

MARIA MANUELA DIAS BOGALHO

**STRESS OCUPACIONAL E *COPING* EM CUIDADORES FORMAIS (AJUDANTES
DE AÇÃO DIRETA) DE IDOSOS (IN)DEPENDENTES INSTITUCIONALIZADOS**

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações**

Porto, 2017

MARIA MANUELA DIAS BOGALHO

STRESS OCUPACIONAL E *COPING* EM CUIDADORES FORMAIS (AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA) DE IDOSOS (IN)DEPENDENTES INSTITUCIONALIZADOS

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações**

Porto, 2017

Maria Manuela Dias Bogalho

STRESS OCUPACIONAL E *COPING* EM CUIDADORES FORMAIS (AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA) DE IDOSOS (IN)DEPENDENTES INSTITUCIONALIZADOS

(Maria Manuela Dias Bogalho)

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Trabalho e das Organizações, sob a orientação da Professora Doutora Carla Barros e Co-Orientadora Professora Doutora Isabel Silva

Porto, 2017

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, com muita gratidão.

Resumo

Introdução: Portugal apresenta uma população cada vez mais envelhecida, com uma necessidade cada vez maior de institucionalização dos idosos. Neste contexto, os cuidadores formais, enquanto profissionais que garantem a segurança, saúde e bem-estar dos idosos devem ser alvo de atenção. Na contemporaneidade, verifica-se ser de extrema importância, ao nível laboral, o uso de estratégias de *coping* adaptativas que permitam a regulação do stress e que promovam a melhoria da qualidade de vida dos profissionais cuidadores de idosos institucionalizados.

Método: Neste estudo Exploratório, o objetivo é averiguar a relação entre o stress e as estratégias de *coping* com variáveis sociodemográficas dos cuidadores formais que trabalham com idosos (in)dependentes institucionalizados e com o grau de (in)dependência do idoso. Para a concretização dos objetivos de investigação selecionou-se uma amostra por conveniência, de 97 profissionais ajudantes de acção direta de idosos (in)dependentes institucionalizados, que responderam aos seguintes instrumentos: questionário Sociodemográfico, Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel), Questionário de stress para profissionais de saúde (QSPS), Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI).

Resultados: Os resultados evidenciam que os cuidadores da amostra sofrem de bastante stress, contribuindo para este facto as questões relacionadas com a carreira e remuneração, em concordância, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores são Lidar com sintomas de stress. Quanto às variáveis sociodemográficas pode-se concluir que de uma forma mais ou menos significativa se relacionam com o stress mas não com o *coping*. Relativamente ao grau de (in)dependência do idoso, verificou-se que este se relaciona com o *coping* e não com o stress, o grau de dependência do idoso não aumenta os níveis de stress do cuidador mas determina as estratégias de *coping* adotadas por este.

Palavras-chave: Stress Ocupacional, *Coping*, Ajudantes de acção Direta, Idosos Dependentes

ABSTRACT

Introduction: Portugal presents an increasingly aging population, with an increasing need for institutionalization of the elderly. In this context, formal caregivers, as professionals who guarantee the safety, health and well-being of the elderly should be targets of studies. At the present time, the use of adaptive coping strategies that allow for the regulation of stress and that promote the improvement of the quality of life of the caregivers of the institutionalized elderly are extremely important.

Method: In this exploratory study, the aim is to investigate the relationship between stress and coping strategies with sociodemographic variables of formal caregivers working with institutionalized elderly (in) dependent individuals and the degree of (in) dependence of the elderly. To achieve the research objectives, a sample was selected for convenience of 97 direct-acting assistants of institutionalized elderly (in) dependent patients, who answered the following instruments: Sociodemographic questionnaire, Dependency assessment scale (Barthel Index), Questionnaire Of stress for health professionals (QSPS), Index for assessing the ways in which the caregiver faces the difficulties (CAMI).

Results: The results show that the caregivers of the sample suffer from a lot of stress, contributing to this fact the issues related to career and income and consequently the coping strategies most used by caregivers are to deal with stress symptoms. Regarding the sociodemographic variables, it can be concluded that in a more or less significant way they are related to stress, but not to coping. Regarding the degree of (in) dependence of the elderly, it has been verified that this is related to coping and not to stress, the degree of dependence of the elderly does not increase the levels of stress of the caregiver but determines the coping strategies adopted by the latter.

Keywords: Occupational Stress, Coping, Direct Action Auxiliary, Senior Citizens Dependents

Agradecimentos

O caminho que percorri para finalizar este projeto foi traçado com muito esmero, vivido com muitos momentos de alegria, mas também marcado por algumas dificuldades. Durante o percurso aprendi que as vivências de cada pessoa são de ímpar valor.

Pessoalmente tive a oportunidade de cruzar o meu caminho com pessoas que me ofereceram contributos capazes de me incentivar e de me apoiar neste percurso. Sem eles este trabalho não se teria concretizado.

Desta forma, gostaria de deixar os meus mais sinceros agradecimentos:

Aos meus pais pelo apoio e conselhos que tornaram este objetivo possível, por estarem sempre ao meu lado, por todo o incentivo e pelo muito que significam para mim.

À orientadora desta dissertação de mestrado, Professora Doutora Carla Barros e a Professora Doutora Isabel Silva, pela sabedoria, pela compreensão, orientação, disponibilidade demonstrados ao longo da realização deste trabalho. Às direções dos Lares de Idosos, pela autorização para a colheita de dados, aos cuidadores formais das respetivas instituições, pela colaboração no preenchimento do instrumento de colheita de dados.

A todos vós o meu sincero bem-haja!

Índice Geral	
Dedicatória	ii
Resumo	iii
ABSTRACT	iv
Agradecimentos	v
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros	ix
Índice de Abreviaturas	xi
INTRODUÇÃO GERAL	1
Parte I – Enquadramento Teórico	7
CAPÍTULO I: OS CUIDADOS E O CUIDADOR DE IDOSOS	8
Introdução	8
1.1 – Da (IN)Dependência à Instituição do Idoso.....	9
1.2– Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade	12
1.3- Os Cuidados e o Cuidador Informal e Formal.....	15
1.4 – Perfil e dificuldades dos Cuidadores Formais de idosos (AAD)	18
1.4.1 – Função de Ajudante de Ação Direta	20
Síntese Conclusiva	22
CAPÍTULO II: O STRESS E O CUIDADOR FORMAL	24
Introdução	24
2.1 – A Definição de Stress	25
2.2 – O Stress Ocupacional.....	28
2.3 – Factores Indutores e Mediadores do Stress Ocupacional	32
2.3.1- As Variáveis que Influenciam o Stress Ocupacional.....	36
2.4 – Consequências do Stress Ocupacional.....	38
Síntese Conclusiva	40
CAPÍTULO III – O <i>COPING</i> E O CUIDADOR FORMAL	42

Introdução	42
3.1 – A Definição de <i>Coping</i>	43
3.2 - Recursos e Estratégias de <i>Coping</i> para lidar com o Stress	44
3.3- As Estratégias de <i>Coping</i> e o Cuidador Formal	48
Síntese Conclusiva	50
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	52
CAPÍTULO IV: ESTUDO EXPLORATÓRIO	53
Introdução	53
4.1 – Justificação do Estudo	54
4.2 Definição de objetivos	56
4.2.1 – Variáveis.....	58
4.3 – Método	59
4.3.1 – Participantes	59
4.4- Material.....	61
4.4.1 – Questionário dos dados Sociodemográficos (QSD).....	62
4.4.2 – Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel).....	62
4.4.3 - Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS)	63
4.4.4 - Formas de <i>Coping</i> Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI).....	66
4.5 - Procedimento	67
Síntese Conclusiva	69
CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	70
5.1 – Resultados	70
5.1.1 – Análise do Objetivo Geral.....	70
5.1.2 - Análise do Objetivos Específicos	75
4.7.6 - Análise do objectivo 6	84
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
6.1 – Discussão	87
6.2 – Conclusão.....	91

6.3 – Limitações.....	92
Bibliografia.....	94
ANEXOS	108
Anexo I - Autorização para administração do instrumento índice de Barthel.....	109
Anexo II - Autorização para administração do instrumento índice de Barthel	110
Anexo III - Autorização para administração do instrumento CAMI.....	111
Anexo IV - Autorização para administração do instrumento CAMI.....	112
Anexo V - Autorização para administração do instrumento QSPS.....	113
Anexo VI - Questionário dos dados Sociodemográficos (QSD).....	114
Anexo VII - Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel)	115
Anexo VIII - Questionário de stress para profissionais de saúde (QSPS)	117
Anexo IX - Formas de <i>Coping</i> Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI)	119
Anexo X - Pedido formal às Direções dos Lares	121
Anexo XI - Pedido formal às Direções dos Lares	122
ANEXO XII – Consentimento Informado para a participação na investigação.....	123

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica. 59

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Características sociodemográficas da amostra quanto ao sexo (n=97)</i>	59
Quadro 2. <i>Características sociodemográficas da amostra quanto a Idade (n=97)</i>	60
Quadro 3. <i>Características sociodemográficas da amostra quanto ao Estado Civil e Escolaridade (n=97)</i>	60
Quadro 4. <i>Tempo de Prestação de Cuidados na Instituição (n=97)</i>	60
Quadro 5. <i>Tempo de Cuidados Diários Prestado ao Idoso (n=97)</i>	61
Quadro 6. <i>Tempo de Experiência Profissional como Cuidador em anos (n=97)</i>	61
Quadro 7. <i>Frequências do Índice de Barthel (IB) (grau de dependência) (n=97)</i>	61
Quadro 8. <i>Score atingido no Índice de Barthel: grau de dependência</i>	63
Quadro 9. <i>Comparação do alfa de Cronbach para o QSPS</i>	65
Quadro 10. <i>Comparação do alfa de Cronbach para o CAMI</i>	67
Quadro 11. <i>Nível Global de Stress (média, desvio padrão, mínimo, máximo) (n=97)</i>	71
Quadro 12. <i>Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS) (n=97)</i>	71
Quadro 13. <i>Subescalas do QSPS – Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo (n=97)</i>	72
Quadro 14. <i>Formas Coping Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI) (n=97)</i>	73
Quadro 15. <i>Subescalas Escala CAMI – Média, Desvio-padrão, Mínimo/ Máximo (n=97)</i>	74
Quadro 16. <i>Relação entre o QSPS (nível global de stress e subescalas) e a idade em anos (n=97) (teste de Pearson)</i>	75
Quadro 17. <i>Relação o CAMI (subescalas) e a idade em anos (n=97) (teste de Pearson)</i>	75

Quadro 18. <i>Comparação Médias o Stress (QSPS) /Escolaridade do Sujeito (n=97)</i>	76
Quadro 19. <i>Comparação de Médias para o Coping (CAMI) e a Escolaridade do Sujeito (n=97)</i>	78
Quadro 20. <i>Relação entre QSPS (nível global de stress e subescalas) e tempo prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	80
Quadro 21. <i>Relação entre o CAMI (subescalas) e o tempo prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	80
Quadro 22. <i>Comparação de Médias o Stress e Tempo de cuidados Diários aos Idosos</i>	81
Quadro 23. <i>Comparação de Médias -Coping e Tempo de cuidados Diários aos Idosos</i>	82
Quadro 24. <i>Relação entre o QSPS (nível global de stress e subescalas) e o tempo de experiência profissional como cuidador(a) na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	83
Quadro 25. <i>Relação entre o CAMI (subescalas) e tempo de experiência profissional como cuidador(a) na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	83
Quadro 26. <i>Relação entre o QSPS (subescalas) e Grau de Dependência do Idoso na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	84
Quadro 27. <i>Relação entre o CAMI (subescalas) e Grau de Dependência do Idoso na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	84
Quadro 28. <i>Relação entre fontes de stress e coping na amostra total (n=97) (teste de Pearson)</i>	86

Índice de Abreviaturas

AAD – Ajudantes de Ação Direta

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – Associação Americana de Psicologia

CAMI - Carers' Assessement of Managing Index

DESA - Departement of Economic and Social Affairs

IB – Índice de Barthel

INE - Instituto Nacional Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MSTS – Ministério do Trabalho e Segurança Social

OMS – (Organização Mundial de Saúde)

OIT – (Organização Internacional do Trabalho)

QSPS – Questionário de Stress para Profissionais de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INTRODUÇÃO GERAL

Ao longo da História a busca pela longevidade tem feito parte dos sonhos da população mundial. Ao analisar as últimas décadas verifica-se que os avanços sociais e científicos contribuíram para que este sonho se aproximasse da realidade. É um facto indelmentível e não se prevêem alterações nas décadas mais próximas, a população está a envelhecer e é uma realidade extensível a todo o mundo. Embora se possa considerar que o processo de envelhecimento se inicia a partir do momento em que nascemos, para Nazareth (2004) este processo enquanto fenómeno demográfico a nível dos países desenvolvidos, começou a assumir uma importância significativa a partir da segunda metade do séc. XX.

No entanto, este processo não se desenvolve em todos os países do mundo da mesma forma, atingindo valores percentuais mais dramáticos nos chamados países desenvolvidos. As causas do envelhecimento são consensuais entre os especialistas e instituições que se debruçam sobre estes temas e assentam sobretudo em três fatores: a diminuição da fecundidade, a evolução tecnológica com o conseqüente aumento a nível da esperança de vida e saldos migratórios (Carrilho & Patrício, 2009).

Neste contexto, Portugal não é exceção, ao longo dos últimos anos tem vindo a registar-se uma alteração nas características demográficas de Portugal. De acordo com o Instituto Nacional Estatística (INE, 2012), o índice de envelhecimento¹ atingiu o seu ponto mais elevado em 2011: 120,6, quando em 2000 era de 102,2 e em 1990 se situara em 68,1. Esta nova realidade deve-se fundamentalmente ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade.

Segundo o INE (2003) a população residente em Portugal no período de 2000-2050 será cada vez maior, revelando um envelhecimento continuado da população. Neste momento, a esperança média de vida situa-se nos 79,2 anos, prevendo-se que essa tendência aumente em 2050, com o aumento da longevidade para 81 anos (INE, 2012).

Se por um lado o envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade, por outro torna-se também um dos seus maiores desafios devido às suas conseqüências sociais, económicas e políticas. Estes fatores requerem que se reflita sobre o envelhecimento e os mecanismos através dos quais podemos promover uma maior qualidade de vida para a pessoa idosa.

É certo que muitos idosos envelhecem em boas condições de autonomia e independência, mas uma parcela dos nossos idosos envelhecem em condições por vezes dramáticas, fruto de doenças que, além de imporem limitações físicas importantes, acarretam aumento da taxa de mortalidade (Netto, 2007).

¹ INE (2011) - Índice de envelhecimento: (proporção entre a população com mais de 65 anos e a população até aos 14 anos)

Contrariamente ao que se verificava antigamente, o suporte familiar é cada vez mais reduzido, devido ao crescente aumento de mulheres no mercado de trabalho e conseqüente indisponibilidade das famílias para cuidarem das suas pessoas idosas, optando-se frequentemente pela institucionalização. Segundo Slepj (2000) a família baseia-se hoje mais na satisfação de desejos do que na assistência recíproca; Para dar o devido apoio, a nossa sociedade teve que se organizar para garantir que o indivíduo, seja idoso ou não, se possa manter autónomo, durante o maior tempo possível, com condições dignas da sua existência, sendo encarado como um direito do idoso e não como uma ajuda ou ato de boa vontade.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogamo-nos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados formais à pessoa idosa dependente em contexto institucional. Os cuidados formais distinguem-se dos informais por estes serem prestados por familiares ou pessoas próximas, enquanto que os primeiros são disponibilizados por organizações (públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos) em lares, centros de dia ou em regime de apoio domiciliário. Considera-se que os cuidadores formais têm competências técnicas e/ou clínicas que os capacitam para um trabalho baseado na abordagem holística do envelhecimento (Hye-cheon et al., 2009), requerendo-se destes profissionais competências multidisciplinares e aptidões práticas, que proporcionem saber reconhecer problemas cognitivos, sociais e familiares (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009), assim como facultar cuidados de saúde, além de satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa.

O cuidar pode ser visto como algo intrínseco ao ser humano e crescente na sociedade actual, em que a perspectiva contempla as dinâmicas geradas entre indivíduos e cuidadores. As exigências laborais com que o indivíduo é confrontado e a incapacidade de enfrentar determinadas situações associados à crescente insatisfação ou baixa realização pessoal podem desencadear o fenómeno do stress (Figueiredo & Soares, 1999). Stress pode ser definido como um desequilíbrio entre as solicitações feitas a um indivíduo e os recursos disponíveis para responder a essas mesmas solicitações. Apesar de ser psicológico, o stress tem a capacidade de afetar a saúde física, sendo considerado o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho mais comum na Europa (Figueiredo & Soares, 1999).

Não obstante o stress possa surgir a partir de situações vulgares do quotidiano, é cada vez mais aceite a ideia de que o stress tende a ser mais significativo quando associado ao trabalho. Isto é tanto mais compreensível quando refletirmos sobre o paradigma moderno, o qual se define pela eficiência, eficácia e produtividade e sua relação custo/benefício. Efectivamente, cada vez mais se impõem desafios no mundo do trabalho, quer em termos de

vínculo (contratos a tempo parcial ou de curto prazo), quer em termos de exigência tecnológica, com impulsos rápidos e fortes, em favor da eficiência e aumento da competitividade. Isto coloca os trabalhadores sob constante pressão, sendo que se impõe a reflexão sobre a problemática do stress ocupacional e das políticas e práticas adequadas que podem ser desenvolvidas para colmatar estas preocupações.

O stress, enquanto “desequilíbrio percebido entre as exigências do meio e as capacidades do indivíduo para responder a essas exigências” depende da forma como cada pessoa percebe as situações do quotidiano, como sente os problemas e como utiliza os seus recursos para responder às conjunturas adversas (Serra, 2000). As consequências podem ser positivas ou negativas, as primeiras referem-se à regulação neuroendócrina que permite ao indivíduo aumentar a capacidade de resposta às exigências que lhe são impostas, as segundas levam ao transtorno do sono, a alterações da vida sexual, à fadiga, ao prejuízo na memória, a alterações do fluxo sanguíneo (Serra, 2007).

Ainda a respeito do stress, Serra (2007) refere, que este conduz ao desgaste pessoal, mas que pode também ser, uma fonte de incentivo e de realização profissional e pessoal, ajudando o indivíduo a tomar decisões e a resolver problemas, a melhorar o seu funcionamento e aptidões e a enriquecer a sua auto-estima.

O efeito do stress e das emoções não resultam inteiramente das características objetivas dos acontecimentos, mas sim do seu significado para o bem-estar individual e da avaliação subjetiva efetuada (Singer & Davidson, 1986). Na verdade, cada pessoa tem uma forma idiossincrática de interagir com o mundo, de se relacionar com o outro; não são, por isso, conhecidas experiências de stress iguais. Deste modo, torna-se pertinente o estudo das diferenças individuais, uma vez que ele pode ajudar a justificar a variabilidade da interpretação das situações indutoras de stress e a diversidade na escolha de estratégias de *coping* (Singer & Davidson, 1986).

Os prestadores de cuidados não são exceção, também eles sentem mal-estar resultante, em grande medida, da acumulação de tarefas diárias, dos sentimentos de insegurança crescentes durante o serviço, do carácter cada vez mais exigente das solicitações dos utentes, dos escassos salários, do coping com a doença, do sofrimento e da morte (Delbrouck, 2006).

A prestação de cuidados é considerada uma atividade desgastante, com repercussões a nível físico, psicológico e social para o cuidador, resultado da pluralidade de tarefas que este tem que desempenhar, e das mudanças que a adopção deste papel pode representar na sua vida. No que respeita aos cuidadores formais, constituindo-se o trabalho como parte integrante da vida do Homem, assume-se como essencial na satisfação das suas necessidades,

e na sua realização pessoal; que ocupa de sobremaneira o seu tempo, e que pode ter um sabor agri-doce, de misto de alegria e de stress.

Sabemos que a prestação de cuidados a um idoso, é uma tarefa árdua e debilitante que pode ser sentida como uma ameaça para a saúde física, psicológica e social do cuidador, ainda mais se o recetor de cuidados tem alguma doença ou incapacidade severa ou prolongada (Figueiredo & Soares, 2007). A sobrecarga de trabalho é uma dificuldade referida em praticamente todos os estudos elaborados na área do cuidado formal a idosos.

Desta forma, Figueiredo e Soares (2007) consideram que ser cuidador formal implica um elevado gasto de tempo e energia, um conflito com o desempenho de outros papéis pessoais, familiares e sociais, o que conduz, muitas vezes, à exaustão, à ansiedade e ao stress. Ao pessoal que trabalha em Lares Residenciais para idosos é atribuída uma enorme importância no sentido de promover uma vida cheia, e tanto quanto possível, significativa aos seus residentes. Os Lares são uma comunidade e esperamos que todos eles tenham como objetivo proporcionar um ambiente onde todos se sintam em harmonia e compreensão mútuas – os que vivem, os que trabalham e os que dão a sua ajuda voluntária (Alvarenga, 2001). Este tem de estar preparado para prestar a assistência necessária com maturidade, dignidade e respeito pela privacidade e individualidade das pessoas que vivem no Lar.

De acordo com os objetivos estipulados pela Direcção Geral de Acção Social (1996 citado por Alvarenga, 2001), os lares deverão assegurar as necessidades básicas, habitacionais, sociais e psicológicas, através de serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, incentivando as relações familiares e garantindo uma vida confortável, um ambiente calmo e humanizado, de forma a contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento. Esta responsabilidade cabe a todos os funcionários de um Lar, no entanto os que se ocupam diretamente da prestação de cuidados são as Ajudantes de Acção Directa, (escreve-se no feminino pois as mulheres constituem 98% dos empregados (Jacob, 2002), categoria, tal como o nome indica, dispõem todo o seu tempo a prestar os cuidados necessários ao bem-estar dos idosos tendo assim um papel vital no desenvolvimento psíquico e físico na vida enquanto institucionalizados. As Ajudantes de Acção Directa que prestam o apoio direto desempenham um papel fundamental no dia-a-dia dos idosos e desta forma é necessário ter consciência de que o seu trabalho pode ir muito além da simples prestação dos cuidados mais básicos, podendo assumir um papel de conselheiro, ajudando os residentes a superar momentos mais difíceis.

