



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e
depressão em cuidadores formais de Centros Sociais

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ricardo José Gonçalves Pereira



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e
depressão em cuidadores formais de Centros Sociais

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ricardo José Gonçalves Pereira

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Rui Alexandre
Devesa Ramos**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer a todos os cuidadores dos Centros Sociais que colaboraram e participaram neste estudo. Pela disponibilidade com que encararam este projeto de investigação e pelo modo discreto, mas decisivo, com que dignificam a humanidade dos que cuidam.

Ao Prof. Doutor Rui Ramos, agradeço a partilha de conhecimentos, a disponibilidade e a compreensão demonstradas nesta longa jornada.

Ao Dr. Nuno Pires, agradeço a reflexão partilhada e a persistência do incentivo.

Gostaria também de agradecer a toda a minha família, de forma especial,

Ao Luís, ao Manuel e à Daniela,

Ao Carlos, ao Jorge e ao João.

Resumo

A transformação socioeconómica coloca grandes desafios às Instituições Particulares de Solidariedade Social, principalmente aos Centros Sociais e aos seus cuidadores formais. A formação poderá ser uma variável fundamental para o bem-estar dos cuidadores formais. Por isso, é importante compreender a relação entre a formação e os níveis de stress, de ansiedade e de depressão (SAD) em cuidadores formais que lidam com idosos, doentes crónicos e crianças (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

A partir de um estudo quantitativo observacional descritivo transversal, em que participaram 110 cuidadores formais de três Centros Sociais do distrito de Braga, verificou-se que quase um terço da amostra apresenta sintomatologia psicopatológica.

A variável formação não parece interferir nos níveis de stress, de ansiedade e de depressão da maior parte dos cuidadores. A variação destes níveis parece explicar-se melhor pela multifuncionalidade dos cuidadores formais.

Palavras-chave: Cuidadores formais, formação, stress, ansiedade, depressão.

Abstract

The socio-economic transformation brings great challenges to Private Institutions of Social Solidarity, particularly to the Social Centres and their formal caregivers. Training can be essential to the well-being of caregivers. So, it is important to understand the relation between training and the levels of stress, anxiety and depression (SAD) in formal caregivers who deal with the elderly, chronically ill and children (Barbosa, Cruz, Figueiredo Marques and Sousa, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vincent & Oliveira, 2011).

From an observational cross-sectional quantitative study, in which 110 formal caregivers from three Social Centres in the district of Braga attended, almost a third of the sample showed psychopathological symptoms.

The training does not seem to influence the levels of stress, anxiety and depression for most caregivers. The variation of these levels seems to be explained best by the multifunctionality of formal caregivers.

Keywords: Formal Caregivers, training, stress, anxiety, depression.

Acrónimos

AAE Auxiliares de Ação Educativa

IEFP Instituto do Emprego e Formação Profissional

IPSS Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS Organização Mundial de Saúde

OSFL Organizações Sem Fins Lucrativos

SAD Níveis de stress, de ansiedade e de depressão

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract	II
Acrónimos	III
Índice.....	IV
Introdução.....	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I: OS CUIDADORES FORMAIS DOS CENTROS SOCIAIS	4
1. OS CUIDADORES FORMAIS DOS CENTROS SOCIAIS	5
1.1 Definição de cuidador formal	5
1.2 Os cuidadores formais nos Centros Sociais	6
1.3 Caracterização dos cuidadores dos Centros Sociais	7
1.4. A formação dos cuidadores formais dos Centros Sociais.....	10
1.5 Os cuidadores formais e a sintomatologia psicopatológica	12
1.5.1 <i>Stressores ocupacionais nos cuidadores formais</i>	14
1.5.2 <i>A formação e a psicopatologia nos cuidadores</i>	18
1.6 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DOS CONSTRUTOS PSICOPATOLÓGICOS EM ESTUDO	19
1.6.1 <i>Stress</i>	19
1.6.2 <i>Ansiedade</i>	20
1.6.3 <i>Depressão</i>	22
1.6.4 <i>O modelo tripartido</i>	24
PARTE 2. ESTUDO EMPÍRICO	25
CAPÍTULO II. METODOLOGIA	26
2.1 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	27
2.2 DESENHO E MÉTODO DE ESTUDO.....	27
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	28
2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	31
2.4.1 <i>Questionário Sociodemográfico</i>	31
2.4.2 <i>Escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21)</i>	31
2.4.2.1 <i>Análise da Consistência Interna das EADS-21</i>	34
2.5 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....	35

2.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
2.6.1 <i>Análises referentes ao objetivo 1, análise dos níveis de stress, ansiedade e depressão (SAD) de cuidadores formais de Centros Sociais</i>	36
2.6.2 <i>Análises referentes ao objetivo 2: comparação dos níveis de SAD entre a amostra de cuidadores de idosos e a amostra de cuidadores de crianças</i>	38
2.6.3 <i>Análises referentes ao objetivo 3: compreender a relação entre a formação e os níveis de SAD nos cuidadores formais dos Centros Sociais.</i>	39
CAPÍTULO III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	41
3.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
3.2 CONCLUSÃO	45
ANEXOS.....	54
ANEXO I – Questionário Sociodemográfico.....	55
ANEXO II – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	58
ANEXO III – Pedido formal às Direções dos Centros Sociais	60
ANEXO IV – Consentimento Informado.....	62
ANEXO V – Carta de Apresentação	64

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Síntese dos stressores ocupacionais e consequências</i>	17
<i>Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica (n=110)</i>	29
<i>Tabela 3 – Pontos de corte das escalas da EADS-21 (n=110)</i>	34
<i>Tabela 4 – Severidade das escalas da EADS-21 (n=110)</i>	34
<i>Tabela 5 – Escalas de stress, de ansiedade e de depressão (EADS-21) – Média e Desvio-padrão (n=110)</i>	36
<i>Tabela 6 – Matriz de correlações entre os resultados das escalas da EADS-21 (n=110)</i>	36
<i>Tabela 7 – Itens das EADS-21 – Média e Desvio-padrão (n=110)</i>	37
<i>Tabela 8 – Resultados nas EADS-21 em relação ao tipo de função do cuidador – Média e Desvio-padrão (n=110)</i>	37
<i>Tabela 9 – Tabela do Teste de t de student para amostras independentes entre as médias nas três escalas dos cuidadores de Idosos e cuidadores de Crianças (n=110)</i>	38
<i>Tabela 10 – Matriz de correlações entre o número de horas de formações por tipo de formação face aos fatores das EADS (n=110)</i>	39
<i>Tabela 11 – Matriz de correlações entre o número de formações por tipo de formação face aos fatores da EADS (n=110)</i>	39
<i>Tabela 12 – Tabela do Teste de t de student para amostras independentes entre as médias nas três escalas dos cuidadores com uma função e os cuidadores com multifunções (n=110)</i>	40

Introdução

Numa sociedade em constante transformação socioeconómica, o fenómeno do envelhecimento da população tem vindo a proporcionar o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, levando a que muitas famílias não consigam lidar com o stress e a sobrecarga que causam. Assim, a solução tende a passar pela institucionalização, desafiando-se por isso, as limitações dos Centros Sociais e respetivos cuidadores (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012; Oliveira, Queirós & Guerra, 2007; Simões, 2012; Sousa, 2011).

Por conseguinte, as respostas sociais às pessoas mais vulneráveis só poderão sobreviver se prestarem serviços de qualidade (Freitas, 2011; Pires, 2011; Rocha, 2010; Sousa, 2011).

Um serviço de qualidade na prestação de cuidados deverá ter em conta necessariamente a qualidade integral dos seus cuidadores. Algo que implica necessariamente um tipo de formação que promova competências integrais adequadas, não só técnicas e especializadas, mas também com competências de autocuidado, na gestão do stress e da sobrecarga emocional neste tipo de cuidadores (Barbosa *et al.*, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

Neste sentido, a *American Psychiatric Association* (APA, 2007) tem vindo a incentivar estudos e intervenções que procurem prevenir ou reduzir o stress psicológico dos cuidadores formais (Figueiredo *et al.*, 2012).

Nesta lógica de se equacionar as melhores estratégias de intervenção para a promoção da saúde mental e prevenção da doença que favoreçam a qualidade dos cuidados, esta investigação pretende contribuir para a compreensão da relação entre a formação e os níveis de stress, de ansiedade e de depressão (SAD) dos cuidadores formais dos Centros Sociais. Nesse sentido, procura também analisar os níveis de SAD dos cuidadores e verificar se existem diferenças significativas entres eles.

Em termos estruturais, esta dissertação divide-se em três capítulos.

Ao longo do primeiro capítulo, desenvolve-se o enquadramento teórico da investigação, através de uma revisão da literatura.

Assim, para se introduzir e contextualizar a problemática, define-se o conceito de cuidador formal. De seguida, caracterizam-se os cuidadores formais dos Centros Sociais, dando particular relevo às questões que envolvem a sua formação. Posteriormente, revê-se de que forma é que se tem associado a sintomatologia psicopatológica aos cuidadores formais e como a formação pode influenciar essa associação.

Por último, enquadram-se os três construtos psicopatológicos que integram o presente estudo, aludindo-se ao modelo tripartido que os procura diferenciar empiricamente.

Por seu turno, a parte empírica da dissertação é tratada nos segundo e terceiro capítulos.

O segundo capítulo é dedicado à descrição da metodologia da investigação. Num primeiro momento, abordam-se os objetivos, o desenho, o método do estudo e as variáveis estudadas. Num segundo momento, após a descrição da caracterização da amostra, dos instrumentos de avaliação e dos procedimentos de recolha e análise de dados, apresentam-se os principais resultados da investigação.

No terceiro capítulo, constituído pela discussão dos resultados e pela conclusão, faz-se uma análise crítica a partir da comparação de outros resultados revistos na literatura. Por fim, na conclusão, reflete-se sobre os resultados da investigação, assim como, analisam-se as limitações e fazem-se sugestões para investigações futuras.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: OS CUIDADORES FORMAIS DOS CENTROS SOCIAIS

1. Os cuidadores formais dos Centros Sociais

Para se enquadrar a questão, importa começar por compreender a dimensão da identidade do cuidador para se poder definir o conceito de cuidador. De seguida, descreve-se este tipo de cuidadores, principalmente nos Centros Sociais, no intuito de se proporcionar as condições necessárias para se compreender o tipo de riscos psicopatológicos a que estão sujeitos.

1.1 Definição de cuidador formal

No âmbito dos cuidados, a tendência atual tem sido a passagem de um paradigma de cuidadores como profissionais de saúde para um paradigma de humanização dos cuidadores que cuidam da pessoa de forma holística. Ou seja, tem-se em consideração as dimensões biológica, psicológica, sociológica, auto-narrativa, situacional e espiritual da pessoa (Lopes, 2005). Assim, considera-se cada pessoa como uma unidade biopsicosocioespiritual única e irrepetível (Alves, 2007; Carta de Identidade da Akribeia).

Por isso, o cuidado (*caregiving*) no sentido antropológico integra a multidimensionalidade da pessoa. Logo, cuidar é “tornar-se” e ajudar a tornar o outro pessoa. Assim, ser cuidador é intrínseco ao ser-se pessoa, pois cuidar visa o bem-estar da pessoa, a harmonia consigo próprio e com os outros (Lopes, 2005; OMS, 2008).

Nesta perspetiva, o cuidador (*caregiver*) é aquele que cuida, que presta apoio e assistência a um indivíduo em situação de dependência, podendo esta situação de dependência ser temporária ou definitiva e irreversível, isto é, cuidar é dar apoio consistente e integrado (Lopes, 2005; Oliveira *et al.*, 2007; WHO, 2004).

O conceito do cuidador tem sido descrito numa perspetiva de complexidade conceptual e multifacetada. Geralmente é definido numa perspetiva prática e contextualizada, em detrimento de uma concetualização teórica. Assim, o significado varia consoante as características ou problemáticas das pessoas cuidadas. Por outro lado, verifica-se uma ausência de uma definição clara e estruturada, pois o “cuidador existe, quando cuida de alguém” (Oliveira *et al.*, 2007, p.184). Assim, cuidar é uma experiência singular que se compreende no binómio cuidador-cuidado (OMS, 2008).

Vários autores (Andrade, 2009; Nóbrega & Pereira, 2011; Sousa, 2011; WHO, 2004) distinguem o cuidador formal do cuidador informal. Os cuidadores formais (*formal caregivers*) são “profissionais contratados, com caráter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição” (Sousa, 2011, p.23). Neste sentido, parte-se do pressuposto que exercem uma profissão através da competência académica e profissional ou então têm preparação específica para a função que desempenham. Logo, o cuidador formal é enquadrado profissionalmente através de atividades e competências reconhecidas formalmente (Freitas, 2011; Sequeira, 2007; WHO, 2004). Dependendo da sua função na instituição, este tipo de cuidador pode ainda assumir duas vertentes, cuidador de ação direta, se apoiar diretamente o utente ou cuidador de ação indireta, se apesar de trabalhar na instituição não lidar diretamente com o utente. Além destas, este tipo de cuidador formal pode integrar as seguintes designações: remunerado, profissional e voluntário (Sousa, 2011).

Por seu turno, os cuidadores informais são familiares, amigos ou vizinhos que têm um laço afetivo com a pessoa que cuidam, assumindo parte ou a totalidade dos cuidados, a título voluntário e gratuito. Logo, surgem em contexto familiar e afetivo (Oliveira *et al.*, 2007; Sousa, 2011).

1.2 Os cuidadores formais nos Centros Sociais

Em Portugal, existem cerca de 5000 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). As IPSS são Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL) que empregam cerca de 200.000 pessoas para cuidar diretamente de 600.000 pessoas e seus familiares, e indiretamente grande parte da comunidade nacional. Quase metade delas é da iniciativa da Igreja Católica (Freitas, 2011; Ribeiro, 2012).

Os Centros Sociais são uma dessas iniciativas. Procuram dar respostas sociais a necessidades e desafios de modo contextualizado, quer dizer, nos meios sociais onde estão inseridos, nomeadamente através de múltiplas valências para atender às necessidades concretas da terceira idade, do doente crónico e da infância (Freitas, 2011). No entanto, são uma realidade organizacional pouco estudada, que abrange cuidadores formais com percursos formativos muito divergentes, sendo que o mesmo cuidador pode desempenhar mais do que uma função em várias valências ou respostas sociais (Freitas, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011).

