico do Estado e das Políticas Sociais (Santos, 1990; Rodrigues, 2010; Paúl & Ribeiro, 2012). Na verdade, a velhice e o envelhecimento só muito recentemente passaram a objecto de estudo e de preocupação das agendas políticas e sociais nacionais e internacionais (Martins & Monteiro 2006, cit. in Carvalhais, 2006). Este processo dá origem a novas dificuldades financeiras no sistema de pensões e no sistema público de saúde (Paúl & Ribeiro, 2012). O envelhecimento em si lança sérios desafios às políticas sectoriais, requerendo novas práticas e novos modelos do saber e do saber-fazer, a fim de obtermos “um envelhecimento em actividade” para uma sociedade mais justa e harmoniosa (Ibidem).

A institucionalização dos idosos foi durante longos anos a única possibilidade de apoio formal, mesmo para aqueles que ainda apresentavam alguma autonomia. Actualmente existe uma grande diversificada de serviços e/ou equipamentos sociais, o facto é que eles continuam a ser escassos tendo em conta o aumento da procura por parte da comunidade idosa. Efectivamente, os idosos são considerados como um encargo social sobre as gerações futuras (Fernandes, 1997). E, quando se fala em velhice, quase sempre se lhe associa um processo de crescente dependência e/ou perda de controlo. Na sociedade actual prevalece ainda a visão tradicional da pessoa idosa como alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental e na maioria das vezes, dependente física e economicamente de alguém. Representações negativas que contrariam a representação de sabedoria que era atribuída ao idoso nas sociedades mais antigas. Ser velho não é ser doente, é uma pessoa única, singular com direitos como outra qualquer e, como tal, um cidadão livre.

2. Os reflexos da maior longevidade nos cuidados

O envelhecimento populacional constitui-se como um fenómeno recente que representa uma das alterações demográficas mais notórias em todo o mundo. Verifica-se que existe um desequilíbrio entre as pessoas em idade activa e as pessoas com 65 anos ou mais anos. O número de idosos por cada indivíduo em idade activa está, assim, a aumentar. Considera-se então, que o envelhecimento da população se deve às baixas taxas de fecundidade, sendo reforçado pelo declínio das taxas de mortalidade. Esse declínio advém da redução da mortalidade infantil e ao aumento da esperança média de vida. Todos estes factores colocam importantes questões ao nível da estrutura demográfica e ao nível da sustentabilidade e solidariedade geracional. Para além disso, estas questões também se prendem com a organização das respostas sociais dirigidas à população idosa, relacionadas directamente com a qualidade de vida dessa mesma população.

As alterações funcionais que advêm, por vezes, do processo de envelhecimento, associadas à maior prevalência de doenças crónicas, nomeadamente a demência, podem conduzir à deterioração da capacidade de manutenção da independência, o que implica obrigatoriamente mais necessidades e, por sua vez, mais cuidados de natureza física, emocional e/ou social (Sequeira, 2011). Um maior número de pessoas em situação de dependência, em especial pessoas em estados demenciais associa-se a mais elevados índices de perda de autonomia (Quaresma, 2004; Figueiredo, 2007). Assim pessoas idosas vão necessitar cada vez mais de cuidado mais específicas e personalizados e, por sua vez, os serviços disponibilizados pela sociedade terão de ser mais diversificados. É neste sentido, que se alargam as redes sociais de apoio à população idosa, muito importantes para a manutenção da sua qualidade de vida.

Para Martins (2005, p.129) “o apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.” Podemos constatar que o conceito de apoio social é um conceito de ajuda, sendo este considerado como interactivo, na medida em que existe uma relação de ajuda entre indivíduo e a sua rede de apoio. Griep e colaboradores reforçam esta ideia referindo que o apoio social é um sistema de relações formais e informais através das quais os indivíduos recebem ajuda emocional e material (Griep, Chor & Faerstein, 2003). Para além disso trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos, quer para o sujeito que recebe, que para o que proporciona o apoio. Portanto, o apoio social é mais do que uma ajuda física, “o apoio social terá um efeito directo sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, o que significa que quanto maior for o apoio social, menor será o mal-estar psicológico” (Paúl, 1997, p.132). O apoio social é, então um processo

dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que Loreto (2000) denomina de ecológico e que representa duas componentes: o “apoio” e o “social”. O apoio refere-se às características desenvolvidas pela rede num domínio instrumental e expressivo, o social por sua vez, está ligado à relação existente entre a pessoa e o meio envolvente, podendo ser considerado em três vertentes, comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo. Trata-se de uma actividade com uma certa complexidade, tendo várias dimensões, nomeadamente psicológica, ética, social e demográfica, que por sua vez, também suporta aspectos clínicos, técnicos e comunitários (Luders & Storani, 2000; cit. in Figueiredo, 2007).

Paúl (1997) especifica que o apoio social para população idosa se refere sobretudo à integração social, ao apoio recebido e ao apoio percebido. Portanto, o apoio social visa essencialmente criar relações, apostar na quantidade e diversidade dos apoios e ainda sensibilizar a população.

A existência de redes sociais como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contacto, ou alguma forma de vínculo social (Griep, Chor & Faerstein, 2005) é fundamental para os idosos, no sentido de compensar necessidades básicas, fomentando assim, a sua qualidade de vida. O apoio social visto como uma função da rede social, assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. O apoio que estas redes prestam é essencialmente de dois tipos: (1) apoio psicológico ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico e (2) apoio instrumental, que pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos e a perda de autonomia física, temporária e permanente (Paúl, 1997).

Por sua vez, estas redes dividem-se em dois grupos: (a) redes de apoio formal; (b) redes de apoio informal. As redes de apoio formal dizem respeito aos serviços estatais e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio (Paúl, 1997). O cuidado formal é geralmente prestado por profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.). Estes profissionais são designados de cuidadores formais uma vez que existe uma preparação para o desempenho deste papel, estão integrados numa actividade profissional, de acordo com as suas competências profissionais. Assim, um cuidador formal é um profissional que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade, para qual teve preparação académica e profissional e pelo exercício da qual afere uma remuneração.

Nas instituições, ou serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e linhas orientadoras das próprias instituições. Normalmente, os principais objectivos são auxiliar o idoso nas suas actividades de vida diária, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação (Aires & Paz, 2007) e ainda o acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no dia-a-dia, zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

O cuidador formal distingue-se do cuidador informal, podendo este último ser um familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que o idoso necessita (Santos, 2004), subdividindo-se as redes de apoio informal em dois grupos: as redes constituídas pela família do próprio idoso e as redes constituídas pelos amigos e vizinhos. Estes apoios caracterizam-se pelo seu efeito protector, no entanto existe uma característica que as distingue: as redes formadas pela família, baseiam-se no sentido da obrigação, enquanto as redes de amigos e vizinhos são habitualmente, uma escolha voluntária. Uma outra característica do cuidado informal é a de que independentemente de ser prestado pelos elementos da família ou pelos amigos, vizinhos ou outros, é executado maioritariamente no domicílio (Sequeira, 2007).

Brêtas e Yashitome (2000), diferenciam ainda o cuidador formal do cuidador informal, salientando o aspecto da remuneração, caracterizando o formal como sendo aquele que é empregado pela pessoa idosa e/ou familiares e/ou instituições, portanto é assalariado, como já abordado, enquanto no segundo caso, sendo um familiar ou amigo, assume o cuidado da pessoa idosa geralmente sem preparação para tal e que não recebe remuneração.

Embora a tendência esteja a mudar, notando-se uma incidência cada vez maior de indivíduos do sexo masculino como cuidadores de idosos, segundo Colomé e colaboradores (2011), a tarefa de cuidar encontra-se associado à figura feminina o que deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afectivas. A prática das mulheres no cuidado dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar de idosos fosse, de certa forma mais facilitada. O facto de ser a mulher cuidadora mais predominantemente de idosos em instituições, facto, este apresentado em investigações relativas ao perfil do cuidador (Fonseca, 1996, cit. in Reis & Ceolim, 2007) remonta igualmente a acontecimentos como a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho. O nível de escolaridade dos cuidadores é outro aspecto relevante e que necessita de ser tido em conta, pois segundo Ribeiro e colaboradores (2008; cit. in Colomé, Marqui, Jahn, Resta, Carli, Winck & Nora, 2008), a escolaridade pode ter influência no cuidado através da realização de actividades como o auxílio na toma da medicação, acompanhamento do idoso a consultas médicas, capacidade

para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspectos. Sendo que a qualidade de vida do idoso é um dos aspectos cruciais do seu cuidado, um cuidador com mais escolaridade poderá reunir mais condições para melhor executar as actividades inerentes à sua função.

A literatura, no que concerne os cuidadores formais, evidencia que para dedicar o cuidado necessário ao idoso, o cuidador deve manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas, éticas e morais (Pimentel, 2001). Para além disso, o cuidador deve ser capaz de estabelecer relações de confiança e deve ser capaz de assumir responsabilidades. Cabe ao cuidador a função de identificar as necessidades físicas e psicológicas do idoso e avaliar as suas potencialidades e expectativas, pois, como referido por Pimentel (2001, p. 233), "...o acto de envelhecer, não implica necessariamente, uma ruptura com os hábitos de vida nem uma alteração radical ao nível das necessidades". Por sua vez, este profissional deve prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida.

Do acto de cuidar destacam-se alguns aspectos que influenciam a sua qualidade, nomeadamente factores relacionados com a organização/ambiente de trabalho, as interações entre o cuidador e a pessoa a quem presta cuidados, a sintomatologia comportamental e/ou psicológica associadas à doença e as características do cuidador formal (Moos & Schaefer, 1987; Baillon, Scothern, Neville & Boyle, 1996). No entanto, existem factores que funcionam como mediadores que facilitam a prestação dos cuidados e a vivência dos cuidadores formais, destacando-se assim o trabalho em equipa, o reconhecimento das competências, o bom ambiente de trabalho e a coesão entre a equipa que presta cuidados (Schaefer, 1996). Assim, o cuidador formal é um profissional a quem se exigem competências, desde as mais básicas às mais complexas, tal como analisado anteriormente, destacando-se as competências científicas, técnicas, instrumentais, relacionais.

Fernández-Ballesteros (2009) enunciou uma série de competências gerais para os profissionais ligados a esta área, nomeadamente, empatia, cordialidade e gentileza, autenticidade, respeito, senso de humor, competências pedagógicas, linguagem adequada, utilização de recursos do cliente, relevância como modelo, flexibilidade, comportamento profissional, entre outras. Todas estas competências são fundamentais para a qualidade dos serviços desenvolvidos por estes profissionais tendo que requerer uma certa sensibilidade e compreensão de situações mais complexas. As profissões relacionadas com o cuidado enquadram-se em ambientes de trabalho que exigem muito dos indivíduos, aumentando a probabilidade do surgimento de efeitos adversos físicos, psicológicos, económicos ou sociais (Figley, 2002; Sabine-Farrell & Turpin, 2003; Jenaro, Flores & Arias, 2007).

Numa perspectiva mais ampla, e independentemente do cuidado ser formal ou informal, o acto de cuidar vai muito para além da satisfação das necessidades básicas de cada ser humano. Visa, também, satisfazer as necessidades existenciais, designadamente o sentimento de pertença, de valor pessoal, de utilidade, de realização pessoal e social. Cuidar refere-se a um acto de assistência, suporte ou facilitação dirigidos aos indivíduos com necessidades no sentido de melhorar ou aperfeiçoar a condição humana ou a forma de vida (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010). O acto de cuidar implica intrinsecamente uma relação de ajuda, uma preocupação para com os outros, uma ocupação e responsabilização da sociedade em geral, e ainda a criação de laços afectivos entre as pessoas. Assim, o cuidador passa a ser uma pessoa envolvida num processo de “cuidar do outro” onde vai vivenciando uma experiência de aprendizagem contínua resultando assim, numa descoberta de potencialidade mútuas (Born, 2006).

Como referem Sarmiento, Pinto e Monteiro, cuidar “é um acto primordial inerente à sobrevivência de todo o ser” (2010, p. 50), e o acto de cuidar é por natureza inerente à condição humana, uma vez que, ao longo do ciclo de vida vamos ultrapassando várias etapas onde vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos (Leite, 2006). Assim, desde que o homem nasce até à sua morte vai cuidando de si e dos outros, tornando-se o cuidar numa característica instintiva, aspecto salientado por Simone Roach no seu livro “The Human Act of Caring” onde afirma que cuidar é “o modo humano de ser. Cuidar não é uma qualidade humana nem a resposta excepcional de alguns humanos. Cuidar é o critério mais comum e autêntico da humanidade” (Roach, 1993; cit. in Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010, p.51).

Ainda de acordo com Roach (1993; cit. in Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010), a teoria do cuidar assenta em três perspectivas: teológica, filosófica e humanista. Teológica na medida em que existe uma relação entre o cuidar e a fé em Deus, uma vez que cuidar é visto como sinónimo de amor, assentando nos ensinamentos do amar o próximo, na partilha e no respeito. Filosófica, porque cuidar e ser cuidado são duas proposições das quais uma implica necessariamente a outra. Humanista, uma vez que esta perspectiva assenta numa grande variedade de posturas éticas que vão atribuindo grande importância às capacidades humanas, particularmente à racionalidade. A vida do homem vai sendo influenciada directamente por regras/normas, condutas específicas que o vão orientar ao longo da sua vida.

A prestação de cuidados, de acordo com o referenciado na literatura, encontra-se associada a repercussões do acto de cuidar, repercussões que surgem de vários contextos dinâmicos e que são influenciados mutuamente, nomeadamente, pela necessidade de providenciar cuidados (*Care*) e pela existência de preocupações e sofrimento (*Caring about*) (Schene, Tessler & Gamache, 1996).

Sequeira (2011) contextualiza as repercussões do acto de cuidar em sobrecarga, nomeadamente em sobrecarga objectiva e a sobrecarga subjectiva. Referindo-se a sobrecarga objectiva a acontecimentos e actividades concretas, como as alterações na vida do cuidador (potencialmente) observáveis e quantificáveis, tais como depressão, sobrecarga física, etc. Por sua vez, a sobrecarga subjectiva refere-se a sentimentos, atitudes e reacções emocionais face à experiência do cuidar (Martin & Col, 1996; Aneshensel *et al*, 1997; Lage, 2005 cit. in Sequeira, 2011). A sobrecarga dos cuidadores corresponde à percepção subjectiva das necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas no acto de cuidar, ou seja a sobrecarga resulta da avaliação elaborada pelos cuidadores acerca do papel e das tarefas a realizarem.

Elementos negativos são então associados ao acto de cuidar e são geralmente conceptualizados como, “peso, sobrecarga, stress (...), consequência de sintomatologia do tipo (...) depressão, ansiedade e de outros problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais, financeiros, fadiga, raiva (...) (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003 cit. in Sequeira, 2011, p.286).

As consequências psicológicas na prestação de cuidados ligadas a área do envelhecimento têm vindo a ser observadas e estudadas há mais de duas décadas, principalmente no que se refere aos cuidadores informais (Oliveira, 2009; Fernandes, 2009; Grelha, 2009; Mendes, 2010; Cunha 2011; Varizo, 2011), no entanto, são poucos os estudos que se concentram essencialmente nos cuidadores formais e na sua resposta emocional para lidar com situações mais complicadas.

Por sua vez a investigação que tem vindo a ser desenvolvida, versando quer, os cuidadores formais quer os informais, tem dado especial atenção às consequências negativas que advêm da experiência do acto de cuidar. Oliveira, Queirós e Guerra numa análise levado a cabo em 2005 a partir da base de dados, *Psycinfo* (American Psychological Association, com o objectivo de conhecer o modo como o conceito do cuidador tem sido estudado e o que acerca dele tem sido produzido, notaram que as consequências de ordem física são as mais referidas, por oposição às de tipo cognitivo. Entre estas encontra-se a categoria “impacto emocional”, tendo a leitura dos documentos revelado que a ansiedade e a depressão são as sintomatologias mais mencionadas e estudadas (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007).

Resultados semelhantes têm sido apontados em vários outros estudos analisados aquando da revisão da literatura efectuada (tabela 1).

Tabela 1*Revisão da literatura efectuada sobre cuidadores formais e sintomatologia depressiva*

Autores	Objectivos	Instrumentos	Amostra/participantes	Resultados
Marcon, Rubira, Espinosa, Belasco & Barbosa (2012)	Avaliar a qualidade de vida e a presença de sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos	-Medical Outcomes Studies 36 – Item Short-Form, -Inventário de Depressão de Beck -Caregiver Burdon Scale	109 cuidadores de dependentes químicos	Houve correlação significativa nas dimensões da qualidade de vida, presença de depressão e sobrecarga de cuidado.
Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa (2011)	Identificar as competências, necessidades e dificuldades que advêm da prestação formal de cuidados	-Entrevista semi-estruturada.	15 cuidadores formais	Aspectos negativos do cuidado: - Interação com o utente; - Falta de tempo e de recursos humanos; - Impacto emocional e físico; -Dificuldade de organização e planeamento de actividades e interacção com a família dos utentes; Aspectos positivos do cuidado: -Manutenção da dignidade; -Sentimento de que se está a contribuir para o bem-estar da pessoa; -Fonte de aprendizagem e enriquecimento pessoal, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.
Vargas & Dias (2011)	Estimar prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) de hospitais	-Inventário de Depressão de Beck	67 trabalhadores de enfermagem de três hospitais gerais	-Prevalência de 28,4% de depressão. -Associação significativa entre a depressão e estado civil (OR= 1,52), trabalho nocturno (OR= 1,46) e dupla jornada (OR= 2,11).