A relação entre as AAD e os idosos é muito significativa. A natureza sensível deste tipo de trabalho, a vulnerabilidade de alguns residentes, a oportunidade de um contato muito

próximo e a partilha de experiências pode fazer com que, para além da família, o pessoal se torne um amigo de alguns residentes. Para aqueles que ocasionalmente têm a visita de familiares ou amigos, as AAD podem ser as únicas pessoas com quem desabafam. Muitas vezes o acumular de funções pode desencadear um processo de stress ocupacional, destruindo o equilíbrio psicofisiológico do Ajudante de Ação Direta, obrigando-o mesmo a utilizar recursos extra de energia.

Cuidar de idosos tem consequências para o cuidador, designadamente ao nível do stress, da sobrecarga física (Barbosa et al., 2011) e da insatisfação laboral dos cuidadores formais, que deriva muita vezes da situação de dependência dos idosos, dos distúrbios comportamentais apresentados como o discurso por estes repetitivo, a agitação entre outras características da demência (Barbosa et al., 2011).

Os trabalhadores ajudantes de Ação Direta em instituições de acolhimento de idosos referem constantemente a falta de tempo para desempenhar as atividades de que estão encarregues, o que se poderá repercutir no atendimento ao idoso, prejudicando esse atendimento, assim como a sua própria qualidade de vida. O cansaço, o stress, a preocupação, a ansiedade, o aparecimento de sintomas/doenças e as mudanças no seu quotidiano e auto-estima são sintomas frequentemente apresentados por quem cuida constantemente de idosos (Colomé et al., 2011).

As investigações levadas a cabo por Barbosa et al. (2011) demonstram que a maioria dos cuidadores formais não possuem uma formação específica para o cuidado ao idoso com demência. Contudo, os mesmos referem terem competências, sendo que estas advêm da experiência que possuem e da interação estabelecida com aqueles que prestam serviço em instituições para idosos há mais tempo. De acordo com estes autores, as dificuldades de comunicação e interação com o idoso com demência são dificuldades apontadas pelos cuidadores, porém outras são referidas como é o caso de: lidar com distúrbios comportamentais; a falta de tempo pelo acumular de tarefas; a falta de recursos disponíveis (em especial de recursos humanos para o atendimento personalizado de cada idoso); o planeamento de atividades; a interação com os familiares e o pouco envolvimento destes na dinâmica institucional.

Neste contexto, a necessidade desta investigação recai na importância do papel dos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para idosos (in)dependentes e de que modo estes são ou não afetados pelo stress, e perante situações de stress quais são as estratégias utilizadas para minimizar essas fontes de stress.

Quanto à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte deste trabalho é apresentada uma revisão da literatura, que pretende enquadrar

teoricamente o trabalho empírico desenvolvido. Esta parte surge dividida em três capítulos. O primeiro capítulo resume literatura revista feitas a propósito da temática do aparecimento e definição dos cuidados formais e os dois seguintes sintetizam a literatura revista sobre o stress e o *coping* do cuidador formal.

Na segunda parte deste trabalho, serão apresentados os objetivos, o método, os resultados e sua discussão e, por fim, as reflexões conclusivas do estudo, identificando as suas implicações práticas e futuras direções que a investigação poderá seguir de modo a completar e esclarecer os resultados do presente estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I: OS CUIDADOS E O CUIDADOR DE IDOSOS

Introdução

O envelhecimento da população é uma realidade a nível mundial. Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos e industrializados, apresenta uma população cada vez mais envelhecida. De acordo com os últimos censos realizados em 2011, verificou-se um aumento do número de idosos (19.15%), em detrimento da população jovem (14.89%) (INE, 2011). Neste momento, a esperança média de vida situa-se nos 79.2 anos, prevendo-se um aumento desta em 2050, com o aumento da longevidade para os 81 anos (Governo Português, 2012). As implicações próprias desta faixa etária, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, as migrações para locais com melhores ofertas e condições de emprego, as alterações a nível das dinâmicas familiares, entre outros fatores, tiveram, como consequência, uma diminuição do apoio a esta faixa etária e à necessidade de institucionalização destes idosos (Almeida, 2013).

Face ao aumento da população idosa e de situações de dependência, a necessidade de estruturas e serviços de apoio a idosos irá aumentar uma vez que estes têm assumido um papel preponderante na provisão de cuidados para esta população (Jacob, 2012).

Neste sentido, os cuidadores formais desempenham um papel fundamental, os profissionais que atuam neste contexto possuem competências e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento, sendo naturalmente remunerados (Almeida, 2013).

Deste modo é importante que conheçam as necessidades do idoso, as suas doenças e os seus contextos familiares e sociais (Almeida, 2013), o que lhes vai permitir intervir de forma adequada apoiando o idoso na realização das suas atividades de vida diárias, trabalhando em conjunto com uma equipa multidisciplinar de modo a garantir e proporcionar a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (Barbosa, 2011).

Face a esta nova realidade no que respeita aos idosos, de seguida irá ser abordado de forma mais permonerizada o problema da institucionalização e dos cuidadores formais dos idosos e as respostas sociais existentes.

1.1 – Da (IN)Dependência à Instituição do Idoso

Imaginário (2004) refere que no processo de envelhecimento pelo facto de existir um declínio e perdas no organismo, com o passar dos anos, as pessoas ficam mais dependentes e apresentam um estado patológico mais frequente. De acordo com a OMS (1985), o conceito de saúde não é apenas a ausência de doença ou patologia, é um bem-estar físico, mental e social no indivíduo.

Neste sentido, o estado de independência, autonomia e dependência do idoso não depende apenas da saúde funcional do organismo, mas também da sanidade psicológica e sócio ambiental.

Para Sanchez (1998), a capacidade funcional do Homem revela-se ao nível de dois grupos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) - que envolvem ações básicas do manuseamento do próprio corpo e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - que estão relacionadas com a forma como a pessoa está adaptada ao seu contexto social.

Nesta linha de análise, importa esclarecer alguns conceitos, tais como independência, autonomia, e dependência. Segundo Sanchez (1998) a independência do indivíduo significa a satisfação das suas necessidades através de ações desenvolvidas sem o auxílio das outras pessoas. Sequeira (2010) entende que a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades.

De acordo com Vicente (2002) a autonomia é definida como a capacidade e liberdade que o indivíduo tem em realizar as atividades de vida diárias. Ser autónomo não quer dizer que a pessoa não tenha ajuda no seu autocuidado, mas é capaz de adquirir competências para gerir a sua vida em função das expectativas e meio onde se insere, mantendo-se ativo na sociedade.

Imaginário (2004) classifica a autonomia em três grupos: a) idosos com baixa autonomia: apresentam alta dependência na realização das atividades de vida diária; b) idosos com média autonomia: apresentam um défice na atividade intelectual e sensorial, mas conseguem resolver a maior parte dos problemas que ocorrem na sua vida; c) idosos com elevada autonomia: apresentam uma boa qualidade de vida e atitudes positivas face à vida.

De acordo com Imaginário (2004) o cerne do conceito de autonomia é, assim, a noção do exercício do autogoverno associado aos seus correlatos: liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação e independência moral. Ainda segundo Imaginário (2004) o conceito de autonomia distingue-se do conceito de independência, sendo este caracterizado pela capacidade de sobrevivência sem ajuda.

Quando o indivíduo não é capaz de, por si só executar essas atividades, surge a dependência que, segundo Sequeira (2007) é a incapacidade do indivíduo adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Ou seja, para a autora a pessoa fica dependente quando não consegue realizar as suas atividades físicas, psicológicas, sociais ou económicas.

Uriarte, Leturia e Yanguas (2002) salientam que a dependência do indivíduo pode ser: a) económica - ou seja, quando o indivíduo deixa de trabalhar porque atingiu a reforma ou por alguma incapacidade, o facto de ele não se encontrar ativo no mercado de trabalho torna-o dependente; b) física - ocorre quando existe perda da funcionalidade do organismo; c) social - parte das relações sociais deixam de ocorrer, facto que pode acontecer devido à incapacidade do indivíduo em se relacionar; d) dependência mental - ocorre quando o indivíduo perde a capacidade de resolução de problemas.

José, Wall e Correia (2002) atribuem uma classificação do grau de dependência em três grupos: a) idosos com baixa dependência - têm necessidade apenas de acompanhamento e supervisão, apresentam ainda alguma mobilidade o que faz com que eles consigam satisfazer algumas necessidades básicas como o seu autocuidado; b) idosos com média dependência - necessitam apenas de vigilância mas também de ajuda no seu autocuidado; c) idosos com elevada dependência - têm necessidade permanente do cuidador para a realização das ABVD.

O idoso e a família ao serem confrontados com a dependência física e psicológica inerentes ao processo de envelhecimento e com a incapacidade de encontrar soluções adequadas dentro do meio familiar, encaram a hipótese de recorrer ao internamento numa instituição (Botelho, 2000).

A dependência do idoso, é, de facto, um dos fatores determinantes na decisão pela institucionalização. No entanto, outros estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não constituem os principais fatores indicados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento, isto é, a ausência de uma rede de interações que facilite a sua integração social e familiar e que garanta um apoio efetivo em situação de maior necessidade (Pimentel, 2005).

De acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa o termo institucionalização significa “ato ou efeito de institucionalizar”. Institucionalizar é “dar o carácter de instituição”, “adquirir o carácter de instituição”. Na língua inglesa, o verbo correspondente a institucionalizar, *to institutionalize*, tem um significado extra, a de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada desde os alcoólatras, epiléticos, delinquentes e idosos. Todavia, hoje, esta solução é substituída por centros de dia,

por centros de convívio, por residências ou lares de terceira idade e por organizações de serviços de apoio domiciliário.

Segundo a Carta Social (2006), considera-se institucionalização do idoso quando este permanece todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não é a sua família.

Apesar de todas as razões emergentes que defendem a permanência da pessoa idosa na sua casa, Pimentel (2005) assume que nem sempre essa é a melhor solução. Segundo a autora, é necessário considerar um conjunto de fatores, entre os quais: o grau de dependência do idoso, o tipo de apoio de que precisa e as reais possibilidades da família (em termos de tempo e materialmente). Apesar de, às vezes, os filhos estarem dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, isso pode não ser, de facto, realista e praticável; por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades (Pimentel, 2005).

As causas para a institucionalização podem ser inúmeras. Muitas vezes, é a conjugação de diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

De acordo com investigações já realizadas (Fragoso, 2008; Levenson, 2001; Paúl, 2005; Guedes, 2008), os fatores mais evocados que conduzem ao internamento são: falta de condições socioeconómicas e financeiras (que, por exemplo, limitam a manutenção da casa), morte do cônjuge, perda ou degradação habitacional, dificuldade de organização laboral e familiar (que, por sua vez, pode originar uma indisponibilidade da família para cuidar), falta de políticas públicas que visem apoiar os idosos e os seus familiares no cumprimento do seu papel, número reduzido de elementos na família que se responsabilizem pelo cuidado ao idoso, inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, cuidados executados por profissionais qualificados, uso de auxílios para andar, deficiências na rede de saúde informal, conflitos entre o idoso e os restantes elementos da família (pode partir do próprio idoso ter um espaço para morar sem interferir na vida da sua família), solidão, isolamento, incapacidades motoras e cognitivas, possibilidade de convívio com outras pessoas, perda de emprego e de interesse existencial.

A passagem à condição de reformado deve ser tida em conta, na medida em que causa, nalguns indivíduos, um sentimento de desinteresse pela vida. No fundo, as instituições de longa permanência preenchem a lacuna deixada pelos familiares e procuram atender à impossibilidade da família em dar resposta às necessidades dos idosos, dadas as exigências e as incompatibilidades das sociedades atuais.

Para Pimentel (2005) dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede social de apoio. Dessas estruturas, em Portugal existem: lares, Centros de dia, Centros de noite e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), entre outros.

No próximo ponto, apresentar-se-á mais detalhadamente as respostas sociais de apoio aos idosos.

1.2– Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade

Este ponto tem como objetivo a reconstituição da dinâmica subjacente às políticas sociais de velhice e os tipos de respostas institucionais que elas promovem.

Até ao final da década de 60 do século XX, os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, sendo a proteção social das pessoas mais velhas praticamente inexistente (Quaresma, 1998). Segundo Gomes (2000) a partir da década de 70 do século XX é que as instituições² criadas são orientadas pelos princípios de prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade.

É importante aqui referenciar que “(...) o problema das pessoas idosas é muito mais do que apenas um problema de número: trata-se de um problema que tem uma dimensão social.” (Osório, 2007). Por outras palavras, o envelhecimento não se pode resumir aos valores demográficos que têm vindo a aumentar, por muito problemático e admirável que seja, mas sim a uma análise dos idosos enquanto fenómeno social entendido por um lado pelos gastos que os idosos podem gerar (reforma, saúde, assistência) e por outro pelo reconhecimento do seu papel social.

Assim, Jacob (2012) salienta que a sociedade tem de estar preparada para dar resposta às necessidades desta população promovendo a inclusão e integração social, através das respostas sociais e equipamentos de apoio social. Com o decorrer dos anos, o sentimento de que as respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do estado e da própria sociedade civil, foi-se sedimentando e amadurecendo, dando origem, em termos legislativos à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social, conhecidas habitualmente pela sigla IPSS. Em 31 de dezembro de 2012, identificaram-se em Portugal continental mais de 5200 entidades proprietárias de equipamentos sociais³, representando as entidades não

² Para uma análise histórica mais detalhada sobre as instituições prestadoras de cuidados, sugere-se a leitura das seguintes obras: Jacob, L. (2002a). Origem e desenvolvimento das IPSS [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>. e Jacob, L. (2002b). *Serviços para idosos* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

³ Segundo a Carta Social (2012), um equipamento social corresponde a toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem diretamente junto dos utentes.

lucrativas 71 % e as entidades lucrativas 29 % do universo. Do total das entidades não lucrativas, cerca de 90 % são IPSS.

O Ministério do Trabalho e Segurança Social (MSTS) (2009) afirma que as entidades são agrupadas segundo a natureza jurídica, em entidades lucrativas e entidades não lucrativas que compreendem as IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos. As Instituições IPSS, tendo por base o Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro, são definidas como: Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico.

Nestes pressupostos, algumas das respostas sociais que estão ao dispor da população idosa são, de acordo com o MSTS (2009):

1- Centro de convívio - tem como finalidade o apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas; 2- Centro de dia - consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar; 3- Centro de noite - consiste no acolhimento noturno de idosos que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de acompanhamento durante a noite; 4- Famílias de acolhimento - integra temporariamente ou permanentemente o idoso em famílias consideradas competentes e com formação; 5- Residências - constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial; 6- Lar de idosos - destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. 7- Centro de acolhimento temporário de emergência para idosos - consiste no acolhimento temporário dos idosos até alcançar a sua autonomia ou ser encaminhado para a família ou para outra resposta social de caráter permanente. 8 - Serviço de apoio domiciliário - prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou instrumentais da vida diária. Neste contexto, a relação estabelecida com o cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, mediante recompensa pecuniária e/ou material pelo desempenho das suas funções.

No que respeita os lares para idosos a sua definição está consignada no Decreto-lei nº 30/89 de 24 de Janeiro. O nº 1 do art.º 6, refere que “os lares para idosos, são estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas”.

O Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de fevereiro adota uma definição muito mais ampla, referindo que lar de idosos “é o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

Os autores acrescentam ainda mais duas respostas sociais de apoio ao idoso, Unidades de cuidados continuados integrados, que se baseiam num conjunto de intervenções ao nível terapêutico e de apoio social, com o objetivo de promover a reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Por último as universidades de terceira idade que desempenham uma resposta socioeducativa através de atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio.

Os lares têm por base determinados objetivos (Bonfim, Garrido, Saraiva, & Veiga, 1996; Carvalho, 2012):

- Atender e acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não permita resposta alternativa;
- Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes (alimentação, higiene, cuidados médicos e apoio psicossocial);
- Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (doença de um dos elementos, fins de semana, férias e outras);
- Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares.
- Fomentar a intergeracionalidade, ou seja, o relacionamento entre os utentes de várias faixas etárias;
- Prevenir o isolamento social dos idosos, bem como assegurar a monitorização do estado psicológico e físicos dos mesmos;
- Fomentar sentimentos de segurança, interação e autoestima nos utentes.

No que concerne às respostas sociais dirigidas à população idosa estas têm registado um no período 2000-2013 um desenvolvimento notório (47 %), o que se traduz em mais 2300 novas respostas desde 2000. À semelhança dos anos anteriores, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) constitui a resposta que tem revelado o maior crescimento (66 %) no âmbito deste grupo alvo, seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI⁴)(55 %) e o Centro de Dia (32 %). (carta social, 2014).

Não se pode olhar apenas para o número de lares, mas sim para o número de utentes que podem ser colocados num lar de idosos, através do número de camas existentes. Segundo a Carta Social de 2012, existe em termos de estruturas residenciais para idosos (lar de idosos e

⁴ Nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações lar de idosos e residência para idosos, nos termos da Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março.

residência), em Portugal continental, a capacidade para dar resposta a 79997 idosos (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012).

Ainda segundo a Carta Social (2014) as respostas sociais dirigidas às pessoas idosas revelam um crescimento significativo (49 %) no período 2000-2014, resultando num aumento de 2500 respostas, aproximadamente.

Relativamente às respostas dirigidas especificamente a pessoas em situação de dependência, é notório o peso dos utentes idosos com elevado grau de dependência, representando quase cerca de 50 % do total de utentes que frequentavam estas respostas em 2014 (Carta Social, 2014).

As respostas sociais destinadas ao apoio à população idosa encontram-se distribuídas ao longo do território continental, embora se verifica uma maior concentração de valências nos concelhos com um maior índice de envelhecimento, assim como nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. Em 2014, do total de concelhos do Continente (278), 228 oferecia 10 ou mais respostas para este grupo (Carta Social, 2014).

Compete aos cuidadores existentes das diferentes respostas sociais ao idoso auxiliá-los nas adaptações físicas e emocionais necessárias para o autocuidado e contribuir com estratégias que promovam, a médio e longo prazo, a melhoria da qualidade dos cuidados. Os cuidadores de idosos podem ser familiares e amigos (cuidadores informais), ou profissionais existentes nas diversas instituições (cuidadores formais). No ponto seguinte desenvolveremos o assunto quanto ao tipo de cuidadores.

1.3- Os Cuidados e o Cuidador Informal e Formal

Com o aumento da população idosa, e de acordo com Lage (2005), a necessidade de cuidados não pára de aumentar, e apesar de ser velho não significar ser dependente, o envelhecimento da população dá muitas vezes origem a um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência.

Segundo Guilligan (1997) a palavra “cuidado⁵” tem vários significados. Etimologicamente “cuidado” difere consoante o país em que a palavra é utilizada. Esta palavra está associada ao verbo “cuidar⁶” e tem um significado especial nas línguas latinas, remetendo para a ideia de “atenção e olhar ao outro”, implicando a concretização de um processo de prestar e de receber cuidados. Almeida (2013) defende que, cuidado humano

⁵ Se recorrermos a um dicionário de Português, constatamos que “Cuidado” é um substantivo, sinónimo de cautela, precaução, receio, angústia, ansiedade, ânsia, aflição, inquietação, preocupação, atenção ao outro, o que remete para solicitude, delicadeza, empenho, interesse, carinho e afeto. É utilizado também como adjetivo, designando: imaginado, meditado, presumido, pensado e refletido. Estes significados explicam o cuidado como uma ação junto dos outros, no sentido de precaução ou prevenção e, simultaneamente, de uma forma pensada, refletida e racional...

⁶ O verbo cuidar significa precisamente tratar, vigiar, trabalhar, reparar...

consiste em uma forma de ser, de viver, de se expressar, quando se fala de cuidar, implica falar de relação de ajuda entendida como uma forma de cuidar numa perspectiva de satisfazer as necessidades fundamentais dos doentes.

Na perspectiva de Collière (1989) a capacidade de cuidar, permitiu ao Homem a sua sobrevivência enquanto indivíduo e ser social. Cuidar é intrínseco à própria natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa. Ainda para Collière (1989) velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.

Segundo Pearlin et al. (1990) é preciso clarificar a diferença entre “*care*” (cuidar ou preocupar-se) e “*caregiving*” (prestar cuidados), sendo que “*care*” está relacionado com a componente afetiva e “*caregiving*” com a componente comportamental de prestar efetivamente cuidados, apesar de serem intrínsecas uma da outra. Cuidar é, por natureza, um ato inerente à condição humana, uma vez que, à medida que a vida vai avançando, vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos.

Enquanto para Honoré (2001) cuidar, indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário, ou seja, ocupar-se com o cuidado de alguém ou de qualquer coisa de acordo com uma certa ideia do que é bom para ele. Para Collière (1989) este conceito é mais abrangente e afirma que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas, é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Cuidar para Imaginário (2004) implica que os cuidadores prestem ao dependente, cuidados de várias ordens: instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os cuidados expressivos, são sobretudo os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individuação dos cuidados).

A conceptualização da política de cuidados na atualidade implica uma responsabilidade partilhada que permita articular os cuidados informais e formais.

O conceito de cuidados informais desenvolveu-se nos últimos anos em torno de um série de paradigmas, a transformação de alguém em cuidador pode ocorrer de forma abrupta,

aquando o diagnóstico, ou de forma gradual, mais relacionado com a identificação da sintomatologia e coabitação (Mendes, 1995).

Os cuidados informais implicam todo um conjunto de laços complexos familiares assentes em carinho, dedicação e solidariedade (Couto, 2008). Mendes (1995) enumera quatro indicadores que tendem a padronizar a prestação de cuidados em contexto informal: (1) parentesco – cônjuge ou filho/a; (2) género – mulher; (3) proximidade física – pessoa que vive com o idoso; (4) proximidade afectiva relação conjugal ou pais/filhos (Mendes, 1995).

Segundo Imaginário (2004) este tipo de cuidados visa dois grandes objectivos: por um lado o apoio psicológico, associado à satisfação com vida e bem-estar psicológico, por outro lado o apoio instrumental, devido à carência de capacidades do doente para satisfazer as suas necessidades e à consequente perda de autonomia.

De acordo com Paúl e Fonseca (1999) distinguem-se dois tipos de cuidadores, os informais (família e amigos/vizinhos) e os formais (lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário e centros de dia), podendo os informais subdividir-se em cuidadores primários e cuidadores secundários em função do grau de envolvimento dos cuidados prestados.