Sendo assim, são várias as funções que estes cuidadores podem ocupar: ajudantes ou auxiliares de apoio aos idosos, auxiliares de ação educativa, ajudante familiar domiciliária, auxiliar de serviços gerais, assistentes sociais ou técnicos de serviço social, diretores técnicos, enfermeiros, cozinheiros, técnicos de animação sociocultural, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, administrativos, motoristas, etc... (Sousa, 2001; Vicente & Oliveira, 2011).

No presente estudo, importa particularmente os cuidadores formais de ação direta, nomeadamente os que não tendo uma formação base na área estão a desempenhar uma função que a exige. De facto, a esmagadora maioria dos cuidadores dos Centros Sociais são pessoas não técnicas (80%), sendo o pessoal técnico cerca de um quinto do pessoal (Freitas, 2011). O que não significa que não se deva considerar neste estudo todo o tipo de cuidadores, pois, o facto de se ter uma formação académica, não significa que seja adequada para o desempenho de funções no contexto dos Centros Sociais.

Em síntese, os cuidadores formais dos Centros Sociais podem desempenhar serviços de ação direta a idosos, a doentes crónicos, a crianças ou serviços de apoio (liderança, administração, limpeza, transportes, cozinha), podendo também estar sujeitos a um sistema de rotatividade de tarefas. Por vezes, alguns cuidadores acumulam os serviços de ação direta aos utentes com serviços de apoio, desempenhando múltiplos serviços ou multifunções (Sousa, 2011).

1.3 Caracterização dos cuidadores dos Centros Sociais

A literatura tem vindo a caracterizar este tipo de cuidadores formais, através de múltiplas limitações e constrangimentos. A natureza deste tipo de trabalho implica lidar diariamente com situações de incapacidade, dependência e vulnerabilidade e, por isso, confrontar-se com a sua própria fragilidade (Vicente & Oliveira, 2011; Sousa, 2011). Contudo, há também estudos que apontam satisfação, realização no trabalho e bem-estar psicológico nomeadamente entre cuidadores de Centros Sociais (Baldelli, Boiardi, Fabbo, SantoPuoli & Neri, 2002; Pinto, 2009).

A literatura tendencialmente dá particular relevo ao cuidador do idoso devido aos enormes desafios que o envelhecimento implica (Pinto, 2009; Kawasaki & Diogo, 2001) e às características inerentes a este tipo de cuidador (Sousa, 2011).

Desde logo, este tipo de trabalho é pouco atrativo, pois está associado a uma imagem negativa e a trabalho pesado na indústria dos cuidados, relacionada também com a falta de

atenção que alguns cuidadores, por vezes, dão aos idosos que cuidam, desumanizando-o ou tornando-o impessoal. Quando é visto de modo positivo, implica sempre uma elevada capacidade emocional (Sousa, 2011).

Este tipo de cuidadores são caracterizados como não possuindo as qualificações profissionais exigidas pela especificidade do trabalho que desenvolvem sendo, por vezes, supervisionados por um profissional qualificado. Pode acontecer também serem mal acompanhados na fase de integração na instituição e, por vezes, não têm tempo suficiente para a aprendizagem da profissão. Aliás, de referir que alguns não têm vocação para este tipo de atividade (OMS, 2013; Ribeiro, 2012; Sousa, 2011; WHO, 2004).

Relativamente às condições de trabalho, com o aumento gradual da população idosa no tipo de instituições em causa, o serviço do cuidador implica cada vez mais carga excessiva de trabalho, devido à escassez de cuidadores e de recursos para as necessidades das instituições ou às condições deficientes, sendo que isto implica elevadas responsabilidades e que a prestação do cuidado deva ser feita num período de tempo relativamente curto. De referir que uma das elevadas responsabilidades tem a ver com o apoio direto aos idosos. Deve ainda equacionar-se outros fatores, tais como: o ter de trabalhar com uma liderança, que, por vezes, neste tipo de organizações é feudal; a ausência de regalias e benefícios (férias pagas, seguros de saúde, programas de pensões, etc...); a fraca renumeração; a ausência de perspetivas de carreira.

Por isso, muitos dos recém-contratados abandonam precocemente este tipo de trabalho. Daí que muitos dos cuidadores não encarem a profissão como carreira e terão sentimentos negativos relativamente ao estatuto e imagem social da sua profissão, que não é socialmente valorizada (Sousa, 2011). Assim, em termos profissionais, estes cuidadores encontram-se, por vezes, em situações de instabilidade profissional, pois a atividade é encarada como temporária (menos de 6 meses) e, nalguns países (EUA, Itália e Áustria), feita por imigrantes, somando-se o problema da barreira linguística, uma grande limitação no cuidar.

Tudo isto pode levar à desmotivação com a conseqüente falta de qualidade dos cuidados. Ou seja, esta perceção leva a comportamentos e atitudes mais ou menos conscientes que influenciam a qualidade de vida dos idosos, pela falta de qualidade dos cuidados que lhes são prestados. Por isso, é comum entre os cuidadores verificar-se absentismo, baixas, queixas e indemnizações (Figueiredo *et al.*, 2012; OMS, 2001; Sousa, 2011).

Há quem defenda que a insatisfação, instabilidade profissional e a desmotivação dos cuidadores de idosos se explicam através de um conjunto de fatores: a ausência de formação, a inexistência de programas de orientação e tutoria no trabalho, a fraca supervisão, a nula

participação no planeamento dos cuidados, ausência de feedback e comunicação sobre as tarefas e as fracas ou nulas oportunidades de desenvolvimento profissional. Fatores estes que também explicam o desempenho deficiente e a desumanização nas relações pessoais e profissionais (Sousa, 2011).

Em Portugal, são vários os contextos, onde podem atuar os cuidadores de idosos: lares de idosos, enfermarias, centros de cuidados geriátricos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário. Contudo os ambientes mais usuais são o lar de idosos, em serviço de apoio domiciliário e centros de dia (GRA, 2007; Vicente & Oliveira, 2011).

No que concerne ao conteúdo funcional, desenvolvem as atividades seguintes: limpeza e arrumação das instalações, cuidados de higiene e conforto, transporte de alimentos, serviço de refeições, transporte de cadáveres, tratamento de roupas, condução do veículo das instituições, medicação previamente prescrita e acompanhamento do idoso (GRA, 2007).

Relativamente aos cuidadores de crianças, nomeadamente as auxiliares de ação educativa (AAE), tem-se assistido ultimamente a uma mudança paradigmática na sua formação, pois constata-se mudanças ao nível das qualificações, mas neste momento ainda há um número significativo de AAE sem as competências para as funções que desempenham. Assim, têm sido os próprios a tomar a iniciativa de investirem na sua própria formação, principalmente os mais novos, possivelmente porque estes cuidadores se sentem vocacionados para o exercício desta profissão (Ribeiro, 2012).

Os estudos portugueses (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010; Figueiredo *et al.*, 2012; Freitas, 2011; Ribeiro, 2012; Simões, 2012; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011) com cuidadores formais de idosos, de doentes crónicos e de crianças têm-nos caracterizado como sendo a esmagadora maioria do género feminino, com uma média de idades de cerca de 40 anos de idade.

A maior parte dos sujeitos é de nacionalidade portuguesa, são casados e têm habilitações literárias ao nível do ensino básico (1º ao 9º ano de escolaridade), podendo, em muitos casos apresentar pouca escolarização. A média de anos de trabalho na instituição varia entre os 8 e 10 anos, sendo a média de 9 a 13 anos o tempo com que trabalham com este tipo de população (Pinto, 2009; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

O tipo de vínculo à instituição pode ser através de contrato sem termo, contrato a termo, contrato por tempo indeterminado, sem qualquer tipo de contrato (Pinto, 2009; Sousa, 2011).

Em relação ao horário de trabalho, a esmagadora maioria trabalha a tempo inteiro e por turnos. Trabalham por turnos que podem ser rotativos ou fixos (manhã, tarde e noite), podendo trabalhar ao fim de semana, variando na quantidade de fins de semana por mês,

podem ser dois, três ou todos os fins de semana. Estes cuidadores podem trabalhar o período normal de trabalho, mas também podem trabalhar mais tempo do que está previsto (Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

Nestas instituições, o horário pode ser definido pelos superiores hierárquicos e pode não estar disponível a possibilidade de alteração a pedido do cuidador formal de ação direta. Refira-se ainda que o horário de trabalho pode sofrer alterações com alguma regularidade, podendo as alterações serem comunicadas com alguns dias de antecedência ou no dia anterior. Além disso, a maior parte destes cuidadores trabalha em regime de rotatividade de tarefas (Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

O ingresso na instituição destes cuidadores, pode processar-se através de candidaturas espontâneas (50%), através do IEFP (18%) ou através de resposta a anúncio (15%). De referir que o facto de se integrar a instituição não significa que já se tenha exercido o apoio direto aos utentes. Verifica-se que isso possa acontecer com cerca de metade dos cuidadores, contudo há cuidadores formais de ação direta, cujas funções anteriores passavam por serviços de limpeza, de cozinha, de lavandaria, de transportes, por serviços educativos, apoio a deficientes, apoio comunitário e serviços administrativos (Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

As condições de ingresso na profissão consistem em ter a idade mínima de 18 anos e escolaridade mínima obrigatória. No que concerne à progressão, faz-se em 3 categorias: 2ª, 1ª e principal. A passagem de categoria processa-se tendo 5 anos de serviço bom e efetivo na categoria. A progressão à categoria principal implica 700 horas de formação profissional específica (GRA, 2007; Sousa, 2011).

Relativamente à supervisão do trabalho, pode ser periódica, sendo da responsabilidade do chefe do serviço, do diretor técnico ou do técnico responsável (26,2%) (Sousa, 2011).

1.4. A formação dos cuidadores formais dos Centros Sociais

Em Portugal, verifica-se uma escassez ou ausência de oferta formativa direcionada para os cuidadores formais, assim como, geralmente não existe um quadro técnico nas IPSS capaz de conceber e executar planos de formação interna para os cuidadores. Além disso, pela carga excessiva de trabalho, muitas das vezes, os cuidadores não podem frequentar a formação em horário laboral. Como os cuidadores não percecionam ganhos para a prática laboral, verifica-se pouca motivação para a frequência em período pós-laboral. Por vezes, constata-se também

a ausência de sensibilidade dos líderes para a importância da formação, sendo percebida como constrangimento, quer dizer, uma despesa e perda de tempo. Além disso, verifica-se uma carência de programas e formadores com preparação técnica e pedagógica nesta área (Barbosa *et al.*, 2011; Freitas, 2011; Rocha, 2010; Sousa, 2011).

Por isso, em termos gerais, estes cuidadores têm sido descritos como tendo qualificação insuficiente, pouca formação ou sem qualquer tipo de formação específica para a função que desempenham, quer dizer, que lhes permita um tipo de conhecimento especializado (Figueiredo *et al.*, 2012; Sousa, 2011). Pode acontecer também serem mal acompanhados na fase de integração na instituição e, por vezes, não têm tempo suficiente para a aprendizagem da profissão. Aliás, de salientar que alguns não revelam vocação para este tipo de atividade (Ribeiro, 2012; Sousa, 2011).

De referir que os requisitos mínimos de formação para se aceder à profissão são insuficientes face à complexidade com que estes cuidadores lidam diariamente. Por vezes, as instituições não proporcionam toda esta formação, pois a própria lei não exige formação específica para o ingresso na profissão e assim baliza o incumprimento (GRA, 2007; Stone, 2007; Sousa, 2011).

De facto, no que concerne à formação profissional dos cuidados a pessoas idosas, num estudo realizado (Sousa, 2011), verifica-se que 40% dos cuidadores formais não frequentou nenhum tipo de formação, 73% frequentou um curso e 15% frequentou dois ou três cursos, tendo sido as áreas de formação mais referidas as seguintes: primeiros socorros, ajudante de lar, geriatria, ajudante de enfermaria, higiene e segurança no trabalho, psicologia da pessoa idosa e higiene e conforto da pessoa idosa. Contudo, verificou-se que apesar da maioria (64%) considerar que a sua Instituição facilita a formação profissional, no último ano em que se realizou a investigação, 70% não tinha frequentado nenhuma ação deste tipo.

No entanto, há quem considere (Ribeiro, 2012) que se tem vindo a operar uma mudança significativa na sensibilidade para a formação destes profissionais, havendo algum investimento neste âmbito para aumentar a qualidade dos serviços prestados. É da competência direta dos Centros Sociais a motivação e a responsabilidade para um tipo de formação que traga benefícios aos cuidadores e, por isso, aos respetivos utentes. Contudo, as dificuldades económicas, muitas das vezes, condicionam a formação, sendo, por isso, de qualidade reduzida ou então desadequada às necessidades concretas dos cuidadores e com objetivos pouco claros.

De facto, o tipo de necessidades de formação que os cuidadores formais de idosos revelam está relacionado com cuidados de saúde. Em primeiro lugar, aparecem necessidades

para lidar com situações de emergência (67% a 72%), isto é, primeiros socorros (reanimação cardiopulmonar, engasgamento, etc...) e sinais vitais em situação anómala (enfarte do miocárdio, síncope, etc...). Depois, segue-se a área da saúde mental (61%), onde os cuidadores percebem necessidades de formação na identificação, prevenção e atuação perante a demência e a depressão (Sousa, 2011).

Posteriormente, em cuidados básicos de saúde (30% a 54%), aparecem necessidades relacionadas principalmente com os cuidados a ter com o pé diabético. De seguida, necessidades relacionadas com o luto, nomeadamente com o cuidado a ter com o idoso e a família em fase terminal (47,3%). Por último, destacam-se necessidades na prevenção de riscos, principalmente com infeções respiratórias (46%) e com o padrão do sono do idoso (Sousa, 2011).

É neste sentido que se tem constatado, que nalguns casos, sejam os próprios cuidadores a investirem na sua própria formação para colmatarem as suas necessidades (Ribeiro, 2012; Sousa, 2011).