Autores	Objectivos	Instrumentos	Amostra/participantes	Resultados
Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha (2011)	Caracterizar a amostra relativamente à sintomatologia psicopatológica, perturbação emocional, vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida; -Estudar a relação entre níveis de vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida e ainda, investigar se a sintomatologia psicopatológica se relaciona com a idade dos cuidadores formais de idosos.	-WHOQDL/Breve, (<i>World Health Organization Quality of Life/bref</i>); -BSI – Brief Symptom Inventory.	45 profissionais de saúde cuidadores formais de idosos institucionalizados, de 3 instituições de acolhimento de idosos.	-40% avalia a sua saúde psicológica como boa; -22% dos cuidadores formais são vulneráveis ao stress, -9.4% apresentam desordens emocionais; -76.3% avaliam a qualidade de vida como sendo boa;
Mendes (2010)	Caracterização da população da amostra em termos da sintomatologia depressiva e da sintomatologia ansiosa, em termos de estratégias de confronto, dos temas centrais associados à vivência psicológica.	-Entrevista semi-estruturada; -Inventário de Depressão de Beck; -Escala de auto-avaliação de ansiedade (SAS); -Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos.	17 cuidadores formais e 11 cuidadores informais	-20% dos participantes apresentam valores indicativos da presença de depressão; -Existe uma associação significativa entre os valores do BDI e a idade.
Rios, Barbosa & Belasco (2010)	Avaliar a qualidade de vida e depressão e relacioná-los com características sócio-demográficas de técnicos e auxiliares de enfermagem.	-WHOQOL-bref -Inventário de Depressão de Beck	Técnicos e auxiliares de enfermagem	-Problemas de saúde levam a maior índice de depressão; -Trabalhadores do período nocturno apresentam escores mais elevados de depressão.
Pinto, Barbosa, Ferreti, Souza, Fram & Belesco (2009)	Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer e relacioná-la ao índice de katz dos pacientes e com escore do Inventário de Depressão de Beck dos cuidadores.	-Questionários sócio-demográfico; -Índice de Katz; -Miniexame de estado mental (MEEM); -Inventário de Depressão de Beck.	118 cuidadores e seus pacientes com doença de Alzheimer.	-Qualidade de vida dos cuidadores alterada, e piora quando a capacidade funcional do idoso esteve mais comprometida.
Furegato, Nievas, Silva & Costa (2005)	Identificar pontos de vista, conhecimento e sinais de depressão entre graduandos de Enfermagem	-Inventário de Depressão de Beck; -Escala de Zung	Alunos de Enfermagem	-Verificou-se a existência de depressão moderada em um aluno.
Capitão & mesquita (s.d)	Investigar pessoas vinculadas à Frente de Trabalho, denominação dada a um programa do Governo do Estado de São Paulo	-Inventário de Depressão de Beck;	50 trabalhadores	-2% dos participantes apresentaram escore equivalente a nível grave de depressão; -8% apresentaram nível moderado; -22% nível leve; -68% nível mínimo; -As mulheres apresentam nível grave e moderado de depressão;

Autores	Objectivos	Instrumentos	Amostra/participantes	Resultados
Amaral, Gomide, Batista, Pícolo, Teles, Oliveira & Pereira (2008)	-Investigar a prevalência de sintomas depressivos em alunos de medicina.	-Inventário de Depressão de Beck.	287 alunos do primeiro ao sexto ano	-26,8% apresentaram sintomas depressivos; -6,9% apresentam sintomas depressivos moderados e graves; -19,9% apresentaram sintomas leves. -33,5% de mulheres e 19% de homens apresentam sintomas depressivos.
Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Serra (2008)	- Analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral; - Avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na QV dos sujeitos.	-WHOQOL – 100, -Inventário de Depressão do Beck	307 sujeitos da população geral	-19,2% reportaram sintomatologia depressiva. -Os sujeitos com sintomatologia depressiva apresentavam valores significativamente mais baixos de QV em todos os domínios e facetas. -A sintomatologia depressiva provou estar negativamente associada à qualidade de vida.
Fonseca, Coutinho & Azevedo (s.d)	- Aprender as representações sociais da depressão nos estudantes do curso de Psicologia.	-Inventário de Depressão de Beck -Teste de Associação das Palavras	56 universitários	- Participantes com nível de depressão moderada.
Serna & Sousa (2005)	Verificar entre os cuidadores familiares a presença de sintomas depressivos e sua associação com o tempo decorrido do evento traumático e a condição da vítima seis meses ou mais após trauma.	-Inventário de Depressão de Beck; -Escala de Resultados de Glasgow; -Teste Qui-quadrado de homogeneidade; -Coeficiente de correlação de Pearson	50 cuidadores e 50 vítimas de Trauma Crânio-Encefálico	-34% apresentaram resultados sugestivos de depressão; -Presença de sintomas depressivos no cuidador não parece estar relacionada com o estado da vítima e o tempo decorrido após o evento traumático.
Campos & Gonçalves (2004)	-Avaliação da depressão e sobre a personalidade depressiva	-Inventário de Depressão de Beck II	547 estudantes universitários de diversas instituições de ensino superior.	-Os rapazes obtiveram resultados significativamente menos elevados do que as raparigas;

Da análise dos resultados apresentados, observa-se que, de um modo geral, existe uma associação entre o acto de cuidar e alteração do bem-estar do cuidador. Sendo uma actividade muito exigente, a depressão evidencia-se como uma das perturbações mais apontadas. Os cuidadores que apresentam níveis elevados de sintomatologia psicopatológica podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade para o mal-estar e posteriormente desenvolver doenças, podendo comprometer a realização pessoal e profissional. Outro aspecto que importa salientar é o facto de a sobrecarga ser percebida ao nível físico, psicológico ou emocional.

Parece então, que os cuidadores, sejam eles formais ou informais, são vistos como tendo uma actividade muito exigente tanto física como emocionalmente, uma vez que, asseguraram frequentemente as 24 horas do dia de cuidado (Geiger-Brown, Muntaner & Lipscomb 2004; Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Por outro lado, a qualidade do cuidado prestado está directamente ligada ao estado físico-psíquico dos cuidadores, pois qualquer decréscimo na saúde física ou estado de saúde mental destes trabalhadores pode ter repercussões directas na saúde dos idosos (Bowers, Esmond & Jacobson, 2000; Harrington *et al.* 2000).

Em relação aos cuidadores formais, é com alguma frequência referenciado na literatura o facto dos trabalhadores de geriatria serem um grupo de profissionais que tendem a apresentar “patologias acumulando sintomas físicos e psíquicos que juntamente com as exigências continuadas da tarefa, os conduzem a situações de stress e ao desenvolvimento de quadros de doença” (Kaskie, Gregory & Gildeer, 2009, p.3).

Os técnicos ligados às instituições de retaguarda ao envelhecimento, sejam eles técnicos de geriatria ou técnicos ligados a área do social lidam diariamente com situações complexas, pois, como mencionado por Bride (2007), trabalhar diariamente com idosos, implica uma sobrecarga emocional e física bastante elevada para quem está a cuidar.

Contudo, na prestação de cuidados, para além dos efeitos negativos, tal como já abordado, parecem também existir aspectos positivos, sendo mesmo a prestação de cuidados vista como gratificante (Brito, 2002). Autores como Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem como aspectos desencadeadores de sentimentos positivos o facto da pessoa de quem se cuida estar bem tratada, defender a sua dignidade e felicidade. Para Sequeira (2007), o acto de cuidar pode ser encarado como um acto de amor, uma relação de afectividade entre quem cuida e quem recebe o cuidado, proporcionando, deste modo, ao cuidador, um certo sentido de vida. Também para Laham (2003, cit. in Sequeira, 2007) um outro aspecto positivo é o facto de o cuidador encarar a prestação de cuidados como uma função. Por outro lado, Brito (2002, cit. in Sequeira, 2007) refere ainda a oportunidade de se desenvolverem competências,

habilidades, o que, de algum modo, pode ser interpretado pelo cuidador como satisfatório. Os sentimentos de crescimento pessoal, realização profissional, e valorização social são também defendidos por Sommerhalder (2001) como estando associados à tarefa de cuidar. Neste sentido, o aumento do bem-estar psicológico (Noonan & Tennstedt, 1997 cit. in Sequeira, 2007) e o desenvolvimento de competências (Large, 2006 cit. in Sequeira, 2007) são outros aspectos positivos referidos pelos cuidadores. Assim, as repercursões positivas no cuidar são o resultado de uma intercessão entre as tarefas desempenhadas pelo cuidador e o bem-estar sentido na execução das mesmas (Tarlow *et al.*, 2004 cit. in Vieira, Gomes, Fialho, Silva, Freitas & Moreira, 2011).

Vários autores salientam que a gratificação sentida a partir de experiência de cuidar, tende a aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Depuis, Epp & Smale, 2004), entendendo-se deste modo que a qualidade de vida dos cuidadores é um indicador fundamental para a qualidade dos serviços prestados pelos mesmos e conseqüentemente a qualidade de vida dos idosos alvo dos seus cuidados.

Segundo Bennett e Murphy (1999), a qualidade de vida é um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física, existindo para estes conceitos uma diversidade de definições. Destaca-se a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mencionada pelos autores, Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005, p. 77), para quem a qualidade de vida é “a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” Com esta definição é possível perceber que o conceito de qualidade de vida é muito relativo, não inclui somente factores relacionados com a saúde física abrangendo um leque diversificado de dimensões, tais como física, psicológica, social e ambiental.

Também Martínez e Garcia (1994), dentro da perspectiva psico-social, consideram a qualidade de vida como o conjunto das percepções que as pessoas têm relativamente às suas vidas. Percepções que tendem a ter duas vertentes, uma mais objectiva, que diz respeito às questões sociais, demográficas, políticas, económicas e uma vertente mais subjectiva, que tem a ver com a percepção que as pessoas têm do seu próprio bem-estar (Ranzjin & Luszcz, 2000).

O conceito de qualidade de vida encontra-se, assim, associado ao da satisfação com a vida, sendo estes particularmente semelhantes. Alguns autores não utilizam o termo “satisfação com a vida”, mas sim “qualidade de vida”, ou até mesmo “bem-estar” (Veenhoven 2000; Veenhoven, 2005). Por exemplo Shin e Jonhsons (1978) definem satisfação com a vida como sendo uma avaliação geral da qualidade de vida de um indivíduo, feita através de um determinado critério escolhido pelo mesmo.

Por sua vez Albuquerque e Tróccoli (2004) afirmam que a satisfação com a vida é mais do que uma avaliação geral da qualidade de vida, é um julgamento cognitivo de algum aspecto na vida da pessoa, tratando-se em primeiro lugar, de um juízo subjectivo da qualidade da própria vida, baseado num padrão determinado pelo indivíduo e não em critérios externos, tais como a saúde, riqueza, etc. Assim sendo, a satisfação com a vida é considerado como um dos principais indicadores de bem-estar subjectivo (Oliveira, Costa & Rodrigues, 2008).

É difícil chegar a um consenso quanto à definição de bem-estar subjectivo, na medida em que é influenciado por inúmeras variáveis, tais como a idade, género, nível socioeconómico e cultura (Giacomoni, 2004). Para além disso, o bem-estar subjectivo é considerado uma categoria vasta em fenómenos que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações de domínio, e julgamentos globais de satisfação com a vida (Pedras & Kozma, 1985; Giacomoni, 2004). Todos estes fenómenos têm de ser compreendidos pela própria pessoa, ou seja, como ela se sente relativamente à sua própria vida.

Diener (1984) refere como característica a ser destacada em relação ao bem-estar subjectivo, a sua subjectividade. O bem-estar refere-se então à avaliação que a própria pessoa faz sobre a sua vida seguindo os seus valores pessoais. O bem-estar está dentro da experiência de cada um, o entendimento do mesmo não está somente ligado à ausência de factores negativos, mas também à presença de factores positivos, sendo que o bem-estar inclui uma medida global não se limitando apenas a um aspecto da vida. (Rabelo & Néri, 2006).

O bem-estar subjectivo (BES), sendo considerado uma atitude, é composto por duas componentes básicas: afectiva e cognitiva (Bohlander, 1999; Albuquerque & Triccolli, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005). A componente afectiva envolve as componentes emocionais, positivas e negativas, enquanto, a cognitiva se refere a aspectos mais racionais e intelectuais. “Aponta-se que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida, a presença frequente de afecto positivo e a relativa ausência de afecto negativo” (Diener, 1996, cit. in Giacomoni, 2004, p. 44), assim as pessoas que se sintam bem, que tenham componentes emocionais positivas e negativas, apresentam um afecto positivo.

As teorias e modelos iniciais explicativos do bem-estar subjectivo procuravam essencialmente explicar como é que os factores externos, as situações e as variáveis socio-demográficas afectavam a felicidade. Estas teorias têm por base o pressuposto de que existem necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação ou não, destas levam à felicidade (Diener, Sandvik & Avot, 1991).

Segundo Diener (1984), as principais teorias sobre o bem-estar subjectivo agrupam-se em dois grupos, teorias *bottom-up* (de baixo para cima) *versus* teorias *top-down* (de cima para baixo). As teorias *bottom-up* perspectivam o bem-estar subjectivo como sendo um acumular

de experiências positivas, que podem ser agradáveis ou não (Fuher, 2000). Segundo esta perspectiva o bem-estar subjectivo surge a partir de vários factores da existência humana, como por exemplo factores sócio-demográficos, partindo do pressuposto que existem necessidades humanas e que sendo estas necessidades satisfeitas proporcionará assim a satisfação com a vida e por conseguinte o bem-estar subjectivo.

Por sua vez, as teorias *top-down* sugerem que as pessoas têm a capacidade de vivenciar as suas experiências de vida como elas bem entenderem, ou seja, de uma forma positiva ou negativa, de acordo com a avaliação inicial dos acontecimentos. Assim, conclui-se que os acontecimentos não são propriamente agradáveis ou desagradáveis, dependem é da interpretação que a própria pessoa faz (Fuher, 2000). Isto vem justificar a ideia de que existem pessoas mais felizes do que outras. É a interpretação subjectiva das experiências de vida que influenciam o bem-estar subjectivo e a satisfação com a vida, ao contrário do expresso nas teorias *bottom-up*, em que a satisfação com a vida ou o bem-estar subjectivo fica dependente de factores externos ao indivíduo. Assim, a avaliação da satisfação com a vida reflecte as atitudes de cada indivíduo relativamente aos seus critérios de satisfação em vários domínios, nomeadamente, na saúde, autonomia, trabalho, relações sociais, condições de habitabilidade expressando assim o bem-estar individual (Jóia, Ruiz & Donalision, 2007).

Alguns resultados de estudos dos últimos 30 anos têm demonstrado que os factores demográficos não influenciam muito a variância do bem-estar subjectivo como é o caso dos trabalhos de Campbell, Converse e Rodgers (1976), que evidenciam que as variáveis demográficas (sexo, idade, rendimentos, raça, educação e condição civil) determinaram menos de 20% da variância do bem-estar.

Contudo, outros estudos sublinham a influência das variáveis demográficas na variância do bem-estar subjectivo e satisfação com a vida, referindo, por exemplo, que os homens apresentam maior satisfação com a vida do que as mulheres (Paúl & Fonseca, 1999). Para Chatters (1988), a idade também se relaciona com o bem-estar subjectivo, com as pessoas mais velhas a demonstrar níveis de satisfação com a vida mais elevados e menos stress. Relativamente ao estado civil, Paúl e Fonseca (1999) verificaram que as pessoas casadas apresentam maior satisfação com a vida quando comparadas com as pessoas solteiras e viúvas. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) acrescentam que nas culturas em que se valoriza mais o casamento, as pessoas divorciadas ou viúvas apresentam baixos níveis bem-estar subjectivo e satisfação com a vida. No que diz respeito à educação, Paúl e Fonseca (1999) verificaram que o nível de escolaridade está relacionado com o nível de rendimentos, o que por sua vez, influencia a condições objectivas de vida das pessoas. Diener Suh, Lucas e Smith (1999) sugerem, que em nações com diferentes níveis de rendimentos, existem diferenças

significativas em relação ao bem-estar subjectivo e satisfação com a vida, assim, nos países desenvolvidos, as pessoas tendem a apresentar valores mais elevados de bem-estar subjectivo e uma maior satisfação com a vida, o que se justifica pela maior qualidade de vida ao nível material e melhores cuidados de saúde.

Uma linha de investigação mais recente propõe relacionar a satisfação com a vida com o trabalho. Na perspectiva de alguns autores, o trabalho exerce um papel fundamental na saúde mental do homem, sendo este simultaneamente positivo e negativo. Positivo na medida em que estrutura e desenvolve a sua própria personalidade e identidade, fortalecendo assim as relações sociais e negativo pelas dificuldades sentidas decorrentes da organização do trabalho e também pelas relações estabelecidas ou pela sua ausência (Borges & Argolo, 2002). Os estudos baseiam-se essencialmente nos efeitos que o trabalho tem ou não no bem-estar psicológico do trabalhador. Autores como Paschoal e Tamayo (2008), partem do pressuposto de que o bem-estar no trabalho se relaciona com a avaliação positiva das várias características que o trabalho detém, ou seja “a satisfação no trabalho refere-se ao quanto o trabalhador está satisfeito com os colegas, com a organização e com a própria actividade do trabalho” (Paschoal & Tamayo, 2008, p. 14).

Karasek (1979), citado por Paschoal e Tamayo (2008), defende que os efeitos do ambiente de trabalho sobre a saúde do indivíduo podem variar de acordo com o nível de controlo e de autonomia que este possui. “Um alto nível de controlo no trabalho protege o indivíduo de efeitos negativos das demandas, pois possibilita a tomada de decisões, a resolução de dificuldades e o enfrentamento de desafios” (Paschoal & Tamayo, 2008, p. 15). Outros autores, tais como Kelloway, Gottlieb e Barham (1999) e Polasky e Holahan (1998), vêm reforçar esta ideia referindo que quanto maior for a possibilidade de o indivíduo decidir como realizar as suas tarefas e estruturar os seus papéis, menores são as consequências negativas, como por exemplo, sintomas depressivos.

Na literatura nacional, Paz (2004) apresenta uma proposta de bem-estar direccionada para o contexto das organizações de trabalho, considerando assim os aspectos situacionais. O bem-estar é caracterizado, pelo autor, a partir de dois pólos, gratificação e desgosto. O primeiro pólo refere-se basicamente à percepção que o trabalhador tem relativamente à valorização do trabalho, reconhecimento pessoal, autonomia, expectativa de crescimento, suporte ambiental, recursos financeiros e orgulho de pertencer à organização. O segundo pólo diz respeito ao sentimento de mal-estar do trabalhador, e consiste no oposto da gratificação. Assim, o bem-estar no trabalho pode ser visto como a permanência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo relativamente às suas habilidades e “definido deste modo

o bem-estar no trabalho inclui tanto aspectos afectivos (emoções e humores) quanto cognitivos (percepção de expressividade de realização) ” (Paschoal & Tamayo, 2008, p. 16).

Nesta vertente, torna-se fundamental uma avaliação contínua da sintomatologia depressiva e do nível de satisfação com a vida dos cuidadores concretamente, formais, para garantir uma melhor eficiência dos cuidados prestados.

Assim, o impacto emocional que a prestação de cuidados provoca, assim como a sua duração, tal como os acontecimentos da vida, depende também, da estrutura e traços da personalidade do indivíduo, com destaque para o optimismo, a auto-eficácia e a resiliência. Carver e Scheier (2002) advogam que os indivíduos optimistas são os que apresentam expectativas mais positivas face ao futuro. Mas, existe uma relação entre optimismo, bem-estar subjectivo e melhor qualidade de vida, que parece estar associada ao facto das pessoas optimistas, face ao seu futuro exercerem um esforço continuado, mesmo quando confrontadas com a adversidade (Silva, 2006). A auto-eficácia, surge como explicação para o comportamento motivado, que facilita, não só as alterações psicológicas mas também o esforço na iniciação e manutenção do comportamento. Concretamente, a auto-eficácia potencia uma melhor predisposição para o conhecimento e para acção (pessoal, académica, social e/ou profissional) e exige o desenvolvimento de competências de auto-regulação e de competências assertivas (Bandura, 1977; Parreira, 2006). No caso contrário, as situações de baixa auto-eficácia, destacam-se por atitudes de ansiedade, afectos depressivos, comportamentos defensivos e defices de desempenho (ibidem). Sobre a resiliência, ou seja, sobre a capacidade de resistência do indivíduo face às situações adversas, esta resulta das interacções entre as características do indivíduo e do contexto e implica o desenvolvimento de recursos psíquicos, afectivos e sociais que contribuem para o desenvolvimento do indivíduo.

Neste sentido, o sistema de vinculação, como sistema, acompanha o ser humano ao longo do crescimento até à idade adulta, visto como, “um factor promotor da saúde mental aos níveis emocional, social e do Self” (Torres & Oliveira, 2010, p.5). Por sua vez, surge o sistema de prestação de cuidados (caregiving), que vem complementar o sistema de vinculação (Bowlby, 1969-1980). Na idade adulta este sistema enquadra-se em comportamentos de apoio emocional, criando uma relação, correspondendo mutuamente aos sinais de ansiedade e stress e à necessidade de segurança emocional (Kunce & Shaver, 1994). Tal como referem os autores Torres e Oliveira (2006, p.6), “existe uma relação bidireccional entre a procura de cuidados e a prestação de cuidados”. Assim, as relações de vinculação desempenham um papel exclusivo na satisfação de necessidades de protecção e conforto, proporcionando ao indivíduo uma base segura (Torres & Oliveira, 2011), supondo que, a

qualidade da vinculação é um recurso interno, relevante para o funcionamento adulto nomeadamente em situações stressantes.

3. Vinculação na vida adulta: recurso desenvolvimental

Desde o século XX têm-se vindo a desenvolver estudos acerca da vinculação, principalmente na infância, adolescência e início da vida adulta, tendo por base os trabalhos de Bowlby (1969/1981) e Ainsworth (1989). Tendo em conta as evidências empíricas sistematizadas ao longo de várias décadas neste domínio, cada vez mais a compreensão das trajectórias desenvolvimentais está ligada às implicações decorrentes da qualidade da vinculação precoce que o indivíduo estabeleceu nos primeiros anos de vida (Soares, 2000). Os estudos neste domínio constituem-se como mais-valia, proporcionando uma grelha de leitura muito útil para a compreensão do desenvolvimento humano, e por conseguinte das dificuldades e perturbações associadas às trajectórias de vida.