O cuidador primário ou principal é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados (Sequeira, 2010). No que respeita ao cuidador secundário, Sequeira (2010), define-o como alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, não tendo no entanto a responsabilidade de cuidar mas que realiza diversas atividades ao longo da sua prestação de ajuda.

Ao longo dos tempos a função do cuidar tem estado vinculada à família, é no contexto familiar que normalmente se dá o assimilar do papel do cuidador que continua a ser na maioria exercido pelas mulheres. Segundo Colomé et al. (2011) o facto da tarefa de cuidar se encontrar associado à figura feminina deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. A prática das mulheres em cuidar dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar fosse de certa forma mais facilitada.

No que respeita aos cuidadores formais (atividade profissional), Sequeira (2007) define como prestação de cuidados executados por profissionais qualificados, detentores de preparação para o desempenho deste papel e encontram-se integrados numa atividade profissional de acordo com as suas competências profissionais, sendo remunerados pelos serviços que prestam podendo estes ser médicos, enfermeiros, educadores, assistentes sociais, psicólogos, ajudantes de ação direta, que ganham a designação de cuidadores formais, pois

existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...). Estes equipamentos ou serviços podem ser tanto de reabilitação como de longo termo ou de curto prazo, assim como curativos ou paliativos.

De acordo com Medeiros (2010) o cuidador formal é um profissional preparado por uma entidade de ensino para prestar um determinado cuidado ao idoso, tendo como base as suas necessidades. Para cuidar de idosos é necessário ter conhecimento sobre todas as alterações relativas ao processo de envelhecimento normal (senescência), mas ao mesmo tempo sobre as doenças características desta etapa da vida (senilidade) assim como a compreensão de todo o meio que o envolve.

Como se pode verificar os cuidadores formais, possuem características próprias que diferem das dos cuidadores informais. No próximo item será desenvolvida essa mesmas as características.

1.4 – Perfil e dificuldades dos Cuidadores Formais de idosos (AAD)

Em Portugal, são vários os contextos, onde podem atuar os cuidadores formais 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, designados como ajudantes de ação direta (Vicente & Oliveira, 2011).

Tal como sucede nos cuidadores informais, os cuidadores formais são representados maciçamente pelo género feminino, devido às raízes históricas e culturais do ato de cuidar, nas quais existe uma forte e histórica relação entre as fêmeas e prole como origem do cuidado e afetividade da espécie humana (Ribeiro, et al., 2008). A prática das mulheres em cuidar dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar de idosos fosse de certa forma mais facilitada (Colomé et al. (2011).

Os mesmos autores concluíram no seu estudo que o perfil dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência é representado expressivamente pelo género feminino (87,8%), com estado civil casado (43,6%) ou solteiro (38,7%), baixa escolaridade, idade média próxima dos 50 anos e alta rotatividade (60,2% trabalham na instituição há menos de 5 anos).

Ribeiro, et al. (2008) fez ainda uma comparação entre o perfil dos cuidadores formais de pessoas idosas entre instituições com fins lucrativos e instituições sem fins lucrativos, e chegou às seguintes conclusões: independentemente da modalidade de instituição, a maior parte dos entrevistados era composto por mulheres (86,7% nas instituições sem fins lucrativos

e 89,2% com fins lucrativos). Nas instituições com fins lucrativos mais de metade dos entrevistados era casado (50,6%) e nas instituições sem fins lucrativos o percentual de casados foi igual ao de solteiros (37,8%). O percentual de viúvos foi maior nas instituições sem fins lucrativos. A maioria dos cuidadores possuía menos de 50 anos em ambas as modalidades de instituições, no entanto houve maior frequência de cuidadores com mais de 50 anos nas instituições sem fins lucrativos (20,4% ao invés de 3,6%).

Relativamente à escolaridade, nas instituições com fins lucrativos 79,5% possuíam mais de 5 anos de escolaridades, enquanto nas instituições sem fins lucrativos, apenas 39,8%. Em relação à remuneração não existiam diferenças significativas entre os cuidadores de instituições com e sem fins lucrativos. A maioria dos cuidadores trabalhava há menos de 5 anos nestas instituições, no entanto, nas instituições sem fins lucrativos, o percentual de cuidadores que trabalha há mais de 5 anos foi significativamente maior (42,9%) que nas instituições com fins lucrativos (12,0%);

De acordo com Carneiro, Pires, Filho, e Guimarães (2009) o género feminino representa 63,6% da população, com uma média de idade de 37,6, baixa escolaridade e uma média de 6,9 anos de trabalho na instituição. Segundo o estudo de Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha (2010) o perfil dos cuidadores formais, neste caso, qualificados, também existia uma clara predominância do género feminino (75,6%), com uma média de idades de 35,6 anos e 64,4% com companheiro estável.

Por sua vez, o estudo de Sousa (2011) realizado em cuidadores formais não diferenciados (CAD), encontrou que, como seria expectável, houve uma clara predominância do género feminino (99,6%), com uma média de idades de 43,1 anos, 73,5% com estado civil casado e com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 1º ciclo (31,5%) e 2º ciclo (completo ou incompleto), em 24% dos casos. Apenas 19% dos inquiridos declara possuir o 3º ciclo (completo ou incompleto) e 21,0% o ensino secundário (completo ou incompleto). Relativamente ao tempo de atividade, a média é de dez anos, apenas 57,0% trabalha exclusivamente com apoio a idosos, não acumulando outras atividades, e apenas, 33,0% afirmam ter recebido formação antes de começar a trabalhar com idosos.

Os estudos portugueses (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010; Freitas, 2011; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011; Figueiredo et al., 2012; Ribeiro, 2012; Simões, 2012;) 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).

1.4.1 – Função de Ajudante de Ação Direta

De acordo com a legislação portuguesa (decreto de lei 414-99 de 15 de Outubro) o descritivo funcional da carreira de ajudante de ação direta, determina que estes devem trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o bem-estar dos utentes.

Esta função está integrada dentro dos Trabalhadores de Apoio cabendo-lhe cumprir com os seguintes requisitos: 1 — Trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

a) Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;

b) Procede ao acompanhamento diurno e ou nocturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;

c) Assegura a alimentação regular dos utentes;

d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;

e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, aplicando cremes medicinais, executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas;

f) Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;

g) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto;

h) Reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.

2 — Caso a instituição assegure apoio domiciliário, compete ainda ao ajudante de ação direta providenciar pela manutenção das condições de higiene e salubridade do domicílio dos utentes.

3 — Sempre que haja motivo atendível expressamente invocado pelo utente, pode a instituição dispensar o trabalhador da prestação de trabalho no domicílio daquele.

Segundo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, no artigo 12.º, uma estrutura residencial para idosos deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia, devendo dispor no mínimo de um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes e de um(a) ajudante de ação direta, por cada 20 residentes com vista ao reforço no período noturno. Assim, segundo a legislação em vigor, a presença destes trabalhadores é obrigatória, podendo ser de ambos os sexos.

Segundo Lerner, Resnick, Galik e Russ (2010), cerca 90% dos cuidados a idosos em lares dos Estados Unidos da América (EUA) são prestados por ajudantes de acção directa, apesar de constituírem o grupo profissional que têm menos habilitações. Estes ajudantes prestam a maioria dos cuidados pessoais aos idosos (nomeadamente nas AVD como tomar banho, vestir, higiene, mobilidade e comer), sendo os profissionais que passam mais tempo com estes indivíduos e que estabelecem o contacto mais directo com os residentes destas instituições (Glaister & Blair, 2008; Lerner et al., 2010).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 414/99 de 15 de Outubro do MTS no artigo 2.º: 1 - O recrutamento para o ingresso na carreira de AAD é feito entre indivíduos habilitados com o 9º ano de escolaridade ou equivalente, aprovados em estágio. 2 - O acesso na respectiva carreira faz-se por concurso e depende da existência de vaga e da permanência na categoria imediatamente inferior de, pelo menos, três anos classificados, no mínimo, de Bom. 3 - No entanto, é permitido o acesso na respectiva carreira, independentemente da posse das habilitações legalmente exigidas, ao pessoal actualmente já integrado nas mesmas. A progressão nas categorias faz-se por mudança de escalão e depende da permanência, no escalão imediatamente anterior, de três anos classificados, no mínimo, de Regular.

Smith, Kerse e Parsons (2005) referem também que, nas residências geriátricas, os idosos são principalmente cuidados por ajudantes, dos quais menos de 25% têm qualificações profissionais, confirmando que a maioria destes profissionais é não treinada, exercem a actividade sem obrigação imposta por registo ou inscrição, sem um código de ética profissional e sem códigos de prática profissional legislados. Estes autores relatam ainda que a maioria dos ajudantes aprende a cuidar dos idosos “on the job” e a desenvolver as suas habilidades e conhecimentos a partir da experiência e da observação dos pares.

Tradicionalmente, estes trabalhadores possuem poucas habilitações literárias, entrando na área por necessidade de emprego e não tendo, muitas das vezes, qualquer formação específica no trabalho com idosos (Ferreira, 2012). Estes trabalhadores têm, frequentemente, formação no seu local de trabalho, de forma a adquirirem determinadas competências e

conhecimentos que vão favorecer a qualidade do serviço prestado ao idoso (Ferreira, 2012; Gameiro, 2012).

Segundo um estudo realizado por Ferreira 2012, em que se entrevistaram e analisaram trabalhadores de lar designados como cuidadores de idosos, concluiu-se que muitos deles não tinham um curso, mas possuíam alguma experiência pessoal na tarefa de cuidar de idosos, uma vez que já tiveram a seu cargo a prestação de cuidados a um familiar idoso. Este estudo revelou que muitos desses trabalhadores não tinham pensado em trabalhar nesta área, mas a necessidade de obter um emprego foi o fator determinante (Ferreira, 2012).

Seguidamente será abordado o perfil dos cuidadores formais de idosos, assim como as dificuldades que estes sentem no exercer das suas funções.

Síntese Conclusiva

Podemos salientar que associado ao envelhecimento está a dependência. Os idosos deixam de ter a capacidade de adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, necessidades quer ao nível das ABD quer nas ABVD. A dependência exige cuidados especializados que na maioria dos casos não poderão ser prestados no seio familiar, recorrendo estes muitas vezes a institucionalização do idoso. As causas para a institucionalização podem ser inúmeras e muitas vezes é a conjugação de diversas causas. De acordo com investigações realizadas podemos resumir que as causas que mais contribuem para a institucionalização do idoso são: a perda da autonomia financeira, a solidão ou o isolamento e incapacidade física e cognitiva.

Atualmente, existe uma crescente preocupação nas sociedades contemporâneas de fazer emergir políticas de envelhecimento adequadas. As instituições públicas e as instituições particulares sem fins lucrativos trabalham com o Estado em regimes de parceria e de protocolos de cooperação e têm como objetivos reparar situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência e exclusão social, para que seja feita a integração.

Em Portugal as redes sociais de apoio aos idosos dividem-se em dois grandes grupos: um grupo que envolve as redes de apoio informal, e inclui a família, os amigos e vizinhos dos idosos e outro grupo que envolve as redes de apoio formal, onde se incluem os serviços estatais de segurança social e os serviços organizados pelo poder local (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio), bem como as instituições privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos.

O cuidador formal é o indivíduo com uma preparação específica para o desempenho deste papel, e estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as

atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. Estes compreendem uma diversidade de profissionais

Quanto ao perfil dos cuidadores formais tal como sucede nos cuidadores informais, os cuidadores formais são representados maciçamente pelo género feminino, devido às raízes históricas e culturais do ato de cuidar, com estado civil casado ou solteiro, baixa escolaridade, idade média próxima dos 50 anos, e não possuem qualificações profissionais exigidas pela especificidade do trabalho.

Ser cuidador formal de idosos, acarreta dificuldades, tais como: as características da população idosa, muitas vezes são portadores de patologias muito diferentes (demência, doença de alzheimer, doenças mentais, patologias terminais) e os cuidadores nem sempre estão preparados para lidar com todo este tipo de utentes (Figueiredo et al., 2012). Outras dificuldades que o cuidador sente quando exerce as suas funções são: as exigências no trabalho; o baixo reconhecimento social, a falta de suporte; a existência de conflitos interpessoais e as fracas estratégias de *coping* (Azevedo et al., 2010).

Ser cuidador implica um elevado gasto de tempo e energia, um conflito com o desempenho de outros papéis pessoais, familiares e sociais. O que conduz, muitas vezes, à exaustão, à ansiedade e ao stress (Figueiredo, 2007).

Quanto ao stress, numa primeira fase os investigadores decidiram estudar o stress apenas nos empregados com profissões ligadas aos cuidados de saúde, devido à taxa crónica de exigências emocionais que estes profissionais supostamente experimentariam nos seus postos de trabalho. Contudo, foi-se tornando claro que o stress é um fenómeno mais abrangente, podendo ocorrer na relação de qualquer pessoa com o seu trabalho (Maslach & Leiter, 2001).

Surge, assim a necessidade de abordar o stress ocupacional dos profissionais que trabalham com os idosos, nomeadamente os cuidadores formais, no decorrer da sua atividade profissional.

CAPÍTULO II: O STRESS E O CUIDADOR FORMAL

Introdução

O trabalho representa um papel central no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, um maior suporte social, satisfação de vida, maior auto-estima, assim como a sua justa remuneração económica. No entanto, poderá resultar em stress, quando existir exigências maiores que a capacidade profissional e pessoal de cada indivíduo. (Maslach & Leiter, 2001).

Os efeitos negativos do stress na saúde e bem-estar têm sido estudados em vários grupos de profissionais, todavia, existem razões especiais para constituir os profissionais da saúde como um grupo particularmente afectado pelo stress (Melo, Gomes & Cruz, 1997). De facto, estes profissionais são considerados um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de maior exaustão emocional e despersonalização, lidando constantemente, com situações stressantes de casos de deficiência, lesões graves, sofrimento, dor física que, no seu conjunto, podem conduzir a problemas ao nível individual e institucional (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010).

Atualmente em vários domínios ocupacionais, os profissionais são constantemente confrontados com exigências, nem sempre passíveis de serem cumpridas ou geridas de forma adaptativa tendo em conta os recursos pessoais e do meio em que se inserem. Entre estas exigências, que no fundo expressam incompatibilidades ou falta de correspondência entre o trabalhador e o posto de trabalho, encontram-se fatores como, a carga de trabalho excessiva, falta de controlo/autonomia no desempenho das funções, falta de recompensas e reconhecimento do trabalhador, falta de comunidade (no sentido do fornecimento de suporte social), injustiças no contexto de trabalho, e conflito entre valores pessoais e organizacionais.

De entre as várias áreas profissionais, o trabalho dos cuidadores formais é entendido como stressante, tanto física como mentalmente, o que os torna vulneráveis a doenças relacionadas com o stress ocupacional (Mendes, 2011).

Segundo Vaz Serra (2007) para perceber o stress no ambiente de trabalho é necessário identificar todas as condições adversas que ocorrer resultar nesse local e como estas poderão afetar o desempenho individual e bem-estar. Deste modo existem vários modelos desenvolvidos para entender o stress ocupacional, como é o caso do modelo da posição pessoa-ambiente (Lazarus 1991) e o modelo do controlo-desafio de Karasek (1979). O primeiro permite entender que o stress psicológico e físico é um resultado da incongruência da pessoa-ambiente, enquanto o segundo está relacionado com os desafios de situações, assim como das decisões e liberdades individuais, em relação aos seus cumprimentos laborais (Karasek, 1979; Lazarus, 1991). Outro aspeto relevante são os stressores que são

acontecimentos ou condições que produzem stress (Vaz Serra, 2007), podendo existir em todas as profissões, sendo mais notórias na área da saúde (Mendes, 2011) e nos cuidadores formais dos idosos institucionalizados. Estes profissionais por estarem na presença constante de pessoas debilitadas e vulneráveis, poderão desencadear elevados níveis de stress, tanto a nível pessoal, como profissional (Mendes, 2011).

Quanto às fontes de stress, Ramos (2001) divide as fontes de stress no ambiente profissional em três categorias importantes: 1) nível organizacional, que diz respeito a factores relacionados com o trabalho – cultura da empresa; estrutura organizacional; clima laboral e características do posto de trabalho; 2) nível grupal, que está relacionado com factores externos ou não relacionados com o trabalho – relações interpessoais negativas; falta de participação e colaboração, rivalidade interdepartamental e escasso trabalho em equipa; e, por último, 3) nível individual, relacionado com características individuais ou pessoais – ambiguidade e conflito de papéis, desenvolvimento da carreira profissional, trabalho limitado, trabalho monótono, trabalhos temporais repetidos, desemprego e reforma.

De seguida serão abordados os temas relacionados com o stress ocupacional e de que forma afeta o cuidador formal.

2.1 – A Definição de Stress

Segundo Houaiss, Villar & Franco (2001) os seres humanos sempre foram acompanhados pelo stress. Os autores referem que o stress tem seguido os nossos ancestrais desde a pré-história na procura pela comida, abrigo ou na sua vida social. A existência de stress como uma força que causa desconforto na estabilidade mental dos seres humanos sobrevive desde séculos e continuará a existir no dia-a-dia (Houaiss et. al, 2001).

O stress é um dos fenómenos mais generalizados na sociedade actual, contribuindo para tal fatores como a rapidez com que se introduziram novos modelos de actuação pessoal e social, a multiplicidade de papéis a desempenhar, as exigências de eficácia nos diferentes âmbitos de realização pessoal, assim como o desajustamento entre os novos estilos de vida e os desejos ou capacidades da pessoa para o confrontar (Houaiss et. al, 2001).

Quanto à palavra stress esta deriva do latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significa apertar, comprimir ou restringir. Este conceito surge no século XIV associado ao significado de adversidade ou dificuldade (Novais, 2010). Foi um termo utilizado na língua inglesa, desde o século XIV, para significar constrição⁷ física e a partir do século XIX o

⁷ Constrição- Pressão em torno, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/DLPO/constri%C3%A7%C3%A3o> [consultado em 01-02-2015].

significado foi alargado para pressão na mente humana (Serra, 2002). Não obstante a sua importância, a sua definição continua ambígua, havendo atualmente múltiplas perspetivas acerca do seu significado, assim como dos seus resultados ou consequências. Ao longo dos séculos o stress foi tendo diferentes definições e aplicações, assim como teorias explicativas, consoante a disciplina associada como a física, a engenharia e a biologia (Serra, 2002).

Em 1936, o endocrinologista Hans Selye utiliza a palavra stress para definir o processo psicofisiológico em que o organismo se encontra; reação de stress para definir o comportamento/resposta expressado pelo organismo resultante do processo de stress desenvolvido e stressor para descrever as causas que despoletam a excitação do organismo. Nos primeiros estudos sobre o stress na área da saúde, Selye, definiu stress como uma síndrome geral de adaptação [SGA], na qual o organismo visa readquirir a homeostase perdida face a certos estímulos (Malagris & Fiorito, 2006).

A SGA é realizada em três fases, a fase de alarme, fase de resistência e a fase de exaustão. A fase de alarme inicia-se quando o organismo é subitamente exposto a diversos estímulos a que não está adaptado. Isto provoca uma reação no corpo que obriga o organismo a tentar recuperar energias para fazer frente a essa situação de stress. O indivíduo pode agir de duas formas, ou assume uma posição de ataque e enfrenta a situação de stress, ou assume uma posição de fuga evitando assim o stress, esta ideia é conceptualmente semelhante à reação de luta e fuga sugerida por Cannon. Se o indivíduo, ao adotar uma destas posições, consegue superar a situação de stress, restabelece o seu equilíbrio. O organismo mobiliza-se em defesa, melhorando a sua performance, prontificando-se para a ação. Todavia, se a estimulação orgânica for prolongada surge uma fase de resistência.

A fase da resistência, representa uma total adaptação do organismo ao “stressor”, onde o primeiro estágio mobiliza e concentra a energia de adaptação para suportar a ação do segundo, verificando-se uma remissão de sintomas (Selye, 1978). Assim, o “stressor” continua ativo mas não é suficientemente severo para causar danos graves, pois as reações fisiológicas estão em resistência e o organismo em adaptação. Porém, se a estimulação para manter o equilíbrio do organismo for prolongada, provoca um desgaste e uma diminuição da resistência, levando a um esgotamento dos mecanismos adaptativos de controlo de stress, podendo desta forma conduzir às primeiras consequências a nível físico, psicológico e emocional, a chamada fase de exaustão.

A terceira fase, exaustão, é a fase de colapso e esgotamento da capacidade de adaptação do organismo, fazendo reaparecer os sintomas e, se o “stressor” ainda se encontrar ativo, podem surgir as doenças de adaptação. Todavia, o organismo enfraquece devido à

excessiva carga química induzida pelo stress podendo nesta fase surgir patologias graves como úlceras gástricas, doença cardiovascular, depressão, etc. (Selye 1978).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) afirma que o "stress" é uma "epidemia global". Vivemos um tempo de enormes exigências de atualização. Somos constantemente chamados a lidar com novas informações. O ser humano cada vez mais se vê diante de inúmeras situações às quais precisa adaptar-se, como, por exemplo, diante de exigências e pressões externas vindas da família, do meio social, do trabalho/escola ou do meio ambiente. Outros fatores aos quais precisa de se adaptar são, entre outras, as responsabilidades, obrigações, autocrítica, dificuldades fisiológicas e psicológicas.

Muniz, Primi e Miguel (2007) afirmam que o stress em certo grau é fundamental e pode servir de estímulo e ser benéfico ao organismo, visto que proporciona melhor desempenho das funções orgânicas e psíquicas, como o crescimento e a criatividade. Sendo assim, existe uma distinção entre o termo *distress* que origina efeitos negativos, é um stress desagradável, e o *eustress* que origina efeitos positivos, stress agradável.

Por sua vez Laranjeira (2009) menciona que o stress pode ser encarado, dependendo da perspectiva defendida, como: (a) estímulo (força externa ao sujeito), (b) resposta (reações fisiológicas ou psicológicas do sujeito na presença de estímulos stressores), (c) percepção (produto da compreensão e cognições do sujeito), (d) inadaptação, entre as exigências da situação e as estratégias que o sujeito planeia usar para enfrentar essas exigências.

Assim, pode-se proferir que o stress enquanto estímulo teve origem na física e é definido como uma força exercida sobre o sujeito que produz uma reação do organismo. Os modelos de stress que defendem esta perspectiva procuram identificar os diversos tipos de situações ou fatores que podem provocá-lo, assim como condições físicas ou psicológicas. Contudo, esta perspectiva foi criticada por não considerar que os indivíduos não reagem da mesma maneira às fontes de stress.