Em suma, estes cuidadores, apesar de perceberem experiências gratificantes no seu trabalho, têm sido caracterizados como cuidadores com qualificação insuficiente, pouco escolarizados, pouco motivados, numericamente reduzidos, envelhecidos, pouco acompanhados na integração/aprendizagem da profissão, responsáveis pelo cuidado direto dos utentes, mal remunerados e sem os benefícios sociais semelhantes a outras áreas profissionais (Sousa, 2011).

1.5 Os cuidadores formais e a sintomatologia psicopatológica

Após a caracterização dos cuidadores formais, é pertinente compreender qual tem sido a relação entre este tipo de cuidadores e a sintomatologia psicopatológica com a finalidade de se estabelecer, de seguida, uma revisão que indique o tipo de relação entre a formação e a sintomatologia psicopatológica.

Neste cenário descrito anteriormente, os cuidadores formais têm vindo a revelar sintomatologia física e psicopatológica, principalmente elevados níveis de stress, sintomatologia depressiva e ansiosa ou perturbações de depressão e de ansiedade e síndrome de *burnout* (Baillon, Scothern, Neville & Shue, 1996; Figueiredo *et al.*, 2012; Pinto, 2009; Santos, 2011; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2007). Estas

consequências psicopatológicas surgem sobretudo em cuidadores de pessoas com demência, idosos e doenças crónicas do foro físico e mental (Barbosa *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2007; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011), mas também podem surgir em cuidadores de crianças (Smith, Read, Darby & Stanley, 2005).

Assim sendo, os cuidadores formais têm sido associados a queixas físicas e a sintomatologia psicopatológica. De facto, têm-se registado entre estes cuidadores mais acidentes de trabalho do que na indústria, desde lesões na coluna a lesões musculoesqueléticas. Verificou-se que 43% de lesões na coluna em acidentes de trabalho, acontecem com este tipo de cuidadores. Ou seja, os cuidadores formais surgem muitas vezes associados a queixas físicas, principalmente os que apoiam diretamente idosos ou doentes crónicos (Azevedo *et al.*, 2010; Sousa, 2011).

Além disso, os cuidadores têm revelado cada vez “mais problemas psicológicos, pressão arterial elevada, perturbações de sono, irritabilidade e stresse” (Sousa, 2011, p.26). Assim como, aparecem associados a “pressão emocional” ou “exaustão emocional”. Relativamente à prevalência na ansiedade e na depressão situam-se entre 45% a 47% e 30% respetivamente, mais no sexo feminino que masculino (Barbosa *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2007; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

De facto, num estudo com 45 cuidadores formais de idosos (Azevedo *et al.*, 2010), verificou-se que quase 50% são vulneráveis ao stress e 9,4% apresenta perturbações emocionais. Não obstante, a maior parte (80%) percebe ter qualidade de vida e saúde, sendo o domínio das relações sociais o mais positivo (80%). Noutro estudo (Simões, 2012), com 104 cuidadores de idosos, verificou-se que uma maior vulnerabilidade ao stress está associada a um menor índice de capacidade de trabalho e a níveis superiores de sintomatologia psicopatológica.

Outros autores (Vicente & Oliveira, 2011), ao investigarem a prevalência do síndrome de *burnout* em 363 cuidadores de idosos e doentes crónicos verificaram resultados semelhantes, sendo que 9,1% revela exaustão emocional, 8,8% despersonalização e 30% não se encontra realizado profissionalmente.

Resultados semelhantes aos anteriores foram encontrados num estudo sobre stress ocupacional em profissionais de saúde que compara médicos e enfermeiros portugueses a exercerem em contexto hospitalar, nomeadamente na exaustão emocional dos enfermeiros (9,8%, os médicos, 12%), despersonalização (1,4%, os médicos 3%) e na realização pessoal (2,8%, 1,5%, os médicos) (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). Noutro estudo idêntico (Silva & Gomes, 2009), mas realizado também em Centros de Saúde, conclui-se que 15% dos médicos

e enfermeiros têm experiências significativas de stress e 6% exaustão emocional. Noutra investigação, com objetivos semelhantes, os participantes revelaram níveis intermédios de exaustão emocional e de realização pessoal e níveis baixos de despersonalização (Santos, 2011).

Sendo assim, tem-se verificado que os cuidadores são uma população propensa a desenvolver o síndrome de *burnout* que se caracteriza pela exaustão emocional (esgotamento, falta de energia e de entusiasmo pelo trabalho), nível da despersonalização e a baixa realização profissional.

Um cuidador com o síndrome de *burnout*, como está emocionalmente exausto, tem a tendência para tratar as pessoas cuidadas com insensibilidade, o que, por seu turno, leva à irrealização profissional. Por conseguinte, o cuidador formal pode apresentar: baixo autoconceito, baixa autoestima, autoavaliação negativa, sentimentos de infelicidade e insatisfação, o que pode afetar negativamente a sua própria qualidade de vida individual (Azevedo, *et al.* 2010; Sousa, 2011).

1.5.1 Stressores ocupacionais nos cuidadores formais

A compreensão dos fenómenos descritos é tão complexa que se pode encontrar na literatura diversas tentativas para os explicar (Baillon *et al.*, 1996; Baldelli *et al.*, 2002; Factor, 1991; Pinto, 2009; Proctor, Strantton-Pwell, Tarrier & Burns, 1998; Rafnsdottir, Gunnarsdottir & Tomasson 2004; Santos, 2011; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2007).

Assim, desde logo, o próprio contexto, os Centros Sociais, onde aumentam o número de utentes e a quantidade de cuidadores existentes neste tipo de instituições é a mesma ou, por vezes, diminui. Além disso, os utentes apresentam características muito divergentes. São portadores de patologias muito diferentes (demência, doença de alzheimer, doenças mentais, patologias terminais) e os serviços dos Centros Sociais nem sempre estão preparados para lidar com todo este tipo de utentes. Ou seja, são respostas sociais tradicionais, onde não se trabalha com estimulação ambiental e social, por exemplo, no caso dos utentes com demência, que quando se associa à falta de conhecimentos especializados dos cuidadores tornam-se num problema ainda maior (Figueiredo *et al.*, 2012).

Por isso, este confronto com situações de incapacidade, dependência e vulnerabilidade são algumas das exigências profissionais deste meio profissional (Vicente & Oliveira, 2011). Nessa ótica, há quem defenda (Azevedo *et al.*, 2010) que são as exigências no trabalho, o

baixo reconhecimento social, a falta de suporte, a existência de conflitos interpessoais e as fracas estratégias de *coping* que podem explicar esta problemática.

Por outro lado, há quem (Baillon, 1996) considere que o stress profissional surge associado: às características da população idosa, fatores administrativos ou organizacionais, pouco tempo passado em relação com o idoso devido à sobrecarga de trabalho, número insuficiente de trabalhadores em relação à quantidade de trabalho e de tarefas para se realizarem simultaneamente. De referir que os cuidadores com uma perspetiva e atitude positiva em relação aos idosos podem revelar também tensão com a organização e a liderança, apresentando níveis elevados de stress profissional, baixo nível de realização e de satisfação no trabalho.

Há também quem (Azevedo *et al.*, 2010) refira que a idade dos cuidadores não interfere diretamente com os níveis de sintomatologia psicopatológica, pois é o significado que cada pessoa dá à situação em que se encontra que vai determinar o seu nível de stress e não uma etapa da vida. Contudo, há quem (Simões, 2012) tenha verificado que a idade afete a capacidade de trabalho e que o índice de sintomatologia psicopatológica se correlaciona negativamente com a capacidade de trabalho.

Alguns autores consideram que o *burnout*, a depressão e outros problemas psicológicos, como o stress, por exemplo, são desencadeados por outros fatores do meio ambiente: expectativas profissionais defraudadas, situações mal ou não resolvidas no trabalho, formação específica insuficiente para lidar com os idosos, principalmente os demenciados, pouco apoio das chefias intermédias, não identificação com a profissão e inexistência de identidade profissional, conflito de papéis, informação insuficiente em relação à realização da tarefa, excesso de trabalho a realizar com poucas pessoas em pouco tempo, ausência de feedback em relação ao trabalho feito e pouca autonomia para tomar decisões (Sousa, 2011).

Noutro estudo (Zamora & Sánchez, 2007), onde se analisou a perceção da sobrecarga e o nível de *burnout* em cuidadores formais de idosos, verificou-se que as variáveis que predominam quando o nível de *burnout* é alto são: desempenho da função de enfermeira ou auxiliar de enfermeira; trabalhar mais de oito horas diárias; não descansar nenhum dia da semana ou somente um; ter mais de 15 anos de antiguidade no posto; habilitações até ao secundário; não ter companheiro, mas ter filhos e ter uma avaliação de sobrecarga leve do cuidador de acordo com a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

Há quem (Vicente & Oliveira, 2011) coloque a tónica nas seguintes variáveis: as habilitações literárias, a categoria profissional, vínculo à instituição, horário de trabalho, turnos, rendimento mensal, antiguidade e tempo de trabalho com a população. Não obstante,

num estudo realizado sobre o bem-estar no trabalho dos assistentes sociais (Pinto, 2009), não se verificaram diferenças entre os níveis de bem-estar no trabalho (BET) e entre as variáveis de caracterização sociodemográfica e organizacional da amostra estudada: sexo, idade, habilitações, categoria profissional, vínculo à organização, função que desempenha, setor ou área e anos de serviço.

Noutro estudo ainda (Santos, 2011), verificou-se que os níveis de stress em enfermeiros e médicos estão associados ao excesso de trabalho e ao lidar com doentes. Nos enfermeiros os níveis mais altos de stress encontram-se nas dimensões: relações profissionais, carreira e remuneração.

Noutro estudo também elaborado num hospital (Rosa & Carlotto, s.d. *cit in* Sousa, 2011), salientaram-se na discussão vários stressores ocupacionais que exigem competências mentais e emocionais para lidar diariamente com eles: a grande quantidade de horas de trabalho, o número insuficiente de pessoal, ausência do reconhecimento profissional, a exposição a riscos químicos e físicos, o contato constante com o sofrimento, a dor e a morte. As atividades que desenvolvem implicam lidar com pacientes em estado grave, assim como partilhar sentimentos de angústia, dor e depressão com pacientes e familiares.

Noutra investigação (Pinto, 2009), neste caso, com assistentes sociais, verificou-se que esta mesma partilha de sentimentos, no caso o medo, angústia, ansiedade, sofrimento, contribui para o desgaste e a exigência na profissão do cuidador. Este tipo de profissão é exigente e desgastante, pois implica o confronto com situações de vulnerabilidade social, em contextos disfuncionais, complexos e conflituosos. Por outro lado, concluiu-se que nos assistentes sociais que trabalham em IPSS's, as variáveis controlo/autonomia, suporte social e a autoeficácia têm um impacto positivo e significativo no bem-estar no trabalho. Este correlaciona-se positivamente e significativamente com o bem-estar psicológico, a satisfação organizacional e gosto pelo trabalho.

Em suma, a conjugação de todos os fatores enunciados podem influenciar a qualidade dos cuidados, e, por isso, levar a respostas desadequadas ou pouco adequadas às reais necessidades dos utentes (Potter, Churilla & Smith, 2006; Sousa, 2011). Na tabela 1 sintetizam-se os stressores ocupacionais e as respetivas consequências.

Tabela 1 – Síntese dos stressores ocupacionais e consequências

STRESSORES OCUPACIONAIS			CONSEQUÊNCIAS
ORGANIZACIONAIS	TIPO DE TRABALHO	INDIVIDUAIS	
Carga excessiva de trabalho	Lidar com utentes difíceis	Idade	▶ <i>Burnout</i>
Múltiplas tarefas	Caraterísticas da população idosa	Habilitações literárias	▶ Desmotivação
Número insuficiente de cuidadores	Elevadas responsabilidades	Categoria profissional	▶ Insatisfação laboral
Número insuficiente de trabalhadores em relação à quantidade de trabalho e de tarefas para se realizarem simultaneamente em pouco tempo	Atividades que exigem controlo mental e emocional	Vínculo à instituição	▶ Baixo nível de realização
Pouco tempo passado em relação com o idoso devido à sobrecarga de trabalho	Confronto constante com o sofrimento, dor e morte	Antiguidade	▶ Instabilidade profissional
Horário laboral com mais de 8 horas diárias	Partilha com utentes e familiares dos sentimentos: medo, ansiedade, sofrimento, angústia, dor e depressão	Não identificação com a profissão e inexistência de identidade profissional	▶ Fraco desempenho profissional
Horário de trabalho	Exposição a riscos físicos	Sem vocação	▶ Níveis elevados de stress, depressão e ansiedade
Descanso de 1 dia por semana ou nenhum	Profissão desvalorizada socialmente/falta de reconhecimento profissional	Expetativas profissionais defraudadas	▶ Distância e desumanização nas relações pessoais e profissionais
Falta de formação adequada		Falta de suporte social	
Falta de formação específica para lidar com situações específicas (idosos demenciados)		Tempo de trabalho com a população	
Mau ambiente entre colegas		Baixa autoeficácia	
Situações mal ou não resolvidas no trabalho			
Conflito de papéis/indefinição de papel ou função			
Lideranças feudais			
Gestão/organização da Instituição			
Pouco apoio das chefias intermédias			
Ausência de feedback e comunicação sobre as tarefas			
A nula participação no			

1.5.2 A formação e a psicopatologia nos cuidadores

Vários autores colocam a questão na relação entre a formação e a psicopatologia, ou seja, a “falta de formação adequada associa-se a elevados níveis de stress, sobrecarga e insatisfação laboral em cuidadores formais” (Barbosa *et al.*, 2011, p.127; Figueiredo *et al.*, 2011; Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck & Sloane, 2005). Pois, por exemplo, o síndrome do *burnout* pode estar associado “a insuficiente formação dos cuidadores para lidarem com situações específicas” (Sousa, 2011, p.27).