Ao longo dos trabalhos desenvolvidos, Bowlby (1969/1981) formulou a Teoria da Vinculação, enfatizando a importância da dimensão relacional subjacente ao desenvolvimento psicológico do indivíduo, realçando, assim, a necessidade de o ser humano estabelecer relações de proximidade capazes de proporcionar segurança, conforto e protecção ao longo da vida (Bowlby, 1969/1981; Ainsworth, 1991; Bretherton, 1992). Assim, estabelecer vínculos emocionais define-se como uma necessidade básica da espécie humana, criando as condições basilares para que o indivíduo conheça o mundo, os outros e a si próprio, ou seja, se desenvolva.

A Teoria em si, baseia-se num modelo de desenvolvimento socio-emocional que requer uma ligação emocional intensa, recíproca e duradoura entre a mãe e o bebé, que se constitui como protótipo ou modelo das relações futuras do próprio indivíduo, que por sua vez, são capazes de influenciar a competência social e o desenvolvimento socio-emocional ao longo da vida. Tal afirma Monteiro (2012, p. 80) “a vinculação é um sistema comportamental inato que influencia e organiza os processos desenvolvimentais, emocionais e motivacionais, os quais são dependentes e resultantes da proximidade e relação com as figuras parentais significativas, cuja provável função biológica é a protecção do indivíduo”. Desta forma, a pessoa que se encontra mais próxima do bebé, sendo esta responsável pela satisfação das suas necessidades básicas, proporcionando-lhe segurança, assume o papel de figura de vinculação, constituindo-se assim, como uma base segura. Este sentimento de segurança é bem visível em situações de ausência da figura de vinculação, criando assim, um estado de ansiedade na criança (Soares, 1996).

Na base da Teoria da Vinculação está a referência ao conceito de sistema comportamental de vinculação, que se encontra presente nos seres humanos, constituindo-se por uma série de comportamentos de base biológica, que contribuem para a sobrevivência do bebé (Bowlby, 1958; Bretherton, 1992; Cassidy, 1999). Por conseguinte, o sistema comportamental de vinculação pode ser definido, num contexto evolutivo e adaptativo, como um sistema biopsicológico motivacional inato de alta flexibilidade em função da experiência, cujo objectivo é aumentar a probabilidade de protecção e sobrevivência através do estabelecimento de uma base segura, que deriva de uma relação com uma figura cuidadora (Bowlby, 1969/1980). Num momento inicial, as crianças apresentam um leque variado de comportamentos de procura de proximidade e de sinalização, independentes uns dos outros, orientados de forma indiscriminada para os seus cuidadores. No entanto, estes comportamentos, tais como o chorar, sorrir, chupar, entre outros, vão-se desenvolvendo, organizando e orientam-se para uma figura principal, percebida como mais competente física e psicologicamente, com capacidades para lidar com as dificuldades, garantindo assim, a satisfação das necessidades de segurança e protecção da criança (Bowlby, 1958 ; Ainsworth, 1991; Cassidy, 1999). Deste modo, a relação de vinculação centra-se na regulação de segurança (Soares, 1996), a partir da obtenção ou manutenção da proximidade com a figura de vinculação. Os comportamentos de vinculação podem ser activados ou reforçados através de determinadas situações ou acontecimentos, que são percebidos pela criança como ameaçadores, podendo ser relativos à própria criança, como por exemplo, fome, doença, ao meio envolvente, como, presença de um estranho ou à figura de vinculação, nomeadamente, negligência nos cuidados ou até mesmo ausência deles (Cassidy, 1999).

Assim, por vinculação entende-se o sistema de controlo que organiza e orienta esses mesmos comportamentos, atingindo os seus objectivos (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1988; Cassidy, 1999). De acordo com Sroufe e Waters (1977), a vinculação é um vínculo afectivo estabelecido entre a criança e o cuidador, que uma vez estabelecido tende a persistir e a ser duradouro, para além da manifestação dos episódios de comportamentos de vinculação.

Esta dinâmica existente entre a procura de proximidade com a figura de vinculação e a obtenção de protecção e segurança conduz aos conceitos de base segura e refúgio seguro, fundamentais na conceptualização da Teoria de Vinculação. Deste modo, a figura de vinculação assume-se como uma base segura a partir da qual a criança se sente confiante para, se envolver em comportamentos de exploração. A figura de vinculação assume-se também como um refúgio seguro, isto é, sempre que a criança se encontra perante situações

ameaçadoras geradoras de insegurança, medo ou outro tipo de perturbação recorre à figura de vinculação para obter protecção, refugiando-se nela até reestabelecer os sentimentos de segurança (Soares, 1996).

Tendo subjacente a noção de base segura, Ainsworth, Waters e Wall (1978) desenvolveram um procedimento experimental designado de *Situação Estranha*, para avaliar a qualidade e natureza da vinculação desenvolvida na primeira infância entre criança-figura de vinculação. Estes autores propuseram criar uma situação que pudesse provocar tensão e insegurança activando assim o sistema de vinculação. Na *Situação Estranha*, a mãe e a sua criança (crianças com cerca de 12 meses) são observadas num processo que envolve oito episódios de duração de cerca de três minutos cada, envolvendo duas separações e dois reencontros, sendo a primeira separação e reencontro na presença de uma figura estranha. Com base nos comportamentos da criança face à separação e reencontro foram identificados três padrões de vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978): vinculação segura, vinculação insegura-evitante, e vinculação insegura-ambivalente.

A vinculação segura caracteriza-se pela procura de proximidade da figura de vinculação, obtenção de sentimentos de segurança e protecção a partir desta figura, e por uma interacção pautada pela comunicação positiva, colaborativa, contingente, dinâmica, interactiva, aberta e clara entre o bebé e a figura de vinculação (Ainsworth *et al.*, 1978; Soares, 2000). Neste padrão é notório, uma dinâmica alternada entre os comportamentos de vinculação e os de exploração, facilitando assim a autonomia da criança (Siegel, 1999; Soares, 2000). Figuras parentais emocionalmente disponíveis, atentas, sensíveis, consistentes e responsivas aos estados e necessidade da criança são as que apresentam maior probabilidade de desenvolver este padrão de vinculação.

A vinculação insegura caracteriza-se pelo evitamento de proximidade e de contacto, não se verificando resposta à chegada da mãe (Ainsworth *et al.*, 1978), o que provoca um aumento ao nível do mal-estar psicológico, físico e/ou social (Atkinson & Zucker, 1997). A vinculação insegura é constituída por dois padrões de vinculação: vinculação evitante e vinculação ansiosa. A vinculação evitante (Ainsworth *et al.*, 1978) caracteriza-se por “figuras parentais rejeitantes e não reparadoras, emocionalmente não disponíveis, desatentas e não responsivas, o que reduz a procura de proximidade” (Maier & Lachman, 2000 cit in Monteiro, 2012, p. 82). Neste padrão de vinculação verifica-se o predomínio do comportamento de exploração sobre o comportamento de vinculação (Soares, 2000). Assim, a criança responde à ausência da mãe, e posteriormente, ao seu regresso sem respostas ou comportamentos típicos de vinculação, não procura a sua proximidade, nem demonstra necessidade de conforto, podendo mesmo evidenciar sinais de recusa da proximidade ou contacto com a

figura de vinculação (Siegel, 1999). Entende-se que este padrão de resposta seja uma estratégia adaptativa por parte da criança, que permite minimizar ou desactivar as necessidades de vinculação, reduzindo as expectativas face ao comportamento materno (Main, 1995). A comunicação estabelecida centra-se, tendencialmente, em expressões positivas e, por sua vez, as emoções negativas tendem a dirigir-se para os objectos (Soares, 2000). Já a vinculação ambivalente caracteriza-se por uma disponibilidade inconsistente dos pais, onde persistem estratégias reparadoras extemporâneas e intrusivas, estimulando assim o sistema de vinculação e ansiedade (Ainsworth *et al.*, 1978; Monteiro, 2012), criando na criança uma tendência para a hiperactivação do sistema de vinculação e para a consequente vigilância da acessibilidade da figura de vinculação, evidenciando uma constante e preocupada procura de proximidade, o que afasta ou empobrece a exploração do meio (Siegel, 1999; Soares, 2000; Machado, 2009).

Independentemente de existirem diferenças entre os três padrões comportamentais, estes constituem-se como estratégias organizadas e consistentes da criança para lidar com situações de maior stress provocado pela situação activadora do sistema de vinculação.

Contudo posteriormente, Main e colaboradores (1985) descreveram uma quarta categoria, designada vinculação desorganizada ou desorientada, cujos comportamentos da criança não se ajustavam a nenhum dos padrões definidos por Ainsworth e colaboradores (Main & Solomon, 1986; Main, 1990). Nesta categoria enquadram-se crianças com comportamentos contraditórios, muito incoerentes, apresentando sinais de perturbação, resultante do colapso de uma estratégia organizada para lidar com o stress. Esta categoria está associada a pais com uma comunicação assustadora e/ou desorientados, com comportamentos inexplicáveis e bizarros.

Em síntese, Bowlby (1969) considera o comportamento de vinculação como central para o funcionamento humano, tendo como função a protecção, não só na infância, mas ao longo de todo o ciclo de vida. Tal como mencionado anteriormente, a vinculação manifesta-se pelo sentimento de segurança proporcionado pela figura de vinculação, pela procura de proximidade em situações de perigo ou ameaça e pela capacidade de explorar o mundo de forma autónoma e segura. A qualidade da relação de vinculação precoce estabelecida entre a criança e a sua figura de vinculação revela-se assim essencial para a qualidade da trajetória desenvolvimental individual, uma vez que a vinculação lança as fundações para o funcionamento intra e interpessoal nas diferentes dimensões humana – identidade, emocional, social e cognitiva. Esta fase inicial é característica em atribuição de intenções e significado, ocorrendo assim a partilha entre objectos e pessoas (Soares, 2000). As diferenças ao nível dos padrões de vinculação traduzem, assim, a qualidade da vinculação que é descrita

pelas estratégias usadas pela criança para lidar com a ansiedade na separação/proximidade à figura de vinculação. Assim, quando o comportamento é reforçado ou enfraquecido pelos factores situacionais, a vinculação tende a ser durandoura, lançando pontes entre o tempo e o espaço (Soares, 1996).

Como resultado das interacções repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimento acerca do modo como essa figura responde à satisfação das suas necessidades de vinculação, acerca da sua competência em solicitar e obter suporte e protecção e acerca do mundo enquanto espaço mais ou menos seguro. Toda esta informação é organizada mentalmente em representações mentais que Bowlby (1980) designou de Modelos Internos Dinâmicos (MID).

O conceito de MID torna-se, assim, central na teoria de Bowlby, permitindo a passagem da dimensão comportamental para a dimensão representacional no estudo da vinculação ao longo do ciclo de vida. Estes modelos ao serem constituídos por memórias acerca das experiências de vinculação e respectivas emoções associadas, integram também um conjunto de expectativas acerca do *self*, das figuras de vinculação e das relações com os outros (Bowlby, 1980; Bretherton, 1992). As representações do *self* reflectem o sentimento que o indivíduo construiu a partir do amor e cuidado recebido, ou ignorado, negligenciado consoante o desenvolvimento de uma vinculação segura ou insegura (Machado, 2009). “Os modelos internos dinâmicos existem no presente, estão entrelaçados no passado e direccionados para o futuro” (Fonseca, Soares & Martins, 2006 p.189). Portanto são constituídos com base nas experiências passadas, orientam o comportamento/funcionamento presente e criam tendências face ao desenvolvimento futuro.

Assim, as crianças com um padrão de vinculação seguro tendem a construir um modelo da figura de vinculação como responsiva e acessível e por conseguinte, um modelo do *self* valorizado e merecedor de cuidados, a criança sente-se livre de exprimir as suas emoções, confiante e segura na relação estabelecida com a figura de vinculação. No entanto, na vinculação insegura, onde predominam experiências frustrantes, a criança contrói modelos tendencialmente negativos acerca de si e da figura de vinculação (Bretherton & Munholland, 1999; Soares, 1996). A investigação tem reunido evidências acerca da relação entre as experiências de vinculação durante a infância/adolescência e a capacidade para estabelecer relações afectivas na idade adulta, isto porque, a qualidade dessas experiências é fundamental no desenvolvimento de sentimentos de confiança e segurança relativamente a si e aos outros (Soares, 1996).

Neste sentido, a construção dos MID do *self* e da figura de vinculação desenvolve-se de uma forma dinâmica e complementar, sugerindo, assim, a existência de um modelo dinâmico

da relação de vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985 ; Sroufe & Fleeson, 1986). Deste modo, segundo Main e colaboradores (1985) são representadas diferentes relações, na medida em que não se constrói um modelo do self e da figura de vinculação separados dos acontecimentos relacionais, mas sim um modelo da interação. Segundo Kobak (1994), o conceito de MID remete para a natureza múltipla da vinculação em função das diversas relações estabelecidas. Os MID que o indivíduo constrói tornam-se automáticos e relativamente estáveis ao longo do tempo a partir das interações estabelecidas, que por sua vez, se vão tornando cada vez mais complexas, desenvolvendo estruturas cognitivas, emocionais e comportamentais (Bretherton & Munholland, 1999).

De acordo com os resultados de vários estudos de natureza longitudinal, (e.g., Roisman, Madsen, Hennighausen, Sroufe & Collins, 2001; Grossmann, Grossmann, Winter & Zimmermann, 2002), os MID caracterizam-se pela possibilidade de elaborar e de desenvolver formas mais complexas e sofisticadas de organização da experiência e de orientação da acção, contribuindo para tal as experiências relacionais do indivíduo ao longo do ciclo de vida (Bowlby, 1988; Bretherton & Munholland, 1999). Assim, segundo Bowlby (1988), os MID são vistos como mecanismos através dos quais, as experiências de vinculação influenciam o indivíduo ao longo da sua vida, sendo que o desenvolvimento de novas relações vai sendo influenciado pelas expectativas e significados construídos com base nas experiências prévias.

Segundo Mickelson, Kessler e Shaver (1997) existem estudos longitudinais em que os estilos de vinculação na infância predizem o estilo de vinculação na adolescência, e por sua vez, na idade adulta, pelo que, os estilos de vinculação na vida adulta tendem a estar intimamente associados às experiências e relações de vinculação precoces. Este tipo de evidência reforça a suposição básica de Bowlby (1998) acerca da vinculação enquanto fenómeno de ciclo de vida. No entanto, não faz sentido conceber a vinculação na vida adulta como análoga à vinculação na infância, pois como refere Faria (2008), a vida adulta é um período de vida qualitativamente distinto da infância, “se na infância temos um ser vulnerável e dependente que progressivamente se torna dependente e autónomo no contexto de relações íntimas significativas, na adultez há uma inversão desta situação” (p 8). Na vida adulta, as tarefas desenvolvimentais são claramente distintas das da infância, exigem a mobilização de recursos diferentes, constituindo-se, assim, em desafios muito específicos em termos de complexidade e exigência (Faria, 2008). Para além disso, na adultez podem existir uma variedade de figuras que podem funcionar como figuras de vinculação, nomeadamente, amigos, parceiros amorosos e pais (Mikulincer & Shaver, 2003). Portanto, a questão de assegurar a sobrevivência não se coloca de forma tão central como na infância. No entanto, tal

não significa que a vinculação na vida adulta não seja relevante, mas antes que a vinculação na vida adulta tem uma especificidade distinta da da infância a que importa atender.

As funções de uma relação de vinculação na idade adulta revelam uma enorme variabilidade e singularidade e não são tão evidentes ou directamente observáveis, no entanto alguns investigadores (Ainsworth, 1989; Hazan & Zeifman, 1999) são consensuais relativamente às mudanças inerentes ao sistema comportamental de vinculação, reflectindo-se nas condições e contextos que activam a vinculação em adultos, assim como na interacção deste sistema com outros sistemas comportamentais que se encontram activos no adulto, nomeadamente o sistema sexual, de afiliação, de exploração e de cuidados. Apesar de a função básica ser na mesma, tanto na infância como na vida adulta, Hazan e Zeifman (1999) consideram que não faz muito sentido esperar que a vinculação na vida adulta se manifeste pelos mesmos comportamentos. O estudo da vinculação na infância focaliza-se na dimensão comportamental, enquanto nos adultos é na dimensão discursiva/representacional, recorrendo a medidas que utilizam a linguagem (entrevistas) e/ou auto-percepções (questionários) (Hazan & Shaver, 1994). Relativamente às características da vinculação, os investigadores (Ainsworth, 1989; Weiss, 1982) propõem que as características identificadas em crianças caracterizam relações interpessoais específicas na vida adulta. Tal como as crianças, os adultos demonstram vontade ou desejo de estar com o(a) parceiro(a) de relação, ou seja, existe uma procura de proximidade, procuram reconfortar-se quando se sentem ameaçados ou inseguros, sentem-se perturbados quando não encontram o(a) parceiro(a), ou quando este não se encontra disponível, obtendo assim, sentimentos de segurança e confiança a partir dessas relações (Doherty & Feeney, 2004). Para além disso, Weiss (1982) considera que para além da vinculação na infância, também na idade adulta, existe uma especificidade da figura de vinculação na satisfação das necessidades de vinculação e persistência do comportamento de vinculação mesmo quando a figura de vinculação não está disponível. No entanto, o mesmo autor defende existirem diferenças que distinguem a vinculação na infância da vinculação na idade adulta, nomeadamente, ao nível do papel dos pares, estes passam a ser considerados como importantes recursos em termos de conforto, suporte e estabilidade. Nos adultos a vinculação não tem prioridade face aos outros sistemas comportamentais, na medida em que os adultos conseguem manter algum nível de actividade em situações ameaçadoras e para além disso, a vinculação é dirigida geralmente para uma figura com quem se estabelece um envolvimento sexual. Vários autores (e.g., Hazan & Zeifman, 1999; Ainsworth, 1989; Weiss, 1982) partilham a ideia de que para além das semelhanças existentes entre a vinculação nos adultos e na infância, também existem diferenças ao nível da especificidade intrínseca ao funcionamento adulto e às tarefas desenvolvimentais dos mesmos. Deste modo, segundo Faria

(2008) na vinculação na infância existe sempre uma figura de vinculação que cuida e protege e uma figura vinculada que procura protecção ou solicita cuidados, já nos adultos, as relações de vinculação são proporcionais/recíprocas, os adultos vão alternando no papel de figura de vinculação e figura vinculada, na medida em que cada elemento procura e proporciona cuidados “cuida e é cuidado, protege e é protegido” (Faria, 2008, p. 53). Uma outra diferença tem a ver com o papel fundamental que o contacto físico desempenha no estabelecimento e manutenção de uma relação de vinculação. Nos adultos, a procura de contacto físico difere do das crianças, nas crianças o contacto físico é procurado no sentido de atenuar o mal-estar criado pela ameaça, já nos adultos, a principal razão para a procura do contacto físico relaciona-se com a atração sexual (Hazan & Zeifman 1999). Para além disso, outra característica da vinculação tem a ver com a relação genética, biológica existente entre a criança e a sua figura de vinculação, o que por sua vez não acontece nas relações de vinculação entre adultos (Hazan & Zeifman 1999). Autores tais como Hinde e Stevenson-Hinde (1987) diferenciam as relações de vinculação da infância das relações de vinculação da idade adulta a partir da necessidade de acontecimentos perturbadores que podem activar o sistema de vinculação, na medida em que, os adultos detêm uma capacidade representacional permitindo-lhes, assim, uma maior proximidade com a figura de vinculação, o que evita a activação do sistema comportamental de vinculação ou diminui a sua intensidade.