O stress enquanto resposta é visto numa perspectiva fisiológica. Nesta perspectiva, o stress é entendido como uma resposta inespecífica do organismo a qualquer pedido, isto é, a resposta ao stress seria a mesma independentemente dos fatores geradores do mesmo (Selye, 1976). Ainda Maslach (1986) na mesma perspectiva, refere que o stress emerge como uma resposta a estímulos externos. Esta abordagem fisiológica recebeu algumas críticas por parte de outros investigadores, uma vez que esta abordagem não tem em atenção os fatores do meio no processo de stress, pois focaliza-se somente nos processos biológicos tais como as alterações hormonais perante situações de stress.

O stress visto enquanto interação tem como finalidade o estudo das interações existentes entre estímulos e respostas, bem como, das variáveis moderadoras dessas mesmas

interações. Nesta perspectiva interacionista, Hespanhol (2005) menciona que no modelo interactivo do stress é crucial considerar três domínios que se relacionam entre si: (1) causas de stress; (2) moderadores de stress e (3) manifestações de stress.

Por último, a abordagem do stress como transacção centra-se em dois processos: avaliação cognitiva e *coping* (Cooper et al., 2001). De acordo com Lazarus e Launier (1978) o stress é visto nesta perspectiva como uma transacção entre o indivíduo e meio ambiente. Este modelo descreve os sujeitos como seres psicológicos que avaliam, atuam e reagem às interacções com os estímulos/ambiente. Segundo este modelo, o sujeito avalia o meio ambiente de maneira a determinar se este constitui uma ameaça ou um desafio para o seu bem-estar, avalia as exigências e os recursos de que dispõem para enfrentar as ameaças e desenvolve estratégias de *coping* para minimizar o stress (Behson, 2002; Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Assim, consoante a avaliação desta relação com o ambiente e as estratégias de *coping*, o indivíduo, vai ou não sentir stress. Apesar de existirem diversas perspectivas sobre o stress, na visão contemporânea, o stress é visto à luz desta última perspectiva.

2.2 – O Stress Ocupacional

Segundo Kendall et al. (2000) qualquer discussão acerca do stress no trabalho deve evitar a impressão de que o trabalho é uma atividade psicologicamente perigosa, pois não é necessariamente stressante. Contudo, o valor intrínseco do trabalho para a saúde e satisfação da vida dos trabalhadores é bem reconhecido.

Investigadores têm demonstrado que o trabalho está integralmente envolvido no processo da identidade e desenvolvimento da auto-estima (Kendall et al., 2000). O trabalho desempenha, assim, um papel importante na vida das pessoas e exerce uma influência importante sobre o seu sentimento de bem-estar e identidade (Kendall et al., 2000).

Para, Dejours (1992) o trabalho nem sempre possibilita realização profissional, pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação, exaustão e stress. Segundo Leiter & Maslach 2001, O trabalho poderá resultar em stress, quando existir exigências maiores que a capacidade profissional e pessoal de cada individuo.

Stress ocupacional e saúde no local de trabalho têm se tornado assunto de grande interesse durante as últimas décadas, a nível global. Dado o valor do trabalho nesta sociedade, a quantidade de tempo gasto no trabalho e as actuais mudanças que afectam a natureza do trabalho, não é de estranhar que o stress no trabalho esteja a aumentar (Kendall et al., 2000).

Tendo em conta a relação trabalhador-organização, Murphy (1984) define stress ocupacional como uma consequência de conexões complexas entre condições laborais,

condições externas ao trabalho e características pessoais do colaborador, nas quais as exigências do trabalho excedem as aptidões do colaborador para enfrenta-las.

Para Lazarus e Folkman, (1985) stress ocupacional emerge, quer na sequência de um desajustamento entre as percepções da pessoa sobre as exigências relevantes para o trabalho, que recaem sobre si própria e nas capacidades ou recursos de que dispõem para lidar adequadamente com essas exigências, quer quando há uma falta de adequação entre as recompensas do trabalho e as necessidades individuais e/ou organizacionais (Lazarus & Folkman, 1985).

Segundo Cooper (1982) o stress ocupacional afirma-se como uma consequência resultante da incapacidade de lidar com as fontes de tensão laborais, criando problemas a nível individual e organizacional. Os sintomas individuais do stress ocupacional expressam-se através de problemas de saúde física e mental, de alterações no humor, do consumo excessivo de tabaco e álcool e de diversas queixas sintomáticas (Cooper, 1982). Por outro lado, as consequências ou efeitos organizacionais podem envolver os seguintes aspectos: elevado absentismo e turnover, diminuição do rendimento, da produtividade, da motivação e satisfação laboral (Melo et. al, 1997).

O stress ocupacional é definido por Steven (2005) como as respostas físicas e psicológicas, consideradas uma ameaça para o indivíduo, que ocorrem quando os requisitos de um trabalho não são compatíveis com as capacidades, recursos, ou necessidades do trabalhador. O que pode levar à doença ou mesmo à lesão física ou psicológica do indivíduo.

Neste estudo o stress ocupacional será entendido segundo a definição de Steven

O interesse pelo estudo do stress ocupacional tem tido um aumento crescente na literatura científica. Este deve-se ao seu impacto negativo na saúde e no bem-estar dos empregados e, por sua vez, no funcionamento das organizações. Johnson e Cooper (2003) comentam estes factores, ao referirem que, tanto os indivíduos, como as organizações podem ter resultados negativos com o impacto do stress. Os autores, referiram como exemplo de impacto financeiro do stress, a estimativa de que, em cada cinco trabalhadores, um é afectado pelo stress.

Desta forma, na economia, é de realçar o impacto negativo desta variável, uma vez que trabalhadores sob stress, diminuem o seu desempenho e aumentam os custos das organizações, devido aos problemas de saúde, ao aumento do absentismo, da rotatividade e do número de acidentes no local de trabalho (Jex, 1998). Como tal, Cooper (1982) apontam que o stress pode dificultar a eficácia organizacional, uma vez que, estudos demonstram consistência em relação aos efeitos deste, como o baixo desempenho, insatisfação, baixa motivação, absentismo e turnover.

Johnson, Cooper, Cartwright, Taylor e Millet (2005) referem ainda que, o stress vivido pelos indivíduos, ao exercerem diferentes tipos de ocupação, e papéis no emprego, tem sido discutido em muitas investigações, nas quais se tem verificado que estes são considerados, um dos factores que mais aumenta os níveis de stress.

A nível da organização, as intervenções podem ser direccionadas para a implementação de novos modelos organizativos, para a realização de uma formação e de uma selecção de profissionais adequadas e para a melhoria das características físicas do local do trabalho e do próprio trabalho. A nível da relação Indivíduo/Organização, essas intervenções podem ser direccionadas para as relações no trabalho, para os papéis dos profissionais e para a participação e a autonomia laborais (Hespanhol, 2005).

De seguida irão ser apresentados de forma sucinta os modelos que melhor descrevem o stress ocupacional.

Na sequência destas investigações, em 1974 French desenvolveu o modelo de ajustamento Pessoa - Ambiente, onde a conciliação ou discrepância das exigências do trabalho com as capacidades dos profissionais podia induzir ou não ao stress relacionado com o trabalho (Rodrigues, 2008). Neste modelo o ajustamento é mediado pela percepção do individuo sobre si próprio e o ambiente. Encontra-se centrado nas representações subjetivas dos trabalhadores e pouco nas questões mais objetivas do trabalho, potencialmente causadoras de stress (Seabra, 2008).

Karasek em 1979, propôs o Modelo de “Demand-control”. Este modelo tenta explicar os factores ocupacionais que influenciam o aumento do stress, salientando também a importância da promoção da motivação, da aprendizagem e do desenvolvimento das pessoas na realização do seu trabalho. (Theorell & Karasek, 1996).

Segundo Theorell e Karasek (1996) há quatro condições de trabalho: (a) “o trabalho activo que combina exigências e controlo fortes”; (b) “o trabalho passivo que combina exigências e controlo fracos”; (c) “o trabalho stressante que combina exigências elevadas e controlo fraco”, e (d) “o trabalho pouco stressante que combina controlo elevado e exigências reduzidas”.

Segundo Araújo, Graça e Araújo (2003) este modelo compreende duas dimensões básicas: (1) o grau de controlo que o sujeito percebe que tem sobre o trabalho; (2) a exigência psicológica do trabalho. De acordo com os mesmos autores, este modelo descreve que a combinação das exigências do trabalho e do controlo sobre as tarefas do trabalho originarão distintos níveis de tensão percebida, riscos associados com o stress e comportamentos activo-passivos relacionados com o trabalho.

Posteriormente, Johnson e Hall (1988) incorporaram neste modelo o apoio social. Uma das críticas feitas a este modelo consiste no facto de se centralizar principalmente no trabalho e excluir outras variáveis cruciais como, por exemplo, as características individuais, os factores sociais e ambientais.

Em 1996, Siegrist desenvolveu o Modelo de discrepância entre “Esforço” e a “Recompensa”. Siegrist (1996) defende que um elevado “esforço” sem a angariação de uma “recompensa social” ajustada leva a um desfasamento, ou seja, elevados custos versus baixos ganhos. Este desfasamento pode tornar-se patogénico, provocando efeitos negativos ao nível da saúde (Theorell & Karasek, 1996).

Neste modelo existente têm componentes, das quais, duas delas são extrínsecas e intrínsecas. A primeira componente é de esforço extrínseco (exigências e obrigações colocadas no trabalho), a segunda é uma componente de recompensas extrínsecas (dinheiro, estima e estatuto social), a terceira refere-se ao coping individual e é uma componente intrínseca (Siegrist, 2005). Assim, de acordo com Siegrist (2005) quando há uma diferença entre esforços e recompensas, o indivíduo tende a reduzir os seus esforços, para chegar a um equilíbrio entre os esforços e as recompensas, uma vez que as recompensas não se encontram de acordo com a simetria desejada.

No modelo da Teoria dos acontecimentos na vida do sujeito o stress depende da vivência do trabalhador, por isso, para o estudar deve-se ter em conta as variáveis sócio-demográficas, assim como as alterações e modificações ao longo da vida. Sendo que a falta de ajustamento por parte do trabalhador a certos acontecimentos poderá ter consequências negativas a longo prazo (Costa, 2005; Bicho & Pereira, 2007). Este modelo foi criticado por apenas prever os acontecimentos extraordinários na vida do trabalhador, descurando as outras fontes de stress (Costa, 2005; Bicho & Pereira, 2007).

Apesar das peculiaridades de cada tipo de definição e de modelos existentes para explicar o stress ocupacional, tem-se constatado um consenso entre os vários autores, relativamente ao facto das percepções dos indivíduos serem mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre o indivíduo, isto é, para que algo na organização seja considerado um stressor, ele precisa de ser percebido como tal pelo mesmo. Beehr e Newman (1978) mencionam a existência de várias investigações sobre o stress ocupacional que levaram à formação de várias teorias sobre os factores que provocam o stress.

Desta forma, a seguir, apresenta-se uma revisão das principais fontes de stress no contexto organizacional apontadas na literatura. Assim como, as respostas dos indivíduos a estes stressores e variáveis que influenciam o stress ocupacional.

2.3 – Factores Indutores e Mediadores do Stress Ocupacional

O stress ocupacional é um problema crescente que tem sido muito estudado, nos últimos anos, devido aos seus custos e efeitos a nível individual e organizacional (Melo et.al, 1997& Murphy, 1984). Uma das preocupações nas investigações sobre o stress ocupacional é a identificação das suas principais fontes, ou seja, definir quais os factores potencialmente indutores de stress. Dados recentes da European Agency for Safety and Health at Work (2013) revelaram que 51% dos profissionais da União Europeia referem a existência de stress no seu trabalho, valor que antes de 2010 se situava nos cerca de 20%.

É de referir que as causas de stress são diversas e que os indivíduos não respondem da mesma maneira aos stressores, no entanto determinadas condições de trabalho representam para a maioria, acontecimentos indutores de stress (Sacadura-Leite & Uva, 2007). Em relação à situação descrita Ramos (2001), indica que os factores indutores de stress, por si só, não bastam para provocar o stress no trabalho, para isso é necessário que as pessoas que se confrontam com estas situações as avaliem como experiências indutoras de stress.

No entanto, e ainda de acordo com a literatura, podemos identificar dois grandes tipos de causas de stress no trabalho, as organizacionais e as extraorganizacionais (Cunha et al., 2005).

As fontes de stress organizacional são provenientes das características laborais, das funções e dos papéis desenvolvidos (ambiguidade de papéis; conflito de papéis, excesso de papéis e o grau de responsabilidade), do tipo de liderança (o estilo de liderança, objectivos não claros por parte da organização, chefias mal preparadas, etc.), das relações laborais (falta de aceitação e reconhecimento do trabalhador por parte dos colegas, superiores ou subordinados), da estrutura e clima organizacional (hierarquia, tomada de decisão, a insuficiente comunicação e a insegurança do emprego), e das condições físicas (o espaço, os recursos, a temperatura, o ruído, iluminação e falta de privacidade) (Bicho & Pereira, 2007).

As fontes de stress extra-organizacionais incluem aspectos relacionados com a família, crises familiares, crises existenciais, conflitos sociais, dificuldades económicas, conflitos entre as solicitações da família e da organização, rede de suporte social e contexto social, satisfação com a vida entre outras. Quando em excesso, estas fontes podem produzir respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com impacto negativo a nível individual e organizacional, ou seja, estes factores contribuem para o aparecimento de baixos níveis de bem-estar físico e psicológico do trabalhador na organização (Bicho & Pereira, 2007).

Como referimos anteriormente, existem alguns factores que poderão desencadear maiores níveis de stress, por isso passamos a apresentar os factores desencadeadores de stress no caso dos cuidadores formais.

Assim sendo os trabalhadores mais novos têm tendência para apresentarem maior instabilidade e vulnerabilidade comparativamente com os indivíduos mais velhos, por dificuldades na obtenção do primeiro emprego, assim como por apresentarem maiores lacunas ao nível da experiência, e da auto-eficácia (Vaz Serra, 2007). Porém os profissionais como mais idade, apesar existirem políticas de proteção que facilitam a sua presença no trabalho, apresentam outras dificuldades como a perceção do seu papel na sociedade, a necessidade de tomada de decisão, assim como o cansaço físico e psicológico acentuado (Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Outro aspeto relevante é o fato de segundo Totterdel (2005) nem todos os trabalhadores terem o mesmo horário de trabalho, sendo comum em algumas organizações, como as instituições com idosos, existir variação dos tempos, relativamente ao horário laboral dos empregados.

A rotatividade de horário e o serviço noturno por estarem associados aos distúrbios do sono e na fadiga, representam outro factor desencadeador de stress (Vaz Serra, 2005). Outro fator de stress consiste na ambiguidade de papéis, por gerar a falta de especificidade no que toca ao trabalho do empregado ou nas suas funções e responsabilidades (Vaz Serra, 2007). Nos cuidadores formais dos idosos institucionalizados, a ambiguidade de papéis torna-se num assunto pertinente, por ser uma atividade que exige recursos pessoais de adaptação às exigências dos idosos e institucionais, assim como uma maior capacidade de comunicação e interação com os utentes (Pereira & Cunha, 2010).

Um outro aspeto que poderá potenciar uma maior dificuldade na forma do cuidado, está subjacente à facilidade em recordarem as pessoas significativas nesta faixa etária, nomeadamente familiares, para além, da criação de laços significativos (Pereira & Cunha, 2010) Da parte dos idosos existem algumas situações de uma maior vulnerabilidade e de fragilidade, fazendo com que os auxiliares sejam as suas figuras de referência, obrigando-os a suportar exigências, para além de procurar dar respostas das suas necessidades individuais e emocionais, desencadeando assim maiores situações de stress (Pereira & Cunha, 2010). De tal forma, pode-se afirmar que trabalhar num ambiente geriátrico, poderá tornar-se desgastante a nível físico e emocional, prejudicando a saúde e o bem-estar profissional (Pereira & Cunha, 2010).

Mas, como já foi referido, os factores supracitados não são intrinsecamente causadores de stress mas poderão originá-lo, o que vai depender de factores individuais também denominados como moderadores e/ou mediadores de resposta ao stress, que influenciam as capacidades de resposta aos stressores. Isto é, o impacto das fontes de stress dependem da capacidade de resposta de cada um e dos seus próprios recursos, para lidar com estas (Cunha et al., 2006; Hespanhol, 2005).

Os factores mediadores de stress podem sofrer influência dos aspectos psicológicos como os traços de personalidade e características dos comportamentos (extroversão ou introversão, personalidade tipo A, estados de humor, auto-conceito, auto-estima, estabilidade emocional ou neuroticismo, optimismo, locus de controlo, interno ou externo e estilos de coping utilizados pelo sujeito); dos aspectos físicos como o bem-estar físico ou saúde (dieta e hábitos alimentares, exercício físico, sono, padrões de relaxamento e trabalho) e dos aspectos demográficos e ou profissionais (idade, género, raça, educação, estatuto social, ocupações e apoio social) (Cooper et al., 2001; Vaz Serra, 2005).

Segundo Cumbe (2010) desde 1940 os investigadores têm procurado determinar as variáveis moderadoras do stress profissional. Deste modo salientam-se as seguintes:

- Em primeiro lugar refere-se a chamada “Personalidade tipo A”, em que estes indivíduos são caracterizados por apresentarem níveis elevados de ambição, de competitividade, de terem uma vontade enorme de alcançar o sucesso, de serem demasiado envolvidos com o trabalho e de terem pressa em alcançar os seus objectivos (Cruz, Gomes & Melo 2000).). Muitos investigadores indicam que os indivíduos com este tipo de personalidade, estão mais propensos a desenvolverem doenças coronárias (Cooper & Payne, 1991).

Outro moderador é o designado Locus de Controlo. Rotter (1966) inspirado nas teorias da aprendizagem social postulou a existência de um constructo, que denominou como Locus de Controlo (LC), definindo-o segundo duas orientações possíveis, o controlo interno e o externo. Segundo o mesmo autor, o locus de controlo interno define-se quando o indivíduo percepção determinado acontecimento como resultado do seu próprio comportamento, ou das suas características pessoais. Quanto ao locus de controlo externo, o indivíduo percepção o acontecimento como algo que não está completamente dependente da sua acção, mas como resultado da sorte, do acaso, do destino, do imprevisível. Segundo Ramos (2001), um indivíduo com locus de controlo interno, está mais apto e possui mais recursos para fazer face aos stressores, visto que avalia os acontecimentos de forma mais positiva e detém melhor percepção de controlo pessoal para os ultrapassar, enquanto que um indivíduo com locus de controlo externo pode decair num estado depressivo, devido à constante falta de controlo pessoal que sente, face aos acontecimentos.

- Um outro moderador são as estratégias de *coping*. Segundo vários autores, para o indivíduo ultrapassar os conflitos gerados por situações potenciadoras de stress, deve recorrer a estratégias de *coping* (Costa & Leal, 2006). Segundo Ramos (2001), o *coping* corresponde a acções ou inacções por parte dos indivíduos, relativamente às suas experiências de stress. Estas podem assumir várias formas, nomeadamente: enfrentar a causa de stress e tentar

resolvê-la; afastar-se momentaneamente da situação; regular os próprios sentimentos e pensamentos; procurar conselhos e apoio dos outros; aceitar e conformar-se com a situação; evitar a situação; comparar-se de forma positiva com outras pessoas que estão em situações piores.

De acordo com o mesmo autor, as estratégias de *coping* a aplicar face a uma situação stressante depende de como o indivíduo percebe a situação e dos recursos de que pensa dispor. Conforme refere Costa e Leal (2006) o coping influencia a adaptação do sujeito, na medida em que a sua finalidade consiste em diminuir a probabilidade da situação stressante causar danos e/ou reduzir reacções emocionais negativas, o que influi na relação pessoa-meio e na sua resposta emocional.

- A auto-estima também é considerada como uma variável moderadora do stress. Esta é definida, segundo a forma como o indivíduo se avalia ou sente em relação a si próprio. A auto-estima remete para a percepção que o indivíduo tem acerca do seu valor próprio, mas essa percepção evolui progressivamente e diferencia-se à medida que o indivíduo se desenvolve e interage (Pedro & Peixoto, 2006). Os indivíduos com uma baixa auto-estima, tendem a ser mais dependentes, mais susceptíveis aos condicionalismos externos e mais reactivos ao ambiente social. A baixa auto-estima, também parece estar associada a falta de iniciativa, a reduzida auto-confiança e estilos de *coping* passivos, os quais contribuem para que o stress constitua uma experiência negativa (Jex, 1998). Em contrapartida, indivíduos com níveis elevados de auto-estima apresentam características de optimismo, mais confiança e mais resistência aos impactos negativos do stress (Pedro & Peixoto, 2006).

- As características demográficas, são também ponderadas como moderadores do stress. Estas características, tais como, por exemplo o sexo e a idade, podem condicionar as experiências de stress. No caso das mulheres, estas, estão sujeitas a mais pressões e tensões devido aos diferentes papéis que representam na actualidade, uma vez que desenvolvem uma carreira profissional, são mães, são esposas e depois de um dia intenso de trabalho ainda se ocupam das tarefas domésticas em casa (Probst, 2008). Quanto ao desenvolvimento de uma carreira profissional, a mulher encontra mais obstáculos e consequentes tensões, devido à existência de preconceitos e estereótipos profissionais, o que tem dificultado o seu progresso na carreira e apesar de já ocuparem na sociedade de hoje cargos de direcção, os seus salários são tendencialmente mais baixos em comparação com homens que desempenham as mesmas funções (Probst, 2008).

Todos estes factores contribuem assim para uma intensificação das experiências de stress, estando por isto mais susceptível às suas pressões. Quanto ao factor idade, os estudos

indicam que indivíduos com mais idade vão adquirindo por intermédio da experiência um reportório maior de mecanismos de defesa e estratégias mais eficazes, como resposta mais adequada a situações stressantes (Probst, 2008). No entanto de acordo com a AESST (2009) os trabalhadores com idades compreendidas entre os 40 e 54 anos dizem-se mais afectados pelo stress ocupacional, do que os restantes grupos etários.

2.3.1- As Variáveis que Influenciam o Stress Ocupacional

O stress ocupacional é um problema crescente que tem sido muito estudado, nos últimos anos, devido aos seus custos e efeitos a nível individual e organizacional (Melo et.al, 1997; Murphy, 1984).