Num estudo português com 253 cuidadores formais, as conclusões apontam para que os cuidadores com mais necessidades de formação apresentem mais insatisfação no trabalho, mais desmotivação e menos qualidade e maior propensão para o *burnout*, ou seja, “insuficiente domínio das competências essenciais no plano dos conhecimentos, do saber-fazer e do saber-ser ou estar nesta área profissional” (Sousa, 2011, p. 114). Pelo contrário, os cuidadores que percecionam menos necessidades de formação e trabalham em IPSS’s que a facilitam e a promovem, revelam mais motivação para o trabalho, maior identificação com a profissão, e, por isso, satisfação laboral. Logo, quanto maior for a perceção de competência, isto é, quanto mais recursos se percecionam para lidar com os stressores ocupacionais, menor os níveis de *burnout* (Sousa, 2011).

Por isso, a formação poderá ser uma variável importante na qualidade de vida dos cuidadores formais. Aliás, há quem defenda que a insatisfação, instabilidade profissional, a desmotivação, o desempenho deficiente e a desumanização nas relações pessoais e profissionais dos cuidadores se equacionam através de atividades formativas ou onde as mesmas estão implicadas (Shield, Enderby & Nancarrow, 2006).

Nesta linha de raciocínio, há quem (Baillon, 1996) afirme que a formação profissional poderia dotar os cuidadores das competências necessárias para lidar com eficácia com os desafios diários nos Centros Sociais e proporcionar-lhe uma perceção de competência, por exemplo, na satisfação das necessidades dos idosos (Baldelli *et al.*, 2002; McCabe, Davison, Visser, Hudgson, Buchanan & George, 2007).

No entanto, a abordagem psicoeducativa deste tipo de formação deve integrar, não só a promoção ou capacitação de conhecimentos e competências relativas aos utentes, mas também deve ter em linha de conta o autocuidado dos cuidadores, quer dizer, as suas próprias necessidades psicológicas e emocionais como, por exemplo, a autoestima e habilidades de comunicação que facilitem um ajustamento funcional face às exigências (Engstrom, Wadensten & Haggstrom, 2010; Figueiredo *et al.*, 2012; Innstrand, Espnes, Mykltunn, 2004).

Neste sentido, os cuidadores formais podem prestar um serviço de qualidade, quando participam em programas que incidem na redução do stress, na satisfação e no bem-estar, tal como evidencia a literatura (Engstrom *et al.*, 2010; Figueiredo *et al.*, 2012; Innstrand *et al.*, 2004; Davison, McCabe, Visser, Hudgson & George, 2007).

Os cuidadores formais sentem-se acompanhados e, por isso, motivados para mudar as suas práticas e as manter a longo prazo, através de estratégias positivas com os idosos, levando à satisfação das suas reais necessidades de interação, melhorando a sua qualidade de vida, e evitando, por exemplo, estratégias como restrições físicas e fármacos para controlar o comportamento dos utentes (Davison, *et al.* 2007; Levy- Storms, 2008).

1.6 Enquadramento teórico dos construtos psicopatológicos em estudo

Após a caracterização dos cuidadores formais e da respetiva associação com a sintomatologia psicopatológica e como a formação pode influenciar essa associação, importa enquadrar os três construtos psicopatológicos que integram o presente estudo.

1.6.1 Stress

O construto stress tem vindo a tornar-se num conceito polissémico, pelo seu uso quotidiano que tem vindo a convocar uma multiplicidade de situações como o cansaço, ansiedade ou dor de cabeça. Pode ser definido como um “processo psicológico motivacional defensivo distinto dos processos emocionais e cognitivos, ainda que, pressuponha, relação estrita com eles [...] que cumpre a função de preparar e mobilizar o organismo face a uma possível ameaça real ou percebida” (Castellar, 2000, p.183). Sendo assim, face a uma situação de ameaça, o organismo prepara-se para a ação. Este fenómeno é um processo que implica transformações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. A ameaça pode ser ambiental ou uma interpretação do próprio sujeito. Nestas duas linhas de raciocínio, tem-se desenvolvido a concetualização do fenómeno (Ogden, 2004).

As conceptualizações do stress (Castellar, 2000; Ogden, 2004; Ribeiro, 2007), sob o ponto de vista epistemológico, podem agrupar-se em três modelos, stress como resposta, stress como estímulo e stress como transação entre o estímulo e a resposta. Enquanto no primeiro modelo, a tónica está na reatividade fisiológica e automática do organismo, no segundo a questão é enquadrada nos estímulos, ou seja, os stressores. No último modelo, é a

percepção do sujeito relativamente à situação adversa e dos recursos que dispõem para lidar com a mesma, que pode provocar ou não stress.

De referir que o *eustress*, “bom stress” ou stress positivo é benéfico, pois provoca respostas adaptativas, enquanto o *distress* ou stress perigoso é nocivo. Aliás, o stress torna-se patológico, quando a ativação perdura por um determinado tempo e num determinado espaço (Ogden, 2004; Ribeiro, 2007).

O processo da reatividade psicofisiológica do stress produz obrigatoriamente mudanças físicas e psicológicas (Filho, 2008; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Ogden, 2004). São ativadas três vias de comunicação entre mente e corpo, ou seja, a via psicofisiológica direta, neuroendócrina e neuroimunitária (Castellar, 2000). Estas três vias podem relacionar-se com qualquer patologia física, podendo levar a transtornos psicológicos, como a depressão, esquizofrenia e ansiedade (Margis *et al.*, 2003; Paulino, Prezzoto & Calixto, 2009; Soares & Alves, 2006).

1.6.2 Ansiedade

Por seu turno, a ansiedade é considerada um dos complexos desafios da atualidade devido à sensação de medo generalizada promovida pelos *mass media*. Por isso, há quem pense que ser-se ansioso hoje é normal. Na linguagem do senso comum, frequentemente, o conceito de ansiedade tem sido usado como sinónimo de stress. Ou seja, quando se diz que se “*está stressado*”, muitas das vezes, usa-se o conceito com o significado de se “*estar preocupado*” ou “*tenso*” (Graziani, 2005; Possendoro, 2007).

Numa ótica científica, a ansiedade surge também muitas vezes associada ao stress e ao cansaço. Por isso, a experiência de ansiedade está relacionada com tensões físicas e psicológicas. Durante o processo de avaliação cognitiva do perigo ou ameaça, pode perceber-se algo como perigoso, o que pode provocar medo ou um sentimento de apreensão ou percepção de perigo iminente que se associa à ansiedade (Ogden, 2004).

Sendo assim, apesar de existirem semelhanças entre as emoções da ansiedade e do medo, há também algumas diferenças, isto é, na emoção da ansiedade a origem é inespecífica ou sem objeto. A pessoa sente perigo, mas não consegue atribuir-lhe uma causalidade. Por isso, o sujeito seleciona determinado tipo de estímulo, muitas das vezes neutro, e interpreta-o como uma ameaça ou perigo, pondo em causa o seu bem-estar e a sua segurança quando desenvolve respostas intensas ou prolongadas. Ou seja, o sujeito avalia mal as situações ao atribuir-lhes um sentido ou significado de perigo excessivo, tornando a ansiedade patogénica,

quer dizer, levando à disfuncionalidade (Graziani, 2005; Odgen, 2004; Pais-Ribeiro, Mascarenhas, Honrado & Leal, 2008).

Logo, o sujeito interpreta a realidade de maneira enviesada ou distorcida devido aos erros nas percepções e no processamento da informação, levando à hipervigilância, quer dizer, à procura constante de estímulos ameaçadores. Assim, sendo a realidade perigosa, importa antecipar as ameaças. Nesse sentido, a ansiedade gera ansiedade e, muitas das vezes, torna-se um traço da personalidade durante o desenvolvimento do sujeito (Graziani, 2005).

Por isso, o sujeito esgota-se nesta inquietude e torna-se hiperativo, experimentando um “verdadeiro sofrimento” (Graziani, 2005, p.14) ou “tortura cognitiva” (Deffenbacher, 1997) e podendo também esgotar os que o rodeiam. A este propósito, deve referir-se que a ansiedade normal é adaptativa, pois protege e está relacionada com o processo da motivação (Graziani, 2005), enquanto que a ansiedade patogénica é “um estado emocional que possui a qualidade subjetiva sentida do medo ou de uma emoção muito próxima [...] é desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça” (Graziani, 2005, p.15). Então, a ansiedade é uma emoção complexa e integra a ambiguidade da informação e a incerteza.

Há autores que a consideram como um medo profundo de constante ameaça à identidade individual, quer dizer, a perda de sentido existencial, como é o caso de Lazarus. O autor coloca a tónica na ameaça à identidade pessoal ou do sentido da vida (significação), ou seja, a ansiedade provoca incerteza, dúvida e indecisão, principalmente em relação ao futuro. Logo, o paciente pode sentir-se inferiorizado ou insuficiente (ameaça à autoestima), pois não sabe o que irá acontecer e que recursos poderá utilizar para lhes fazer face. Numa linha de raciocínio semelhante encontra-se Kelly que relaciona a ansiedade na reorganização de novos conhecimentos para que a pessoa construa sentido (Graziani, 2005).

Por seu turno, no modelo cognitivo do processamento da informação específica na ansiedade, segundo Beck, a questão reside nos esquemas cognitivos que cada pessoa possui para classificar, avaliar e dar significado ao meio ambiente. Quando determinados acontecimentos tocam zonas sensíveis desses esquemas, pode levar à patologia se o *coping* do sujeito for desadequado, resultando em respostas inapropriadas ou exageradas. Assim sendo, estes sujeitos distorcem a realidade, porque processam a informação baseados em esquemas disfuncionais, que produzem erros ou enviesamentos de interpretação dos estímulos, sendo avaliados como ameaçadores ou potencialmente perigosos e desvalorizando os seus recursos e os sinais securizantes do meio ambiente. No fundo, sobrevalorizam o perigo (Graziani, 2005).

Neste modelo a ansiedade implica 4 dimensões: fisiológica, isto é, o arousal do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) que prepara para fuga ou defesa contra o perigo percebido; comportamental, quer dizer, a mobilização para a fuga ou a luta; afetivo ou cognitivo, ou seja, o medo e a apreensão; cognitivo, que engloba sintomas sensoriperceptivos, irrealidade, hipervigilância e consciência de si, dificuldade de pensamento, concentração difícil, incapacidade de controlar o pensamento, bloqueio e dificuldade de raciocinar, sintomas conceituais (distorções cognitivas, crenças associadas ao medo, imagens terríficas e pensamentos automáticos frequentes). O processamento da informação atribui significados ameaçadores a estímulos neutros (Graziani, 2005).

Deve também salientar-se que a ansiedade poderá integrar a memória a longo prazo (MLP), onde os esquemas ansiosos surgem da junção das emoções do medo e da antecipação-vigilância. Assim, uma pessoa com ansiedade patogénica está constantemente com medo e a antecipar situações ameaçadoras. Então, os seus processos de atenção poderão estar enviesados, focados na atenção para a ameaça. Logo, poderá incluir também a memória implícita (Eysenck, 1992 cit in Graziani, 2005).

Há quem defenda (Mower 1939, 1960 cit in Graziani, 2005) que os introvertidos são mais suscetíveis à ansiedade, pois ao evitarem situações ameaçadoras para reduzir a ansiedade, tendem a reforçar o comportamento de evitamento, logo, paradoxalmente, mantêm o estado de ansiedade. Assim, os estados de ansiedade elevam a sensibilidade para reforçar comportamentos ameaçadores ou estímulos de punição, que ativam o sistema de inibição comportamental, aumentam o alerta, a atenção e a inibição do comportamento (Gray, 1971, 1982, 1987 cit in Graziani, 2005).

A partir do exposto, pode verificar-se que a ansiedade patogénica poderá ser transversal a muitas perturbações patológicas. O DSM-IV (APA, 2002) descreve vários tipos de perturbações de ansiedade.

1.6.3 Depressão

No que concerne à depressão, é um fenómeno psicoemocional que se caracteriza pelo humor disfórico. O processo depressivo pode-se constituir numa perturbação do humor de natureza crónica e recorrente que pode causar disfuncionalidade e comprometimento físico. Por isso, a depressão tem um elevado impacto na qualidade de vida dos pacientes, podendo levar ao suicídio. É uma perturbação que pode afetar qualquer pessoa. Apresenta uma prevalência de 3% a 11% da população mundial, mas é duas a três vezes mais frequente nas

mulheres do que nos homens. Por vezes, é subdiagnosticada e subtratada pelos cuidados de saúde primários, pois só cerca de 30% a 50% dos casos é que são diagnosticados, o que pode ser explicado pelos preconceitos relativamente à doença e com o seu tratamento, não só dos cuidadores primários de saúde como dos próprios pacientes, ou, então, pela falta de treino no diagnóstico (Fleck, Lafer, Sougey, Porto, Brasil & Juruena, 2003; Pais-Ribeiro *et al.*, 2008; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

De facto, o diagnóstico pode ser complexo, até porque existem vários tipos de depressão que englobam sintomas principais e acessórios, onde cada uma dos episódios obedece a critérios padronizados. De referir que a distímia apresenta menos intensidade, mas tem o mesmo grau de incapacitação, durante mais tempo (2 anos). Logo, não é a intensidade dos sintomas, mas a sua duração que pode causar maior incapacitação social e ocupacional (Fleck *et al.*, 2003; Powell *et al.*, 2008).

Deve dar-se relevo aos pacientes com depressão leve que não apresentando todos os sintomas, podem vir a desenvolver futuros episódios depressivos. De particular interesse para o presente estudo é a verificação do facto de em determinadas perturbações se associarem os sintomas de ansiedade com os de depressão que justificam um diagnóstico desta natureza (Fleck *et al.*, 2003; Powell *et al.*, 2008).

Em termos teóricos, a perspetiva cognitivo-comportamental parte do pressuposto que as crenças irracionais, distorções cognitivas ou avaliações cognitivas irrealistas dos acontecimentos de vida e os comportamentos correspondentes causam o estado de humor depressivo. Logo, as alterações nos processos cognitivos dos pacientes deprimidos podem provocar alterações comportamentais e emocionais (Barlow, 2001; Powell *et al.*, 2008).