Para considerarmos o que pode ou não constituir uma relação de vinculação na idade adulta, Ainsworth (1989) sugere o conceito de laço afectivo. A autora considera que as relações interpessoais duradoiras podem criar laços afectivos que se vão desenvolvendo ao longo do ciclo de vida onde se enquadram as relações de vinculação. Neste sentido, a vinculação da criança aos pais é considerado um laço afectivo, no entanto, a autora (Ainsworth, 1989) declara que os laços afectivos não são sinónimos de uma relação pois estes são estáveis e duradoiros, característicos do indivíduo e ainda envolvem representações implícitas na organização interna do indivíduo. Nesta vertente, a vinculação é considerada um laço afectivo. No entanto, na vida adulta, nem todas as relações íntimas são relações de vinculação, alguns autores consideram que as relações de vinculação se desenvolvem num contexto de intimidade relacional (Cassidy, 2001; Berlin & Cassidy, 1999; Hazan & Zeifman, 1999; Weiss, 1982). De acordo com Weiss (1982), uma das características das relações interpessoais é a proximidade, que por sua vez potencia o desenvolvimento da intimidade, criando situações de necessidade ou ameaça, facilitando assim o surgimento de uma relação de vinculação. O desenvolvimento da intimidade, segundo Cassidy (2001), assenta em quatro capacidades capacidade em procurar cuidados, capacidade de cuidar, capacidade para se sentir confortável com um self autónomo e capacidade de negociação. Estas capacidades vão-

se desenvolvendo através de uma organização segura de vinculação e por sua vez uma vinculação segura vai promovendo essas capacidades.

A procura de cuidados surge como a capacidade que o indivíduo tem em sinalizar de forma adequada as suas necessidades instrumentais e emocionais de forma a garantir que a figura de vinculação possa responder de forma consistente e sistemática (Faria, 2008). A procura de cuidados é vista por Cassidy (2001) como um factor relevante quando os adultos vivem momentos de medo, raiva, tristeza. Nessas alturas, o indivíduo encontra-se biologicamente preparado para procurar cuidados. Esta procura de cuidados requer do indivíduo uma certa sensibilidade para que ele se revele ao outro e partilhe os seus sentimentos. A investigação até à data evidencia que a vinculação segura se encontra positivamente associada a uma procura de cuidados, quer na infância, quer na vida adulta (Mikulincer, Florian & Weller, 1993; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Faria, 2008). Ter a capacidade de cuidar implica intrinsecamente a disponibilidade do indivíduo para tal em momentos de necessidade, ou seja, ter a capacidade para reconhecer os pedidos de ajuda do outro para assim poder proceder à satisfação desse pedido. De acordo com vários autores (Cassidy & Berlin, 1994; Ainsworth, 1978), a autonomia é fundamental para que exista intimidade. Vários estudos evidenciam que a segurança da vinculação se encontra associada a maior autonomia, uma vez que a confiança do indivíduo é fundamental na disponibilidade e responsividade da figura de vinculação. Outro dos aspectos que caracteriza uma relação de vinculação segura tem a ver com a capacidade de negociar, ou seja, na satisfação das necessidades tem de haver negociação entre os sentimentos e desejos (Baxter & Simon, 1993). Para Cassidy (2001), a negociação é aprendida pelo indivíduo no contexto da relação de vinculação, a segurança da relação proporciona ao indivíduo uma sensação de confiança relativamente à sua solidez, o suficiente para aguentar as pressões que decorrem da negociação (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming, & Gamble, 1993; Cooper & Cooper, 1992).

Este facto remete-nos para o estudo das funções da vinculação na idade adulta. Hazan e Zeifman (1999), tal como analisado anteriormente, consideram que a função básica da vinculação em termos da espécie humana é a protecção, uma vez que, é através de uma relação com uma figura mais competente, mais forte e sensível ao indivíduo que se encontra mais vulnerável, com menos capacidades para lidar com as ameaças que se obtém a protecção e cuidados assegurando a sobrevivência. No entanto, Hazan e Zeifman (1999) alertam para a importância de que o conceito de protecção no âmbito das relações de vinculação seja definido de modo a que abarque a globalidade do seu significado e que considere as mudanças desenvolvimentais que distinguem as crianças dos adultos. Só assim se poderá considerar

objectivamente a possibilidade da vinculação ter como função a protecção na infância e vida adulta. Ainsworth (1991) sugere que a vinculação na idade adulta facilitará a competência fora das relações, promovendo a exploração e autonomia do indivíduo. Assim neste sentido, as relações de vinculação desempenham um papel fundamental na satisfação das necessidades de pertença, bem como na satisfação das necessidades de conforto e segurança, proporcionando em simultâneo uma base segura, permitindo aos indivíduos o envolvimento em actividades sentindo-se confiante e autónomo (Ainsworth, 1989). Na vida adulta, as funções das relações de vinculação diversificam-se, desde proporcionar companhia, promover um sentido de competência e ainda promover a partilha de objectivos, intenções ou experiências (Crowell & Treboux, 1995; Weiss, 1982).

Partindo do conceito de MID, Main e colaboradores (1984) procuraram compreender a organização da vinculação a partir da adolescência. Neste sentido, o foco de interesse dos autores foi o estudo das diferenças individuais na organização da vinculação a partir da dimensão representacional. Enquanto na infância os estudos realizam-se a partir da dimensão comportamental da vinculação, Main e colaboradores (1984), procuram, na idade adulta, chegar às diferenças na organização representacional da vinculação, ou seja, aceder às diferenças existentes ao nível dos MID. Neste sentido, George, Kaplan e Main (1984, 1985, 1996) elaboraram um novo procedimento de avaliação, a *Adult Attachment Interview* (AAI), uma entrevista semi-estruturada composta questões referentes às experiências na infância com as figuras de vinculação, que tem como objectivo avaliar memórias autobiográficas relacionadas com experiências de vinculação, procurando focar basicamente o modo como o indivíduo processa e integra essas informações (George, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996; Soares, 1999). A AAI procura activar o sistema de vinculação, privilegiando a ocasião para avaliar a forma como o indivíduo se confronta com as temáticas da vinculação e como integra as suas memórias, contextualizando-as no presente. No âmbito da entrevista, a segurança revela-se através da capacidade que o indivíduo tem de integrar os aspectos positivos e negativos das experiências relevantes sobre a vinculação num todo coerente e objectivo (Soares, 1999). Por outro lado, a insegurança manifesta-se pela incoerência dos episódios descritos e pelas dificuldades em relembrar situações do passado. Com base na AAI, Main e colaboradores (1984, 1985) identificaram três padrões de vinculação: padrão de vinculação seguro, padrão desligado e padrão evitante.

Posteriormente, Hazan e Shaver (1987), influenciados pelos trabalhos de Ainsworth, procuraram avaliar a relação entre os padrões de vinculação na infância e o modo como os indivíduos adultos experienciam e se envolvem nas relações amorosas. Os autores construíram um questionário de auto-relato que solicita aos participantes uma escolha forçada entre três

parágrafos que descrevem diferentes estilos de vinculação amorosa, e que por sua vez, procuram ser a tradução para adultos do sistema de três categorias que Ainsworth e colaboradores identificaram para a infância, o *evitante*, *seguro* e *ansioso/ambivalente* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

De acordo com as investigações de Hazan e Shaver (1987), Shaver e Hazan (1988) e Shaver, Hazan e Bradshaw (1988), os indivíduos classificados com um estilo de vinculação segura caracterizam-se por estabelecer facilmente relações de proximidade e por se sentirem confortáveis com a intimidade estabelecida. As relações de cuidado são recíprocas, cuidando ou permitindo ser cuidados, alternando os papéis de forma harmoniosa e coerente. Estes indivíduos não estão preocupados com a questão do abandono pelas suas figuras de vinculação, ou seja, “a vinculação segura promove proximidade, o sentimento de segurança e bem-estar, a competência social, o funcionamento mental eficaz e a resiliência” (Monteiro, 2012, p. 87). Os indivíduos com estilo de vinculação inseguro-ansioso/ambivalente manifestam algumas dificuldades relativamente à gestão da proximidade com a sua figura de vinculação, sentem necessidade de uma maior proximidade, logo receiam o afastamento e perda das figuras significativas. Já o estilo de vinculação evitante caracteriza-se pelo desconforto que os indivíduos têm relativamente à proximidade e intimidade. Estes indivíduos apresentam dificuldade em confiar no outro, uma vez que percebem as figuras de vinculação como não responsivas e até mesmo rejeitantes. Os indivíduos com este estilo tendem a evitar o cuidar e o ser cuidado. Este instrumento teve um forte impacto no desenvolvimento da investigação no âmbito dos estilos de vinculação em adultos, no entanto apresenta limitações nomeadamente o facto de assumir que cada estilo é completamente independente dos restantes, forçando a classificação dos indivíduos num único parágrafo descritivo

Face a estas limitações, surge a abordagem dimensional tentando colmatar os problemas metodológicos das medidas categoriais. Este tipo de abordagem caracteriza-se pelo desenvolvimento de escalas de avaliação contínuas. Collins e Read (1990) que desenvolveram a *Adult Attachment Scale* são alguns dos autores que se incluem neste grupo. Com esta abordagem procura-se identificar e separar as descrições identificadas em cada um dos parágrafos do instrumento de Hazan e Shaver (1987), transformando-as em mais do que um item, podendo ser avaliados independentemente numa escala de tipo *Likert*, convergindo-se em três dimensões, *Close*, *Depend* e *Anxiety*.

Dentro desta abordagem existe uma grande variedade de estudos publicados dos quais se analisaram alguns considerados relevantes que usaram a *Adult Attachment Scale* como instrumento de avaliação dos estilos de vinculação (Tabela 2).

Tabela 2*Estudos desenvolvidos com o EVA*

Autores	Objectivos	Instrumentos	Amostra/participantes	Resultados
Oliveira (2012)	Analisar se existe relação entre a dor crónica (severidade, interferência e duração), vinculação (dimensões/estilos de vinculação) e acontecimentos de vida stressantes (stress total, distress e eustress).	-Escala de Vinculação do Adulto; -Life Experience Survey; -Inventário Reduzido da Dor.	100 participantes de ambos os sexos com diagnóstico de dor crónica, com idades compreendidas entre 25 e os 90 anos de idade.	-72% apresentam um estilo de vinculação seguro; -5% preocupado; -7% desligado; -6% amedrontado.
Martins (2011)	Analisar a empatia em estudantes universitários e relacionar com os diferentes tipos de vinculação	-Inventário de Empatia; -Escala Básica de Empatia; -Escala de Vinculação do Adulto;	533 estudantes com idades entre os 17 e os 53 anos	-A vinculação segura apresenta valores médios de empatia cognitiva superiores comparativamente ao padrão de vinculação ansioso.
Silva (2011)	Conhecer a associação entre vinculação e competência/inteligência emocional.	-Inventário da Vinculação na adolescência; -Escala da Vinculação do Adulto; -Questionário de Competência Emocional.	100 sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 12 e os 47 anos.	-Os adultos obtiveram em média, e quando comparados com a população de referência, bons resultados nas dimensões da vinculação: Conforto com a Proximidade dos Outros (M=3,84; DP=0,47), confiança nos outros (M=3,46; DP=0,43) e Ansiedade (M=2,20; DP=0,63). -O grupo de adultos sente-se confortável com a proximidade e a intimidade, tem confiança no outro, ou seja, considera que o outro está disponível quando necessita e não tem receio do abandono.
Monteiro (2010)	Analisar de relações entre variáveis de medidas de vinculação e seu potencial impacto nas variações individuais da solidão	-Memórias de Infância; -Escala de Vinculação do Adulto; -Escala da Solidão.	233 estudantes dos cinco anos do Mestrado Integrado em Psicologia.	-Indivíduos confiantes na disponibilidade dos outros, com mais suporte emocional e conforto com a proximidade, apresentam índices inferiores de ansiedade e solidão; -Pontuações mais elevadas em ansiedade, tendem a ser mais solitários.
Arriaga, Veríssimo, Salvaterra, Maia & Santos (2010)	Estudar a qualidade das representações de vinculação comparando os resultados obtidos na Escala de Vinculação do Adulto e Narrativas de Representação da Vinculação em Adultos.	-Escala de Vinculação do Adulto ; -Narrativas de Representação da Vinculação em Adultos;	61 adultos com idades compreendidas entre os 27 e os 58 anos.	-Não existiam diferenças significativas relativamente ao género e à idade; -Correlação significativa positiva entre a variável habilitações literárias e a dimensão Conforto com Proximidade ($r= 0,285$, $p<0,05$).

Autores	Objectivos	Instrumentos	Amostra/participantes	Resultados
Rocha (2009)	Aprofundar o conhecimento das relações entre o apoio social percebido, vinculação nos adultos, processo de facilitação família/trabalho, satisfação familiar, satisfação profissional, <i>stress</i> percebido e bem-estar.	-Escala de Bem-estar Psicológico; -Escala de Satisfação com a Família; -Escala de Satisfação com o trabalho; -Escala de Facilitação do Trabalho na Família; -Escala de <i>Stress</i> Percebido; - Escala de Vinculação do Adulto;	198 sujeitos, com idades entre os 20 e os 65 anos, de ambos os sexos.	-Indivíduos ansiosos percebem uma menor disponibilidade de apoio social e menor satisfação com o mesmo; -Indivíduos seguros tendem a procurar e a disponibilizar mais apoio do que indivíduos inseguros.
Schmidt (2009)	Analisar as relações existentes entre o tipo de vinculação da gestante, sintomas de ansiedade, depressão e nível de vinculação materno fetal.	-Ficha sócio-demográfica; -Escala de Vinculação do Adulto; -Escala de Vinculação Materno Fetal; -Inventário de Depressão de Beck;	136 gestantes entre 18 e 42 anos de idade.	-Associação significativa entre o tipo de vinculação e sintomas depressivos. -O tipo evitante apresenta mais sintomas depressivos; -Na vinculação segura os sintomas depressivos são mínimos.
Santos (2001)	Conhecer os estilos de vinculação e relacioná-los com os processos e estratégias de estudo e de aprendizagem	-Escala de Vinculação do Adulto; -Questionário de Avaliação dos Processos de Estudo e Aprendizagem;	350 estudantes dos 1º, 2º e 3º anos do curso de enfermagem.	-Padrão de vinculação ansioso remete para uma motivação superficial. -Estudantes do 1º ano apresentam níveis mais elevados de vinculação ansiosa comparados com os estudantes dos 2º e 3º anos. -Padrão de vinculação seguro associa-se a motivação e estratégia profundas.

Da análise dos estudos apresentados, importa destacar desde já a ausência de investigação sobre os estilos de vinculação em cuidadores formais, especificamente cuidadores da área do Social. À semelhança do que acontece na investigação internacional, também nos estudos apresentados na Tabela 2 existe maior prevalência do estilo seguro face aos estilos inseguros em amostras de baixo risco. Além disso, globalmente verifica-se que indivíduos seguros tendem a sentir-se mais confortáveis numa relação, demonstrando proximidade e confiança, apresentam um forte suporte emocional, protegendo-o de efeitos adversos. Importa ainda destacar a associação entrada em alguns estudos apresentados entre vinculação insegura e sintomatologia depressiva. Em síntese, face aos resultados obtidos nos estudos em que a vinculação foi avaliada com recursos ao EVA, parece evidente que a vinculação segura se assume como um recurso desenvolvimental importante na vida adulta que permite aos indivíduos lidarem com as exigências e desafios inerentes às tarefas desenvolvimentais da vida adulta.

Para além da abordagem dimensional, na literatura no domínio existe ainda uma outra abordagem – abordagem prototípica – da qual o modelo bidimensional de Bartholomew e Horowitz (1991) e o respectivo questionário desenvolvido para validar o modelo são os trabalhos mais relevantes e dominantes. Considerando o âmbito do nosso trabalho não iremos aprofundar esta abordagem.

Neste contexto, a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969/1982) constitui-se uma “grelha de leitura útil e produtiva pois permite compreender o desenvolvimento emocional e relacional ao longo do ciclo de vida e as implicações destas duas dimensões do desenvolvimento humano para o funcionamento individual numa multiplicidade de papéis, contextos e períodos de vida” (Faria & Bastos, 2010, p. 419). Assim, as diferenças individuais ao nível da vinculação são muito relevantes para compreender quer a capacidade adaptativa, quer inadaptativa individual ao longo do ciclo de vida. Neste sentido, a vinculação estabelece-se na infância, continuando assim a manifestar-se ao longo da vida, principalmente quando o indivíduo se sente perturbado, procurando auxílio e protecção junto de outros significativos (Soares, 2000). Tal como já vimos anteriormente, se as necessidades dos primeiros anos de vida forem satisfeitas pelos cuidadores de forma responsiva, sensível e regular estabelece-se um vínculo seguro, estruturando, assim, um *self* confiante e com capacidades para enfrentar situações mais complexas ou exigentes (Zavashi, 2003). A relação estabelecida com as figuras de vinculação permite que se estruture bases para que se desenvolva uma auto-imagem positiva, sendo esta, percebida como gratificante, diminuindo a probabilidade de perturbações psicológicas, provocada por eventos stressantes. Como afirmam Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson e Egeland (1997), uma vinculação segura vai promover a proximidade, o sentimento de

segurança e bem-estar, como também promover um funcionamento mental eficaz. Por outro lado, no âmbito da literatura no domínio, actualmente, os estilos inseguros são perspectivados como factores de risco do ponto de vista desenvolvimental e adaptativo, logo potencialmente associados a maior vulnerabilidade que em momentos de maior exigência ou desorganização podem conduzir a perturbações no funcionamento individual. Ou seja, actualmente assume-se que a vinculação segura representa um recurso (intra e interpessoal) importante do ponto de vista do desenvolvimento e capacidade de adaptação e funcionamento individual, e a vinculação insegura como uma vulnerabilidade que pode colocar a pessoa numa posição de maior desvantagem face às exigências e dificuldades do dia-a-dia. Importa, no entanto, salientar que a posição dominante a este propósito é uma leitura probabilística da relação entre vinculação e (in)adaptação e não uma leitura determinista (Sroufe, 2007). Neste sentido passaremos a analisar algumas das evidências mais relevantes da investigação a este propósito.

De acordo com Hammen, Henry e Daley (2000), a sintomatologia depressiva pode surgir como resultado de uma vinculação adulta insegura, uma vez que pessoas com este tipo de vinculação tendem a interpretar os acontecimentos interpessoais com algum nível de stress. Assim, indivíduos inseguros, nomeadamente com estilo evitante, ambivalente ou desorganizado, são aqueles que se encontram mais vulneráveis a factores depressivos, tais como, fraco apoio social, abuso e/ou negligência infantil (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002). É de referir que indivíduos com vinculação insegura durante a infância apresentam mais dificuldades na resolução de problemas e que, por sua vez, têm níveis de ansiedade elevados e dificuldades na gestão emocional (Miljkovitch, 2004). Mulheres com estilos de vinculação adulta inseguro, particularmente evitante, com depressão moderada e em recuperação, tendem a apresentar experiências mais negativas de relacionamento com os seus pais (Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994). Por sua vez, Rankin, Saunders e Williams (2000) verificaram que o estilo de vinculação inseguro relaciona-se com sentimentos de pertença muito baixos e menor apoio social, o que por sua vez aumenta a probabilidade de desesperança e, conseqüentemente, estados depressivos. No mesmo sentido, Hazan e Shaver (1990) verificaram que adultos com vinculação insegura apresentavam mais depressão do que os adultos com vinculação segura. Num estudo desenvolvido por Carnelley, Pietromonaco, e Jaffe (1994, cit. in Canavarro, 1999), verificou-se uma relação entre experiências menos positivas na infância com os pais, com quem a vinculação foi insegura (evitante e preocupada) e a depressão na vida adulta.

Alguns estudos sobre a vinculação no adulto e depressão (Canavarro, 1999), demonstraram que quanto maior for o grau de depressão, mais acentuados são os padrões de

vinculação ansiosa, ambivalente e evitante. Este resultados sugerem ainda que padrões de vinculação insegura associam-se a atitudes disfuncionais, menor auto-estima e, conseqüentemente, mais sintomas depressivos ao longo do tempo. Num estudo longitudinal de dois anos, Cozzarelli, Karafa, Collins e Tagler (2003), constataram que o estilo de vinculação inseguro apresenta uma relação significativa com sintomatologia clínica, inclusive depressiva, evidenciando que estilos de vinculação seguros estão associados a respostas mais construtivas e adaptativas perante conflitos e stress do que os estilos inseguros. Por sua vez, também Batgos e Leadbeater (1994) relacionaram de forma significativa estilo de vinculação inseguro com as perturbações depressivas. Já Diamond e Blatt (1994) evidenciaram que indivíduos com vinculação insegura, particularmente aqueles que apresentam comportamentos de vinculação ansiosos/ ambivalentes ou evitantes, tendem a apresentar maior risco de depressão.