Gomes e Cruz (2004) levaram a cabo um estudo sobre “A Experiência de Stress e Burnout em Psicólogos Portugueses: Um Estudo Sobre as Diferenças de Género”. O estudo pretendia analisar os níveis de stress e de burnout numa amostra de 439 psicólogos portugueses, procurando compreender as possíveis diferenças entre homens e mulheres no tipo de fontes de stress e na distinção da intensidade e frequência destes problemas. Verificou-se que as mulheres apresentam, em quase todas as variáveis, maiores níveis de stress, de burnout, de insatisfação profissional e níveis mais baixos de saúde física.

Este estudo apresenta como principais resultados o facto de as mulheres experienciarem mais stress do que os homens em qualquer uma das fontes de stress analisadas e de 30% dos psicólogos referirem sentir ou experienciar níveis globais de stress na sua actividade profissional (Gomes & Cruz, 2004). Um outro aspecto, segundo a mesma fonte, está relacionado com o facto de 30% dos psicólogos estarem insatisfeitos com a sua situação actual, sendo que tal se reflecte mais nas mulheres, indicando que 25% dos psicólogos manifestam o desejo de abandonar o actual emprego nos próximos 5 anos e, mais uma vez, são as mulheres que mais evidenciam esta tendência.

Um outro estudo, realizado por Gomes, Silva, Mourisco, Silva, Mota e Montenegro (2006) com 127 professores de uma escola secundária do Distrito do Porto, revelou valores muito significativos de stress ocupacional (superiores a 30%), uma prevalência de esgotamento de 13% e diversos problemas de saúde física. De acordo com os autores, também se verificou que as mulheres demonstraram níveis superiores de stress associados às pressões horárias e ao excesso de trabalho, mais queixas relativamente ao trabalho burocrático e administrativo, assim como níveis mais elevados de exaustão emocional e problemas físicos.

Ainda segundo o mesmo estudo, os homens evidenciaram uma maior tendência para a despersonalização. Os professores com mais experiência profissional assumiram mais problemas em lidar com os comportamentos de indisciplina dos alunos, as disparidades nas

capacidades apresentadas pelos mesmos, o trabalho burocrático e administrativo e o excesso de aulas. De igual modo, os professores com mais horas de contacto com os alunos apresentaram menores níveis de despersonalização e mais stress relacionado com a indisciplina dos alunos e o estatuto da carreira docente (Gomes et al., 2006).

Gomes e colaboradores (2008) no seu estudo intitulado “Stress, Burnout, Saúde Física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado Familiar”, onde participaram 286 enfermeiros das instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) do norte de Portugal, observaram que as mulheres evidenciavam mais problemas de stress e saúde física mas, inversamente, apresentavam menores valores de despersonalização. Na comparação entre profissionais com diferentes estados civis, constatou-se que os casados demonstraram maior desejo de abandonar a profissão e maiores problemas de saúde física, enquanto os solteiros manifestaram maior mal-estar relacionado com a instabilidade profissional. Por outro lado, a comparação entre profissionais com ou sem filhos menores, permitiu observar que a vontade de abandonar a profissão era inferior no grupo dos profissionais com filhos menores em associação a um maior stress relacionado com a realização de acções de formação e relatórios técnicos, a remuneração auferida e os problemas familiares.

Michael, Court & Petal (2009) pesquisaram a relação do stress ocupacional com variáveis demográficas e profissionais, numa amostra com professores Israelitas, encontrando uma relação entre o stress o sexo, estado civil e experiência profissional dos colaboradores. Estes constataram que colaboradores do sexo feminino apresentam maiores níveis de stress, tal como o encontrado por Pinto (2000). Os autores verificaram ainda a inexistência de diferenças significativas entre colaboradores casados e solteiros ao nível do stress, e que colaboradores com mais anos de experiência profissional relatam menos stress.

Também, Gomes e al., (2009) constataram diferenças significativas nas 6 fontes de stress (lidar com clientes; relações profissionais; excesso de trabalho; carreira e remuneração; acções de formação e problemas familiares) do QSPS em função do sexo, resultando em todos os casos numa maior experiência de stress por parte das mulheres. Silva e Gomes (2009) e encontraram resultados iguais. Correia e colaboradores (2010) por seu lado, não encontraram diferenças significativas no que respeita à variável sexo.

Estudos com profissionais de saúde portugueses, onde se testou a relação das fontes de stress com variáveis demográficas - idade e experiência profissional dos participantes - revelaram a existência de diferenças significativas nas fontes de stress em função da idade e da experiência profissional, resultando num maior relato de stress relacionado com problemas ao nível da carreira e instabilidade e remuneração em colaboradores mais novos e com menos

experiência profissional (Gomes et. al, 2006; Gomes et al, 2008; Gomes et. al, 2009; Silva & Gomes, 2009).

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) conduziram um outro estudo com 286 enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, concluindo que 30% de enfermeiros apresentaram experiências significativas de stress e 15% demonstraram problemas de exaustão emocional. A mesma fonte indica que foram evidenciados maiores problemas de stress e reações mais negativas ao trabalho nas mulheres, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas. Silva & Gomes (2009) e Gonçalo et. al (2010) encontraram resultados iguais. Correia e al., (2010) por seu lado, não encontraram diferenças significativas no que respeita à variável sexo.

2.4 – Consequências do Stress Ocupacional

Por razão das diversas e aceleradas mudanças ocorridas na humanidade, muitas vezes um indivíduo não consegue acompanhá-las, pois exige uma rápida adaptação e reajuste deste indivíduo no âmbito mental, físico e até social. Entretanto, essa adaptação e reajuste nem sempre são executados com sucesso, fazendo com que se desenvolvam “doenças” em consequência da experiência de stress vivida e das mudanças que esta experiência traz (Serafino, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004) o stress relacionado com o trabalho pode dar lugar a comportamentos disfuncionais e pouco habituais no trabalho e com isso contribuir para a doença física ou mental do individuo. Em casos extremos, o stress relacionado com o trabalho pode originar problemas psicológicos, propícios a transtornos psiquiátricos que podem impedir o individuo de voltar ao trabalho (OMS, 2004).

O stress ocupacional também traz diferentes consequências para os indivíduos e estas têm carácter individual ou organizacional e podem, inclusive, influenciar os pensamentos, as atitudes e os sentimentos, trazendo alterações nas suas funções fisiológicas (Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot, 1999; Chambel, 2005). Por isso, compreender as consequências do stress tem assumido um carácter de urgência nos estudos realizados. Everly (1989) descreve que 25% da população dos EUA sofre dos efeitos negativos consequentes do stress e 50% destes, ao procurarem um especialista, são advertidos que sofrem de problemas consequentes do stress.

Brinkerhoff (2003), profissional da medicina do trabalho, revela no seu estudo que as consultas médicas realizadas relacionadas com o stress chegam a 70% do total e refere como exemplo doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios mentais, obesidade, dependência tabagista e alcoólica, abuso de medicamentos e, inclusive, disfunções sexuais.

Autores como Cunha et al. (2006), Bicho e Pereira (2007) Seabra (2008) dividem as consequências do stress relacionado com o trabalho em duas categorias: nível individual e organizacional.

1. A nível individual

Algumas consequências do stress ocupacional ao nível individual são encontradas na literatura a partir das alterações que ocorrem nas funções perceptivo-cognitiva, emocional ou comportamental de um indivíduo).

As consequências a nível individual manifestam-se em termos de saúde física e mental, como: cansaço; irritabilidade; perturbações do sono; hipertensão arterial; dores de cabeça; dificuldades de memórias e concentração; perturbações gástricas; tristeza; menor desempenho; desmotivação; isolamento social; as doenças cardiovasculares (primeira causa de morte em Portugal), a depressão e a ansiedade, e o burnout (stress crónico), etc. (Traver & Cooper, 1993).

Ao nível comportamental, fatores como alterações no consumo de álcool, tabaco e/ou tranquilizantes realizados pelo indivíduo, podem servir de exemplos (Leite & Uva, 2010).

2. A nível organizacional

As consequências do stress ocupacional ao nível organizacional têm ligações diretas com a instituição laboral em que o indivíduo se confronta e podem ser identificadas através da redução da produtividade da organização, da diminuição do desempenho profissional do indivíduo e do acréscimo dos erros nas tarefas executadas (Leite & Uva, 2010).

Podem ainda envolver os seguintes aspetos, maior número de acidentes de trabalho; incumprimento de horários; elevado absentismo e turnover (Cunha et al., 2007), diminuição do rendimento, da produtividade da motivação e satisfação laboral (Melo et. al, 1997). Consequências como a fadiga e a apatia / depressão também podem ser referidas, já que estas tem relação direta com a carga de trabalho excessiva e/ou a falta de atividades laborais, respectivamente (Melo et. al, 1997).

A prevenção dos riscos associados ao stress ocupacional é pertinente, já que é considerado um dever desde a publicação da Directiva 89/391/CEE, designada como Directiva-Quadro que estabelece para todo o espaço da União Europeia, que o empregador deve garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores em todos os aspetos relacionados com o trabalho e planificar a prevenção com um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos fatores ambientais no trabalho.

Síntese Conclusiva

O stress é uma reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de uma adaptação grande a um evento ou situação importante. Este evento pode ser algo negativo ou positivo. Os estímulos que desencadeiam uma reação de stress no organismo são chamados de stressores. Às vezes o stress pode ser benéfico (como na preparação de uma prova ou como reação a uma situação de perigo), é o chamado Eustress mas também pode infelizmente levar a uma situação desfavorável, Distress. O Distress é o stress em excesso, ocorre quando a pessoa ultrapassa os seus limites e esgota a sua capacidade de adaptação. Quando isto acontece a qualidade de vida sofre danos, e pode vir adoecer.

Quanto ao stress ocupacional Cooper (1986) define-o como uma consequência de conexões complexas entre condições laborais, condições externas ao trabalho e características pessoais do colaborador, nas quais as exigências do trabalho excedem as aptidões do colaborador para enfrentá-las.

A experiência do stress tem sido apontada como uma das áreas de impacto negativo na saúde física e mental. Segundo Cooper (1986) o stress ocupacional afirma-se como uma consequência resultante da incapacidade de lidar com as fontes de tensão laborais, criando problemas a nível individual e organizacional. Os efeitos negativos do stress têm levado pesquisadores a investigarem os fatores precipitantes do stress na sociedade moderna. Sabe-se que o stress tem várias etiologias, tanto em fatores externos criadores de tensões patológicas, como fontes internas capazes de atuarem como geradores de estados tencionais significativos (Traver & Cooper, 1993). A sobrecarga de trabalho e na família, o relacionamento com a chefia, a falta de união e cooperação na equipa, o salário insuficiente, a falta de expectativa de melhoria profissional e também o meio social podem ser causadores de stress (Lipp, 2005).

Os sintomas individuais do stress ocupacional expressam-se através de problemas de saúde física e mental, de alterações no humor, do consumo excessivo de tabaco e álcool e de diversas queixas sintomáticas (Traver & Cooper, 1993). Por outro lado, as consequências ou efeitos organizacionais podem envolver os seguintes aspectos: elevado absentismo e turnover, diminuição do rendimento, da produtividade, da motivação e satisfação laboral (Melo et. al, 1997).

Quanto ao stress do cuidador, como já foi referido anteriormente, a prestação de cuidados é considerada uma actividade desgastante, com repercussões a nível físico, psicológico e social para o cuidador, resultado da pluralidade de tarefas que este tem que desempenhar, e às mudanças que a adoção deste papel representa na sua vida. Desta forma, ser cuidador implica um elevado gasto de tempo e energia, um conflito com o desempenho de

outros papéis pessoais, familiares e sociais. O que conduz, muitas vezes, à exaustão, à ansiedade e ao stress (Figueiredo, 2007).

Estudos com profissionais de saúde portugueses, onde se testou a relação das fontes de stress com variáveis demográficas - idade e experiência profissional dos participantes, revelaram a existência de diferenças significativas nas fontes de stress em função da idade e da experiência profissional, resultando num maior relato de stress relacionado com problemas ao nível da carreira e instabilidade e remuneração em colaboradores mais novos e com menos experiência profissional (Gomes et. al, 2006; Gomes et al, 2008; Gomes et. al, 2009; Silva & Gomes, 2009).

As respostas utilizadas pelo cuidador para diminuir o nível de stress experienciado podem ser definidas como estratégias de *coping*, cada sujeito elege as estratégias que percebe como as mais eficazes. Torna-se importante referenciar que as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores para lidar com os níveis de stress associados ao ato de cuidar desempenham um papel determinante nos níveis de saúde física e mental dos mesmos. (Sequeira, 2012).

Assim, surge a necessidade de abordar o *coping*. No capítulo III será desenvolvido o item referente ao *coping* associado ao cuidador formal.

CAPÍTULO III – O *COPING* E O CUIDADOR FORMAL

Introdução

O stress é um conceito subjetivo que depende da percepção que a pessoa tem das exigências relativas à situação, bem como das suas capacidades para lidar com elas (McVicar, 2003). A forma como lidamos com as situações que percebemos como stressantes tem o nome de *coping*. O *coping* pode ser definido de diversas formas, a definição mais consensual caracteriza-o como um processo que é iniciado quando a pessoa avalia uma determinada situação como excedendo ou estando no limite dos seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984).

O apoio social e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores são considerados como os maiores modificadores de stress dos cuidadores, bem como os efeitos negativos na saúde mental experienciada (Yamada, Hagihara & Nobutomo, 2008).

Os cuidadores não percebem da mesma forma o stress nem se confrontam com as situações que lhes surgem da mesma forma. Cada indivíduo necessita de adquirir e desenvolver diferentes tipos de recursos para se proteger diante das situações de risco (Guido, Linch, Pitthan & Umann, 2011).

Perante uma situação de stress, o indivíduo mobiliza estratégias para reestabelecer o equilíbrio do organismo e este equilíbrio depende das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as situações stressantes. As Estratégias de *coping* referem-se a padrões de comportamento, cognições e percepções utilizadas para manter o equilíbrio do organismo mediante as exigências internas e/ou externas (Lazarus & Folkman, 1984).

Para que a pessoa saiba se está perante uma situação stressante ou não, e que estratégia de *coping* utilizar, tem de realizar o que se chama de avaliação cognitiva. A avaliação cognitiva pode ser primária, determinando a relevância, benignidade e o nível de stress da situação, ou seja, analisa a situação pelo que é, ou secundária, onde se analisa as estratégias de *coping* existentes no repertório da pessoa e a probabilidade dessas mesmas estratégias cumprirem o seu objetivo e de serem eficazes (Lazarus & Folkman, 1984).

O termo *coping* pode ser utilizado independentemente da consequência da estratégia utilizada, mais concretamente, independentemente de ser adaptativa ou não (eficácia da estratégia relativamente a melhorar a situação), bem-sucedida ou não (a reavaliação é coincidente com a escolha do tipo de *coping*), consolidada ou não (a pessoa atingiu uma forma estável de lidar com uma variedade de circunstâncias) e fluída ou não (a estratégia foi simultaneamente sensível, responsiva, esperançosa e otimista relativamente à situação) (Lazarus, 1993).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) podem ser distinguidos dois tipos de *coping*, o *coping* relacionado com os problemas e o *coping* relacionado com as emoções, sendo diferenciados pelo tipo de mudança que a estratégia introduz na relação entre a pessoa e o ambiente. O *coping* focado nos problemas caracteriza as estratégias que vão agir sobre a pessoa ou o ambiente, tendo como objetivo modificar a relação entre ambos (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* focado nas emoções caracteriza as estratégias que têm como objetivo mudar a percepção que a pessoa tem da sua relação com o ambiente, mais concretamente, regular a resposta emocional (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Pais-Ribeiro & Santos, 2001; Duhachek, 2005).

A distinção das estratégias de *coping* em duas categorias não é consensual entre os investigadores, sendo que numa determinada situação a pessoa pode usar estratégias pertencentes a cada uma das categorias (Duhachek, 2005).

Neste capítulo iremos abordar o *coping*, as estratégias de *coping* e o cuidador formal.

3.1 – A Definição de *Coping*

De acordo com Antoniazzi, Dell’Aglio e Bandeira (1998) *coping* - deriva do verbo to cope - pode significar “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se”, porém não há na língua portuguesa uma palavra única que expresse a complexidade do termo *coping*. Em traços gerais, o *coping* tem sido definido como “estratégias de coping”, formas de “lidar com” ou ainda “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stress” (Ramos & Carvalho, 2007).

Todavia, a definição mais conhecida continua a ser a proposta por Lazarus e Folkman (1984) que caracteriza o *coping* como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com as exigências internas e externas das situações avaliadas como stressantes. São considerados fatores de stress, os estímulos avaliados como ameaçadores, excedendo os recursos pessoais e colocando desafios a vários níveis, desde da integridade pessoal a objetivos profissionais (Ramos & Carvalho, 2007). Desta forma, embora as pessoas moldem ativamente as situações das suas vidas, as estratégias de *coping* não podem ser avaliadas sem referência às condicionantes ambientais que criam a necessidade delas. Este conceito significa: enfrentar, encarar, ultrapassar, fazer face, dar resposta ou adaptar-se a situações adversas (Pocinho & Capelo, 2009).

Holahan e Moos (1987) consideram que o *coping* tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes. Para além de incluir as estratégias

comportamentais e cognitivas usadas para lidar com uma determinada situação abrange, também, as reacções emocionais a ela associadas.

Existem por isso inúmeras definições de *coping*, e muito embora cada uma delas tenha variações consoante a perspectiva teórica que lhe serve de enquadramento, tem sido reconhecido o efeito facilitador do *coping* no que diz respeito ao ajustamento ou adaptação a situações geradoras de stress (Holahan & Moss, 1987).

Estudar o *coping* é essencial para compreender, na totalidade, os efeitos do stress sobre os seres humanos, porque ele traduz o papel ativo do indivíduo ao lidar com a adversidade e tem o potencial de considerar de que forma estes acontecimentos moldam o desenvolvimento (Sanzavo e Coelho, 2007).

De um modo mais específico, e tal como vai ser entendido nesta dissertação, o *coping* pode ser definido como um conjunto de respostas comportamentais, que o sujeito perante uma situação de stress emite para modificar o meio envolvente, com o objetivo de adaptar-se ao evento stressor, e assim diminuir os sinais adversos (Sanzavo e Coelho, 2007).

As pessoas durante a sua vida, vivenciam situações de stress e tentam lidar com essas realidades de diversas maneiras. A tensão emocional e física que acompanha o stress é bastante desconfortável e provoca grandes incómodos. É desta maneira que as pessoas sentem que têm de fazer algo para reduzir o stress. Para tal, utilizam estratégias para lidar com as situações indutoras de stress: os chamados mecanismos de *coping* ou de adaptação ao stress (Sanzavo e Coelho, 2007). No próximo item irá ser desenvolvido o assunto acerca das estratégias de *coping*.

3.2 - Recursos e Estratégias de *Coping* para lidar com o Stress

Os estudos acerca do interesse em desenvolver estratégias para reduzir o stress no ambiente de trabalho tem aumentado desde a década de 70. De acordo com Chambel (2005) para evitar ou controlar o stress organizacional e ainda promover o bem-estar dos trabalhadores, é necessário o desenvolvimento de um conjunto de ações que atinja diferentes níveis. Assim é possível confrontar e gerir o stress ocupacional eliminando os fatores que são consideradas indutores de stress para o indivíduo, consoante a sua avaliação, mesmo que estes sejam inerentes a organização, ao ambiente de trabalho (Ivancevich, 2008).

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referenciada na literatura designando-o como o conjunto de estratégias a que o indivíduo recorre para se adaptar a circunstâncias adversas sejam elas crónicas ou agudas. O indivíduo perante um estímulo gerador de stress, como por exemplo a doença, desencadeia diversos processos psicológicos. Estes autores sustentam que o indivíduo avalia o acontecimento

gerador de stress, mediante o seu potencial de ameaça e numa segunda fase, a sua capacidade percebida de enfrentar essa ameaça, ou seja, os recursos pessoais que pode mobilizar para a ação (Lazarus e Folkman, 1984).

Desde já, torna-se necessária uma diferenciação entre recursos de *coping* e estratégias de *coping*: para Coetzee, Jansen e Muller (2009) as estratégias de *coping* referem-se a “comportamentos que ocorrem depois de ter aparecido o stressor ou em resposta a stressores crónicos”, enquanto os recursos de *coping* referem-se àquelas fontes inerentes aos indivíduos que o tornam capaz de controlar os stressores mais eficazmente, de experienciar os sintomas menos intensamente após a exposição a um stressor, ou de se recuperar mais rapidamente após ter sido exposto ao stressor.

Serra (1988) refere que se tende a falar de estratégias de *coping* quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar, requerendo a produção de um novo comportamento.

No mesmo sentido, Snyder e Dinoff (1999) defendem que as estratégias de *coping* correspondem às respostas manifestadas pelo indivíduo, e que têm como propósito diminuir a pressão física, emocional e psicológica ligada às ocorrências indutoras de stress. Contudo, o número de estratégias de *coping* é potencialmente infinito, uma vez que cada pessoa pode desenvolver o seu método particular para lidar com os fatores indutores de stress, e apesar da dificuldade existente os investigadores conseguiram chegar a um pequeno número de dimensões gerais.

Estas estratégias têm modalidades diferentes. Algumas são orientadas pelo indivíduo para a resolução direta do problema, outras vezes para a atenuação das emoções sentidas e em determinadas situações para a busca de apoio social. Podem surgir de forma isolada ou concomitante. Se têm êxito o stress reduz-se. Se são ineficazes, o stress mantém-se (Vaz Serra, 2002). Não há estratégias modelares em relação às quais se possa referir que são forçosamente eficazes ou ineficazes. O grau de eficácia é determinado pelo tipo de recursos que o indivíduo apresenta bem como, pelo tipo de problema com que se defronta. Não obstante, há estratégias de *coping* que são superiores a outras desde que sejam utilizadas no momento exato, pela pessoa adequada, tendo em conta a circunstância específica que induz o stress (Vaz Serra, 2002).