Cada pessoa processa a informação a partir de determinadas estruturas cognitivas desenvolvidas na infância. O esquema cognitivo é a base do funcionamento cognitivo, por isso, a forma como se interpreta a realidade. Pode ser consciente, mas também inconsciente. Exprime-se, de modo mais explícito, através dos pensamentos automáticos, involuntários e altamente aceitáveis. Perante determinadas situações, cada pessoa ativa os seus esquemas cognitivos, que poderão ser desadaptativos, quer dizer, erros lógicos que distorcem a realidade e podem causar a perturbação psicológica. De facto, o paciente deprimido tem um autoconceito negativo de si mesmo, assim tem a tendência para selecionar estímulos ambientais negativos, apresentando uma visão negativa do mundo, e por isso, também uma perspetiva pessimista do futuro. Quando esta tríade cognitiva se agrava a pessoa pode deprimir, antecipando constantemente cenários desesperados (Barlow, 2001; Powell *et al.*, 2008; Wrigth, Basco & Thase, 2008).

1.6.4 O modelo tripartido

A relação entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e a depressão, é clássica na psicologia e na psicopatologia. De facto, numa perspetiva fenomenológica a ansiedade e a depressão são distintas, mas empiricamente tem sido difícil distingui-las.

O modelo tripartido consiste numa tentativa de as diferenciar empiricamente, organizando os sintomas da ansiedade e da depressão em três estruturas básicas. Uma primeira, denominada por *distress* ou afeto negativo, constituída por sintomas de algum modo inespecíficos, podendo ser experimentados tanto pelos ansiosos como pelos deprimidos, sendo a estrutura responsável pela forte associação entre as medidas de ansiedade e a depressão. Nela incluem-se o humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. As duas outras estruturas correspondem a sintomas específicos da ansiedade e da depressão, ou seja, a tensão somática e a hiperatividade, na primeira, e a anedonia e a falta de afeto positivo na segunda (Clark & Watson, 1990; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004b).

Sendo assim, o modelo tripartido permite compreender, no contexto da investigação e da prática clínica, a distinção das três estruturas e a complexidade da relação entre as perturbações emocionais e as exigências do meio (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

Esta relação entre stress, ansiedade e depressão tem vindo a ser investigada em vários contextos. Em dois estudos de prevalência e relação das três variáveis em utentes de dois centros de saúde portugueses, verificaram-se que entre 40% a 62% dos participantes, apresentam algum grau de depressão, ansiedade e stress e entre 12% a 29% apresentam níveis graves ou muito graves. As mulheres apresentam níveis mais elevados nas três variáveis. Verificou-se também que as variáveis se correlacionam de forma significativa (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011; Apóstolo, Ventura, Caetano & Costa, 2008).

Este tipo de investigação também se tem feito com cuidadores formais (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

PARTE 2. ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

2.1 Objetivos da investigação

Os cuidadores formais dos Centros Sociais são uma população pouco investigada, sendo que, a literatura considera-o como um grupo de risco, dadas as exigências com que se confrontam diariamente em todas as dimensões da sua profissão (Lopes, 2005; Freitas, 2011).

Se acrescentarmos o facto de serem um grupo de cuidadores, onde a formação é uma questão controversa, justificam-se os objetivos do presente estudo, no intuito de se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção local e comunitária para a promoção da saúde mental e prevenção da doença, nomeadamente das mulheres cuidadoras neste tipo de instituição, onde estes estudos são raros, principalmente em Portugal (Apóstolo *et al.*, 2011).

Daí que seja pertinente compreender a influência da formação nos níveis de stress, ansiedade e depressão (SAD) em cuidadores formais que lidam diariamente com idosos, doentes crónicos e crianças (Barbosa *et al.*, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

Neste sentido, a investigação pretendeu:

- a) analisar os níveis de stress, ansiedade e depressão (SAD) de cuidadores formais de Centros Sociais;
- b) verificar se existem diferenças nos níveis SAD entre os cuidadores de idosos e os cuidadores de crianças;
- c) compreender a relação entre a formação e os níveis de SAD nos cuidadores formais dos Centros Sociais.

2.2 Desenho e método de estudo

O desenho da presente investigação consiste num estudo quantitativo observacional descritivo transversal. Quantitativo, porque esta investigação admite que a realidade pode ser traduzida numa ordem mensurável e variável. Processou-se com propriedades métricas, através de escalas padronizadas com validade interna e externa. É observacional, porque o investigador não interveio, descreveu os acontecimentos, isto é, os factos circunscritos no espaço ou no tempo, tal como eles ocorreram e as relações destes com as variáveis em estudo. É descritivo, pois o estudo fornece informação sobre a população em estudo. Além disso, como referem Almeida e Freire (2003) os objetivos da investigação são descritivos. A investigação será transversal, visto que se pretende focar um único grupo representativo da

população em estudo e os dados são recolhidos num único período de tempo (Almeida & Freire, 2003; Pais-Ribeiro, 2008).

A principal técnica usada consistiu na aplicação da técnica de auto registo, onde o sujeito descreve o seu próprio comportamento (Almeida & Freire, 2003).

Por isso, tendo em consideração a tipologia da investigação, as variáveis consistem em: variáveis independentes (VI), Formação e Tipo de cuidador e a variável dependente (VD), níveis de SAD.

2.3 Caracterização da amostra

Neste estudo utilizou-se o tipo de amostra não probabilístico ou intencional, ou seja, a amostra de conveniência, visto que se optaram por Centros Sociais próximos da área de residência do investigador (Almeida & Freire, 2003). Assim, recolheram-se dados em 3 Centros Sociais do distrito de Braga, situando-se dois num ambiente citadino (Braga e Famalicão) e um rural (Vieira do Minho).

Ao início a amostra foi constituída por 129 sujeitos, tendo sido, após o tratamento dos dados, retirados 19 sujeitos, visto que não responderam a itens-chave do questionário.

A caracterização sociodemográfica da amostra apresenta-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica (n=110)

Variáveis sociodemográficas	n	(%)
Sexo		
Feminino	108	(98,2)
Masculino	2	(1,8)
Idade		
31 a 40 anos	36	(32,7)
41 a 50 anos	35	(31,8)
21 a 30 anos	23	(20,9)
51 a 60 anos	13	(11,8)
18 a 20 anos	1	(0,9)
Mais de 61 anos	0	
Estado Civil		
Casado	66	(60%)
Solteiro	27	(24,5%)
Divorciado	8	(7,3%)
união de facto	5	(4,6%)
Viúvo	2	(1,8%)
Habilitações académicas		
12º ano	37	(33,6%)
9º ano	26	(23,6%)
Licenciatura	22	(20%)
6º ano	14	(12,7%)
Até ao 4º ano	6	(5,5%)
4º ano	1	(0,9%)
Mestrado	1	(0,9%)
Outro	1	(0,9%)
Situação profissional		
Contrato sem termo	68	(61,8%),
Contrato com termo certo	31	(28,2%)
Sem contrato	3	(2,7%)
Outro	3	(2,7%)
Horário de trabalho		
Turnos rotativos	44	(40%)
Turnos fixos	24	(21,8%)
Oito horas por dia	24	(21,8%)
Horários rotativos e mais de 8 horas por dia	6	(5,5%)
Horários rot.+ 8h p/dia + turnos noturnos	4	(3,6%)
Descanso		
Dois dias de semana de descanso	64	(58,2%)
Um dia de descanso	35	(31,8%)
Nenhum dia de descanso	7	(6,4%)
Funções		
Serviço exclusivo às crianças	42	(38,2%)
Serviço exclusivo aos idosos	34	(30,9%)
Serviços aos idosos e/ou às crianças e serviços de apoio (“Multifunções”)	19	(17,3%)
Serviço exclusivo de apoio (funções de liderança, administrativos, cozinha, limpeza e transportes)	15	(13,6%)

Relativamente às características sociodemográficas, verificou-se que a esmagadora maioria é do género feminino (98,2%) e a maior parte apresenta idades compreendidas entre os 31 e 50 anos de idade (64,5%).

Relativamente ao estado civil, a maior parte dos sujeitos é casada (60%), seguindo-se, por ordem decrescente, os solteiros (24,5%), os divorciados (7,3%), em união de facto (4,6%) e os viúvos (1,8%).

Em relação às habilitações académicas, verifica-se que a maior parte dos sujeitos tem habilitações até ao nível secundário (76,3%), sendo que destes, a maior parte tem o 12º ano (33,6%), a seguir, o 9º ano (23,6%), depois, o 6º ano (12,7%), alguns não concluíram o 1º ciclo (5,5%) e outros têm só o 4º ano (0,9%). De referir que há uma percentagem assinalável de licenciados (20%), não se verificando o mesmo, no que concerne ao mestrado (0,9%).

A maior parte dos sujeitos encontra-se numa situação profissional de contrato sem termo (61,8%), seguindo-se os que se encontram a contrato com termo certo (28,2%) e os sem contrato (2,7%) ou noutro tipo de situação profissional (2,7%).

No que concerne ao horário de trabalho, a maior parte faz turnos rotativos (40%), sendo que outros participantes fazem turnos fixos (21,8%) e outros trabalham oito horas por dia (21,8%). Há ainda a considerar que alguns participantes fazem horários rotativos e mais de 8 horas por dia (5,5%), havendo também quem faça, para além disso, turnos noturnos (3,6%).

A maioria dos sujeitos tem dois dias de semana de descanso (58,2%), seguindo-se os que têm um dia de descanso (31,8%), enquanto que outros não têm nenhum dia de descanso (6,4%).

Relativamente às funções que desempenham, a maior parte dedica-se exclusivamente ao serviço às crianças (38,2%), seguindo-se os que se dedicam exclusivamente ao serviço a idosos (30,9%), depois os que para além de cuidar diretamente de idosos e crianças desempenham simultaneamente serviços de apoio, no estudo, denominados *Cuidadores com “Multifunções”* (17,3%). Por fim, os que só desempenham serviços de apoio (13,6%), descritos como “*Cuidadores dos Serviços de Apoio*”, cujas funções podem incluir: liderança, administração, cozinha, limpeza e transportes.

2.4 Instrumentos de avaliação

A construção e seleção dos instrumentos de avaliação foram tratados a partir dos objetivos delineados para a investigação. Os instrumentos aplicados consistiram num questionário sociodemográfico e nas Escalas de stress, ansiedade e depressão (EADS-21).

2.4.1 Questionário Sociodemográfico

Construiu-se um questionário sociodemográfico (Anexo I) com o objetivo de recolher os dados seguintes sobre a amostra: género, idade, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, horário de trabalho, descanso e funções.

Relativamente à variável formação, recolheram-se dados sobre os aspetos: formação técnica e específica para a função que se desempenha (número de formações e de horas); outras formações importantes para o desempenho da função (número de horas) e necessidades de formação integral.

O questionário abordou também a mensurabilidade e levantamento das dificuldades dos participantes.

2.4.2 Escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21)

A EADS-21 (Anexo II) é uma adaptação para a população portuguesa da *Depression, Anxiety Stress Scales* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995 cit in Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995 cit in Pais-Ribeiro *et al.*, 2004a).

A escala consiste numa operacionalização do modelo tripartido (Pais-Ribeiro, *et al.*, 2004a).

Existem duas adaptações para a população portuguesa, a de Pais-Ribeiro *et al.* (2004a), denominada EADS-21, e a de Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), descrita como DASS-21. Contudo, na revisão desenvolvida, verificou-se que a EADS-21 é usada preferencialmente quando os participantes dos estudos são cuidadores, enquanto a segunda, é usada essencialmente em contexto clínico, nomeadamente com utentes de centros de saúde (Antunes, 2008; Apóstolo, *et al.* 2011; Apóstolo *et al.*, 2008).

Inicialmente a EADS-21 foi construída para enquadrar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão com elevado rigor psicométrico. Contudo, a análise fatorial permitiu verificar um novo fator que incluía itens menos discriminativos em relação à ansiedade e à

depressão, passando a ser denominado como a escala de stress, cujos itens se referem a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004a).

A EADS-21 parte do pressuposto que as perturbações psicopatológicas são dimensionais e não categóricas, pelo que as diferenças na ansiedade, depressão e stress em qualquer tipo de sujeito são diferenças de grau. Logo, é proposto uma avaliação dimensional em cinco posições, desde “normal” a “muito grave” (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A escala de stress apresenta estados de excitação e tensão persistentes, com fraco nível de resiliência à frustração e à desilusão. A escala da ansiedade salienta as ligações entre os estados de ansiedade e de respostas intensas de medo. A escala da depressão caracteriza-se essencialmente pela perda da autoestima e da motivação, associando-se à perceção da incapacidade de alcançar objetivos significativos para a pessoa.

A primeira adaptação à população da escala manteve os 42 itens originais (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004a). No entanto, elaborou-se uma versão breve da EADS-42 com 21 itens, a EADS-21, para evitar que o seu preenchimento sobrecarregasse os sujeitos, tendo-se seguido rigorosamente os critérios metodológicos da original (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A EADS-21 é constituída por um questionário de autoavaliação num total de 21 itens organizada em 3 subescalas: ansiedade, depressão e stress. Cada uma das escalas é constituída por 7 itens (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

Cada escala inclui os conceitos que se seguem (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A escala stress: dificuldade em relaxar (3 itens), excitação nervosa (2 itens), facilmente agitado ou chateado (3 itens), irritável/reacção exagerada (3 itens) e impaciência (3 itens).

A escala ansiedade: excitação do sistema autónomo (5 itens), efeitos nos músculos esqueléticos (2 itens), ansiedade situacional (3 itens) e experiências subjetivas de ansiedade (4 itens).

A escala depressão: disforia (2 itens), desânimo (2 itens), desvalorização da vida (2 itens), autodepreciação (2 itens), falta de interesse ou envolvimento (2 itens), anedonia (2 itens) e inércia (2 itens).

Obtêm-se os resultados de cada escala somando os resultados dos 7 itens. Quanto maior for o resultado em cada escala, maior os níveis de ansiedade, depressão e stress. Cada item da EADS-21 consiste numa frase, quer dizer, numa afirmação que remete para sintomas negativos, onde cada sujeito responde tendo em conta a “semana passada”. Cada frase tem 4 possibilidades de resposta, organizadas numa escala de tipo Likert de acordo com a gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A pontuação total é obtida através das 3 notas das 3 sub-escalas, variando de 0 (mínimo) a 21 (máximo). Os resultados da EADS-21 podem ser comparados com os da EADS-42, multiplicando-se o resultado por 2 (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

Relativamente à consistência interna da EADS-21, verificada através do recurso ao *Alfa de Cronbach*, constatou-se o valor de 0,81 para a de “stress”, 0,74 para a “ansiedade” e 0,85 para a “Depressão”. De referir que a magnitude de correlação item-escala pertencente, corrigida para sobreposição, é semelhante entre as escalas de 7 na EADS-21 e de 14 na EADS-42 (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A este propósito, num estudo verificou-se que o coeficiente de fidelidade para o EADS-21 total foi de .97, provando uma elevada consistência interna do instrumento, sendo que a consistência interna das 3 sub-escalas obtidas foram de .96 para a dimensão de stress, .92 para a dimensão de ansiedade e .94 para a dimensão da depressão (Pereira & Pereira, 2010). De referir que os valores da consistência interna são semelhantes na investigação com cuidadores formais (Murcho *et al.*, 2009).