No entanto, a investigação tem evidenciado resultados controversos relativamente à associação entre o estilo de vinculação e perturbação psicológica ou inadaptação (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002). Enquanto alguns estudos associam os sintomas depressivos a estilos mais ansiosos e ambivalentes, como preocupado e evitante, outros estudos encontram este tipo de associação apenas com o estilo evitante. Para além disso, argumentam que as diferenças nestes resultados são devidas à diversidade de medidas e categorizações dos estilos de vinculação, pelo que sugerem que é necessária mais investigação para melhor compreender o potencial efeito mediador da vinculação entre as experiências do passado e a perturbação actual. Tal como referem alguns autores (Soares, 2000; Cozzarelli, Karafa, Collins & Tagler, 2003), o ser humano não é apenas produto das suas experiências passadas, mas também se transforma no presente.

No que se refere ao papel da vinculação no âmbito profissional, os trabalhos de Hazan e Shaver (1990) são uma referência central quer por terem sido pioneiros neste domínio, quer pelo tipo de evidências reunidas. Assim, de acordo com os trabalhos desenvolvidos por Hazan e Shaver, os indivíduos com estilos de vinculação seguros têm auto-relatos de sucesso e de satisfação laboral, com menos medo de falhar e pouca preocupação relativamente ao desempenho e à avaliação dos colegas. Já os adultos com estilo de vinculação evitante tendem a demonstrar uma atitude semelhante aos indivíduos com estilo de vinculação seguras nas suas actividades de exploração, adoptando no trabalho uma postura compulsiva, no entanto diferenciam-se destes evitando interacções com os outros. Do ponto de vista da exploração, os adultos com estilos de vinculação evitante tenderão preferencialmente a trabalhar sozinhos, evitando assim qualquer tipo de socialização ou convívio, sofrendo vários danos ao nível da saúde e das relações íntimas e sociais. Por fim, os adultos com estilo de vinculação ansioso/ambivalente tendem a centrar-se na manutenção da proximidade com os outros,

preferem trabalhar com os outros e a ficarem sobrecarregados com tarefas como forma de agradar aos outros, ou seja, a exploração é utilizada para atrair a atenção e a aprovação dos outros. Estes indivíduos preocupam-se excessivamente com as questões relacionadas com a vinculação, sendo considerado como uma distração da actividade profissional, ou seja, associa-se a uma incapacidade de terminar determinados trabalhos e dificuldade em cumprir os prazos estipulados. Assim nesta vertente, os indivíduos com estilo de vinculação ansioso/ambivalente preferem trabalhar com os outros do que sozinhos (Hazan & Shaver, 1990).

Baseado no trabalho de Hazan e Shaver (1990), Fonseca, Soares e Martins (2006), desenvolveram uma investigação com o objectivo de estudar os vários estilos de vinculação em adultos e a orientação face ao trabalho. Participaram quinhentos e noventa e oito indivíduos, dos quais 53,0% são do sexo feminino. A idade dos participantes está compreendida entre os 18 e os 67 anos, com uma média de 34,5 anos ($DP = 9,83$). Relativamente às habilitações académicas, 24,8% frequentou ou completou a escolaridade mínima obrigatória (9.º ano), 34,8% concluiu a licenciatura e 3,8% tem mestrado ou doutoramento. Relativamente ao estado civil, 43,8% são solteiros, 51,5% casados ou vivem em união de facto e os restantes são divorciados, separados ou viúvos. Nesta investigação recorreu-se à versão portuguesa (Fonseca & Soares, 2005) do *Loving/Working: Are They Related?* de Hazan e Shaver (1990). Este instrumento de auto-relato pretende avaliar o estilo de vinculação e as temáticas relacionadas com as relações amorosas/amor, bem como as relações profissionais, o trabalho e o lazer. Os resultados obtidos revelam que 67,4% dos participantes apresentam estilo de vinculação seguro e 32,6% inseguro, sendo que, dentro deste 17,2% são ansiosos/ambivalentes e 15,4% evitantes. Relativamente à actividade profissional, mais precisamente a orientação para o trabalho, verificou-se que 66,5% dos participantes se identifica com uma orientação segura, 25,6% com uma orientação-insegura ansiosa/ambivalente e 7,9% com uma orientação insegura-evitante. Por sua vez, não foi encontrada nenhuma associação significativa entre o estilo de orientação para o trabalho e o género. Por outro lado, foi encontrada uma relação significativa entre os estilos de vinculação e a orientação para o trabalho. Assim, 75,7% dos indivíduos com estilo de vinculação seguro também se identifica com uma orientação segura para o trabalho, 46,7% dos participantes com estilo de vinculação ansiosa/ambivalente tendem a identificar-se com uma orientação para o trabalho também ansiosa/ambivalente. No entanto, esta relação não foi encontrada para os indivíduos com estilo de vinculação evitante, os quais só minoritariamente, cerca de 12,6%, se identificam com o mesmo tipo de orientação para o trabalho. Os resultados revelaram a existência de diferenças significativas entre os três estilos de vinculação na

maioria das dimensões consideradas. Indivíduos classificados com estilo de vinculação segura apresentam níveis mais elevados de satisfação relativamente ao contexto profissional do que os indivíduos com estilo de vinculação insegura, ansiosa/ambivalente ou evitante, os quais não diferem entre si. Novamente são os indivíduos seguros que revelam maior satisfação com o contexto profissional e menor medo de falhar, pelo que são os que menos consideram que a actividade profissional prejudica as relações interpessoais e a saúde individual e consideram ter poucas preocupações relativamente à realização e conclusão de tarefas. No entanto, na amostra portuguesa, a percentagem de indivíduos com estilo ansioso/ambivalente é superior à dos evitantes. Para além disso, os resultados obtidos neste estudo sugerem que o comportamento exploratório está ao serviço do sistema de vinculação através do investimento no trabalho. Deste modo, o contexto profissional assume-se como essencial na idade adulta, na medida em que se considera uma tarefa desenvolvimental organizada e, por sua vez, organizadora do próprio desenvolvimento individual (Fonseca, Sores & Martins, 2006). Em síntese, dos resultados obtidos, conclui-se que diferentes estilos de vinculação se associam a diferenças individuais na orientação face ao trabalho. Tal como referem os autores, “o contexto profissional assume-se como de primordial importância na idade adulta, constituindo uma tarefa desenvolvimental organizada e organizadora do próprio desenvolvimento do indivíduo” (Fonseca, Soares & Martins, 2006, p.204).

De um modo geral, os resultados do estudo português vão de encontro aos resultados encontrados nos estudos pioneiros de Hazan e Shaver (1987, 1990), Shaver e Hazan (1988), Shaver, Hazan e Bradshaw (1988). Os indivíduos classificados com estilo de vinculação segura apresentam níveis mais elevados de satisfação relativamente ao contexto profissional onde estão inseridos do que aqueles com estilo de vinculação inseguro, ansiosa/ambivalente ou evitante. Assim, os indivíduos seguros revelam maior satisfação com o contexto profissional e menor medo de falhar, para além disso, consideram que a actividade profissional não prejudica as relações sociais e a saúde e tendem a apresentar também, menos preocupação face à realização e conclusão de tarefas.

Para todos os seres humanos, inclusive os cuidadores formais, o sistema de vinculação é um potencial recurso na vida adulta. Tal como vimos anteriormente, a qualidade da vinculação está relacionada com o crescimento da auto-confiança, da auto-estima, da capacidade de regulação emocional e a emergência e curso da competência social desde a infância à vida adulta. Este recurso é fundamental em situações de maior exigência na vida pessoal e profissional, como pode ser o caso da prestação de cuidados.

4. Exercício da Actividade Profissional no Âmbito do Social

Actualmente ter uma actividade profissional significa segurança, mas também serve é fonte de realização pessoal, independência económica e desenvolvimento de relações sociais. De acordo com Giddens (2003, p. 377) “ter um emprego é importante para se preservar o respeito por si próprio. Mesmo quando as condições de trabalho são relativamente desagradáveis e as tarefas a realizar monótonas, o trabalho tende a ser um elemento estruturante na constituição psicológica das pessoas e no ciclo das suas actividades diárias”. Ainda na mesma perspectiva, o autor refere existir diversas características do trabalho nomeadamente, dinheiro, nível de escolaridade, variedade, estrutura temporal, contactos sociais, identidade pessoal. Ter um emprego significa fonte de rendimento, a grande maioria das pessoas que trabalham recebem um salário. Para além disso, com o trabalho as pessoas vão adquirindo formação e competências e acesso a diferentes ambientes e novas culturas. Os assalariados têm a sua vida organizada em função do seu emprego, tendo para isso, um horário laboral. O trabalho possibilita a criação de laços de amizade e partilha a um nível pessoal, ou seja, a pessoa é valorizada, existindo, assim, uma estabilidade ao nível da identidade pessoal.

Assim um indivíduo que não exerce uma actividade profissional pode sentir a sua confiança diminuída relativamente ao seu valor social (Giddens, 2003). O homem vai adquirindo conhecimento e transforma-o em competências para desempenhar as suas funções. O trabalho “ é uma actividade através da qual o homem conhece, se apropria e transforma a natureza exterior, bem como, a sua própria natureza interior” (Wambier, 2001, p.72). Para além disso, com o trabalho as pessoas podem obter bens essenciais para a sua sobrevivência, ou seja, “é uma actividade que se dirige para a satisfação das necessidades humanas” (Wambier (2001, p.72). Para se manterem vivos, todos os homens devem relacionar-se com o mundo do trabalho “não são só os trabalhadores (adultos, adolescentes e crianças) vinculados ao mercado formal ou informal de trabalho, que possuem uma relação com o mundo do trabalho: os desempregados, as crianças, os velhos, os doentes, os indigentes, enfim, todos aqueles que não exercem uma actividade directa ou indirectamente produtiva, também, mantêm uma relação com o mundo do trabalho” (Ibidem). Portanto o trabalho é entendido como um elo de ligação entre a sociedade e o homem, independentemente da sua faixa etária ou nível social. Neste sentido, concebe-se o trabalho como uma forma de acção especificamente humana, por meio do qual o indivíduo cria e desenvolve estruturas, relacionando-se com outras pessoas, resumindo, produz a consciência do indivíduo e todo o conhecimento que lhe possibilitarão viver em sociedade.

Toda a actividade profissional exige dos indivíduos qualificações específicas para conseguir colocá-la em prática (Étienne, Bloess, Noreck & Roux, 1998). Para que todas as pessoas possam trabalhar, têm de alcançar conhecimento nesse sentido, uma vez que, cada posto de trabalho tem diversas funções/tarefas relacionadas entre si. Neste sentido, a formação é essencial, na medida em que é determinante para a escolha de qualquer emprego. Kuenzer (1985, cit. in Manfredi, 1998, p.6) salienta que “a formação para o trabalho é definida como treinamento básico, conhecimento ou formação escolar necessários para o exercício da função; esse conhecimento ou formação podem ter sido adquiridos ou por instrução formal ou por treinamento preliminar em trabalhos de menor grau, ou pela combinação desses meios”.

Do ponto de vista da formação, o que realmente importa é garantir que os trabalhadores estejam preparados para desempenhar qualquer tarefa/função específica (Manfredi, 1998), ou seja, cada trabalhador vai desempenhar funções específicas, para poder executá-las terá de conseguir novas qualificações. Leite (1996 cit. in por Manfredi, 1998, p.11) refere que a noção do termo qualificação passa essencialmente pela “capacidade de mobilizar saberes para dominar situações concretas de trabalho e transpor experiências adquiridas de uma situação concreta a outra. A qualificação de um indivíduo é sua capacidade de resolver rápido e bem os problemas concretos mais ou menos complexos que surgem no exercício de sua actividade profissional”. O homem adquire conhecimento e competências que o vão ajudar diariamente na execução das suas tarefas, esse conhecimento e competências servem também para facilitar o desempenho das mesmas.

Para pôr em prática o exercício das capacidades adquiridas é fundamental mobilizar uma série de competências adquiridas ou construídas, durante todo o percurso de vida, nomeadamente: “o saber fazer, saber ser e o saber agir” (Manfredi, 1998, p.11). O saber-fazer assenta em dimensões técnico-científicas adquiridas ou não pela experiência profissional. O Saber-ser dota o indivíduo de capacidade de iniciativa, com fortes traços de personalidade e carácter, surgindo assim o saber agir subjacente às exigências de intervenção.

Todos os sectores requerem dos profissionais certas exigências específicas relativamente à qualificação, sendo o sector terciário um exemplo disso. Deluiz (1994) desenvolveu uma tipologia que envolve cinco grupos de competências, entre elas, competências (1) básicas e específicas relativas a um grupo específico de ocupações; (2) competências organizacionais e metódicas; (3) competências comunicacionais; (4) competências sociais; e (5) competências comportamentais. As competências básicas podem ser entendidas como habilidades mais essenciais, como ler, interpretar, calcular, até chegar ao desenvolvimento de funções cognitivas que propiciem o desenvolvimento de raciocínios mais elaborados. As competências específicas estão estreitamente relacionadas com o trabalho e

dizem respeito aos saberes, saber-fazer e saber-ser; são exigidas por postos, profissões ou trabalhos mais exigentes que recobre dimensões práticas, técnicas e científicas. As competências de gestão estão relacionadas com as competências de autogestão, de empreendimento e de trabalho em equipa (Manfredi, 1998). Com todas estas competências desenvolvidas as pessoas vão estar aptas para poderem desempenhar as suas funções, gerindo as dificuldades encontradas no quotidiano.

Sendo a actividade profissional no âmbito do Social, uma actividade direccionada geralmente para populações de maior fragilidade, requer por sua vez, competências ainda mais específicas das apresentadas anteriormente. Especificamente, o exercício profissional junto de pessoas mais velhas, no âmbito da gerontologia social, pela especificidade, complexidade, heterogeneidade e multiplicidade associadas ao processo de envelhecimento, requer muito provavelmente conhecimentos científicos e técnicos, competências e atitudes/posturas muito diferenciadas e particulares.

Actualmente, a intervenção dos profissionais em ciências sociais no campo dos agentes de gestão do envelhecimento contribui para difundir novas problemáticas, ao nível da população idosa. Segundo Porcel (2001), os serviços para a população idosa têm de ser específicos, tendo em atenção as características das mesmas, a fim de garantir qualidade, intimidade e privacidade dos serviços. Daí a necessidade de perceber realmente o porquê da problemática do envelhecimento. Neste sentido, torna-se nuclear a necessidade de assegurar que o atendimento à população idosa seja personalizado, na medida em que, somos todos diferentes, e necessitamos todos de coisas diferentes. Para além disso, os idosos possuem uma série de características que se tornam num desafio para os profissionais desta área. É fundamental que estes profissionais tenham uma série de competências de carácter prático que as ajudem a resolver situações difíceis (Ballesteros, 2009). “Estes profissionais, tal como os técnicos de saúde que actuam neste contexto, possuem competência técnica e/ou clínica, e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento, sendo, por isso, remunerados”. (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2011, p.2). Para além destas competências teórico-práticas, os profissionais do Social também têm que estar receptivos ao trabalho em equipa com outros profissionais, portanto deverão também ter “competências para trabalhar em equipa multidisciplinar, de modo a garantir e proporcionar a segurança, manter o bem-estar, e ainda, uma especial atenção sobre a Qualidade de Vida dos idosos” (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2011, p.2).

Com o aumento do número de pessoas idosas assistimos a profundas mudanças de carácter económico e social. Associadas às mudanças, surgem novas tendências geracionais, quadro que desencadeia questões de vária ordem (social, político e económico) provocando

modificações ao nível das redes sociais. Cuidar representa um importante desafio que integra, por vezes, longos períodos de tempo, sobrecarga emocional e, mesmo, desgaste mental, físico e/ou custos financeiros. No entanto, para além dos aspectos negativos, a prestação de cuidados também tem a sua vertente positiva, nomeadamente, a gratificação e satisfação com a vida. Evidencia-se a importância da qualidade teoria da vinculação como recurso desenvolvimental face às exigências e desafios da vida adulta, nomeadamente o exercício profissional no âmbito da prestação de cuidados.

Objectivos do Estudo

Os tópicos anteriores relativos ao tema em estudo, envelhecimento, vinculação, e prestação de cuidados formais por parte dos profissionais do social, permitiram estruturar o enquadramento conceptual e empírico que fundamenta o estudo que apresentamos de seguida. No contexto da nossa investigação, é nosso interesse conhecer os profissionais do Social que exercem no âmbito de organizações sociais de retaguarda ao envelhecimento, sendo que foram especificamente formulados os seguintes objectivos de investigação:

- Caracterizar os cuidadores formais, profissionais que exercem no âmbito de organizações sociais de retaguarda ao envelhecimento, ao nível sócio-demográfico e profissional.

- Caracterizar os participantes ao nível de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva.

- Analisar a relação entre estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva em profissionais de organizações sociais de retaguarda ao envelhecimento.

Capítulo II

Método

Tendo por base a revisão da literatura realizada no domínio, apresentamos de seguida as opções metodológicas do nosso estudo.

Participantes

Participaram no presente estudo 39 profissionais a desempenhar funções em instituições ligadas à área do envelhecimento do distrito de Viana do Castelo. Como critério de inclusão no estudo definiu-se que os participantes teriam de possuir formação superior (licenciatura ou bacharelato) na área das ciências sociais.

Instrumentos

Dada a natureza do estudo foi construído um protocolo de avaliação composto por Ficha sócio-demográfica, Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra & Pio de Abreu, 1973), Escala de Vinculação de Adulto (EVA, Canavarro, 1996) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS, Neto, 1990).

Ficha Sócio-demográfica

A Ficha Sócio-demográfica permitiu obter informação socio-demográfica, bem como informação relativa à formação, experiência profissional (prévia e actual) e caracterização do contexto profissional.

Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento construído por Beck em 1996/1997 e adaptado para Portugal por Vaz-Serra e Pio Abreu em 1973. O BDI é uma escala de auto-relato constituída por 21 itens distribuídos por 21 diferentes manifestações de depressão e organiza-se em torno de 6 parâmetros de avaliação da sintomatologia depressiva do tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional. Cada um dos seus itens é constituído por 4 ou 5 afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma. Esta escala tem como principal objectivo diferenciar todos os elementos de uma população depressiva, em confronto com elementos de outras populações não depressivas, ou seja, avaliar quantitativamente a intensidade da depressão. Beck (1996, 1997) propôs uma escala que permitisse valorizar este quadro clínico nas suas múltiplas facetas: afectivas, motivacionais, cognitivas e físicas, pois os sentimentos depressivos nem sempre se encontram presentes nos casos leves ou moderados de depressão. Actualmente, o BDI é um dos instrumentos mais utilizado quer na prática clínica, quer na investigação (Campos & Gonçalves, 2011).

Na versão portuguesa é sugerido como ponto de corte entre a população deprimida e normal o valor de 12 pontos (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973). Por sua vez, foram introduzidas algumas variações em relação à versão original. Cada grupo de sintomas é formado por um conjunto de perguntas que variam entre quatro ou seis, ordenadas progressivamente segundo a ordem de gravidade. Quando existem mais de quatro alternativas de respostas é porque algumas são equivalentes, isto é, têm o mesmo valor de outros também existentes “ permitindo uma maior maleabilidade de escolha” (Vaz- Serra & Pio Abreu, 1973, p. 5). Na validação da Escala os autores obtiveram um *alfa de Cronbach* de 0,85.