Para Lazarus & Folkman (1984) as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois objetivos diferentes: a resolução do problema (instrumental, orientado para a tarefa) ou o controlo das emoções (paliativo, orientado para a pessoa). No primeiro caso, o indivíduo orienta os seus esforços para resolver a situação que lhe induziu stress. Implica uma abordagem e *coping* com o problema. Este tipo de estratégia visa estabelecer um plano de

ação que é seguido até eliminar de vez a causa de stress. Evita que se prolongue um estado que é desagradável e que pode ser prejudicial para a sua saúde e bem-estar. As estratégias focadas na resolução do problema são sempre aconselháveis pois removem de uma vez só a fonte de perturbação. O indivíduo tende a utilizá-las quando o stress é sentido como pouco intenso e a situação tida como controlável e resolúvel (Lazarus & Folkman, 1984).

De acordo com os mesmos autores, quando o stress se torna mais grave, os esforços são mais canalizados para reduzir o estado de tensão emocional. As emoções a que o stress dá origem são o que mais incomoda o indivíduo. São geradas em função da maneira como o ser humano interpreta o acontecimento e desempenham um papel importante na motivação. São responsáveis pela forma como o indivíduo lida com a circunstância que o perturba. Quando atingem uma intensidade grande, são difíceis de tolerar, desorganizando a pessoa e o seu bem-estar.

Há vários tipos de estratégias que a pessoa utiliza para reduzir a tensão emocional que sente. Algumas vezes a pessoa tenta falar do seu problema com alguém, outras vezes tenta fugir. Há indivíduos que procuram fugir no tempo e no espaço organizando uma viagem que o afaste temporariamente do problema. Outras pessoas, tentam actuar directamente sobre a emoção, fumando, ingerindo bebidas alcoólicas ou alimentos em excesso, praticar ioga ou ingerir medicação com regularidade (Vaz serra, 2002).

Nesta tentativa imediata de atenuar as emoções, há processos que são benéficos, tais como ouvir música, praticar ioga ou fazer exercício físico e outros prejudiciais capazes de se constituírem como fonte secundária de stress devido às complicações físicas, sociais ou psicológicas que podem trazer. São exemplo disso, o consumo de drogas e de álcool ou uma alimentação desequilibrada (Vaz Serra, 2002).

Vaz Serra (2002) refere ainda as estratégias para lidar com o stress focadas na interacção social referem-se à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress (Pais-Ribeiro e Santos, 2001 & Sousa, Landeiro, Pires e Santos, 2011). Independentemente dos recursos da rede social onde o indivíduo esteja inserido, é muito valorizado, a qualidade de apoio recebido. Nas situações de conflito interpessoal, tem grande importância o que é reconhecido como resposta empática. O indivíduo tenta arranjar por este processo alguém com quem possa expor os seus problemas e encontrar compreensão. Este tipo de interacção torna-se mais eficaz quando através dele são clarificados elos de conexão entre os efeitos que a pessoa sente e as causas que os motivaram e igualmente propicia que aí nasça uma alternativa adequada de ação (Vaz Serra, 2002).

Lazarus (1993) defende que a maioria dos indivíduos recorre a todas as estratégias de *coping* para enfrentar diversas situações geradoras de stress, embora possam preferir umas em detrimento de outras, conforme a situação, a apreciação ou a avaliação que fazem da mesma.

A análise das estratégias de *coping* segundo as suas funções orientou igualmente o estudo de Nolan, Grant e Keady (1996). De acordo com os seus resultados, os tipos de *coping* instrumental e paliativo são igualmente utilizados e percebidos como eficazes. Já as estratégias que visam lidar com as consequências são no geral as menos aplicadas. Os indivíduos tendem a recorrer a estas técnicas apenas quando as estratégias anteriores falham, não se encontram disponíveis ou não são passíveis de ser empreendidas. Resultados semelhantes foram também encontrados em estudos efectuados em Portugal por Brito (2002) e Figueiredo (2007).

Para Cooper e Payne (1992) os mecanismos de gestão de stress podem decorrer a três níveis: intervenções primárias, intervenções secundárias e intervenções terciárias. As intervenções primárias estão normalmente associadas aos programas organizacionais e baseiam-se no princípio da prevenção, através da eliminação e/ou redução das fontes de stress no contexto de trabalho, como por exemplo, ouvir os trabalhadores na delineação e planeamento do seu trabalho, na modificação da estrutura organizacional, no treino e formação, na rotação de postos de trabalho, na seleção e recrutamento profissional, nas características físicas e ambientais do próprio trabalho (Cooper & Payne 1992). As intervenções secundárias são dirigidas aos trabalhadores e visam reduzir o impacto do stress profissional, dado que não o podem eliminar. Os seus programas de gestão de stress contêm técnicas de relaxamento, de gestão do tempo, de resolução/mediação de conflitos, entre outros (Cooper & Payne 1992).

Segundo Cooper e Payne (1992) a desvantagem desta intervenção é que só atenua o impacto da fonte, não a elimina, o que pode produzir exaustão no trabalhador. As intervenções terciárias destinam-se aos trabalhadores com problemas de saúde provenientes do stress profissional e visam o seu tratamento. Os programas de gestão de stress aplicados nesta intervenção são os de assistência aos trabalhadores, apoio na identificação da fonte de stress e estratégias de *coping*, técnicas de relaxamento, exercício físico, meditação, programas de assistência aos trabalhadores e programas de gestão do tempo, diagnóstico das consequências, quer na esfera profissional, quer na pessoal, e delineação de mecanismos que contornem a situação. Nesta fase, muitas organizações procuram contratar profissionais externos à entidade, de forma a garantir a confidencialidade e proteção dos trabalhadores (Cooper & Payne 1992).

Ainda para Bandeira e Barrosos (2005) o cuidador pode melhorar a sua qualidade de vida pelo desenvolvimento de estratégias individuais fundamentais, como: 1) o fato de desenvolver mais atividades fora de casa; 2) ter uma profissão gratificante; 3) pertencer a um grupo de ajuda mútua; 4) colocar limites no comportamento do paciente; 5) tentar manter uma vida familiar o mais normal possível, também a religião como fonte de apoio. Procurar espontaneamente por informação e ajuda para enfrentar a situação de cuidar.

Para Nolan, Grant e Keady (1996) na explicação da diversidade que existe relativamente à adoção de estratégias de *coping* residem vários fatores, que são geralmente classificados como recursos pessoais internos e recursos pessoais externos. Ainda segundo os mesmos autores nos primeiros, destacam-se as habilidades pessoais, o conhecimento que se possui da pessoa dependente, a experiência de vida, crenças e valores e capacidade para resolução de problemas.

Martz, Livneh (2007) e Ramos (2005) referem que neste grupo podem ser ainda inseridas as diferentes características psicológicas da personalidade que fazem as pessoas resistentes ao stress: o sentido de coerência, a auto estima, o optimismo, a auto-eficácia, o perdão, a esperança, a inteligência emocional e o humor. Relativamente aos recursos pessoais externos Grant e Keady (1998) o significado atribuído à situação geradora de stress pode ser determinado pelo rendimento, suporte social e acesso a serviços de saúde e sociais.

Estas estratégias parecem modificar-se ao longo do tempo e de acordo com o contexto. (Ribeiro, 2005) As pessoas podem empregar menos estratégias de *coping*, se aprenderem quais as estratégias que melhor resultam numa determinada situação (Santos, 2004; Varela e Leal, 2007).

3.3- As Estratégias de *Coping* e o Cuidador Formal

Na literatura, os inúmeros estudos sobre o *coping* dos cuidadores, tais como Kneebone e Martin, 2003 Mckee et al. 1997 & Samuelson et al. 2001, são direcionados para o cuidador informal. É de salientar que em relação aos cuidadores formais, mais concretamente aos ajudantes de ação direta, a literatura não tem enfatizado o estudo das estratégias de *coping*.

No entanto, muito dos estudos acerca do *coping* dos cuidadores quer informais quer formais seguem invariavelmente o modelo transaccional de Lazarus e Folkman (Mckee et al., 1997; Samuelsson et al., 2001; Kneebone, & Martin, 2003).

De acordo com o modelo de Lazarus (1993) a eficácia do *coping* é transaccional, ou seja, depende da interação entre várias variáveis, como as características da situação e os recursos do indivíduo, o objetivo do processo de *coping* em si mesmo e determinantes do indivíduo. As estratégias de *coping* são antecipadas por mecanismos de avaliação pessoal e

ambiental. Deste modo, a pessoa ativa processos cognitivos para identificar a situação crítica com a qual se depara, verifica as suas condições atuais, experiências eficazes e ineficazes anteriores, nível e grau de risco envolvido e analisa os recursos disponíveis, bem como as alternativas possíveis para lidar com o problema (Lazarus (1993).

Em relação às funções e modalidades de estratégias, o modelo transaccional distingue duas tipologias: o *coping* focado nas emoções (incluindo estratégias como o distanciamento e evitamento), que tem como objetivo a regulação emocional perante uma situação stressora; e o focado na resolução do problema que tem como objetivo lidar com o problema que está a causar a situação de desregulação (Lazarus e Folkman 1984).

Rose, David e Jones (2003) e Pereira (2014) num estudo com profissionais (cuidadores formais) que trabalhavam com pessoas com deficiência mental, verificaram que os que usavam a reinterpretação positiva (estratégia de *coping* focada no problema) apresentavam níveis mais baixos de e de stress.

Elkwall, Sivberg & Hallberg (2006) afirmam que os cuidadores de idosos que adotem o *coping* centrado na emoção tende a adotar pensamentos de dor e de desejo, podendo desencadear em burnout, ou num maior stress profissional, enquanto o *coping* centrado no problema, tende a procurar alternativas, através informações e do suporte social. Deste modo, existem estudos que apontam para uma maior eficácia das estratégias de *coping* relacionadas com os problemas, nomeadamente em situações de stress.

Para Ferreira (2012) os cuidadores formais que prestam serviço em instituições para idosos, geram melhor o stress a que estão sujeitos, se tiverem uma preparação profissional, um bom suporte social, assim como aptidões e recursos pessoais eficazes. Também num estudo de Martins (2012), com cuidadores formais de pessoas com deficiência mental (também estas com algum grau de dependência, portanto), as estratégias de *coping* mais negativas (nomeadamente as focadas nas emoções, e.g. autodistração, uso de substâncias) revelaram-se associadas a níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos, nomeadamente sintomas depressivos.

No geral, parece existir uma associação entre o *coping* de evitamento/fuga e um pior ajustamento ao papel de cuidado, o *coping* focado na resolução de problemas parece associado a uma maior satisfação com a vida (Chadda, Singh e Ganguly, 2007; Goosens, van Wijngaarden, Knoppert-Van-Der-Klein e Van Achteberg, 2008; Mackay e Pakenham, 2011).

A análise das estratégias de *coping* segundo as suas funções orientou igualmente o estudo de Nolan, Grant e Keady (1996) e de acordo com os seus resultados, os tipos de *coping* instrumental e paliativo são igualmente utilizados e percebidos como eficazes. Já as estratégias que visam lidar com as consequências são no geral as menos aplicadas. Os

indivíduos tendem a recorrer a estas técnicas apenas quando as estratégias anteriores falham, não se encontram disponíveis ou não são passíveis de ser empreendidas. Resultados semelhantes foram também encontrados em estudos efetuados em Portugal por Brito (2001) e Figueiredo (2007b).

Nolan (1996) e Brito (2002) apontaram três conjuntos de estratégias de *coping* que podem ser utilizadas pelos cuidadores, nomeadamente “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”, “percepções alternativas sobre a situação” e “lidar com sintomas de stress”, para facilitar a prestação de cuidados. Destas, Sequeira (2007) refere que as estratégias mais utilizadas pelos cuidadores estão relacionadas com “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”, estes dados vão de encontro aos encontrados no nosso estudo, onde o tipo de estratégias mais utilizadas pelos cuidadores também estão relacionadas com “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”.

Como já foi referido mesmo não existindo estudos sobre o *coping* dos ajudantes de ação direta em instituições que prestam serviços a idosos (in)dependentes, poderão ser alargados a esta população os princípios que têm vindo a ser defendidos no domínio do stress laboral em cuidadores formais em geral, de seguida apresentar-se-á alguns desses princípios e respetivos autores.

É importante referir que as estratégias de confronto utilizadas pelos cuidadores para lidar com situações de stress, associadas ao ato de cuidar, cumprem um papel determinante nos níveis de saúde física e mental dos mesmos, e que certos processos de confronto promovem a saúde e previnem a doença, enquanto outros contribuem para a geração de processos de doença ou para o seu agravamento (Reis, 1998; Sequeira, 2013; Zarit & Edwards, 2008).

Síntese Conclusiva

Perante uma situação de stress, o indivíduo mobiliza estratégias para reestabelecer o equilíbrio do organismo e este equilíbrio depende das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as situações stressantes. As Estratégias de Confronto referem-se a padrões de comportamento, cognições e percepções utilizadas para manter o equilíbrio do organismo mediante as exigências internas e/ou externas (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com estes autores, face às exigências do meio, ocorre uma avaliação cognitiva do stress, que acontece em três momentos: avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação. Se considerarmos que a situação é potencialmente ameaçadora e que não dispomos de recursos, experienciamos algum grau de stress, são ativadas as estratégias de *coping* (Ramos, 2001).

O *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais feitos pelas pessoas para enfrentarem as situações indutoras de stress (Folkman e Lazarus, 1985) ou às estratégias

que um indivíduo usa para lidar com situações ameaçadoras e desafiadoras com que se vai deparando e para as quais não tem respostas de rotina preparadas (Serra, 1988). As modalidades do *coping* podem variar com o meio, as questões culturais e históricas, e com a percepção de maior ou menor gravidade dos acontecimentos da vida (Mackay e Pakenham, 2011).

Segundo Folkman e Lazarus (1985) as estratégias de *coping* podem manifestarse de duas formas: através do *coping* centrado no problema, que se refere a fazer algo para alterar a fonte de stress, ou através do *coping* centrado nas emoções, que se refere aos esforços da pessoa para reduzir ou gerir o stress emocional associado à situação. O *coping* centrado no problema envolve o indivíduo em tentativas ativas para enfrentar a fonte de stress e assim reduzir a percepção da ameaça.

O *coping* centrado nas emoções inclui estratégias destinadas a reduzir os níveis de ansiedade e não necessariamente estratégias para mudar a situação. Cada categoria inclui um determinado número de estratégias ainda mais específicas, nomeadamente evitar pensar sobre a situação, planear como enfrentar o problema, e procurar suporte social (Bennett, 2002). Relativamente ao apoio social, segundo estudos de Santos & Cardoso (2010) é uma estratégia utilizada para lidar com as situações de stress por parte de profissionais de saúde. Contudo, nenhuma estratégia pode ser considerada mais ou menos eficaz. Face a situações de stress duradouras, cada pessoa pode envolver-se de igual forma em estratégias de *coping* centrado no problema e nas emoções (Bennett, 2002).

No que se refere ao coping dos cuidadores de idosos o *coping* centrado na emoção tende a adotar pensamentos de dor e de desejo, podendo desencadear em burnout, ou num maior stress profissional, enquanto o *coping* centrado no problema, tende a procurar alternativas, através informações e do suporte social (Elkwall, Sivberg & Hallberg, 2006). Deste modo, existem estudos que apontam para uma maior eficácia das estratégias de *coping* relacionadas com os problemas, nomeadamente em situações de stress (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Ferreira (2012) os cuidadores formais que prestam serviço em instituições para idosos, geram melhor o stress a que estão sujeitos, se tiverem uma preparação profissional, um bom suporte social, assim como aptidões e recursos pessoais eficazes.

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

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Introdução

Atendendo aos efeitos do stress ocupacional nos profissionais cuidadores formais, consideramos pertinente investigar a temática do stress numa amostra de ajudantes de ação direta, relacionando-a com as estratégias de *coping* que estes utilizam para superar o stress.

Nesse sentido, a segunda parte deste trabalho apresenta-se a pertinência do estudo, o desenho da investigação e respetivos objetivos, as variáveis que se pretende manipular, descrevem-se os participantes, materiais utilizados e procedimentos adotados, os procedimentos e análise dos dados recolhidos bem como a descrição de algumas limitações do estudo.

Consideramos que, tal como Bell (1997), uma investigação é conduzida para resolver problemas e para alargar conhecimentos sendo, portanto, um processo que tem por objetivo enriquecer o conhecimento já existente. Como referem Ludke e André (1986) e Santos (1999) uma investigação pode ser definida como sendo o melhor processo de chegar a soluções fiáveis para os problemas, através de recolhas planeadas, sistemáticas e respetiva interpretação de dados, investigar é um esforço de elaborar conhecimento sobre aspetos da realidade na busca de soluções para os problemas expostos.

É uma ferramenta da máxima importância para incrementar o conhecimento e, deste modo, promover o progresso científico permitindo ao Homem um relacionamento mais eficaz com o seu ambiente, atingindo os seus fins e resolvendo os seus conflitos (Cohen & Manion, 1980; Santos, 2002).

Segundo Fortin (2009), para selecionar o método de colheita de dados, o investigador tem de ter em conta os objetivos que pretende atingir e assim, adequar um método à obtenção da satisfação dos seus objetivos. Só a partir daqui se poderá selecionar o método ou o instrumento para a colheita de dados.

Atendendo ao âmbito da presente investigação, aos seus objetivos e às suas questões de investigação, os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram: Questionário Sociodemográfico, Índice de Barthe (IB), Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS), e Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI).

Tendo em conta a revisão da literatura e no que respeita a avaliação do nível de (in)dependência do idoso, escolhemos o IB, porque atualmente, o IB continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD (Duncan, Jorgensen e Wade, 2000; Vilarmau, Diestre e Guirao, 2000; Sabartés et al. 2003). A fácil aplicação e interpretação,

baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos para realizar dez atividades básicas do seu quotidiano.

Para além destas qualidades (Paixão e Reichenheim, 2005), num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmou que o IB é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes.

No que respeita à avaliação do stress ocupacional optou-se pelo questionário de stress QSPS, porque ao contrário de alguns questionários adaptados para a população portuguesa como o Questionário de stress percecionado – PSS – Perception Stress Scale (Mota-Cardoso et al., 2002), destinado a quantificar o nível de stress que cada indivíduo experimenta subjetivamente ou o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS) Vaz-Serra (2000), que tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade que determinado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stress, o QSPS – Questionário de Stress para Profissionais de Saúde possui questões relacionadas com o trabalho, o que não acontece com os outros dois questionários.

Quanto às estratégias utilizadas pelos ajudantes de ação direta será utilizado o CAMI-Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados, tendo em conta a população estudada o CAMI é o questionário mais adequado, devido às questões que efetua, facto comprovado pelo valor do alfa de Cronobach.

4.1 – Justificação do Estudo

Segundo Fortin (2009) qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, que causa mal-estar, inquietação e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

As temáticas referentes ao stress ocupacional encontram-se em evolução, sendo que nas últimas décadas os estudos sobre esta área tem vindo a aumentar.

O ponto de partida desta investigação emerge do interesse em estudar e compreender como os ajudantes de ação direta de lares de idosos percecionam a sua profissão quanto ao nível de stress, bem como descrever as principais estratégias de *coping*.

Os cuidadores formais de lares de idosos são uma população pouco investigada, principalmente em Portugal (Apóstolo et al., 2011), no entanto, na literatura existente consideram-na como um grupo de risco, dadas as exigências com que se confrontam diariamente em todas as dimensões da sua profissão (Lopes, 2005; Freitas, 2011). Daí que seja

pertinente compreender a relação entre os níveis de stress (in)dependentes (Barbosa et al., 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011), no intuito de se contribuir para o desenvolvimento de programas que permitam diminuir o stress, fornecendo as estratégias de *coping* mais adequadas para lidar com as dificuldades experienciadas.

Sendo a velhice, uma consequência do aumento da esperança de vida assiste-se atualmente a um fenómeno social denominado envelhecimento demográfico onde o crescimento da população com mais de 65 anos de idade é uma realidade, mas ao mesmo tempo o número destas pessoas institucionalizadas, com perda de autonomia, invalidez ou dependência também não pára de aumentar. Em Portugal, segundo dados da PORDATA (2012), o índice de dependência total⁸ em 2011 era de 51,6%, dos quais 29% diz respeito a idosos, por conseguinte o papel do cuidador desta população é cada vez mais importante.

As alterações a nível da organização e estrutura da sociedade, nomeadamente do sistema familiar com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a quem era imputada a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente, faz com que as famílias não conseguiram assegurar a prestação de cuidados ao idoso tendo por isso que recorrer a colaboração de instituições mais concretamente aos lares de idosos, onde se inserem os cuidadores formais (ajudantes de ação direta). As inovações e exigências, decorrentes das mudanças nas organizações de trabalho podem desencadear alterações no comportamento bio-psico-social dos indivíduos e afetar a saúde do trabalhador na medida em que ultrapassam a capacidade de adaptação destes profissionais (Jodas & Haddad, 2009).

Neste cenário, estão os profissionais que fazem do contato direto com o outro a sua condição de trabalho. São professores, psicólogos, enfermeiros, médicos, polícias, cuidadores formais, seres que aliam as longas jornadas laborais ao inevitável envolvimento com a vida de outras pessoas e a excessiva carga de trabalho em ambientes potencialmente stressores (Mallar & Capitão, 2004).

Aos profissionais que trabalha em lares residenciais para idosos é atribuída uma enorme importância no sentido de promover uma vida cheia, e tanto quanto possível, significativa aos seus residentes.

Os Lares são uma comunidade e esperamos que todos eles tenham como objetivo proporcionar um ambiente onde todos se sintam em harmonia e compreensão mútuas – os que vivem, os que trabalham e os que dão a sua ajuda voluntária (Ramos, 2001).

Face a estes sinais e sintomas, a pessoa envolve-se em determinadas estratégias de *coping* com vista a lidar com a situação, ou a forma como a mesma a afeta (Ramos, 2001).

⁸ Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 0-14 anos conjuntamente com a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos – INE (2011), censos 2011

Segundo Nolan et al. (1996), os profissionais de saúde deverão identificar cuidadores em situação de maior risco e ajudá-los a identificar ou reduzir as formas de *coping* que perante determinada situação se revelam ineficazes, e a desenvolver novas estratégias para fazer face à situação.

Perante esse contexto, e tendo em conta que os estudos efetuados em Portugal acerca do stress ocupacional e *coping* em cuidadores formais, mais concretamente em ajudantes de ação direta são escassos, justifica-se o interesse e iniciativa da pesquisa com esta população, a fim de se compreender as relações entre variáveis sócio demográficas, os níveis de stress e as estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados, para se poder verificar quais as melhores estratégias ou programas a utilizar de forma a evitar o aparecimento de doenças, e contribuir para um melhor ambiente psicossocial no trabalho, quer para os ajudantes de ação direta, quer para o idoso.