No que concerne à correlação item-escala, na escala de stress, os valores variaram entre 0,44 e 0,69, com valores predominantemente nos 0,50. Na escala de ansiedade, a variação dos valores foram entre 0,34 e 0,57, dominando valores de 0,50. Na escala de depressão, os valores variaram entre 0,55 e 0,76, com valores dominantes de 0,60. De referir que estes resultados são semelhantes aos obtidos para a versão EADS-42 (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004a).

Em relação à validade convergente-discriminante dos itens EADS-21, realizada através da comparação da correlação do item com a escala a que pertence e correlações com as escalas a que não pertence, verificou-se que apenas o item 9 não satisfaz o critério de maior valor de convergência-discriminação. Contudo, os valores obtidos com as escalas a que não pertencem são mais elevados do que o desejável. Por vezes, são valores aproximados dos resultados com a escala a que pertence, o que sugere contaminação entre os 3 construtos e as escalas poderão avaliar construtos mais semelhantes do que diferentes. Esta situação está de acordo com pressupostos teóricos que fundamentam a EADS-21. De referir que se verificou sobreposição entre os itens tensão e energia nervosas das escalas de stress e de ansiedade, o que pode indicar a continuidade entre as duas escalas (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

De mencionar que a EADS-21 tem propriedades psicométricas idênticas à EADS-42. Assim, a EADS-21 permite a diferenciação entre stress, ansiedade e depressão. Nesse sentido, é um instrumento útil para a investigação e para a prática clínica no sentido de se estudar as interligações entre perturbações emocionais e as exigências do meio, como é o caso da

presente investigação, que pretende analisar esses estados em cuidadores formais, aos quais é exigido competências para o efeito (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

Nesta linha de raciocínio, apresenta-se na Tabela 3 os pontos de corte das Escalas de stress, ansiedade e depressão (EADS-21).

Tabela 3 – Pontos de corte das escalas da EADS-21 (n=110)

ESCALAS	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muito Severo
STRESS	0 – 14	15 - 18	19 - 25	26 -33	> 34
ANSIEDADE	0 – 7	8 - 9	10 - 14	15 - 19	> 20
DEPRESSÃO	0 - 9	10 - 13	14 - 20	21 - 27	> 28

Na Tabela 4, apresenta-se a severidade dos estados afetivo-emocionais dos participantes.

Tabela 4 – Severidade das escalas da EADS-21 (n=110)

ESCALAS	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muito Severo
STRESS	82,6%	6,4%	9,2%	1,8%	0%
ANSIEDADE	78,9%	5,5%	9%	2,7%	3,6%
DEPRESSÃO	80%	6,4%	9,1%	3,6%	0,9%

Na escala de stress, 82,6% dos participantes apresenta um nível normal e 1,8% um nível severo ou muito severo. Na escala de ansiedade, 78,9% dos participantes apresentam um nível normal e 6,3% níveis severo ou muito severo. Na escala de depressão, 80% apresenta um nível normal e 4,5% apresentam níveis severo e muito severo.

Tendo em linha de conta toda a amostra de cuidadores, verifica-se que cerca de 31% (34 cuidadores) apresentam alguma sintomatologia nas três escalas.

2.4.2.1 Análise da Consistência Interna das EADS-21

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como foi realizada pelos autores da escala original, foi calculado o *alfa de Cronbach* para a EADS-21. A escala total evidencia uma consistência interna elevada ($\alpha=.93$). Considerando-se cada uma das escalas, na dimensão do stress obteve-se o valor de .78, na dimensão da ansiedade o valor de .86 e na dimensão da depressão o valor de .83.

2.5 Procedimento de recolha e análise de dados

No sentido de se garantir na investigação os princípios éticos e respetivas regras, optou-se pelos seguintes procedimentos.

Em primeiro lugar, fez-se o pedido de autorização ao autor da adaptação das EADS-21 à população portuguesa. Posteriormente, fez-se a elaboração de um pedido de autorização por escrito às Direções dos Centros sociais, com descrição do projeto de investigação e a sua finalidade (Anexo III).

Posteriormente, a recolha dos dados realizou-se nos Centros Sociais para evitar constrangimentos para os participantes e para o funcionamento dos Centros Sociais. Assim, apresentou-se aos participantes uma declaração de participação, garantindo a natureza voluntária bem como a confidencialidade dos resultados (Anexo IV). Os participantes, que aceitaram colaborar, receberam uma carta de apresentação, onde se explicou o âmbito e a finalidade do estudo em questão (Anexo V).

No procedimento de recolha de dados, garantiu-se sempre o respeito pela confidencialidade dos participantes. Por isso, os instrumentos de avaliação foram identificados através de um código, garantindo-se o anonimato dos participantes.

2.6 Apresentação dos resultados

Após a recolha de dados, o seu tratamento e as análises estatísticas realizaram-se recorrendo-se à utilização do programa computacional (SPSS) (*Statistical Program for Social Studies*- versão 17.0).

No que concerne à caracterização da amostra, procedeu-se a uma análise descritiva de frequência. No intuito de atingir os objetivos propostos pelo presente estudo, foram aplicados os testes seguintes: testes derivados de estatística descritiva, como médias e desvios padrões, testes de *Correlação de Pearson* e testes *t de Student* para amostras independentes.

De seguida, apresentam-se os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos no intuito de se concretizar os objetivos da presente investigação. Destacam-se os resultados mais importantes para o estudo.

2.6.1 Análises referentes ao objetivo 1, análise dos níveis de stress, ansiedade e depressão (SAD) de cuidadores formais de Centros Sociais

Na Tabela 5 apresenta-se os resultados da presente investigação referentes à análise estatística descritiva baseada na análise por médias e desvios das Escalas de stress, ansiedade e depressão (EADS-21).

Tabela 5 – Escalas de stress, de ansiedade e de depressão (EADS-21) – Média e Desvio-padrão (n=110)

ESCALAS	M	DP
STRESS	8,39	7,07
ANSIEDADE	4,26	5,74
DEPRESSÃO	5,07	6,57

Como se pode observar na análise dos resultados das três escalas, os valores mais elevados encontram-se na escala de stress, seguindo-se os da escala de depressão e, com os valores mais baixos, os da escala de ansiedade. Tendo-se em conta os pontos de corte das escalas, verifica-se que a escala de stress regista valores mais elevados, no entanto, a escala de ansiedade apresenta valores mais elevados do que a escala de depressão.

Na Tabela 6, apresenta-se a matriz de correlações entre os resultados das escalas de stress, de ansiedade, de depressão e resultado total dos 21 itens.

Tabela 6 – Matriz de correlações entre os resultados das escalas da EADS-21 (n=110)

ESCALAS	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	TOTAL
	r(p)	r(p)	r(p)
STRESS	.70 (.00)	.66 (.00)	.88 (.00)
ANSIEDADE	.87 (.00)	-	.91 (.00)
DEPRESSÃO	-	-	.94 (.00)

Como se pode verificar, existe uma correlação significativa e positiva entre as três escalas, corroborando a validade factorial referida anteriormente.

Na Tabela 7 apresenta-se a média e os desvio padrão de cada um dos 7 itens das três escalas da EADS-21.

Tabela 7 – Itens das EADS-21 – Média e Desvio-padrão (n=110)

ITENS		
Escala Stress		
	M	DP
2. Senti a minha boa seca	0,42	0,61
4. Senti dificuldades de respirar	0,30	0,61
7. Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0,34	0,70
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,26	0,60
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0,15	0,40
19. Senti alterações no meu coração sem ter feito exercício físico	0,44	0,64
Escala Ansiedade		
	M	DP
1. Tive dificuldade em me acalmar	0,43	0,63
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,56	0,70
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,66	0,79
11. Dei por mim a ficar agitado	0,63	0,68
12. Senti dificuldade em me relaxar	0,61	0,71
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,36	0,55
18. Senti que por vezes estava sensível	0,96	0,73
Escala Depressão		
	M	DP
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,37	0,66
5. Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas	0,38	0,70
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,34	0,68
13. Senti-me desanimado e melancólico	0,64	0,80
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,20	0,48
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,31	0,60
21. Senti que a vida não tinha sentido	0,30	0,72

Como se pode verificar, na escala de stress, os valores variam entre 0,15 (item 15) e 0,44 (item 19). Na escala de ansiedade, os valores variam entre 0,36 (item 14) e 0,96 (item 18). Na escala de depressão, os valores variam entre 0,20 (item 16) e 0,64 (item 13).

Na Tabela 8, apresenta-se os resultados obtidos nas EADS-21 em relação ao tipo de função de cada cuidador.

Tabela 8 – Resultados nas EADS-21 em relação ao tipo de função do cuidador – Média e Desvio-padrão (n=110)

ESCALAS	CUIDADOR							
	Idosos		Crianças		Serviços de Apoio		Multifunções	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
STRESS	7,2	8	7,4	6,1	10,3	6,8	11,2	7,1
ANSIEDADE	4	6,2	2,3	3,2	8	7,6	6,2	5,9
DEPRESSÃO	4,2	5,5	3,3	4,3	10	9,9	6,6	7,5

Como se pode verificar, na escala de stress, os cuidadores que prestam vários serviços, *Cuidadores com Multifunções*, apresentam os valores mais elevados, seguidos pelos cuidadores que prestam serviços de apoio, *Cuidadores dos Serviços de Apoio*. Contudo, tendo em conta os pontos de corte, os valores obtidos são considerados normais. O valor mais baixo regista-se nos *Cuidadores de Idosos*.

Nas escalas de ansiedade e de depressão, os valores mais altos verificam-se nos *Cuidadores dos Serviços de Apoio*. Tendo em conta os pontos de corte, constata-se que os valores obtidos classificam-se como “Leve” nas duas escalas. Os valores mais baixos registam-se nos *Cuidadores de crianças*.

2.6.2 Análises referentes ao objetivo 2: comparação dos níveis de SAD entre a amostra de cuidadores de idosos e a amostra de cuidadores de crianças

A análise de diferença de médias, seguiu o modelo de Teste de *t de student* para amostras independentes.

Os resultados encontram-se na Tabela 9, que se segue.

Tabela 9 – Tabela do Teste de *t de student* para amostras independentes entre as médias nas três escalas dos cuidadores de Idosos e cuidadores de Crianças (n=110)

Escalas	Tipo de Função	M	DP	t (gl); sig.
Escala Stress	Idosos	7,2	8	-.15 (73) .88
	Crianças	7,4	6,1	
Escala Ansiedade	Idosos	4	6,2	1.6 (74) .13
	Crianças	2,3	3,2	
Escala Depressão	Idosos	4,2	5,5	.85 (74) .40
	Crianças	3,3	4,3	

Como se pode verificar não existem diferenças significativas nos resultados das EADS-21 entre o tipo de função do cuidador. Isto é, o facto de se cuidar de idosos ou de crianças, não parece estar relacionado com os níveis de SAD.

2.6.3 Análises referentes ao objetivo 3: compreender a relação entre a formação e os níveis de SAD nos cuidadores formais dos Centros Sociais.

Nas Tabelas seguintes, 10 e 11, apresentam-se os resultados referentes à análise estatística descritiva baseada na *Correlação de Pearson* entre o número de horas de formação e o número de formações por tipo de formação face aos fatores de EADS.

Tabela 10 – Matriz de correlações entre o número de horas de formações por tipo de formação face aos fatores da EADS (n=110)

	Criança (Nº Horas)	Idoso (Nº Horas)	Deficiente (Nº Horas)	Doente (Nº Horas)	Serviços de Apoio (Nº Horas)	Outras formações (Nº Horas)
<i>EADSANX</i>	-.161	.043	-.071	.130	.173	-.042
<i>EADSDEP</i>	-.104	.027	-.074	.160	.233*	-.113
<i>EADSTRESS</i>	-.089	.146	-.107	.171	.168	-.107

* Correlação é significativa acima de 0.05

Verifica-se uma correlação significativa e positiva entre o nº de horas de formação nos *Cuidadores dos Serviços de Apoio* e o resultado obtido na escala *EADSDEP* ($r=.23$; $p<.05$), isto é, quanto maior o número de horas de formação, maior os níveis de depressão.

Tabela 11 – Matriz de correlações entre o número de formações por tipo de formação face aos fatores da EADS (n=110)

	Criança (Nº Formações)	Idoso (Nº Formações)	Deficiente (Nº Formações)	Doente (Nº Formações)	Serviços de Apoio (Nº Formações)
<i>EADSANX</i>	-.203*	-.024	-.071	.130	.227*
<i>EADSDEP</i>	-.148	-.016	-.074	.160	.343**
<i>EADSTRESS</i>	-.142	-.048	-.107	.171	.168

* Correlação é significativa acima de 0.05; ** A correlação é significativa acima de 0.01.

Verifica-se nos *Cuidadores de Crianças* uma correlação significativa e negativa na *EADSANX* ($r=-.20$; $p<.05$), ou seja, quanto menor o número de formações, maior os níveis obtidos na escala de ansiedade.

Verificam-se também correlações significativas e positivas entre o número de formações nos *Serviços de Apoio* e o resultado obtido na escala *EADSANX* ($r=.23$; $p<.05$) e no resultado obtido na escala *EADSDEP* ($r=.34$; $p<.01$).