Escala de Vinculação do Adulto

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) é versão portuguesa da *Adult Attachment Scale*, desenvolvida por Collins e Read (1990) para avaliar o estilo de de vinculação (Canavarro, 1997). A EVA é uma escala de auto-relato constituída por 18 itens cujas respostas são apresentadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, no qual 1 representa “nada característico em mim” e 5 “extremamente característico em mim” e permite avaliar três estilos de vinculação: seguro, evitante e ansioso (Canavarro, 1997). A análise factorial dos 18 itens permitiu identificar três factores: Factor 1 – Vinculação Ansiosa, Factor 2 – Vinculação Segura, Factor 3 – Vinculação Evitante. A vinculação ansiosa caracteriza-se pela vontade de manter a proximidade dos parceiros, o que é conseguido por níveis elevados de hipervigilância especialmente no que se refere a sinais de separação, sendo a presença e disponibilidade dos parceiros percebida como incerta. A vinculação segura caracteriza-se pela percepção dos parceiros como responsivos às necessidades do indivíduo, o que fomenta sentimentos de segurança e bem-estar. Por fim, a vinculação evitante refere-se a estratégias de desvalorização da importância das relações, sendo os parceiros percebidos como fontes de stress e não confiáveis (Canavarro, 1997). Relativamente à fiabilidade da escala, Canavarro (1997) nos seus estudos verificou que os valores de consistência interna eram adequados para a escala em geral, com um *alpha de Cronbach* de .74.

Escala de Satisfação com a Vida

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985) e adaptada para Portugal por Neto (1990). A escala foi desenvolvida nos Estados Unidos como sendo uma escala multidimensional, assegurando uma avaliação global da satisfação com a vida. A SWLS, na sua versão original, é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, pelo que a pontuação

pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio. Diener e colaboradores (1985) referem um coeficiente alfa de *Cronbach* de .87 e no teste-reteste, após dois meses, um coeficiente de estabilidade .82. A validade de constructo do instrumento é visível pelas correlações positivas e significativas que o mesmo apresenta com os outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida, apresentando uma convergência adequada com as referidas medidas, incluindo medidas utilizadas em diferentes abordagens metodológicas (Diener *et al.*, 1985; Pavot *et al.*, 1993). Por outro lado mostrou estar negativamente relacionado com a depressão, com o afecto negativo, a ansiedade e ou neuroticismo (Diener *et al.*, 1985; Larsen, Diener & Emmons, 1985; Blaise, Vallerand, Pelletier & Briere, 1989; Pavot & Diener, 1993).

A Escala de Satisfação com a Vida utilizada neste estudo corresponde à versão portuguesa da Satisfaction with Life Scale de Diener, Emmons, Laisen e Griffin (Neto, Barros, & Barros, 1990). Desta escala fazem parte cinco afirmações com as quais os participantes têm de concordar ou discordar através de uma escala de Likert, com pontuação de 1 a 7, correspondendo o 1 a fortemente em desacordo e o 7 a fortemente de acordo. No que concerne consistência interna Neto e colaboradores (1990) verificaram um alfa de Cronboach no valor de 0.78.

Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados teve início com um contacto telefónico com os potenciais participantes, no sentido de apresentar os objectivos do estudo, assim como os processos de recolha de dados, tendo sido definido um momento presencial em que a investigadora se encontrou com os participantes individualmente a fim de entregar o protocolo de avaliação e esclarecer potenciais dúvidas. Os participantes encontravam-se a trabalhar em instituições do âmbito do envelhecimento em diferentes concelhos do Distrito de Viana do Castelo. A maioria dos participantes ficaram com os protocolos, tendo ficado definido um momento posterior em que a investigadora regressaria para recolher os protocolos preenchidos e fechados em envelope. Os restantes participantes optaram por preencher os protocolos no momento do primeiro contacto devolvendo-os, igualmente, em envelope fechado.

Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados obtidos recorreu-se ao programa de análise estatística SPSS versão 19.0. Tendo por referência os objetivos do estudo, realizaram-se, em primeiro lugar,

análises de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão, a nível da caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e das variáveis dependentes consideradas no presente estudo (estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva).

Posteriormente, realizaram-se análises de estatística inferencial com o objectivo de analisar a relação entre o género, o estado civil, o cargo desempenhado na instituição e as variáveis em estudo (estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva). Uma vez que a análise exploratória de dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, recorreu-se à utilização do teste não-paramétrico *Mann-Whitney*. Em detrimento das ordens médias, optou-se por apresentar os valores da média e do desvio-padrão para descrever os grupos relativamente às variáveis dependentes, uma vez que a utilização dos valores originais das variáveis facilita a leitura dos resultados obtidos.

A prossecução dos objetivos do estudo implicou ainda o cálculo de associações simples entre as variáveis dependentes (estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva). Para tal, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Tendo em consideração o tamanho da amostra do presente estudo, além da significância estatística, os resultados obtidos foram analisados atendendo à força das associações encontradas (Field, 2005), de acordo com as convenções definidas por Cohen (1992): r_s de .10 é considerado pequeno revelando uma associação fraca, um r_s de .30 é considerado médio e revela uma associação moderada e um r_s de .50 é considerado grande e revela uma associação forte.

Capítulo III

Apresentação dos Resultados

O presente capítulo tem como propósito apresentar os resultados obtidos a partir das análises estatísticas conduzidas, de acordo com os objetivos de investigação definidos. Assim, em primeiro lugar são apresentados os resultados relativos à caracterização dos participantes no que respeita às variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como uma breve caracterização das instituições onde exercem actividade profissional. Seguidamente caracteriza-se os participantes em termos de vinculação, sintomatologia depressiva e satisfação com a vida e são analisadas as relações entre as variáveis em estudo.

Caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes

Tal como referido no Método, participaram no presente estudo 39 profissionais a desempenhar funções em instituições ligadas à área do envelhecimento. A maioria é do género feminino (76,9%), solteira (43,6%) e com licenciatura (76,9%). Em média, os participantes têm 30,62 anos ($DP = 4,72$), variando entre 22 e 40 anos (Tabela 3).

Tabela 3.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

	<i>M (DP)</i>	<i>Min. – Max.</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade	30,62 (4,72)	22 - 40		
Género				
Masculino			9	23,1
Feminino			30	76,9
Estado civil				
Solteiro			17	43,6
Casado			16	41,0
União de facto			1	2,6
Divorciado			5	12,8
Habilitações académicas				
Bacharelato			3	7,7
Licenciatura			30	76,9
Mestrado			6	15,4

Relativamente às variáveis relacionadas com a atividade profissional dos participantes, como é possível verificar na Tabela 4, em média, os participantes desempenham funções em instituições na área do envelhecimento há cerca de 5,45 anos ($DP = 4,25$).

Relativamente ao tempo de serviço na instituição onde atualmente exercem funções, o valor médio é de 4,93 anos ($DP = 3,15$), variando entre 0,08 e 13 anos.

Quanto ao cargo desempenhado pelos participantes na instituição, verifica-se que 41% são diretores técnicos, 25,6% assistentes sociais e 15,4% psicólogos.

É de referir ainda que a grande maioria dos participantes (97,4%) se encontra em regime de tempo integral na instituição com uma carga horária média de 7,50 horas diárias ($DP = 0,77$).

Tabela 4

Caracterização profissional dos participantes

	<i>M (DP)</i>	<i>Min.-Max.</i>
Tempo de serviço na área do envelhecimento (em anos)	5,45 (4,25)	0,5 – 15
Tempo de serviço na actual instituição (em anos)	4,93 (3,15)	0,08 – 13
	<i>n</i>	<i>%</i>
Cargo na instituição		
Director técnico	16	41,0
Assistente social	10	25,6
Psicólogo	6	15,4
Sociólogo	3	7,7
Técnica de animação	2	5,1
Técnica de recursos humanos	1	2,6
Psicomotricista	1	2,6
Horário de trabalho	<i>n</i>	<i>%</i>
Tempo integral	38	97,4
Tempo parcial	1	2,6
	<i>M (DP)</i>	<i>Min.-Max.</i>
Carga horária em horas ($N = 37$)	7,50 (0,77)	6 - 10
Tipo de função exercida nas instituições	<i>n</i>	<i>%</i>
Avaliação e acompanhamento psicológico	6	16,2
Atendimento/encaminhamento e apoio social	19	51,4
Gestão de recursos humanos, materiais e financeiros	14	37,8
Planeamento e execução de actividades	8	21,1
Direcção e coordenação técnica	13	35,1
Outros	4	10,8

Tabela 4*Caracterização profissional dos participantes*

	<i>n</i>	%
Principais dificuldades/desafios		
Défice recursos humanos	10	25,6
Défice recursos financeiros	12	30,8
Envolvimento reduzido dos idosos nas dinâmicas da instituição	7	17,9
Relação profissionais-direcção	5	12,8
Elevado grau de dependência dos idosos	6	15,4
Outras dificuldades ou desafios	7	17,9
Principais aspectos positivos		
Realização profissional e pessoal	13	33,3
Aprendizagem e partilha de experiências de vida	8	20,5
Promoção da qualidade de vida dos idosos	14	35,9
Qualidade da relação técnico-idoso	5	12,8
Outros aspectos positivos	9	23,1

Tendo ainda por referência a tabela 4, é de salientar que os participantes exercem uma grande variedade de funções, sendo de destacar atendimento/encaminhamento e apoio social dos idosos (51,4%), gestão de recursos humanos, materiais e financeiros (37,8%) e direcção e coordenação técnica (35,1%).

Relativamente às dificuldades ou desafios identificados pelos participantes no âmbito do exercício profissional, destaca-se défice de recursos financeiros (30,8%) e défice de recursos humanos (25,6 %). Como aspetos positivos do exercício profissional referidos pelos participantes, salienta-se realização profissional e pessoal (33,3%) e promoção da qualidade de vida dos idosos (35,9%).

No que diz respeito à caracterização das instituições onde os participantes se encontram atualmente a desempenhar funções (tabela 5), verifica-se que a maioria se localiza em meio rural (68,4%).

Tabela 5*Caracterização das instituições de pertença dos participantes*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Localização da instituição (N = 38)		
Rural	26	68,4
Urbano	12	31,6
Serviços disponibilizados pela instituição		
Apoio domiciliário	27	69,2
Centro de dia	26	66,7
Centro de noite	2	5,1
Centro de convívio	10	25,6
Lar	20	51,3
Outro(s)	2	5,1
	<i>M (DP)</i>	<i>Min.-Max.</i>
Número de serviços disponibilizados pela instituição	2,23 (0,84)	1 - 4
	<i>n</i>	<i>%</i>
Um serviço	7	17,9
Dois serviços	19	48,7
Três serviços	10	25,6
Quatro serviços	3	7,7
	<i>M (DP)</i>	<i>Min.-Max.</i>
Número de idosos por serviço		
Apoio domiciliário (N = 27)	1,03 (17,55)	0 - 65
Centro de dia (N = 26)	1,03 (10,24)	0 - 32
Centro de noite (N = 2)	0,74 (3,57)	0 - 21
Centro de convívio (N = 10)	8,64 (15,85)	0 - 55
Lar (N = 20)	19,51 (28,57)	0 - 13
Outro(s) (N = 2)	0,62 (3,84)	0 - 24
	<i>n</i>	<i>%</i>
Existência de outros profissionais na instituição		
Sim	34	87,2
Não	5	12,8
Outros técnicos superiores existentes na instituição		
Técnicos da área da Saúde	14	41,2
Técnicos da área do Social	28	82,4
Técnico da área da Educação	4	11,8
Outros técnicos	6	17,6

Quanto aos serviços disponibilizados, refira-se que mais de metade das instituições dispõe de apoio domiciliário (69,2%), de centro de dia (66,7%) e de Lar (51,3%). Aproximadamente metade das instituições (48,7%) proporciona dois serviços para a população idosa. Quanto ao número de idosos apoiados por serviço, destaca-se a valência de Lar como o serviço com um maior número de idosos ($M = 19,51$, $DP = 28,57$).

No que refere aos colaboradores, dos participantes inquiridos, 87,2% afirmaram a existência de outros profissionais com formação superior na instituição, maioritariamente da área do social (82,4%).

Caracterização dos participantes em termos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva

Quanto aos resultados obtidos na da Escala de Vinculação do Adulto, é de salientar que, na amostra total, o estilo de vinculação seguro é aquele que apresenta valores médios mais elevados ($M = 3,08$, $DP = 0,42$), sendo o estilo de vinculação ansioso aquele que apresenta valores médios mais baixos ($M = 2,09$, $DP = 0,52$).

Relativamente aos resultados descritivos obtidos pela amostra total a nível da satisfação com a vida e da sintomatologia depressiva, importa destacar a variabilidade encontrada entre os participantes em cada uma das medidas.

Tabela 6

Estatísticas descritivas obtidas na amostra total para os estilos de vinculação, a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min. – Max.</i>
Estilos de vinculação			
Ansioso	2,09	0,52	1,00 – 3,38
Seguro	3,08	0,42	2,20 – 4,00
Evitante	2,40	0,58	1,00 – 3,80
Satisfação com a vida	22,51	5,50	11,00 – 31,00
Sintomatologia depressiva	10,49	3,96	8,00 – 24,00

Associação entre as variáveis em estudo

Em primeiro lugar, procedemos à análise da relação entre o género, o estado civil, o cargo desempenhado na instituição e as variáveis em estudo (estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva).

À exceção da sintomatologia depressiva, é possível verificar que os homens apresentam valores médios superiores nos três estilos de vinculação e na satisfação com a vida comparativamente às mulheres. No entanto, o cálculo do teste *Mann-Whitney* apenas revelou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível do valor total obtido na Escala de Satisfação com a Vida ($U = 47,50$, $p = ,037$).

Tabela 7

Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva, em função do género

	Homens ($n = 9$)	Mulheres ($n = 30$)	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Estilos de vinculação				
Ansioso	2,17 (0,41)	2,06 (0,56)	125,00	,738
Seguro	3,13 (0,37)	3,06 (0,43)	123,50	,698
Evitante	2,62 (0,70)	2,33 (0,53)	105,50	,320
Satisfação com a vida	26,29 (2,81)	21,57 (5,63)	47,50	,037
Sintomatologia depressiva	9,67 (2,83)	10,73 (4,25)	106,50	,319

No que concerne o estado civil dos participantes, os resultados apresentados na tabela 7 revelam que, em comparação com os participantes casados ou em situação de união de facto, os participantes solteiros, divorciados ou viúvos apresentam valores médios superiores nos três estilos de vinculação. Pelo contrário, ao nível da satisfação com a vida e da sintomatologia depressiva, os participantes casados ou em situação de união de facto apresentam valores médios superiores comparativamente aos participantes solteiros, divorciados ou viúvos.

Note-se, no entanto, que o cálculo do teste *Mann-Whitney* apenas identificou uma diferença marginalmente significativa entre os grupos a nível do estilo evitante ($U = 106,00$, $p =$

,086). Este resultado sugere uma tendência para os participantes solteiros, divorciados ou viúvos apresentarem um estilo mais evitante do que os participantes casados ou em situação de união de facto.

Tabela 8

Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva, em função do estado civil

	Casados/União de facto	Solteiros/Divorciados/ Viúvos	<i>U</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 17)	(<i>n</i> = 22)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Estilos de vinculação				
Ansioso	1,98 (0,52)	2,16 (0,53)	155.50	,370
Seguro	3,01 (0,49)	3,13 (0,35)	155.00	,360
Evitante	2,22 (0,60)	2,53 (0,54)	127.00	,086
Satisfação com a vida	23,93 (5,65)	21,57 (5,32)	106.00	,166
Sintomatologia depressiva	11,18 (4,95)	9,95 (3,00)	169.50	,603

Além da análise das variáveis sociodemográficas género e estado civil, foi ainda estudada a variabilidade dos estilos de vinculação, da satisfação com a vida e da sintomatologia depressiva em função do cargo desempenhado pelos participantes na instituição. Para o efeito, considerámos dois grupos, nomeadamente diretores técnicos *versus* outros profissionais.

Tabela 9

Estatísticas descritivas obtidas para os estilos de vinculação, a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva, em função do cargo desempenhado na instituição

	Diretores técnicos (n = 16)	Outros profissionais (n = 23)	U	p
	M (DP)	M (DP)		
Estilos de vinculação				
Ansioso	1,91 (0,42)	2,21 (0,56)	116.00	.051
Seguro	3,10 (0,41)	3,06 (0,43)	178.50	.874
Evitante	2,32 (0,53)	2,45 (0,61)	157.50	.444
Satisfação com a vida	23,69 (5,63)	21,53 (5,34)	115.50	.226
Sintomatologia depressiva	9,63 (2,00)	11,09 (4,84)	181.00	.928

A análise através do teste Mann-Whitney indicou que os grupos, definidos em função do cargo desempenhado pelos participantes na instituição, não se diferenciam significativamente a nível dos estilos de vinculação seguro e evitante, da satisfação com a vida e da sintomatologia depressiva. Note-se, igualmente, que o mesmo teste evidenciou uma diferença marginalmente significativa entre os grupos no estilo de vinculação ansioso ($U = 116,00$, $p = .051$), sugerindo que, em média, os participantes que desempenham funções de direção técnica tendem a apresentar um estilo menos ansioso do que os participantes que desempenham outras funções na instituição.

Finalmente, foram analisadas as associações entre as variáveis estilos de vinculação, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva. Para tal, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação *Spearman*. Os resultados encontram-se descritos na tabela 10.

Tabela 10

Coefficientes de correlação Spearman entre as variáveis principais em estudo

	Estilo ansioso	Estilo seguro	Estilo evitante	Satisfação com a vida
Satisfação com a vida	-,09	,14	-,11	-
Sintomatologia depressiva	,51**	-,32*	,21	-,36*

** $p = ,001$. * $p = ,01$

Tal como é possível verificar os resultados mostram uma associação estatisticamente significativa, positiva e forte entre o estilo de vinculação ansioso e a sintomatologia depressiva, assim como uma associação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre o estilo de vinculação seguro e a sintomatologia depressiva. Estes resultados indicam que os participantes com pontuações médias mais elevadas no estilo de vinculação ansioso reportaram maior sintomatologia depressiva. Por sua vez, os participantes com pontuações médias mais elevadas no estilo de vinculação seguro reportaram menor sintomatologia depressiva.

Além disso, os resultados obtidos indicam uma associação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva, sugerindo que os participantes que relataram estar mais satisfeitos com a sua vida reportaram menor sintomatologia depressiva.

Capítulo IV

Discussão dos Resultados e Conclusão

Discussão de resultados

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados obtidos, procurando analisar os resultados que nos parecem mais relevantes tendo em conta os objectivos do estudo e a literatura no domínio. Finalizaremos o capítulo com uma reflexão sobre as limitações subjacentes ao mesmo, assim como as implicações decorrentes quer para a investigação quer para a intervenção no domínio da gerontologia social.

Globalmente, os resultados mostram que a maioria dos profissionais a exercer funções nas instituições são do género feminino, desempenham funções de direcção técnica em regime de tempo integral, assumindo funções de atendimento/acompanhamento e apoio social aos idosos e gestão de recursos humanos. O estilo de vinculação seguro apresenta o valor médio mais elevado, sendo que os participantes que desempenham funções de direcção técnica tendem a apresentar um estilo menos ansioso face aos participantes que desempenham outras funções. Já os participantes do género masculino mostram-se significativamente mais satisfeitos com a vida comparativamente às mulheres. Do ponto de vista da associação entre variáveis importa salientar a associação significativa e forte entre vinculação ansiosa e sintomatologia depressiva, assim como a associação significativa negativa entre satisfação com a vida e sintomatologia depressiva.

Considerando os resultados obtidos importa salientar que a maioria dos cuidadores formais é do sexo feminino (76,9%) encontrando-se, em proporção, um número muito reduzido de cuidadores do sexo masculino (23,15%), colocando assim a mulher na linha da frente na prestação de cuidados formais, no concelho de Viana do Castelo. Os resultados obtidos vão no mesmo sentido dos de outros estudos portugueses que revelam que a grande maioria dos cuidadores formais são do sexo feminino (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010; Mendes, 2010; Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). Isto talvez pelo facto da actividade profissional, nomeadamente, a prestação de cuidados, ser escolhida preferencialmente por mulheres. Será de salientar o facto das profissões ligadas ao cuidar serem tradicionalmente ocupadas por mulheres. Tal como indicam Colomé e colaboradores (2011), a tarefa de cuidar encontra-se associada à figura feminina, o que deriva de raízes históricas, culturais e sociais. A prática das mulheres em cuidar dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que a adopção da tarefa de cuidar de idosos fosse de certa forma facilitada. Para além disso, o facto de ser a mulher que mais predomina como cuidadora pode, igualmente, estar associado a acontecimentos como a crescente inserção da mesma no mercado de trabalho (Fonseca, 1996).