A fim de contribuir para um melhor ambiente psicossocial no trabalho no que diz respeito aos ajudantes de ação direta. As questões de partida com a qual se iniciou o processo de investigação são: Os ajudantes de ação direta sofrem de stress ocupacional? Que estratégias de *coping* são utilizadas pelos cuidadores formais de idosos (in)dependentes perante situações stressantes?

A partir destas questões, foram formulados objetivos gerais e específicos, sobre os ajudantes de ação direta de idosos (in)dependentes institucionalizados.

4.2 Definição de objetivos

Esta investigação de carácter exploratório pretende caracterizar uma população de cuidadores formais no que se refere ao stress e as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos, a fim de contribuir para um melhor ambiente psicossocial no trabalho no que diz respeito aos ajudantes de ação direta. Desta forma surgem algumas questões subjacente à presente investigação: “Os ajudantes de ação direta sofrem de stress ocupacional?”; “Que estratégias de *coping* são utilizadas pelos cuidadores formais de idosos (in)dependentes perante situações stressantes? “

Assim sendo, o objetivo global deste estudo consistiu na verificação dos níveis de stress e estratégias de *coping* adotadas por profissionais ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados. Pretendeu-se ainda verificar se existe uma associação estatisticamente significativa entre: a idade; habilitações literárias; anos que trabalha na atual instituição; número de horas de trabalho por semana; número de anos de profissão como ajudantes de ação direta.

Não se considerou a variável género, porque da amostra total só 4 sujeitos eram do género masculino, quanto ao estado civil, mais de metade (70%) da amostra eram casados, a amostra quanto a estes dados eram irrelevantes.

Esta investigação, pretendeu desenvolver e orientar os seguintes objetivos específicos:

1. Investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de stress dos ajudantes de ação direta em função das variáveis sociodemográficas:
 - a) relação entre idade e os níveis de stress;
 - b) habilitações literárias
 - c) relação entre o tempo trabalha na atual instituição e os níveis de stress;
 - d) número de horas de trabalho por semana;
 - e) relação entre tempo de experiência como ajudante de ação direta e os níveis de stress.

2. Investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto às estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta em função:
 - a) relação entre idade e as estratégias de *coping*;
 - b) habilitações literárias;
 - c) relação entre o tempo trabalha na atual instituição e as estratégias de *coping*;
 - d) número de horas de trabalho por semana;
 - e) relação entre tempo de experiência como ajudante de ação direta e as estratégias de *coping*.

3. Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o grau de (in)dependência do idoso e os níveis de stress e estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta;

4. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o stress e as estratégias de *coping*.

4.2.1 – Variáveis

Neste estudo definiram-se duas classes de variáveis: variáveis principais e secundárias.

As variáveis principais são:

- a) Variável Stress, - para avaliar a intensidade do stress será utilizado o Questionário de stress para profissionais de saúde (QSPS).
- b) Variável *Coping*, - para a identificação das estratégias de *coping* será utilizado a escala da Versão portuguesa CAMI (Estratégias de *Coping* usadas pelo Cuidador).

No que respeita as variáveis secundárias foram definidas as seguintes:

- a) Variável de razão: Idade – em anos
- b) Variável nominal: Estado Civil: casado / solteiro / viúvo / divorciado/separado;
- c) Variável ordinal: Escolaridade: Sem escolaridade / saber ler e escrever / 1º ciclo de ensino básico (4ª classe) / 2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) / 3º ciclo do ensino básico (9º ano) / Ensino secundário (12ºano) / ensino superior (Licenciatura) / pós-graduações (Mestrado, Doutoramento);
- d) Variável de razão: Tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha - em anos
- e) Variável ordinal: Tempo de cuidados diários ao idoso: até 4 horas / 5 a 8 horas / 9 horas ou mais;
- f) Variável de razão: Tempo de experiência profissional como cuidador(a) - em anos.
- g) O grau de (in)dependência do idoso, variável ordinal, operacionalizada através do questionário índice de Barthel;

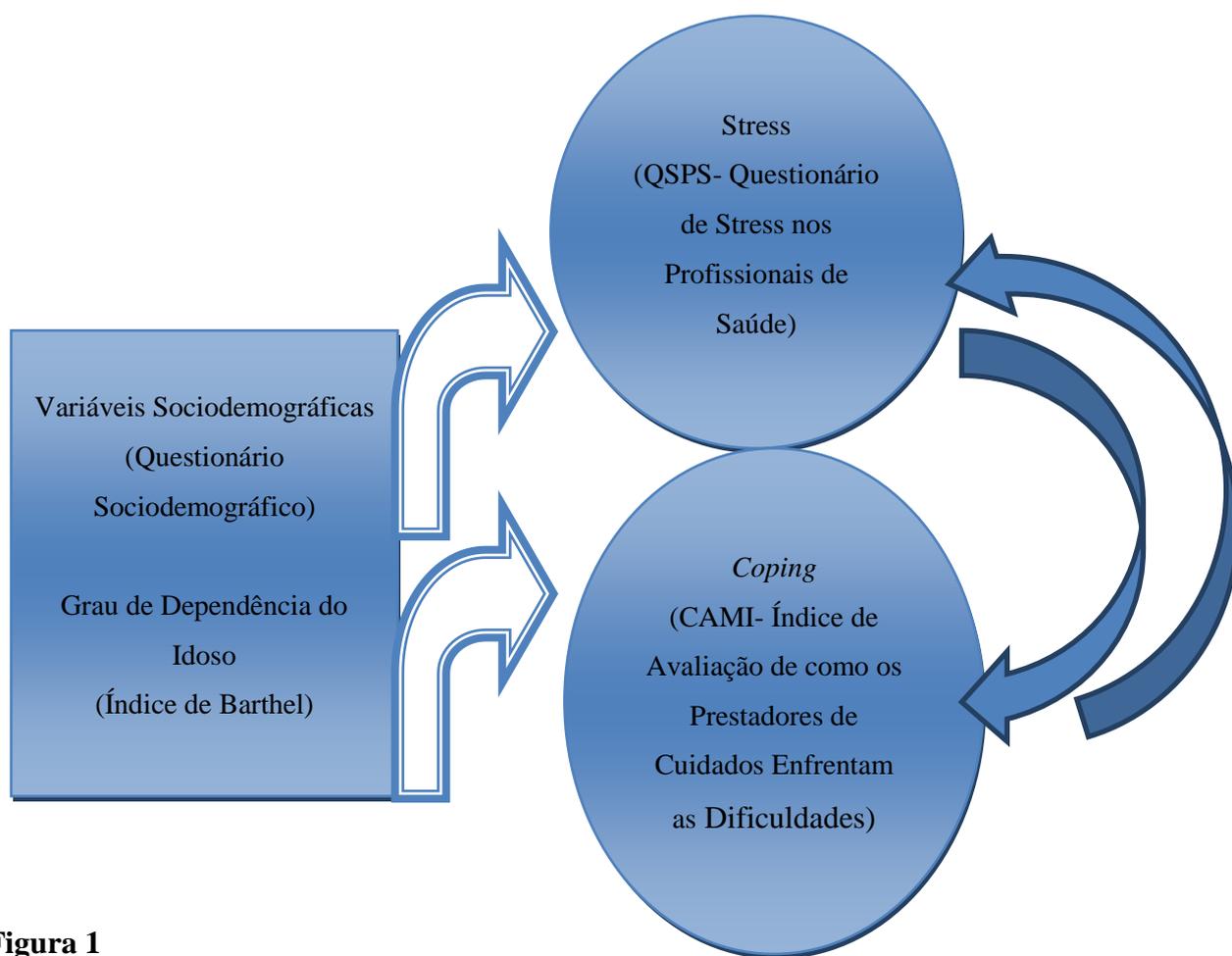


Figura 1

. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.

4.3 – Método

4.3.1 – Participantes

Os participantes incluídos neste estudo são ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados que trabalham em lares de idosos sediados em Rio Tinto e Valongo. A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, e é constituída por 97 indivíduos, pela análise do quadro 1 podemos constatar que a amostra é maioritariamente do sexo feminino 95,9% sujeitos (n=93), com idades compreendidas entre os 33 e 66 anos (M=50; DP= 8,63) (quadro 2).

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra quanto ao sexo (n=97)

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	4	4,1
	Feminino	93	9,9

Quadro 2

Características sociodemográficas da amostra quanto a Idade (n=97)

	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	97	33	66	50,00	8,633

Relativamente ao estado civil e escolaridade, verifica-se através da análise do quadro 3, que a maioria dos sujeitos refere ser casado 71,1% (n=69) e possuir o 3º ciclo do ensino básico (9º ano) 36,5% (n=35), seguido do 2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) 31,3% (n=31,3).

Quadro 3

Características sociodemográficas da amostra quanto ao Estado Civil e Escolaridade (n=97)

		<i>n</i>	<i>%</i>
Estado Civil	Casado	69	71,1
	Solteiro	9	9,3
	Viúvo	11	11,3
	Divorciado/Separado	7	7,2
	Outro	1	1,0
Escolaridade	Sabe ler e escrever	1	1,0
	1º ciclo de ensino básico (4ª classe)	7	7,3
	2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)	30	31,3
	3º ciclo do ensino básico (9º ano)	35	36,5
	Ensino secundário (12ºano)	23	24,0

Quanto ao tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha os ajudantes de ação direta auxilia no mínimo há 2 anos até um máximo de 23 anos (M=11,48; DP=5,58) (quadro 4)

Quadro 4

Tempo de Prestação de Cuidados na Instituição (n=97)

	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Há quanto tempo presta cuidados a idosos na instituição onde trabalha (anos)	97	2	23	11,48	5,580

No que respeita ao tempo de cuidados diários ao idoso, a maior parte dos sujeitos cuida entre 5 a 8 horas (69,1%) (quadro 5). Em relação ao tempo de experiência profissional de cuidados desta amostra, estes auxiliam entre 2 e 32 anos (M=17,34; DP=6,55) (quadro 6).

Quadro 5

Tempo de Cuidados Diários Prestado ao Idoso (n=97)

		<i>n</i>	%
Tempo de cuidados diários ao idoso	até 4 horas	1	1,0
	5 a 8 horas	67	69,1
	9 horas ou mais	29	29,9

Quadro 6

Tempo de Experiência Profissional como Cuidador em anos (n=97)

	<i>n</i>	Min.	Máx.	Média	DP
Tempo de experiência profissional como cuidador(a) (anos)	94	2	32	17,34	6,554

Quadro 7

Frequências do Índice de Barthel (IB) (grau de dependência) (n=97)

Índice de Barthel	Totalmente Dependente <20	Severamente Dependente 20-35	Moderadamente Dependente 40-55	Dependente 60-85	Independente 90-100
Índice de Barthel	48 49,5%	8 8,2%	14 14,4%	3 3,1%	24 24,7%

Quanto ao grau de (in)dependência, pela análise do quadro 7, no que diz respeito a categorização da pontuação final verificamos que a maioria da amostra situa-se entre o Totalmente Dependente e o Independente. Em termos de percentagem verificamos que a maior parte da amostra pontua abaixo de 20 valores (49,5%) o que significa que é totalmente dependente.

4.4- Material

Neste estudo foram adotadas quatro medidas de recolha de dados, sendo elas o questionário Sociodemográfico, a Escala de Avaliação de Dependência (Índice de Barthel), Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS); Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI - Carers' Assessement of Managing Index).

Para avaliarmos a fidelidade utilizamos o alpha de Cronbach no sentido de analisarmos a consistência interna dos instrumentos Índice de Barthel, QSPS e CAMI. Este procedimento é o mais utilizado e referido na literatura, sendo o seu valor calculado com base na média das intercorrelações entre todos os itens dos instrumentos (Ribeiro, 1999).

Segundo Pestana e Gageiro (2005), o alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo tanto melhor quanto maior a sua proximidade da unidade. Consoante o valor do alfa é possível classificar a consistência interna, sendo que para um alfa inferior a $\alpha=0,6$, é inaceitável. A

consistência interna é fraca quando o alfa assume um valor entre $\alpha=0,6$ e $0,7$; razoável para um alfa entre $\alpha=0,7$ e $0,8$; boa quando o alfa está entre $\alpha=0,8$ e $0,9$; e, muito boa quando o valor do alfa é superior a $0,9$.

Seguidamente apresenta-se a descrição de cada instrumento utilizado no estudo.

4.4.1 – Questionário dos dados Sociodemográficos (QSD)

Para a avaliação dos dados sociodemográficos, foi elaborado um questionário inicial com perguntas acerca do auxiliar de ação direta, que permitiu recolher informação sobre (Anexo VI):

- Sexo: masculino/feminino;
- Idade: em anos;
- Estado Civil: casado / solteiro / viúvo / divorciado/separado;
- Escolaridade: Sem escolaridade / saber ler e escrever / 1º ciclo de ensino básico (4ª classe) / 2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) / 3º ciclo do ensino básico (9º ano) / Ensino secundário (12ºano) / ensino superior (Licenciatura) / pós-graduações (Mestrado, Doutoramento);
- Há quanto tempo presta cuidados a idosos na instituição onde trabalha: em anos
- Tempo de cuidados diários ao idoso: até 4 horas / 5 a 8 horas / 9 horas ou mais;
- Tempo de experiência profissional como cuidador(a): em anos.

4.4.2 – Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel)

O Índice de Barthel (IB) é um instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diárias e foi originalmente publicado por Mahoney e Barthel (1965) e validado para Portugal por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) num estudo com uma amostra de 209 de idosos não institucionalizados

O objetivo da escala é avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD's), medindo o que o idoso realmente executa de forma independente.

O Índice de Barthel (Anexo VII), é um instrumento constituído por 10 itens todos de resposta fechada avalia o nível de independência para a realização de 10 ABVD's – alimentação, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, e, por último, o ato de subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Para cada actividade deverá ser assinalado um nível de dependência de entre duas, três ou quatro opções apresentadas. Os níveis de dependência podem ser pontuados com os

valores 0, 5, 10 ou 15, correspondendo o 0 à dependência total e os restantes valores a níveis de independência diferenciados. Quanto maior é a pontuação no índice, maior é o grau de autonomia. Assim, ao interpretarmos em termos de dependência teremos em conta o resultado invertido do índice. A cotação global varia entre 0 a 100 pontos e de acordo com os pontos de corte poderá classificar-se como: Independente (90 a 100 pontos); Ligeiramente dependente (60 a 90 pontos); Moderadamente dependente (40 a 55 pontos); Severamente dependente (20 a 35 pontos); Totalmente dependente (inferior a 20 pontos) (Sequeira, 2007).

Esta categorização varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência em consonância com os pontos de corte acima enumerados (Sequeira, 2007).

No nosso estudo a categorização da pontuação apresentam a mesma cotação (quadro 8).

Quadro 8

Score atingido no Índice de Barthel: grau de dependência

Independente	90 a 100 pontos
Ligeiramente Dependente	60 a 90 pontos
Moderadamente Dependente	40 a 55 pontos
Severamente Dependente	20 a 35 pontos
Totalmente Dependente	< 20 pontos

No que concerne a fidelidade no estudo realizado por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) o *alfa de Cronbach* foi de $\alpha=0,96$, o que significa uma elevada consistência interna.

No nosso estudo verifica-se um nível de fidelidade elevado, suportado por um *alfa de Cronbach* de 0,96. Este resultado supera o estudo para validação da população portuguesa realizado por Araújo et Al.(2007) e um outro estudo nacional realizado por (Martins, 2004) com doentes com AVC, onde é referida igualmente uma consistência interna do instrumento elevada, com um *alfa de Cronbach* de 0,94.

4.4.3 - Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS)

Para a operacionalização do Stress Ocupacional foi utilizado o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) (Anexo VIII). Este instrumento foi, segundo Gomes (2010), desenvolvido por Gomes (no prelo) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes et al. (2009) realizados com profissionais de diferentes domínios (e.g., psicólogos, médicos, enfermeiros).

Tendo por base as indicações obtidas no estudo realizado por Gomes (no prelo), a última versão é, segundo Gomes (2010) constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de stress no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade). Gomes (2010) refere ainda que a única alteração introduzida na versão obtida por Gomes (no prelo) (onde se encontrou uma estrutura fatorial de 24 itens) foi a inclusão de um item na dimensão de problemas familiares, procurando assim obter uma melhor representatividade do fator.

Gomes (2010) explicita que numa fase inicial o QSPS é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stress que experienciam na sua atividade, através de um único item (1=Nenhum stress; 5=Elevado stress). No presente foi retirada a questão “Nível global de stress na sua atividade enquanto Enfermeiro/a” por não se demonstrar relevante para o estudo em questão, utilizando-se apenas os 25 itens da segunda secção.

Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de stress associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos (1=Nenhum stress; 5=Elevado stress). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam menor perceção de stress em cada um dos domínios avaliados. Segundo Gomes (2010), as dimensões avaliadas são:

1. Lidar com clientes (itens 1, 8, 14, 20): refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (e.g. possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.);

2. Excesso de trabalho (itens 4, 12, 16, 22): diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar (e.g. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.);

3. Carreira e remuneração (itens 3, 10, 13, 17, 23): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido (e.g. impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.);

4. Relações profissionais (itens 2, 7, 9, 15, 21): descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de

trabalho e superiores hierárquicos (e.g. conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.);

5. Ações de formação (itens 6, 18, 24): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas;

6. Problemas familiares (itens 5, 11, 19, 25): descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas (e.g. instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de stress em cada um dos domínios avaliados.

Quadro 9

Comparação do alfa de Cronbach para o QSPS

Dimensões	<i>alpha de Cronbach do Estudo</i> Português. Gomes, Cruz e Cabanelas (2009)	<i>alpha de Cronbach do</i> Presente Estudo
Total QSPS		0,94
Lidar com clientes	0,90	0,85
Relações profissionais	0,82	0,86
Excesso de trabalho	0,84	0,70
Carreira e remuneração	0,80	0,77
Ações de formação	0,79	0,93
Problemas familiares	0,80	0,83

Esta estrutura obteve boas indicações sobre as propriedades psicométricas em cada uma das subescalas: i) lidar com clientes $\alpha = 0,82$; ii) relações profissionais $\alpha = 0,87$; iii) excesso de trabalho $\alpha = 0,83$; iv) carreira e remuneração $\alpha = 0,89$; v) acções de formação $\alpha = 0,84$; vi) problemas familiares $\alpha = 0,51$) (Gomes 2010).

Pela análise do quadro 9, verificamos que a consistência interna do QSPS global do nosso estudo é muito boa (0,94).

No que diz respeito às subescalas a consistência interna é boa, em alguns casos ultrapassa mesmo os encontrados pelos autores do instrumento (Gomes, Cruz &

Cabanelas,2009), como é o caso das subescalas: lidar com clientes (0,85), Relações profissionais (0,86); acções de formação (0,93) e problemas familiares (0,83).

4.4.4 - Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI)

Para identificação das estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais de idosos dependentes, será utilizada o índice para avaliação das Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI) que será operacionalizada através da aplicação de um questionário tipo Likert (Anexo IX). Este questionário foi desenvolvido por Nolan, Grant e Keady (1995), a tradução e aferição da versão original de Nolan e colaboradores para a população portuguesa foi conduzida por Brito (2002), atendendo para além das questões de semântica às questões culturais. O índice de CAMI permite obter informações acerca das estratégias encontradas pelo cuidador a fim de minimizar as dificuldades que sente em prestar cuidados à pessoa dependente.

O CAMI inclui 38 afirmações relacionadas com as estratégias de *coping*, ou seja, com a forma como cada cuidador resolve ou atenua as dificuldades que percebe, no âmbito do cuidar do idoso dependente (Nolan et al., 1995, 1996, 1998; Brito, 2002; Sequeira, 2010). Os prestadores de cuidados devem indicar se utilizam ou não aquela forma de lidar com as situações e, em caso afirmativo, deverão também referir a percepção do grau de eficácia e efectividade do procedimento (Nolan et al., 1995, 1996,1998; Brito, 2002). Desta forma, perante cada afirmação/estratégia de *coping* descrita, o cuidador deverá indicar se a utiliza ou não (1) e, em caso afirmativo, deverá referir se não dá resultado (2), se dá algum resultado (3) ou se dá bastante bom resultado (4). As várias estratégias de *coping* agrupam-se em três categorias (Nolan, et Al. 1998; Brito, 2002):

1. Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas (itens 1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17,18, 23, 29, 30, 31, 33);
2. Percepções alternativas sobre a situação (itens 6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20,22, 24, 25, 26, 27, 32, 34);
3. Lidar com os sintomas de stress (itens 2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37, 38)

A pontuação da escala resulta da soma das pontuações dos itens, obtém-se um Score Global que varia entre 38 e 152, em que um maior Score corresponde a uma maior utilização/percepção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, com os seguintes pontos

de corte: Inferior a 76 = Não utiliza estratégias de *coping*, ou as estratégias utilizadas não são eficazes; Entre 76 a 114 = Percepção de alguma eficácia nas estratégias de coping utilizadas e Superior a 114 = Percepção de elevada eficácia nas estratégias de coping utilizadas.

Avaliada através do coeficiente de *alfa de Cronbach* as qualidades psicométricas do CAMI apresenta uma boa consistência interna no estudo realizado por Brito (2002), no nosso estudo a consistência interna do instrumento é muito boa, quadro 10.

Quadro 10

Comparação do alfa de Cronbach para o CAMI

Dimensões	<i>alpha de Cronbach</i> do Estudo Português. Brito (2002)	<i>alpha de Cronbach</i> do Presente Estudo
Total CAMI	0,80	0,93
Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas	0,80	0,77
Percepções alternativas sobre a situação	0,81	0,90
Lidar com os sintomas de stress	0,70	0,78

Pela análise do quadro 10, podemos verificar que no nosso estudo, mais uma vez os valores de alfa de Cronbach ultrapassam os valores do estudo de adaptação para Portugal, a consistência interna do instrumento é muito boa ($\alpha = 0,93$), ultrapassando o valor do estudo de adaptação para Portugal ($\alpha = 0,80$) (Brito 2002), no que respeita às subescalas, os valores da subescala lidar com os sintomas de stress ($\alpha = 0,90$) e percepções alternativas sobre a situação ($\alpha = 0,78$) os valores são superiores ao estudo desenvolvido por (Brito, 2002).

4.5 - Procedimento

Como em qualquer trabalho de investigação torna-se necessário desenvolver uma série de procedimentos tendo em vista a sua oficialização e cumprimento de requisitos éticos.