A partir dos resultados obtidos, conclui-se a importância de comparar as médias obtidas em cada escala entre os cuidadores que desempenham uma única função (“*Uma função*”) e os

que desempenham várias funções (“*Multifunção*”), seguindo-se o modelo de Teste de *t de student* para amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Tabela do Teste de *t de student* para amostras independentes entre as médias nas três escalas dos cuidadores com uma função e os cuidadores com multifunções (n=110)

Escalas	Tipo de função	M	DP	t (gl); sig.
Escala Stress	Uma função	.47	.47	-2.09 (93); 0.04
	Multifunção	.72	.48	
Escala Ansiedade	Uma função	.22	.36	-2.20 (93); 0.03
	Multifunção	.43	.39	
Escala Depressão	Uma função	.27	.34	- 2.0 (93); 0.04
	Multifunção	.47	.54	

Como se pode verificar existem diferenças significativas nos resultados das escalas de stress, de ansiedade e de depressão entre o número de funções dos cuidadores. Isto, é o facto de se ter várias funções ou de se ser *Cuidador com Multifunções* parece influenciar os níveis de SAD.

CAPÍTULO III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

3.1 Discussão dos resultados

No intuito de se responder aos objetivos desenhados para a presente investigação, desenvolve-se, de seguida, a discussão de resultados descritos anteriormente.

Importa começar por referir que, como se pode verificar, o instrumento de avaliação aplicado foi bem validado para a amostra do estudo. Apresenta uma boa consistência interna, na mesma linha de outros estudos desenvolvidos com as mesmas escalas (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b; Pereira & Pereira, 2010). Assim como, relativamente à correlação entre as três escalas das EADS-21, os resultados também são semelhantes a outros estudos (Apóstolo *et al.*, 2008; Apóstolo *et al.*, 2011; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

A partir dos dados apresentados e considerando-se os resultados das EADS-21, poder-se-á sugerir que a maior parte dos cuidadores dos Centros Sociais (69%) que participaram neste estudo são uma população saudável. Não obstante, quase um terço da amostra dos cuidadores apresenta algum tipo de sintomatologia psicopatológica.

Tendo em conta o contexto em que se realizou a presente investigação, ou seja, num âmbito profissional, estes resultados corroboram a perspectiva de que existe uma tendência para a desvalorização ou negligência relativas à saúde mental e, por isso, uma crescente propensão para a ausência de tratamento. Apontam de alguma maneira também para a estimativa de que cerca de 15% da população adulta poderá desenvolver uma perturbação mental a qualquer momento (OMS, 2001).

Por outro lado, um dos possíveis contributos para a compreensão destes resultados pode residir no facto da amostra do estudo ser constituída por 98% de participantes do sexo feminino (n= 108), o género de cuidadores mais frequentes no contexto dos Centros Sociais (Freitas, 2011; Santos, 2013; Simões, 2012; Sousa, 2011). Ou seja, a multiplicidade de papéis que a mulher tem atualmente, quer dizer, as responsabilidades familiares (mães, educadoras, prestadoras de cuidados, a pressão de serem a principal fonte de rendimento familiar) e as responsabilidades profissionais (excesso de trabalho, o estigma da profissão, por exemplo) tornam este género como um grupo de risco no que concerne à saúde mental (OMS, 2001).

De facto, noutros estudos portugueses com objetivos semelhantes, verificaram-se resultados idênticos relativos ao género feminino (Apóstolo *et al.*, 2008; Apóstolo *et al.*, 2011; OMS, 2001). Contudo, como seria expectável (OMS, 2001), quando se comparam os resultados deste estudo com os obtidos nos estudos supracitados, estes sugerem que os participantes deste estudo são mais saudáveis que os utentes de cuidados de saúde primários (Apóstolo *et al.*, 2008; Apóstolo *et al.*, 2011).

No entanto, esta tendência verifica-se também quando se comparam os resultados das médias dos itens com os resultados obtidos noutra estudo realizado com uma população universitária (Pais-Ribeiro *et al.*, 2008).

Os *Cuidadores de Idosos* e os *Cuidadores de Crianças* apresentam níveis de stress, de ansiedade e de depressão normais e comparativamente mais baixos do que os obtidos nos outros tipos de cuidadores, sendo que nas escalas de ansiedade e de depressão, os mais baixos registam-se nos *Cuidadores de Crianças*. Esta investigação também sugere que o facto de se ser *Cuidador de Idosos* ou *Cuidador de Crianças* não parece influenciar os níveis avaliados.

Estes resultados apontam algumas diferenças em relação aos resultados obtidos noutros estudos, que registaram sintomatologia psicopatológica significativa em cuidadores de idosos (Baillon *et al.*, 1996; Baldelli *et al.*, 2002; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2007), e em cuidadores de crianças (Smith *et al.*, 2005).

Por outro lado, no que concerne aos *Cuidadores de Idosos*, os resultados desta investigação apresentam semelhanças com os resultados obtidos em estudos realizados em Portugal com cuidadores formais de idosos (Simões, 2012; Pinto 2009), em que os valores obtidos relativamente à sintomatologia psicológica se encontram dentro dos parâmetros normativos e as exigências deste tipo de trabalho não se relacionam significativamente com o bem-estar no trabalho.

Nesta investigação, os *Cuidadores dos Serviços de Apoio* apresentam níveis de ansiedade e depressão acima dos normais, porque quase metade deles (47%), apresentam algum tipo de sintomatologia psicopatológica. O que poderá explicar serem os únicos cuidadores onde se verificam correlações significativas e positivas entre os números de horas e o de formações e os resultados obtidos precisamente nas escalas de ansiedade e de depressão.

Nos *Cuidadores dos Serviços de Apoio* e nos *Cuidadores com Multifunções* verificam-se níveis de stress mais altos do que nos outros cuidadores, sendo os últimos os que apresentam o valor mais elevado. De facto, tal como anteriormente, cerca de metade dos *Cuidadores com Multifunções* (47,4%) apresenta alguma sintomatologia psicopatológica, o que poderá explicar os resultados na escala de stress.

No que concerne ao tipo de formação, verifica-se que só o número de formações relativas ao *Cuidador de Crianças* apresenta uma correlação significativa e negativa com os resultados obtidos na escala de ansiedade (*EADSANX*). Este resultado aponta para a lógica em que a formação é perspectivada nos resultados de outros estudos. Isto é, quanto maior for a

percepção de competência, menor os níveis de sintomatologia psicopatológica (Barbosa *et al.*, 2011; Figueiredo *et al.*, 2012; OMS, 2001; Sousa, 2011; Zimmerman *et al.*, 2005).

No entanto, esta discussão só é possível a partir do caso descrito. Por isso, nesta investigação a quantificação da formação, ou seja, o número de horas e o número de formações, não parece influenciar os níveis de stress, de ansiedade e de depressão da maior parte dos cuidadores estudados.

Assim, nesta investigação, a multifuncionalidade dos cuidadores parece explicar melhor as variações dos níveis de SAD, visto que existem diferenças significativas nas três escalas entre os *Cuidadores com uma função* e os *Cuidadores com Multifunções*, tal como acontece noutros estudos, onde a multiplicidade de tarefas é uma variável que pode causar este tipo de sintomatologia (Baillon, 1996; Santos, 2011; Sousa, 2011; Zamora & Sánchez, 2007). Na mesma perspetiva, aponta outro estudo com cuidadores de idosos, em que se percebeu que as exigências quantitativas e o ritmo de trabalho podem interferir na qualidade de vida profissional e com a própria capacidade de trabalho (Santos, 2013).

3.2 Conclusão

A complexidade da promoção da saúde e da prevenção da doença perante as vicissitudes da sociedade atual exige respostas compreensivas e integradas dos serviços de saúde e dos serviços sociais. É crucial humanizar todos os tipos de cuidados, orientando-os para a pessoa, isto é, compreender a pessoa cuidada de modo holístico, atendendo às necessidades individuais e à comunidade em que está inserida. Nesse sentido, os prestadores de cuidados das múltiplas áreas devem procurar uma relação estreita, direta e contínua que envolva, sempre que possível, o próprio utente (OMS, 2008).

É neste contexto que emerge a relevância da investigação dos cuidadores formais dos centros sociais, não só pelos utentes que cuidam, mas também pela importância do *cuidado dos cuidadores*, que implica necessariamente a sua formação e outros fatores organizacionais que podem interferir no seu bem-estar (OMS, 2001; OMS, 2013; Ramos, 2001).

Sendo assim, a partir dos resultados obtidos nesta investigação, poder-se-ão levantar algumas questões para reflexão relativas à formação dos cuidadores e à multifuncionalidade de serviços que desempenham, no intuito de se equacionar as melhores estratégias de intervenção para a promoção da sua saúde mental e prevenção da doença com a finalidade de se favorecer a qualidade dos cuidados.

Nesta investigação, à exceção dos níveis de ansiedade nos *Cuidadores de Crianças*, a quantidade de formações ou de horas de formação parece não ter impacto significativo nos níveis de stress, ansiedade e de depressão dos outros cuidadores. Estes resultados justificam que, pelo menos, se equacione em que medida a formação destes cuidadores é adequada às suas reais necessidades e desafios, principalmente, para lidar com os utentes mais complexos. Assim como, é pertinente averiguar se a formação destes cuidadores integra todas as competências consideradas nucleares para aumentar a sua própria qualidade de vida e a dos utentes. Por isso, o cerne da questão não está na quantidade da formação que os cuidadores frequentam, mas possivelmente na sua qualidade (Barbosa *et al.*, 2011).

Neste sentido, é pertinente salientar que a Organização Mundial de Saúde enumera as competências necessárias para a formação especial dos cuidadores que lidam com utentes com demência (OMS, 2013).

Por outro lado, esta investigação confirma o fator organizacional da multifuncionalidade de serviços dos cuidadores como um constrangimento, tal como é descrito pela literatura, pois esse fator parece explicar melhor as variações nos níveis estudados.

Por isso, importa tentar repensar-se a dinâmica e a organização das atividades laborais destes cuidadores, impulsionando, sempre que possível, a simplificação ou redução das funções, privilegiando-se o desenvolvimento da relação entre o cuidador e o utente.

Nesta linha de raciocínio, é urgente uma mudança na forma como se percebe a figura do cuidador, pois, nesta investigação, quase um terço da amostra, constituída maioritariamente por cuidadores do sexo feminino, apresenta algum tipo de sintomatologia psicopatológica. Assim, seria importante que os Centros Sociais dispusessem de um *Cuidador dos Cuidadores*, se possível, um psicólogo, que desenvolvesse a escuta ativa e a compreensão empática, facilitando o envolvimento e a valorização dos cuidadores e promovendo o grupo de cuidadores como suporte social.

Estes objetivos deveriam ser parte integrante de ações de formação ou programas psicoeducativos desenvolvidos pelo psicólogo ou através de parcerias com instituições que já as implementaram, em Portugal, como é o caso da Unidade Nacional de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UniFAI), em parceria com a Universidade de Aveiro.

No que concerne a limitações, nesta investigação, estão relacionadas com a escassez do tempo que inviabilizou a análise qualitativa da formação não específica e das necessidades de formação dos cuidadores que participaram. Teria sido relevante cruzar estes dados com os dados quantitativos analisados para se compreender de que modo é que a qualidade da formação, ou seja, a sua adequação às necessidades e dificuldades dos cuidadores, interfere nos níveis dos construtos psicopatológicos estudados.

Este tipo de estudo, com cuidadores formais dos Centros Sociais, é praticamente inexistente, em Portugal. Daí que seja de realçar a pertinência de investigações futuras desta natureza, nomeadamente, no contributo para se compreender a relação entre a formação e os construtos psicopatológicos, integrando-se a dimensão qualitativa da formação. Seria crucial relacionar a formação com outros construtos, como, por exemplo, o bem-estar profissional e a qualidade de vida.

A elaboração desta investigação proporcionou uma experiência de aprendizagem na área da investigação da Psicologia. Este percurso permitiu o aprofundamento dos conhecimentos relativos às questões abordadas e o desenvolvimento de competências na prática da investigação, nomeadamente, uma síntese reflexiva de todo o processo e dos respetivos resultados.

Bibliografia

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Antunes, R. (2008). *Ansiedade, depressão, stress e comportamento alimentar na infância*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibros.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2007). *Practice Guideline For The Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA).
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A. & Rodrigues, M. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, n.19 (2): [6 telas].
- Apóstolo, J., Mendes, A., Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6, 863-871.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C. & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, nº8, 45-49.
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.
- Baillon, S., Scothern, G., Neville, P. & Shue, A. (1996). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 23-28.

- Baldelli, M., Boiardi, R., Fabbo, A., Sandtopuoli, A., & Neri, M. (2002). Institutionalised elderly, professional burden and job *burnout*. *Archives Gerontology and Geriatrics Supplement*, 8, 197-212.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demências em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 12, 119-129.
- Barlow, D. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: The Guilford Press.
- Carrera, J. (2011). Stress e burnout: um estudo caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS'S. Dissertação apresentada à Universidade Técnica de Lisboa para a obtenção do Grau de Mestre em Política Social não publicada. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa.
- Castellar, J. V. (2000). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Clark, L. & Watson, D. (1990). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In Becker, J. & Kleinman, A. (Eds), *Advances in mood disorders*, Vol. 1. *Psychosocial aspects of depression*. Erlbaum, Hillsdale, N.J.
- Davison, T., McCabe, M., Visser, S., Hudgson, C., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 868-873.
- Deffenbacher, J. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V. Caballo (Comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Volumen I: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (p.p. 241-263). Madrid: Siglo XXI editores.
- Engstrom, M., Skytt, B. & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal. *Journal of Nursing Management* 19, 732-741.
- Engstrom, M., Wadensten, B. & Haggstrom, E. (2010). Caregivers' job satisfaction and empowerment before and after an intervention focused on caregiver empowerment. *Journal of Nursing Management*, 18, 14-23.
- Factor, D. (1991). Nursing home workers ease the burden of work sprains and strains. *American association of occupational health nursing*, 39, 1-3.

- Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto, J., Brasil, M. & Juruena, M. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 25, 114-122.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, 31-55.
- Freitas, J. (2011). Centros Sociais paroquiais. Redes de comunicação e cooperação para a “terceira idade”: contexto institucional e social. Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais não publicada. Universidade Fernando Pessoa.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gómez, J. (2010). Impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais de um lar do concelho de Águeda. Dissertação apresentada à Escola Superior de Tecnologias do Porto para a obtenção do Grau de Mestre em Terapia Ocupacional, Área de Especialização Gerontologia não publicada. Escola Superior de Tecnologias do Porto.
- Godfrey, A. (2010). What impact does training have on the care received by older people in residential homes? *Work Education: The International Journal*, 19:1, 55-65.
- Governo Regional dos Açores, (2007). «Prorural – Programa de Desenvolvimento Rural da Região Autónoma dos Açores 2007-2013», Secretaria Regional da Agricultura e Florestas (Ed.), Angra do Heroísmo, Governo Regional dos Açores, p.480.
- Innstrad, S., Espnes, G. & Mykletun, R. (2004). Job stress, burnout and job satisfaction: an intervention study for staff working with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 119-126.
- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso. Perfil do cuidador formal: parte II. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35, 320-327.
- Levy- Storms, L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*, 73, 8-21.
- Lopes, G. (2005). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *R. Psiquiatr. RS*, 25 (suplemento 1), 65-74.
- McCabe, M., Davison, T., Visser, S., Hudgson, C., Buchanan, G. & George, K. (2007). Effectiveness of staff training programs to manage behavioural problems of dementia. *International Journal of Health & Ageing Management*, 1, 11-23.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H. & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms on dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 4, 246-253.
- Murcho, N., Jesus, S. & Pacheco, J. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº10, 57-68.
- Nóbrega, K. & Pereira, C. (2011). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com neoplasia cerebral. *Psicologia: teoria e prática*, nº 13, 48-61.
- Oliveira, M., Queirós, C. & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº8, 181-196.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca*. Lisboa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Washington: OMS.
- Paulino, C., Prezzoto, A. & Calixto, R. (2009). Associação entre stresse, depressão e tontura: uma breve revisão. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 1, 33-45.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, nº 5, 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde (2ª edição)*. Porto: Livpsic-Psicologia.

- Pais-Ribeiro, J., Mascarenhas, N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). *Escala de ansiedade, depressão e estresse (EADS): um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazônia)*. In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins & Ramalho (Org.). Atas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos, Braga, Universidade do Minho, P.2.30, CDROOM, p. 1-9.
- Pais-Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do stress: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº10, 237-248.
- Pereira, M. & Pereira, M. (2010). Morbilidade psicológica e *Coping* familiar: Um estudo em doentes oncológicos e seus cuidadores. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.
- Pires, N. (2011). Akribeia Tempo de Rigor. Manual dos Workshop.
- Pinto, P. (2009). Bem-estar no trabalho, um estudo com assistentes sociais. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do Grau de Mestre em Comportamento Organizacional não publicada. Departamento de Psicologia Social e das Organizações. Instituto Universitário de Lisboa.
- Possendoro, G. (2007). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In G. Angelotti (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade*. (pp. 49-84) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30, 73-80.
- Proctor, R., Strantton-Pwell, H., Tarrier, N. & Burns, A. (1998). The impact of training and support on stress among care staff in nursing and residential homes for the elderly. *Journal of Mental Health*, 7, 1-14.
- Potter, S., Churilla, A., Smith, K. (2006)
- Rafnsdottir, G., Gunnarsdottir, H. & Tomasson, K. (2004). Work organization, well-being and health in geriatric care. *Work*, 22, 49-55.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – Prevenção de stress no trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Ribeiro, C. (2012). Auxiliares de ação educativa nas IPSS, competências e desempenho. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para obtenção do grau de Mestre. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Ribeiro, L, Gomes, A. & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto

- hospitalar. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rocha, P. (2010). Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: o Centro Social Paroquial São Pedro Maceda. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia não publicada. Universidade de Aveiro.
- Rosa, C. & Carlotto, M. (s.d.). Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Volume, DOI, 1-15.
- Santos, A., Castro, J. (1998). Stress. *Análise psicológica*, 4, 675-690.
- Santos, D. (2011). *Burnout*, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada. Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa.
- Santos, J. (2013). Caracterização de uma amostra de cuidadores formais de idosos. Capacidade para o trabalho, riscos psicossociais e qualidade de vida profissional. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenção*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, M., Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14, 239-248.
- Simões, M. (2012). Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia na Especialidade de Clínica e Saúde não publicada. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.
- Schmaus, J.B., Laubmeier, K. K., Boquiren, V. M., Herzer M. & Zakowski S. G. (2008). Gender and stress: Differential psychophysiological reactivity to stress reexposure in the laboratory. *International Journal of Psychophysiology*, 69, 101 – 106.
- Shield, A., Enderby, P. & Nancarrow, S. (2006). Stakeholder views of the training needs of interprofessional practitioner who works with older people. *Nurse education today*, 26, 367-376.
- Smith, L., Read, A., Darby, J. & Stanley, F. (2005). Health of caregivers in child care. *Child: Care, Health & Development*, 32, 111-119.

- Soares, A. & Alves, M. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 165-177.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Stone, R. (2007). Introduction: the role of training and education in solving the direct care workforce crisis. *Gerontology & Geriatrics Education*, 2, 5-16.
- Vicente, C. & Oliveira, R. (2011). A prevalência da síndrome de *burnout* no contexto de assistência à terceira idade e doentes crónicos. Em: *II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia - Livro de Atas*. Universidade de Évora, 14 e 15 de Novembro de 2011, Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Évora. 203-214.
- World Health Organization (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Geneva: WHO.
- Wright, J., Basco, M., & Thase, M. (2008). *Aprendendo a terapia cognitiva comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2007). Percepción de sobrecarga y nivel de *burnout* en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *Gerontologist*, 45, 96-105.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Sociodemográfico

Por favor, assinale com **X** de acordo com o seu caso ou preencha os espaços com as informações solicitadas.

Idade	<input type="checkbox"/> 18 a 20 anos; <input type="checkbox"/> 21 a 30 anos; <input type="checkbox"/> 31 a 40 anos; <input type="checkbox"/> 41 a 50 anos; <input type="checkbox"/> 51 a 60 anos, <input type="checkbox"/> mais de 61 anos.	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino; <input type="checkbox"/> Feminino.	Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro; <input type="checkbox"/> Casado; <input type="checkbox"/> Divorciado; <input type="checkbox"/> Viúvo; <input type="checkbox"/> União de facto.
Habilitações Académicas	<input type="checkbox"/> Até ao 4º ano; <input type="checkbox"/> 4º ano; <input type="checkbox"/> 6º ano; <input type="checkbox"/> 9º ano; <input type="checkbox"/> 12º ano; <input type="checkbox"/> Bacharelato; <input type="checkbox"/> Licenciatura; <input type="checkbox"/> Pós-graduação; <input type="checkbox"/> Mestrado; <input type="checkbox"/> Doutoramento; <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____				
Situação profissional	<input type="checkbox"/> Contrato a termo certo <input type="checkbox"/> Contrato sem termo <input type="checkbox"/> Sem contrato <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____				
Horário de trabalho	<input type="checkbox"/> Turnos rotativos <input type="checkbox"/> Turnos fixos <input type="checkbox"/> Turnos noturnos <input type="checkbox"/> 8 horas por dia <input type="checkbox"/> Mais de 8 horas por dia				
Descanso numa semana	<input type="checkbox"/> 1 dia por semana <input type="checkbox"/> 2 dias por semana (Sábado e Domingo, por exemplo) <input type="checkbox"/> Mais de 2 dias por semana <input type="checkbox"/> Nenhum				
Funções que desempenha atualmente	Funções			Anos de trabalho	
	<input type="checkbox"/> Serviço a idosos				
	<input type="checkbox"/> Serviço a crianças				
	<input type="checkbox"/> Serviço a deficientes				
	<input type="checkbox"/> Serviço a doentes crónicos com < de 65 anos				
	<input type="checkbox"/> Serviço administrativo				
	<input type="checkbox"/> Serviço de cozinha				
	<input type="checkbox"/> Serviço de lavandaria				
	<input type="checkbox"/> Serviço de limpeza				
	<input type="checkbox"/> Serviço de transportes				
	<input type="checkbox"/> Serviço de liderança				
<input type="checkbox"/> Serviço de voluntariado					
<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____					

De acordo com a(s) função(ões) que desempenha, indique aproximadamente o número de formações técnicas específicas que frequentou nos últimos 2 anos e o número total de horas.	Número de formações técnicas específicas	Número total de horas (aproximadamente)
Serviço a idosos		
Serviço a crianças		
Serviço a deficientes		
Serviço a doentes crónicos com < de 65 anos		
Serviço administrativo		
Serviço de cozinha		
Serviço de lavandaria		
Serviço de limpeza		
Serviço de transporte		
Serviço de liderança		
Serviço de voluntariado		

Indique outras formações que tenha frequentado e ache importante para o desempenho da(s) sua(s) função(ões).	Número total de horas (aproximadamente)

Como pessoa, nas dimensões profissional, familiar, pessoal e social, que formação gostaria de frequentar?

Vai encontrar, em baixo, uma lista de dificuldades que podem ou não aplicar-se à sua situação. Leia cada uma das afirmações e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:
0- Não se aplica nada a mim
1- Aplica-se a mim algumas vezes
2- Aplica-se a mim muitas vezes
3- Aplica-se a mim a maior parte das vezes

1. Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3
2. Horário de trabalho rigoroso	0	1	2	3
3. Fazer o turno da noite	0	1	2	3
4. Ter de fazer muitas tarefas ao mesmo tempo	0	1	2	3
5. A falta de apoio dos outros colegas de trabalho	0	1	2	3
6. O ambiente social entre os colegas de trabalho	0	1	2	3
7. O não saber o que é que cada um tem de fazer	0	1	2	3
8. Lidar com utentes difíceis	0	1	2	3
9. Partilhar com os utentes e familiares sentimentos difíceis	0	1	2	3
10. O trabalhar há muito tempo com este tipo de utentes	0	1	2	3
11. A falta de formação adequada à(s) minha(s) função(ões)	0	1	2	3
12. Pouca informação sobre a tarefa a realizar	0	1	2	3
13. A falta de autonomia	0	1	2	3
14. Falta de reconhecimento profissional	0	1	2	3
15. Falta de <i>feedback</i> sobre o trabalho realizado	0	1	2	3
16. Baixa progressão na minha carreira	0	1	2	3
17. O ordenado ser pequeno para o trabalho que é	0	1	2	3
18. O risco elevado de lesões físicas	0	1	2	3
19. O risco elevado de problemas psicológicos	0	1	2	3

Indique, se quiser, outras dificuldades no seu local de trabalho, que julgue importante referir, voltando a usar a mesma escala.	0	1	2	3

ANEXO II – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Por favor, leia cada uma das afirmações em baixo, e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0- Não se aplicou nada a mim

1- Aplicou-se a mim algumas vezes

2- Aplicou-se a mim muitas vezes

3- Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem ter feito exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, nº 5, 229-239.

ANEXO III – Pedido formal às Direções dos Centros Sociais

Ex.mo Senhor
Presidente da Direção do Centro Social e Paroquial de

...

Braga, 28 de Janeiro de 2013

Reverendíssimo Senhor:

Eu, Ricardo José Gonçalves Pereira, mestrando da Universidade Católica Portuguesa de Braga do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio apresentar formalmente o pedido de autorização para que possa realizar na vossa instituição um estudo sobre a «Pessoa do cuidador».

Devo realçar que os dados recolhidos serão confidenciais e, em momento algum, os participantes poderão ser identificados. Para que possa realizar este estudo, necessito de recolher informação sobre os mesmos, de modo a posteriormente elaborar uma análise estatística dos dados.

Deste modo, solicito a vossa cooperação para que os vossos colaboradores possam preencher o questionário que envio junto.

Os resultados deste estudo permitirão uma melhor compreensão da Pessoa do cuidador, e, por isso, uma reflexão sobre estratégias que possam melhorar a sua qualidade de vida.

A todos os participantes será dado o consentimento informado, onde se explicará a essência do estudo.

Junto, envio o protocolo de investigação do qual consta o consentimento informado e o questionário.

Sem outro assunto de momento, agradeço, desde já, a atenção prestada.

Com os melhores cumprimentos,

(Dr. Ricardo José Gonçalves Pereira)

Visto,

(Prof^o Doutor Rui D. Ramos)

ANEXO IV – Consentimento Informado

Consentimento Informado para a participação na investigação

Exmo (a) Sr (a):

Eu, Ricardo José Gonçalves Pereira, mestrando da Universidade Católica Portuguesa de Braga do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, gostaria de solicitar a sua autorização para participar numa investigação sobre a «Pessoa do cuidador».

Apenas será pedido que responda a um questionário, que será posteriormente analisado estatisticamente. É de referir que todos os dados serão mantidos em anonimato, toda a informação será confidencial e só os responsáveis por esta investigação terão acesso a estas informações.

É de realçar que não haverá qualquer tipo de inconveniência para aqueles que participarem nesta investigação, bem como também para aqueles que não quiserem participar e somente fará parte desta investigação se nos der o seu consentimento.

Para qualquer tipo de dúvidas, não hesite em contactar: 965283023.

Autorizo a participação neste estudo

Não autorizo a participação neste estudo

Sem mais assunto de momento, agradeço-lhe a atenção prestada,

(Dr. Ricardo José Gonçalves Pereira)

ANEXO V – Carta de Apresentação



QUESTIONÁRIO PARA CUIDADORES FORMAIS DE CENTROS SOCIAIS

Instruções

Este questionário é parte integrante de uma investigação académica sobre comportamentos e atitudes dos Cuidadores, no âmbito do mestrado em psicologia clínica e da saúde da Universidade Católica Portuguesa. Os resultados permitirão uma melhor compreensão da Pessoa do Cuidador, com o objetivo de propor estratégias que possam melhorar a qualidade de vida e as condições psicossociais dos Cuidadores.

Para a concretização dos nossos propósitos, é necessário colher informação sobre si. Este questionário será depois armazenado nas instalações da nossa faculdade, sendo de seguida tratado exclusivamente a nível estatístico. Por isso o questionário é anónimo.

Pedimos-lhe portanto que responda a todas as questões de um modo sincero, recordando que não existem respostas certas ou erradas.

Agradecemos a sua colaboração,
O investigador – Drº Ricardo Pereira
Supervisor científico – Profº Doutor Rui D. Ramos