No que se refere à idade dos cuidadores, a média de idades dos participantes deste estudo é de 30,62 anos, variando entre os 22 e 40 anos. Em outros levados a cabo com cuidadores formais também se observa uma média de idades relativamente baixa (e.g., Azevedo, Loureiro & Cunha, 2010; Mendes, 2010) quando comparados com estudos versando os cuidadores informais (Oliveira, 2009; Fernandes, 2009; Grelha, 2009; Mendes, 2010; Cunha 2011; Varizo, 2011). Os cuidadores informais são de facto mais velhos, pois assiste-se cada vez mais a idosos a cuidar de idosos, principalmente no caso de cônjuges ou descendentes. Parece-nos que este resultado também se poderá dever ao facto de só nas últimas décadas a grande maioria das organizações com serviços no âmbito do envelhecimento começar a integrar nos seus quadros de colaboradores profissionais com formação superior na área das ciências sociais.

Relativamente às habilitações académicas a grande maioria é licenciada (76,9%), tal como no estudo de Barbosa e colaboradores (2011). Esta situação torna-se compreensível considerando os cargos desempenhados pelos participantes. Os cuidadores formais são especificamente contratados para organizar e gerir os contextos organizacionais no sentido de apoiar os idosos no exercício das suas actividades básicas e instrumentais de vida diária e como tal é esperado dos mesmos o profissionalismo e a formação necessária para o exercício da sua profissão. Neste sentido, o nível de escolaridade dos cuidadores torna-se imprescindível na prestação de cuidados, pois segundo Ribeiro e colaboradores (2008, cit. in Colomé. *et al.*, 2008), a escolaridade pode ter influência no cuidado através da realização de actividades inerentes à profissão, tais como, auxílio na toma da medicação, acompanhamento do idoso a consultas médicas, capacidade para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspectos. A qualidade de vida do idoso é um dos aspectos fundamentais no que se refere ao cuidado, um cuidador com mais escolaridade poderá ser um factor positivo na qualidade do cuidado proporcionado. Por outro lado, o facto de a formação superior ser essencialmente ao nível da licenciatura pode dever-se a que só recentemente começou a surgir no nosso país formação pós-graduada na área do envelhecimento (e.g., mestrados e doutoramento em gerontologia social). Ao mesmo tempo, a carga horária elevada, o número acentuado das tarefas e a complexidade das mesmas pode também condicionar a disponibilidade destes profissionais para se envolverem na formação pós-graduada.

Note-se que a actividade profissional dos participantes é essencialmente directores técnicos (41,0%), assistentes sociais (25,6%), psicólogos (15,4%). A grande maioria encontra-se em regime de tempo integral na instituição, desempenhando a actividade profissional entre 4 a 13 anos. Tal como a literatura indica, o apoio à população idosa tem de ser personalizado, na medida em que, os idosos possuem características distintas uns dos outros, constituindo um

grupo muito heterogéneo (Porcel, 2001). Assim, o cuidado refere-se, segundo Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), a um acto de assistência, suporte ou facilitação no sentido de melhorar a condição humana. Neste sentido, para assegurar a qualidade dos serviços desenvolvidos por estas instituições, os cuidadores formais exercem uma série de funções, entre as quais, avaliação e acompanhamento psicológico (16,2%), atendimento/encaminhamento e apoio social dos idosos (51,4%), gestão de recursos humanos, materiais e financeiros (37,8%), planeamento e execução de actividades (21,1%) e a direcção e coordenação técnica (35,1%).

Os cuidadores formais identificaram uma série de dificuldades ou desafios no âmbito do exercício profissional, tais como défice de recursos financeiros (30,8%), défice de recursos humanos (25,6%), reduzido envolvimento dos idosos nas dinâmicas da instituição (17,9%), elevado grau de dependência dos idosos (17,9%) e relação profissional-direcção (12,8%). A sobrecarga de trabalho é uma dificuldade referida em alguns estudos elaborados na área (Pinto, Barbosa, Ferreti, Souza, Fram & Belasco, 2009; Rios, Barbosa & Belasco, 2010; Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010; Vargas & Dias, 2011; Marcon, Rubira, Espinosa, Belasco & Barbosa, 2012). Para além destes factos, na literatura analisada encontramos outros aspectos, que vêm complementar esta ideia, nomeadamente, a interacção com o cliente, a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização e planeamento de actividades e a interacção com a família dos clientes (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). Os cuidadores referem frequentemente a falta de tempo para desempenhar as actividades de que estão encarregues, o que se pode repercutir no atendimento ao idoso, prejudicando esse atendimento, assim como a sua própria qualidade de vida. O cansaço, o stress, a preocupação, a ansiedade, o aparecimento de sintomas/doenças, as mudanças no seu quotidiano e auto-estima são os sintomas apresentados por quem cuida constantemente de idosos (Colomé *et al.*, 2011). O facto de muitos trabalhadores acumularem funções dentro da instituição pode contribuir para este desgaste a nível físico e psicológico, havendo uma necessidade de repensar as questões organizacionais, o que poderá passar pela contratação de novos profissionais ou, não sendo possível, através de uma distribuição mais equitativa das tarefas

A prestação de cuidados, por todos os aspectos já referidos, apresenta-se como uma tarefa difícil em que as investigações já referidas realçam o seu lado negativo. No entanto, a experiência de cuidar de outrem pode ser fortemente gratificante, pois sentimentos de crescimento pessoal, realização profissional, e valorização social estão associados à tarefa de cuidar (Sommerhalder, 2001). Para além disso, a oportunidade de desenvolver competências e habilidades pode ser interpretado pelo cuidador como satisfatório. Neste sentido, os cuidadores formais referem o cariz positivo do seu trabalho, destacando assim, a promoção da

qualidade de vida dos idosos (35,9%), a realização profissional e pessoal (33,3%), a aprendizagem e partilha de experiências de vida (20,5%), e ainda a qualidade da relação técnico-idoso (12,8). Estes resultados vão no mesmo sentido dos identificados no estudo de Barbosa e colaboradores (2011). Assim, para além das implicações negativas, a prestação de cuidados parece também desencadear aspectos positivos, podendo mesmo ser a prestação de cuidados gratificante como refere Brito (2002), e eventualmente relacionada com o bem-estar subjectivo.

Para compreender um pouco melhor o tipo de actividade desenvolvidas por estes profissionais será importante caracterizar as instituições envolvidas neste estudo. Foi possível verificar que a grande maioria das instituições se localizam em meio rural (68,4%), disponibilizando à população idosa um conjunto de serviços, entre os quais, apoio domiciliário (69,2%), centro de dia (66,7%), lar (51,3%), centro de convívio (25,6%) e centro de noite (5,1%). Neste sentido, importa salientar que a valência Lar é o serviço com maior número de idosos, seguindo-se o apoio domiciliário, o centro de convívio, o centro de dia e por último o centro de noite. Neste enquadramento, os Lares, que têm a sua origem histórica nos asilos, surgem como uma alternativa especialmente dirigida aos idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia, ou que já não a possuem. Para além disso, são para as famílias uma possível solução, visto que a grande parte da população exerce uma actividade profissional, não podendo disponibilizar tempo para dedicar ao cuidado do idoso.

No que se refere ao estilo de vinculação, os valores médios encontrados vão de encontro à literatura nacional e internacional no domínio (Martins, 2011; Oliveira, 2012; Faria, 2008; Hazan & Shaver, 1987; Hazan & Shaver, 1988; Hazan, Shaver & Bradshaw, 1988). Ou seja, o estilo seguro predomina, seguido do estilo evitante e só depois o estilo ansioso. Este parece-nos ser um aspecto interessante na medida em que por um lado, um cuidador formal com estilo de vinculação seguro poderá, considerando a teoria e investigação no âmbito da vinculação, reunir um conjunto de características pessoais que potenciam a qualidade dos cuidados proporcionados, nomeadamente a empatia, a disponibilidade para o outro, a sensibilidade aos sinais de necessidade de cuidados do outro, a responsividade nos cuidados (e.g., Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2009; Feeney & Collins, 2001; Khunce & Shaver, 1994). Além disso, o estilo de vinculação seguro tem sido também conceptualizado como um recurso desenvolvimental adaptativo na medida em que potencia o desenvolvimento de competências relevantes para a lidar com as exigências e desafios associados às tarefas desenvolvimentais, nas quais o exercício profissional se insere. Assim, adultos seguros tendem a apresentar melhores indicadores de saúde mental, nomeadamente menores indicadores de depressão e ansiedade, maior resiliência para lidar com as exigências e desafios associados ao

dia-a-dia, entre outros (Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997; Canavarro, 1999; Rankin, Saunders & Williams, 2000; Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002; Sroufe, 2007; Monteiro, 2012). Por outro lado, e tendo em conta os resultados dos estudos de Hazan e Shaver (1990) e de Fonseca e colaboradores (2006) sobre a relação entre vinculação e trabalho, estes profissionais tendem a ter uma maior orientação para o trabalho, a apresentar níveis mais elevados de satisfação relativamente ao contexto profissional, auto-relatos de sucesso, menor receio de fracasso profissional, consideram que a actividade profissional não prejudica as relações interpessoais e a saúde individual, assim como consideram ter poucas preocupações relativamente à realização e conclusão de tarefas. Todos estes aspectos parecem ser aspectos relevantes no âmbito do exercício profissional, particularmente num domínio que se reveste de alguma especificidade, como é o caso dos cuidados formais a pessoas mais velhas. Ainda a este nível um aspecto que nos parece relevante prende-se com o facto de os participantes que ocupam funções de direcção técnica serem em média mais seguros ou evitantes do que os que ocupam outras funções. Apesar de esta diferença ser marginalmente significativa, facto que poderá decorrer da dimensão amostral, parece-nos coerente com o que é proposto pela teoria e investigação no domínio da vinculação. Isto é, pessoas com estilo de vinculação seguro ou evitante tendem a ser mais orientadas para o trabalho, por motivos e estratégias diferentes, e efectuar uma exploração das oportunidades proporcionadas pelo contexto profissional mais produtiva (Hazan & Shaver, 1990), o que poderá resultar na progressão profissional e na manutenção de cargos de maior responsabilidade, ao contrário de pessoas com estilo de vinculação ansioso que recorrem frequentemente às tarefas profissionais como estratégia para satisfazer as suas necessidades de vinculação, o que acaba por interferir negativamente com a realização profissional e conduzir à insatisfação pessoal e profissional (Feeney, 2008; Mikulincer & Shaver, 2007). Por fim, a ausência de associação entre vinculação e variáveis socio-demográficas é consonante com os resultados de outros estudos (Faria, 2008; Lima, 2009; Arriaga, Veríssimo, Salvaterra, Maia & Santos, 2010).

No que se refere à satisfação com a vida, globalmente os participantes no nosso estudo mostram-se satisfeitos, apesar do valor médio no estudo original da escala ter sido de 23.5 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), no entanto importa salientar que se trata de uma amostra culturalmente distinta. Já a nível nacional, os nossos resultados situam-se claramente acima dos valores médios encontrados por Neto e Barros (2001) num estudo conduzido com adultos, profissionais da área da educação que se situavam na mesma faixa etária dos nossos participantes. O valor médio da satisfação com a vida encontrado no nosso estudo parece-nos um aspecto relevante, na medida em que a literatura no domínio chama a atenção para a interacção existente entre satisfação com a vida e trabalho, sendo que o trabalho pode

constituir (ou não) uma fonte de satisfação com a vida para o indivíduo e um indivíduo com níveis elevados de satisfação com a vida estará mais capaz de se envolver e produzir do ponto de vista profissional (Paschoal & Tamayo, 2008; Paz, 2004; Borges & Argolo, 2002). Importa ainda destacar a associação encontrada entre satisfação com a vida e género, em que os homens se mostram mais satisfeitos com a vida do que as mulheres, este resultado está em linha com o estudo de Paúl e Fonseca (1999).

Os resultados do nosso estudo mostram uma associação positiva e forte entre o estilo de vinculação ansioso e a sintomatologia depressiva, assim como uma associação negativa moderada entre o estilo de vinculação seguro e a sintomatologia depressiva. Ou seja, a vinculação segura encontra-se associada à adaptação e a vinculação insegura à presença de perturbação. Estes resultados não são surpreendentes na medida em que são coerentes com as investigações no domínio a nível nacional e internacional (e.g., Canavaro, 1999; Hammen, Henry & Daley, 2000; Schmidt, 2009). Efectivamente, no âmbito da teoria da vinculação, a vinculação segura tem-se assumido como um recurso desenvolvimental adaptativo na medida em que potencia o desenvolvimento de competências intra e interpessoais que ajudam a pessoa a lidar com as exigências e desafios que encontra ao longo do desenvolvimento. Assim, no caso dos participantes do nosso estudo é provável que a presença de um estilo de vinculação segura tenha potenciado o desenvolvimento de estratégias de coping que facilitem a gestão do stress, maior segurança e auto-estima que permitem a abordagem à profissão com mais segurança e persistência, maior competência social que potencia e facilita a qualidade das relações interpessoais quer com outros profissionais, quer com os clientes, sendo que todos estes aspectos poderão proteger os participantes, evitando que desenvolva, por exemplo, estados depressivos.

Por fim, a associação negativa e moderada entre a satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva encontrada também vai de encontro à literatura no domínio, uma vez que um dos componentes relevantes da satisfação com a vida é a emocional (Siqueira & Padovan, 2008), sendo portanto de esperar que pessoas com níveis mais elevados de satisfação com a vida também apresentem estados de humor mais positivos e vicê-versa. De uma forma geral, os resultados obtidos comprovam a evidência da literatura científica que realça o impacto negativo da sintomatologia depressiva na qualidade de vida (e.g., Gameiro. *et al.*, 2008).

A revisão da literatura permitiu reconhecer as implicações na saúde mental dos cuidadores nomeadamente no que se refere à sobrecarga objectiva e/ou subjectiva potencialmente quantificáveis na sintomatologia depressiva (Sequeira, 2011), embora a maior parte dos estudos se refiram a cuidadores informais (Sequeira, 2011; Martin & Col, 1996;

Aneshensel *et al.*, 1997; Lage, 2005 cit. in Sequeira, 2011) sendo poucos os estudos que se centram nos cuidadores formais.

Limitações do estudo

Globalmente, parece-nos que o nosso estudo alcançou os objectivos definidos, representado um contributo para o domínio da Gerontologia Social, uma vez que é um dos primeiros estudos a caracterizar os profissionais da área do Social a exercer funções em organizações de retaguarda ao envelhecimento. No entanto, os resultados aqui apresentados devem ser lidos no contexto em que o estudo foi realizado pelo que importa considerar as limitações inerentes ao mesmo. Um primeiro lugar, a dimensão da amostra constituiu uma limitação. Apesar do número de participantes ser suficiente para a natureza e tipo de análises conduzidas, impede uma leitura mais abrangente dos resultados. Por outro lado, apesar dos participantes integrarem o estudo voluntariamente, podemos sempre questionar-nos acerca das características dos que não participaram, não sendo de forma alguma representativos do universo dos profissionais do Social a exercer funções em organizações de retaguarda ao envelhecimento no norte do país ou a nível nacional. Uma outra limitação decorre do tipo de instrumentos utilizados, o recurso a instrumentos de auto-relato permite sempre a possibilidade de algum viés nos resultados em função da desajabilidade social por parte dos participantes. Por fim, o *design* transversal do estudo não permite estabelecer inferências causais a partir dos resultados obtidos.

Implicações para a prática gerontológica

A investigação tem como principal objectivo contribuir para o desenvolvimento de um corpo sólido de conhecimentos que possa (in)formar a prática profissional. Este aspecto torna-se particularmente relevante num domínio científico como a Gerontologia Social, atendendo por um lado ao facto de a Gerontologia Social enquanto ciência e campo profissional ser ainda “muito nova”, e por outro pela sua natureza eminentemente aplicada (Paul, 2012; Alley, Putney, Rice & Bengtson, 2010). Este último aspecto parece-nos particularmente relevante e constitui-se claramente como um dos desafios maiores da Gerontologia Social, tal como nos alertam Alley e colaboradores (2010) e Hendrickes (2010) em duas publicações recentes relativas aos desafios e exigências da Gerontologia Social. Na perspectiva destes autores a articulação investigação-intervenção, isto é, integração dos resultados da investigação na prática profissional, são fundacionais no desenvolvimento e estruturação da Gerontologia Social na actualidade e no futuro, alertando-nos para o facto de que sem esta dialética

investigação-intervenção a essência da Gerontologia Social fica comprometida e com ela a capacidade das sociedades desenvolverem respostas efectivas ao fenómeno do envelhecimento populacional e individual. Assim, assumimos que uma das responsabilidades da gerontologia social, isto é, “encontrar respostas científicas que expliquem o envelhecimento humano e fazer a sua translação para a prática através da criação de serviços inovadores para uma sociedade inclusiva e solidária, onde o envelhecimento não seja visto como um problema, mas uma conquista produtiva do ser humano” (Paúl & Ribeiro, 2012, p. XVII) pois o envelhecimento manter-se-á, e em muitos países acentuar-se-á como será o caso de Portugal, constituindo-se por isso como um tema central da organização social destas culturas e sociedades enquanto fenómeno marcado pela heterogeneidade e complexidade, o que obriga a que os diferentes interlocutores envolvidos neste processo, políticos, profissionais, cidadão, encontrem novas possibilidades para lidar com o envelhecimento, com a velhice e com ser velho. Neste contexto, importa salientar as implicações dos resultados obtidos neste estudo para a prática gerontológica. Tal como foi discutido ao longo do trabalho, o envelhecimento é e será tema central da organização social, colocando assim novos desafios às sociedades actuais e futuras. Portanto, qualquer investigação ou trabalho que reúna evidências que ajudem a compreender este fenómeno será relevante.

O presente estudo, apesar de exploratório, foi o primeiro a incidir sobre os profissionais com formação superior a desempenhar funções em instituições de retaguarda ao envelhecimento no sentido de reunir informações que permitam começar a delinear o perfil destes profissionais a nível profissional e pessoal. Se considerarmos o modo como as instituições de retaguarda ao envelhecimento se encontram estruturadas em Portugal, bem como a tutela define o seu funcionamento e gestão/direcção, parece-nos que reunir evidências relativas aos profissionais que assumem as principais responsabilidades em termos de organização, gestão e prestação de cuidados formais a idosos se reveste de grande pertinência no sentido de assegurar e/ou potenciar a qualidade dos cuidados prestados, assim como o bem-estar destes profissionais. Neste sentido, conhecer e compreender variáveis que podem limitar e/ou potenciar a capacidade dos cuidadores formais na prestação de cuidados é essencial, uma vez que poderá permitir desenvolver estratégias e recursos que aumentem ou melhorem a prestação de cuidados.

O facto de investigações neste âmbito serem escassas, sendo que em Portugal não foi encontrada nenhuma directamente relacionada com a população estudada e as variáveis específicas investigadas poderá fazer com que outros investigadores sigam esta temática em novas investigações e assim progressivamente se construa um corpo sistemático de conhecimento que sustente uma prática orientada para a melhoria sistemática e para a

inovação. A este propósito um dos aspectos que nos parece mais relevante salientar é que nenhum dos participantes possuía formação específica ou especializada no âmbito do envelhecimento ou da Gerontologia Social. Ao contrário do que assistimos em outras áreas em que o profissional desenvolve formação minimamente orientada para a especificidade da população-alvo, como é o caso da educação com os educadores de infância ou os professores, o mesmo não se tem verificado com este tipo de profissionais do Social. A relevância formação quer inicial, quer ao longo da vida para exercício profissional é actualmente inquestionável, e até mesmo exigida, mas esta acentua-se ainda mais quando o exercício profissional se desenvolve junto de uma população com especificidades tão próprias como a população idosa pautada pela heterogeneidade, diversidade, individualidade, especificidade e ao mesmo tempo com um elevado grau de fragilidade e/ou vulnerabilidade (Paúl, 2012; Baltes, Lindenberger, & Staudinber, 2006). Face ao exposto, parece-nos que uma das implicações que decorre deste trabalho se situa ao nível da educação/formação dos profissionais do âmbito do envelhecimento. Por outro lado, se considerarmos as principais dificuldades/desafios identificados pelos participantes percebemos que mais de 50% se situam ao nível dos recursos humanos e financeiros. Ou seja, na perspectiva dos participantes o défice ao nível de recursos humanos e financeiros constitui a maior exigência do ponto de vista profissional. Trata-se de aspectos que obrigam à mobilização de competências muito específicas, muitas vezes de carácter “paliativo”, que importa que estes profissionais desenvolvam no sentido de se encontrarem melhor preparados para responder de forma adaptativa aos desafios profissionais. Uma outra fonte de dificuldade resulta da população-alvo os idosos, especificamente o grau de dependência acentuado e a falta de envolvimento nas dinâmicas institucionais. Mais uma vez, parece-nos que estas exigências apelam a competências específicas do profissional no sentido de potenciar o sucesso do seu exercício profissional. Não deixa de ser interessante salientar que os principais aspectos positivos referidos pelos participantes estão estreitamente relacionados com os idosos, como é o caso da qualidade da relação técnico-idoso ou promoção da qualidade de vida do idoso, o que parece sugerir que apesar de esta população possuir características particulares que poderão apontar para um elevado grau de exigência para o profissional, ao mesmo tempo também possui outras características que potenciam a satisfação e realização profissional dos participantes. Assim, considerados na sua globalidade, parece-nos que os resultados obtidos poderão constituir o primeiro contributo para o desenvolvimento de intervenções ao nível institucional, nomeadamente na avaliação do estatuto dos cuidadores, assim como criar recursos de suporte ao trabalho diário.

Por fim, resultados sistemáticos da investigação neste domínio poderão converter-se em contributos relevantes para o desenvolvimento de políticas sociais que vão de encontro às especificidades culturais e sociais da população portuguesa, particularmente no actual contexto em que o Estado Social vive uma crise profunda e a sociedade portuguesa é desafiada a “repensar ou refundar” a actual organização e funcionamento do Estado Social. Efectuar mudanças sustentadas em evidências científicas e não apenas em ideologias políticas ou pressões financeiras, poderá constituir uma via mais sustentada no sentido de garantir condições mínimas para apoiar o processo de envelhecimento individual e populacional, assegurando por um lado o direito a envelhecer com dignidade e por outro a desenvolver o exercício profissional com sucesso e realização profissional e pessoal, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Agreda, J. (1999). *Passado, presente e futuro da enfermagem gerontologica. O Idoso - problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.
- Agree, M.E., & Freedman, A.V. (2001). Implicação do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. In F. Andrews & S. withey *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (pp.494-501). Rio de Janeiro: Guanabara (1976).
- Arriaga, M., Veríssimo, M., Salvaterra, F., Maia, J., & Santos, O. (2010) A avaliação da vinculação no adulto: Será só uma questão de diferentes métodos In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1547-1559). Braga: Universidade do minho.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hide & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychopathological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Earlbaum Associates.
- Amaral, Gomide, Batista, Pícolo, Teles, Oliveira & Pereira (2008). Síntomas depressivos em cadênicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 124-130.
- Atkinson, L., & Zucker, K. (1997). *Attachment and Psychopathology*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Azevedo, L.; Loureiro, C.; Pereira, M.; Cunha, M. (2011). *Percepção de Saúde e Bem-Estar numa amostra portuguesa: apresentação de um programa de intervenção em riscos psicossociais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Baltes, P.B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In P. Baltes, M. Lindenberger & U. Staudinger *Handbook of child psychology* (pp. 569-664). New York: Wiley.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, Alda S. P. D. & Sousa, L.. 2011. "Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais", *Psic., Saúde & Doenças* 12, 1: 119 - 129.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Batgos, J., & Leadbeater, B.J. (1994). Parental attachment, peer relations, and dysphoria in adolescence. In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives* (pp. 155-178). New York: The Guilford Press.
- Baillon, S., Scothern, G., Neville, P., & Boyle, A. (1996). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 219-226.
- Bellesteros, F., (2009). Envejecimiento activo. *Contribuciones de la psicología*, 30 (2), 163-166.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult Attachment Style. II: its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Birren, J., Cunningham, W. (1985), Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In Birren, J., Cunningham, W. *Handbook of The Psychology of aging* (pp.3-34). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L. & Briere, N. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Française du «Satisfaction With Life Scale». *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 210-223.
- Borges, L., & Argolo, J. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.
- Born, T. (2006). Seminário Velhice Fragilizada – *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. São Paulo: SESCSP.
- Bohlander, R. (1999). Differentiation of self, need fulfillment and psychological well-being in married men. *Psychological Reports*, 84, 1274-1280.
- Bowers, B., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in long term care facilities: Exploring the views of nurse aides. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 55-64.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression*. London: Hogarth.
- °Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Brandtstadter, J. (1984). Personal and social control over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. In Brandtstadter, J. *Life-span development and behaviour*. New York: Academic Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.89-111). New York: Guilford Press.
- Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making humans beings human: Bioecological perspectives on human development*. London: Thousand Oaks.
- Canavarro, M.C.S. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others and relationship Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 127-140.
- Carvalhais, M. (2006). Relação enfermeiro – idoso: valores e crenças. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Carver, C. & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 123-134). London: Oxford University Press.
- Cassidy, J.(1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guildford Press.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*. 3, 121–155.
- Campbell, A.; Converse, P., & Rodgers, W. L.(1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campos, R. & Gonçalves, B. (2004) Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Campos R.C., & Gonçalves B.(2011). The Portuguese version of the beck depression inventory II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258-264.

- Capitão, C.G., Mesquita, K. L. (2005). A Depressão em Trabalhadores de uma Frente Trabalho. *Revista de Psicologia da UnC*, 2 (2), 93-102.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 13, 184-190.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Cooper, C. R. & Cooper, R. G. (1992). Links between adolescents' relationships with their parents and peers: Models, evidence, and mechanisms. In R. D. Parke & G. W. Ladd (Eds.), *Family-peers relationships: Models of linkage* (pp. 135-159). Hillsdale: Erlbaum.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 315-346.
- Cunha, C.M.C (2011). *Impacto positivo do acto de cuidar no cuidador informal do idoso: um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia*. Dissertação de Mestrado não publicada Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Crowell, J., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: implications for theory and research. *Social Development*, 4, 294-327.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diamond, D., & Blatt, S.J. (1994). Internal working models of attachment and psychoanalytic theories of the representational world: A comparison and critique. In M. Sperling, & W. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 72- 97). New York: Guilford Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personal Assess.* 49: 1, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Diener, E.; Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack; M. Argyle e N. Schwarz (Eds), *Subjective well-being* (pp. 119-139). Oxford: Pergamon.
- Dixon, R., & Lerner, R. (1992). A history of systems in developmental psychology. In M. Bornstein & M. Lamb (Eds.), *Developmental Psychology: An advanced textbook* (pp. 89-103). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Depuis, S.L., Epp, T., & Smale, B. (2004). *Caregivers of persons with dementia: roles, experiences, supports and coping. A literature review*. Ontario: University of Watrelloo.

- Deluiz, N. (1994). Formação do trabalhador em contexto de mudança tecnológica. *Boletim Técnico do Senac*, 20(1), 14-25.
- Doherty, N., & Feeney, J. (2004). The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, 11, 469-488.
- Étinne, J., Bloess, F., Noreck, J.P., & Roux, J.P. (1998). *Dicionário de sociologia: As noções, os mecanismos e os autores*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Faria, C. (2008). *Vinculação e Desenvolvimento Epistemológico e, Jovens Adultos*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V., Soares, I., & Klein, J. (2009). Vinculação na idade adulta. In *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (pp.121-158). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Faria, Carla., & Bastos, Alice. (2010). A Qualidade da Vinculação e o Cuidar na Vida Adulta e na Velhice: Contributos da Teoria e da Investigação. In Pereira, A., Calheiros, M., Vagos, P., Direito I., Monteiro, S. *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 416-426). Braga: Universidade do Minho.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (6), 972-994.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active ageing. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide.
- Fernandes, J.B.R (2009). *Cuidar no domicílio, a sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilo de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia*, 2, 187-208.

- Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L. & Azevedo, R. L. W. (2008). Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 492-498.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M.F., & Côté, J. (2000). O quadro de referência. In M.F. Fortin, *O processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp.89-98). Loures: Lusociência.
- Fuher, M (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22 (11), 481-489.
- Furegato, P., Nievas, A., Silva, D., & Costa, A. (2005). Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (4), 401-408.
- Galinha, S., Iolanda, T., & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gameiro S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M.J., Paredes, T., & Serra, A.V. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doença*, 9 (1), 103-112.
- Geiger-Brown, J., Muntaner, L., Lipscomb, J., & Trinkoff, A. (2004). Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work e Stress*, 18(4), 292-304.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984/1985/1996). *Adult attachment interview*. Manuscrito não publicado. California: University of California at Berkeley.
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Grelha, Patrícia, A.S.S (2009). *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Griep, R. H., Chor, D., & Faerstein, E. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, (2), 625-634.
- Grossmann, K., Grossmann, K., Winter, M., & Zimmermann, P. (2002). Attachment relationships and appraisal of partnership: from early experience of sensitive support to later relationship representation. In Pulkkinen, L., Caspi, A. *Paths to successful development: Personality in the life course*. Cambridge: University of Cambridge.
- Guiddens, A. (2000). *Manual de sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S.E. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 782-787.

- Harrington, L., Kovner, C., Mezcy, M. (2000). Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States. *Gerontologist*, 40(1), 5-16.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, (3) 511, 524
- Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and Work: An attachment Theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Hazan, C. & Shaver P. R. (1994). Deeper into attachment theory. *Psychological Inquiry*, 5, 68-79.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair Bonds as Attachments: Evaluating the Evidence. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336-354). New York: The Guilford Press.
- Hinde, R. A. & Stevenson-Hinde, J. (1987). Interpersonal relationships and child development. *Developmental Review*, 7, 1-21.
- Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1994). *Development psychology today*. New York: McGraw-Hill.
- Imaginário, C. (2008). *O idosos dependente no contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2011). Guia prático, respostas sociais, população adulta, pessoas idosas.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Porto: Âmbar.
- Jenaro, C., Flore, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology*, 38(1), 80-87.
- Jóia, L.; Ruiz, T., & Donalísio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 131-8.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karsz, S. (1988). Deconstruire la veillesse. *Les Chaiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 33-45.
- Kelloway, E. K., Gottlieb, B. H., & Barham, L. (1999). The source, nature, and direction of work and family conflict: a longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 337-346.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kobak, R. R. (1994). Adult attachment: a personality or a relationship construct. *Psychological Inquiry*, 5, 42-44.

- Kobak, R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development, 64*, 231- 245.
- Kunce, L., & Shaver, P. (1984). An Attachment – Theoretical Approach to Caregiving in Romantic Relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships* (pp. 205-237). London: Jessica Kingsley.
- Larsen, R., Diener, E. & Emmons, R. (1985). An evaluation of subjective wellbeing measures. *Social Indicators Research, 17*, 1-18.
- Leite, M.M. (2006). *Impacto da demência de alzheimer no cônjuge prestador de cuidados*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Lerner, R., & Busch-Rossnagel, N. (1981). Individuals as producers of their development: Conceptual and empirical basis. In Lerner, R.M., Busch-Rossnagel, N.A. *Individuals as producers of their development: A life-span perspective* (pp. 1-36). New York: John Wiley & Sons.
- Lerner, R., & Walls, T. (1999). Revisiting individuals as producers of their development. From dynamic interactionism to developmental systems. In Brandtstädter, J., Lerner, R.L. *Action and self-development. Theory and research through the life span* (pp.3-36). London: Thousand Oaks.
- Machado, T. S. (2009). Vinculação aos Pais: retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura, 13* (1), 139-156.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*, 48-61.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview with implications for clinical work. In Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. *Attachment theory: social development, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Walters *Growing points of attachment theory and research* (66-104): Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Manfredi, S. M. (1998). Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas. *Educação e Sociedade, 19* (64), 1-25.
- Marcon, S.M., Rubira, A.E., Espinosa, M.M., Barbosa. (2012). Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. *Latino – Am. Enfermeira, 20*(1), 167-174.
- Martínez, M. & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud, 6*, 54-74.
- Martins R. (2005). A Relevância do apoio social na velhice. *Revista Millenium, 9* (31), 271-284.
- Mendes, J.A.M. (2010). *A vivência subjectiva dos cuidadores de pessoas com demência: temas centrais, sintomatologia emocional e estratégias de confronto*. Dissertação de mestrado não

publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Mercadante, E.F. (2003). Velhice: a identidade estigmatizada. *Serviço Social e Sociedade*, 75, 65-72.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult Attachment In A Nationally Representative Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1092-1106.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioural system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal process. *Advances in experimental social psychology*, 35, 53-152).
- Miljkovitch, R. (2004). Vinculação e psicopatologia durante a infância. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coord.), *Vinculação: Conceitos e Aplicações* (pp. 25-31). Lisboa: Climepsi.
- Minois, G. (1999). *História da velhice no ocidente*. Lisboa. Teorema.
- Moos, R., & Shaefer, J. (1987). Evaluating health care work settings: a holistic conceptual framework. *Psychology e Health*, 1, 97-122.
- Monteiro, I.M.S., (2010). *O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Monteiro, Ivandro. (2012). *Depressão. Por que é que uns deprimem e outros não?* Lisboa: Climepsi
- Neri, A.L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Neto, F., Barros, J., e Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva. L. Oliveira, O. Caetano, e J. Marques (Eds.), *A acção educativa: Análise psico-social* (pp. 91-100). Leiria: ESEL/APPORT.
- Oliveira, C.M., (2012). *Dor crónica, Vinculação e acontecimentos de vida stressantes*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Oliveira, M.A., Queirós, C., & Guerra M.P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 181-196.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Oliveira, G.F., Costa, J.P.S.P., Rodrigues, G.E.A. (2008). Satisfação com a vida em portadores de necessidades especiais. *Saúde Colectiva*, 2, 270-285.

- Overton, W. (2003). Metatheoretical features of behavior genetics and development. *Human Development, 46*, 356-361.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stresse e da Qualidade de Vida*. Um guia para a acção. Monitor.
- Paschoal, S. (2002). Autonomia e Independência. In M.Netto (Org.), *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.313-323). São Paulo: Atheneu.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica, 7*(1), 11-22.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura, 3*, 345-362.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In Paúl, C., & Fonseca, A. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp75-95). Lisboa: Climepsi
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pavarini, S.C.I., Mendiondo, M.S.Z., Barham, E.J., Varoto, V.A.G., Filizola, C.L.A. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão?. *Texto Contexto Enfermagem, 14*(3), 398-402.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assesment, 5*, 164-172.
- Paz, M. G. T. (2004). Poder e saúde organizacional. In A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 127-154). Porto Alegre: Artmed.
- Pinto, M.F., Barbosa, D.A., Ferreti, C.E.L., Sousa, L.F., Fram, D.S. & Belesco, A.G.S. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doenças de Alzheimer. *In Acta Paul Enfer* (pp. 652-657).Brasil: Universidade Federal de São Paulo.
- Polasky, L. J., & Holahan, C. K. (1998). Maternal self-discrepancies, inter-role conflict, and negative affect among married professional women with children. *Journal of Family Psychology, 3*, 388-401.
- Porcel, A. (2001). Retos al Trabajo Social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de Trabajo Social, 14*, 279-290.
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), *Direcção Geral de Saúde*.
- Quaresma, M. (2004). *O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a Solidão e a Dependência*. Lisboa: ISSS-CESDET.
- Rabelo, D., & Néri, A. (2006). Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia, 11*(2), 169-177.

- Ranzjin, R. & Luszcz, M. (2000). The measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 19-34.
- Reis, P. O., Ceolim, M. F. (2012). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 41, (1), 57-64.
- Reizer, A., & Mikulincer, M. (2007). Assessing individual differences in working models of caregiving: The construction of the mental representation of caregiving scale. *Journal of Individual Differences*, 28 (4), 227-239.
- Ribeiro, J., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1, 67-75.
- Rios, K.A., Barbosa, D.A., & Belasco, A.G.S. (2010). Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Latino – Am. Enfermagem* 18 (3), 1-9.
- Rocha, G. C. (2009). Vinculação e aliança terapêutica de adultos toxicodependentes em comunidade terapêutica. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.
- Rodrigues, E.V. (2010). *Escassos caminhos*. Porto: Afrontamento.
- Roisman, G., Madsen, S. D., Hennighausen, K. H., Sroufe, L. A., & Collins, W. A. (2001). The coherence of dyadic behavior across parent-child and romantic relationships as mediated by the internalized representation of experience. *Attachment and Human Development*, 3(2), 156-172.
- Russell, D., Peplau, L., Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin G. (2003). Vicarious traumatization: implication for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Santos, B.S. (1990). *Estado e sociedade em portugal: 1974-1988*. Porto: Afrontamento.
- Santos, C.I. (2001). *Estilos de Vinculação Relacionados com os processos e Estratégias de Estudo e de Aprendizagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra, Portugal.
- Schene, A.H., Tessler, R.C., & Gamache, G.M. (1996). Caregiving in severe mental illness: conceptualization and measurement. In Knudsen, H.C. & Thornicroft, T. *Mental Health service Evaluation* (pp. 296-316). Cambridge University Press.
- Schmid, E.B., & Argimon, I.I. (2009). Vinculação da gestante e apego fetal. *Paideia*, 43 (19), 211-220.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes – diagnóstico e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2011). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

- Serna & Sousa (2004). Depressão uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul Enferm*, 18(2), 131-135.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W., Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Shaver, P., & Hazan, C. (1988). A based overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 473-501.
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioural systems. In Sternberg, R.J., Barnes, M.L. *The Psychology of Love* (pp. 69-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Siegel, D. (1999). *Towards neurobiology: an interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindshight” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 67-94.
- Silva, I. (2006). Optimismo, saúde, bem-estar subjectivo e qualidade de vida. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Org. por Isabel Leal, José Pais Ribeiro e Saul Neves de Jesus. Faro: Universidade do Algarve.
- Silva, I., G., & Santos, A., J. (2011). Qualidade de vinculação e modelo interno dinâmico do funcionamento do self, em crianças vítimas de queimaduras. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 85-95.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In Soares, I. *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao Longo da Vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (1996). *Representações da Vinculação na Idade Adulta e na Adolescência*. Braga: Lusografe.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Cuidados Familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment f the quality of life. *Social Indicators Research*. 5, 475-492.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Retirado a 11 de Setembro de 2012, de <http://www.psicologica.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>

- Torres, N., & Oliveira, D. (2010). Vinculação e Sistema de Prestação de cuidados em Dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 3-14.
- Tretini, C.M., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hirakata, V.N., & Fleck, M.P.A. (2006). A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 191-197.
- Vargas, D. (2011). Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo. *Latino – Am. Enfermagem*, 19 (5), 1-9.
- Varizo, M.C.C. (2011). *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Vaz, M. E. (2001). “O quotidiano do idoso: esperança ou desesperanças?”. *Intervenção Social Actas do Seminário Serviço Social: A Acção e os Saberes*, 24, 139-216.
- Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de Aplicação do “ Inventário Depressivo de Beck” à uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20 (6): pp. 623 – 644.
- Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M. & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15 (3), 348-355.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of happiness studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10, 333-334.
- Wambier, J.F. (2001). O trabalho e a essência humana. *Emancipação*, 1(1), 71-76.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-194). New York: Basic Books.
- Zavaschi, M.L.S. (2003). *Associação entre Depressão na Vida Adulta e Trauma Psicológico na Infância*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.