Assim, numa primeira fase foi pedida autorização para os autores que adaptaram os diversos instrumentos para Portugal (Anexo I, II, III, IV, V), seguidamente, foi efetuado o pedido por escrito às instituições envolvidas no sentido de pedir autorização para a participação dos cuidadores no estudo (Anexo X, XI, XII) e dar conhecimento dos objetivos do

próprio estudo, para tal, houve uma reunião prévia com os responsáveis das instituições, onde além de explicados os objetivos foi dada a garantia do anonimato das instituições aquando da apresentação e discussão dos resultados.

De seguida foi feita a seleção da amostra composta por cuidadores formais de idosos (in)dependentes institucionalizados. Efetuou-se, posteriormente o contato com os representantes da instituição onde se pretendia realizar o estudo, entregando-lhe uma carta de pedido de autorização. Depois de ter a autorização por parte das instituições para recolher as informações junto dos cuidadores formais, foi pedido o consentimento dos participantes, voluntário e informado, tendo sido prestadas todas as informações, com o objetivo de garantir a participação, de livre vontade, de todos os participantes, sendo-lhes, também, assegurado o direito de recusar, em qualquer momento, a respetiva participação no estudo, sem que daí pudesse advir qualquer prejuízo pessoal.

Aquando do preenchimento dos questionários foi apresentado o objetivo geral do estudo, bem como obtido o respetivo consentimento informado. Imediatamente antes do início do preenchimento do questionário, cada um dos participantes foi informado:

- Sobre aspectos específicos do preenchimento do conteúdo do questionário: tipo de questões; escala de resposta dos itens; e espaço para comentários finais e/ou sugestões;
- Sobre a possibilidade de solicitar qualquer tipo de esclarecimento durante o preenchimento do mesmo;
- Sobre o anonimato e a confidencialidade das respostas dadas: na verdade, o questionário não solicitava qualquer informação de identificação;
- Que os questionários iriam ser utilizados exclusivamente para o estudo em causa.

Após a informação transmitida aos participantes, o investigador afastou-se permitindo o preenchimento do questionário, embora ficando atento a qualquer tipo de pergunta que os participantes pudessem colocar. Uma vez concluído o preenchimento do questionário, o investigador recolhia- os e agradecia aos participantes a sua colaboração.

Nesta investigação, o tratamento estatístico dos dados foi realizado com o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 22). Recorreu-se a vários procedimentos estatísticos para o tratamento de dados: • Estatística descritiva: medidas de tendência central como a média e a mediana, medidas de dispersão como o desvio padrão (DP), frequências e amplitude • Técnica de associação entre variáveis com o coeficiente de correlação de Person.

Através da estatística descritiva, foram caracterizados os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes da investigação. De acordo o tipo de variáveis em causa, procedeu-se ao cálculo de frequências e percentagens e determinação da média, mediana e

desvio-padrão. Para fazer a análise correlacional, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Este procedimento desenvolveu-se para analisar a associação entre dados obtidos através do QSPS, CAMI.

Síntese Conclusiva

No que diz respeito à caracterização desta população, podemos afirmar que pertence quase na totalidade ao sexo feminino (95,9%), com idades compreendidas entre os 33 e 66 anos. A análise descritiva dos dados sociodemográficos permitiu-nos verificar, como seria expectável, que se trata de uma amostra composta maioritariamente por indivíduos do género feminino. Segundo Ribeiro et al. (2009), as raízes históricas e culturais do cuidar podem explicar a presença feminina observada entre os cuidadores formais deste estudo, ou seja, a prática das mulheres em cuidar de seus filhos é um facilitador na adaptação a esta nova atividade. De facto, noutros estudos portugueses com objetivos semelhantes, verificaram-se resultados idênticos relativos ao género feminino (Apóstolo et al., 2011; OMS, 2001).

Relativamente às habilitações literárias, esta população é pouca escolarizada, 30 sujeitos (30.9%) referem ter o 2º ciclo do ensino básico; 35 (36.1%) afirmam ter o 3º ciclo. Estes resultados vão de encontro aos dados de outros autores, que consideram este grupo profissional como pouco escolarizado (Carneiro, et al., 2009; Colomé et. Al, 2011; Jacob,2002; Ribeiro, et al.,2009; Sousa, 2011). Os mesmos autores (Carneiro, et al., 2009; Colomé et. Al, 2011; Jacob,2002; Ribeiro, et al.,2009; Sousa, 2011) referem relativamente à formação deste coletivo profissional, defendendo que este, inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem nenhuma ação de preparação, assim como, desempenha funções sem nenhuma ou pouca formação específica

Quanto ao tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha este oscila entre o mínimo de 2 anos e o máximo de 23 anos, com uma média de 11,48 anos. Estes dados são semelhantes aos dados encontrados por encontrados por Sousa (2011) que obteve uma média de dez anos.

Relativamente ao tempo de cuidados diários ao idoso a maioria dos indivíduos, cuidam dos utentes 9 horas ou mais, resultados que vão de encontro aos encontrados na literatura, o cuidador dedica 8 horas ou mais nos cuidados aos idosos, este muitas vezes requer muita atenção devido às patologias que demonstram.

Em relação ao tempo de experiência profissional de cuidados desta amostra, este oscila entre 2 e 32 anos, com uma média de 17,4 anos. Estes dados contrariam os resultados encontrados na maioria dos estudos (Almeida 2013, Batista, 2012), em que a média de anos na profissão foi de 11 anos. A causa mais plausível para esta situação é o desemprego, com o

aumento do número de instituições e de indivíduos institucionalizados em Portugal, faz com que a população desempregada seja encaminhada para estas instituições.

Relativamente ao grau de (in)dependência dos idosos verificamos que a maior parte da amostra pontua abaixo de 20 valores (<20; 49,5%) o que significa que é totalmente dependente.

CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 – 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 22.0).

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 seguintes testes: testes derivados de estatística descritiva, como médias e desvios padrões, testes de Correlação de Pearson e Anova. De seguida, apresentam-se os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos no intuito de se concretizar os objetivos da presente investigação.

5.1.1 – Análise do Objetivo Geral

Quanto ao objetivo geral em que se pretende saber se os ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados percecionam a sua atividade profissional como stressante e quais as estratégias de *coping* adotadas por estes profissionais. Procedemos a análise do questionário QSPS e análise do questionário CAMI.

a) Através da análise questionário QSPS no quadro 10 apresentam-se as frequências referente ao nível global de stress e no quadro 11 podemos observar as frequências referentes aos 25 itens de resposta dos sujeitos.

Quadro 11

Nível Global de Stress (QSPS) (média, desvio padrão, mínimo, máximo) (n=97)

	N	M	DP	Mín	Máx
Nível Global Stress	97	3,39	,587	2	4

Quadro 12

Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS) (n=97)

QSPS	M	DP	Mín	Máx
1.Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.	3,64	0,50	2	4
2.O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.	3,19	0,63	2	4
3.A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	3,12	0,43	2	4
4.Trabalhar muitas horas seguidas	3,88	0,36	2	4
5.Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.	3,65	0,51	2	4
6. Falar ou fazer apresentações em público.	2,95	0,60	2	4
7.A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.	3,19	0,527	1	4
8.Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os utentes esperam de mim.	3,47	0,579	2	4
9.O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.	3,08	0,553	1	4
10.Falta de perspectivas de progressão na carreira.	3,18	0,479	2	4
11.A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.	3,80	0,399	3	4
12.O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.	3,42	0,537	2	4
13.Receber um salário baixo.	3,87	0,342	3	4
14.Gerir problemas graves dos utentes.	3,49	0,542	2	4
15.Os conflitos interpessoais com outros colegas.	3,14	0,540	2	4
16.Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.	3,69	0,465	3	4
17.Viver com os recursos financeiros de que disponho.	3,90	0,338	2	4
18.Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho.	2,90	0,604	1	4
19.A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).	3,60	0,493	3	4
20.Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos utentes.	3,36	0,504	2	4
21.Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.	3,10	0,510	2	4
22.A sobrecarga ou excesso de trabalho.	3,91	0,292	3	4
23.Salário inadequado/insuficiente.	3,89	0,350	2	4
24.Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade.	2,94	0,609	1	4
25.Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.).	3,72	0,451	3	4

Através da análise do quadro 11 verificamos que os ajudantes de ação direta percebem a sua actividade como bastante stressante (M=3,39). No que respeita aos itens que compõem o questionário, no quadro 12 observamos que o item 22 sobrecarga ou excesso de trabalho, apresenta a média mais elevada (M=3,91) seguido do item 17 viver com os recursos financeiros de que disponho (M=3,90), o item que apresenta a média mais baixa é o item 18 preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho (M=2,90).

Quadro 13

Subescalas do QSPS – Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo (n=97)

QSPS: Fatores de Stress	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Lidar com clientes	13,97	1,776	9	16
Relações profissionais	15,70	2,218	10	20
Excesso de trabalho	14,90	1,229	11	16
Carreira e remuneração	17,95	1,424	13	20
Ações de formação	8,78	1,697	4	12
Problemas familiares	14,77	1,517	11	16

Em relação às subescalas no quadro 13 podemos observar que a subescala carreira e remuneração é que apresenta a média mais elevada (M=17.95) (itens 3, 10, 13, 17, 23) e a subescala ações de formação é que apresenta a média mais baixa (M=8.78) com questões relacionadas com ações de formação da responsabilidade do cuidador (itens 6, 18, 24).

b) Quanto ao objetivo geral em que se pretende saber quais as estratégias de *coping* adotadas pelos ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados, procedemos a análise do questionário CAMI

Através da análise questionário CAMI no quadro 13 apresentam-se as frequências referentes aos 25 itens de resposta dos sujeitos e no quadro 14 as frequências das subescalas.

Quadro 14

Formas de Coping Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI) (n=97)

CAMI	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1. Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo.	3,28	0,85	1	4
2. Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante.	1,52	0,67	1	4
3. Falar dos meus problemas com alguém em quem confio.	2,12	0,96	1	4
4. Reservar algum tempo livre para mim próprio(a).	2,79	0,87	1	4

5. Planejar com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer.	3,09	0,84	1	4
6. Ver o lado cômico da situação.	2,02	1,18	1	4
7. Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu.	2,46	1,01	1	4
8. Cerrar os dentes e continuar.	1,58	1,01	1	4
9. Recordar todos os bons momentos.	2,48	1,04	1	4
10. Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	3,23	0,94	1	4
11. Pensar que a pessoa de quem cuida não tem culpa da situação em que está.	2,73	0,93	1	4
12. Viver um dia de cada vez.	2,74	1,00	1	4
13. Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder.	2,77	0,88	1	4
14. Manter a pessoa de quem cuida tão activa quanto possível.	2,04	0,97	1	4
15. Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	2,04	1,24	1	4
16. Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	2,26	0,95	1	4
17. Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	2,19	1,37	1	4
18. Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução.	3,21	0,76	1	4
19. Chorar um bocadinho.	2,19	0,85	1	4
20. Aceitar a situação tal qual ela é.	2,64	0,98	1	4
21. Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante.	1,77	0,99	1	4
22. Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	1,58	0,98	1	4
23. Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	3,11	0,72	1	4
24. Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas.	1,79	0,95	1	4
25. Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação.	3,28	0,63	1	4
26. Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	2,08	1,10	1	4
27. Manter dominados os meus sentimentos e emoções.	2,36	0,92	1	4
28. Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	1,38	0,78	1	4
29. Confiar na minha própria experiência e na competência	3,37	0,63	1	4

que tenho adquirido.				
30.Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	3,22	0,72	1	4
31.Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes.	3,27	0,65	1	4
32.Procurar ver o que há de positivo em cada situação	2,63	1,00	1	4
33.Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	2,43	0,88	1	4
34.Pensar que ninguém tem culpa da situação.	2,59	0,95	1	4
35.Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico.	1,91	1,30	1	4
36.Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	1,66	1,05	1	4
37.Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras.	1,65	1,08	1	4
38.Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa.	2,31	1,27	1	4

Quadro 15

CAMI – Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo (n=97)

Subescalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Lidar com os acontecimentos/Resolução de problemas	39,89	7,46	3	55
Perceções alternativas sobre a situação	35,2	10,22	4	53
Lidar com sintomas de stress	17,04	5,69	1	31

Pela leitura do quadro 14, verificamos que o item 29 confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido é o que apresenta a média mais elevada ($M=3,37$), seguido do item 1 estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo e o item 25 acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação com $M=3,28$, o item 28 tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género apresenta a média mais baixa ($M=1,38$).

Em relação às subescalas, a subescala lidar com os acontecimentos/resolução de problemas (itens 1,3,5,10,13,14,15,17,18,23,29,30,31,33), apresenta a média mais elevada ($M=39,89$) e a subescala lidar com os sintomas de stress (itens 2,4,19,21,28,35,36,37,38) apresenta a média mais baixa ($M=17,04$).

5.1.2 - Análise do Objetivos Específicos

Investigar se existe uma relação estatisticamente significativa quanto aos níveis de stress e quanto às estratégias de *coping* adotadas pelos ajudantes de ação direta em função das variáveis sociodemográficas:

a) Idade

A fim de se verificar se existe uma relação entre a idade e os níveis de stress e estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta, procedeu-se a correlação de Pearson, uma vez que o objetivo é descobrir a relação entre duas variáveis quantitativas (idade –stress e as estratégias de *coping*), quadro 16 e 17.

Quadro 16

Relação entre o QSPS (nível global de stress e subescalas) e a idade (n=97) (teste de Pearson)

		Nível Global Stress	Lidar com Clientes	Relações Profissionais	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Ações de Formação	Problemas Familiares
Idade em Anos	Correlação	,195	,273**	,267**	,273**	,069	,271**	,260*
	Sig.	,055	,007	,008	,007	,499	,007	,010
	N	97	,97	97	97	97	97	97

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Quadro 17

Relação entre o CAMI (subescalas) e a idade em anos (n=97) (teste de Pearson)

		CAMItotal	Lidar com os acontecimentos / resolução de problemas	Percepções alternativas sobre a situação	Lidar com sintomas de stress
Idade em Anos	Correlação	-,199	-,107	-,136	-,003
	Sig. (bilateral)	,051	,296	,183	,974
	N	97	97	97	97

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Pela análise do quadro 16 verificamos que existe uma correlação significativa e positiva entre a idade dos cuidadores e 5 das subescalas do QSPS: lidar com os clientes (p=273**;r=,007), relações profissionais (p=267**;r=,008), excesso de trabalho (p=273**;r=,007) ações de formação (p=271**;r=,00) e problemas familiares (p=260**;r=,010). A idade não está relacionada com o nível global de stress.

Pela análise do quadro 17 podemos concluir que a idade dos sujeitos não interfere nas estratégias de *coping* usadas pelos cuidadores em situações de stress.

b) Habilitações Literárias

A fim de se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas dos sujeitos com diferentes habilitações literárias quanto ao stress e as estratégias de *coping*, optou-se por realizar uma análise da variância (ANOVA) entre os vários grupos da variável habilitações literárias.

Quadro 18

Comparação de Médias- Nível Global de stress as Subescalas (QSPS) e a Escolaridade do Sujeito (n=97)

		Média	Desvio Padrão	F	g.l	p
Nível Global Stress	Saber Ler e Escrever	3,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	3,71	0,488	2,415	5,91	0,042
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	3,60	0,498			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	3,23	0,547			
	Ensino Secundário (12º ano)	3,26	0,689			
	Ensino Superior (Licenciatura)	4,00	.			
	Lidar com Clientes	Saber Ler e Escrever	12,00	.		
1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)		15,29	1,496	1,159	5,91	0,335
2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)		14,07	1,929			
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)		13,77	1,816			
Ensino Secundário (12º ano)		13,83	1,527			
Ensino Superior (Licenciatura)		14,00	.			
Total		13,97	1,776			
Relações Profissionais	Saber Ler e Escrever	15,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	16,00	1,826	0,461	5,91	0,804
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	16,10	2,203			
	3º Ciclo do Ensino Básico	15,51	2,267			

	(9º ano)					
	Ensino Secundário (12º ano)	15,35	2,386			
	Ensino Superior (Licenciatura)	17,00	.			
Excesso de Trabalho	Saber Ler e Escrever	15,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	15,86	0,378	1,439	5,91	0,218
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	14,93	1,230			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	14,94	1,136			
	Ensino Secundário (12º ano)	14,48	1,442			
	Ensino Superior (Licenciatura)	15,00	.			
Carreira e Remuneração	Saber Ler e Escrever	18,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	18,29	0,756	0,221	5,91	0,953
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	18,10	1,269			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	17,83	1,562			
	Ensino Secundário (12º ano)	17,83	1,642			
	Ensino Superior (Licenciatura)	18,00	.			
Ações de Formação	Saber Ler e Escrever	9,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	9,29	0,488	0,260	5,91	0,933
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	8,90	1,788			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	8,74	1,804			
	Ensino Secundário (12º ano)	8,52	1,755			
	Ensino Superior (Licenciatura)	9,00	.			
Problemas Familiares	Saber Ler e Escrever	12,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	15,71	0,756	2,179	5,91	0,063

2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	15,13	1,252
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	14,51	1,579
Ensino Secundário (12º ano)	14,48	1,702
Ensino Superior (Licenciatura)	16,00	.

Pela análise do quadro 18 verificamos que o nível global de stress é estatisticamente superior ($M=4,00$) nos licenciados em relação a todos os outros graus de ensino, sobretudo em relação ao 3º ciclo do ensino básico (9º ano). As subescalas (lidar comos clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, acções de formação e problemas familiares) não apresentam diferenças de médias estatisticamente significativas em relação à escolaridade. Apenas o nível global de stress tem uma significância significativa ($p=0,42$)

Quanto às estratégias de *coping* procedemos de igual forma à comparação de médias através da ANOVA, quadro19.

Quadro 19

Comparação de Médias Coping- (CAMI) e a Escolaridade do Sujeito(n=97)

		Média	Desvio Padrão	F	g.l	p
CAMI total	Saber Ler e Escrever	118,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	91,57	15,544	0,952	5,91	0,452
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	95,63	19,628			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	89,49	18,662			
	Ensino Secundário (12º ano)	93,52	19,704			
	Ensino Superior (Licenciatura)	114,00	.			
	Lidar com acontecimentos/resolução de problemas	Saber Ler e Escrever	51,00	.	1,254	5,91

	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	37,71	3,904			
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	40,37	6,734			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	38,46	8,995			
	Ensino Secundário (12º ano)	41,26	6,181			
	Ensino Superior (Licenciatura)	48,00	.			
Perceções alternativas sobre as situações	Saber Ler e Escrever	45,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	37,86	10,463	1,338	5,91	0,255
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	36,70	10,035			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	32,29	10,323			
	Ensino Secundário (12º ano)	35,96	9,874			
	Ensino Superior (Licenciatura)	48,00	.			
Lidar com sintomas de stress	Saber Ler e Escrever	22,00	.			
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º classe)	16,00	5,033	0,924	5,91	0,469
	2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório)	18,57	5,905			
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	15,89	5,940			
	Ensino Secundário (12º ano)	16,87	5,208			

Secundário (12º ano)
 Ensino Superior (Licenciatura) 18,00

Quanto às estratégias de *coping*, ao analisarmos o quadro 19 verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas para as subescalas (lidar com os acontecimentos / resolução de problemas perceções alternativas sobre a situação, lidar com sintomas de stress) nem para o total do CAMI.

c) Tempo Prestação de Cuidados a Idosos na Instituição onde Trabalha;

A fim de se verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha e os níveis de stress e estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta, procedeu-se a correlação de Pearson, quadro 20 e 21.

Quadro 20

Relação entre o QSPS (nível global de stress e subescalas) e o tempo prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha na amostra total (n=97) (teste de Pearson)

		Nível Global Stress	Lidar com Clientes	Relações Profissionais	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Ações de Formação	Problemas Familiares
TpoPrestação de Cuidados a Idosos na instituição onde trabalha	Correlação	,097	,113	,158	,220*	-,062	,169	,072
	Sig	,346	,272	,125	,032	,547	,099	,483
	N	97	97	97	97	97	97	97

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Quadro 21

Relação do entre o CAMI (subescalas) e e o tempo prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha na amostra total (n=97) (teste de Pearson)

		CAMI total	Lidar com os acontecimentos / resolução de problemas	Perceções alternativas sobre a situação	Lidar com os acontecimentos / resolução de problemas
TpoPrestação de Cuidados a Idosos na Instituição onde trabalha	Correlação de Pearson	-,051	-,072	-,042	,022
	Sig. (bilateral)	,623	,484	,683	,830
	N	96	96	96	96

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

No que respeita às subescalas do QSPS, verifica-se pela análise do quadro 20 que só existe uma correlação significativa e positiva entre o tempo prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha e a subescala do QSPS excesso de trabalho ($r=,220$ * $p=,032$), no que respeita ao nível global de stress e as restantes subescalas não existe qualquer relação.

Quanto às estratégias de *coping*, no quadro 21 verificamos que não existe qualquer relação entre os anos que os sujeitos trabalham na atual instituição e as estratégias de *coping* por eles utilizadas, ou seja, os anos que os sujeitos trabalham na atual instituição não estão associados às estratégias de *coping* por eles utilizadas em situações de stress.

d) Tempo de cuidados Diários aos Idosos;

A fim de se verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de cuidados diários aos idosos e os níveis de stress e estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta, procedeu-se à comparação de médias (ANOVA), quadro 22 e 23.

Quadro 22

Comparação de Médias para o Stress e Tempo de cuidados Diários aos Idosos

		Média	Desvio Padrão	F	g.l	p
Nível Global Stress	Até 4 Horas	3,00	.	0,385	2	0,681
	5 a 8 Horas	3,37	,624			
	9 Horas ou Mais	3,45	,506			
Lidar com Clientes	Até 4 Horas	13,00	.	4,046	2	0,021
	5 a 8 Horas	13,66	1,675			
	9 Horas ou Mais	14,72	1,830			
Relações Profissionais	Até 4 Horas	16,00	.	1,613	2	0,205
	5 a 8 Horas	15,43	2,083			
	9 Horas ou Mais	16,31	2,466			
Excesso de Trabalho	Até 4 Horas	15,00	.	3,379	2	0,038
	5 a 8 Horas	14,69	1,282			
	9 Horas ou Mais	15,38	,979			
Carreira e Remuneração	Até 4 Horas	18,00	.	1,356	2	0,263
	5 a 8 Horas	17,79	1,452			
	9 Horas ou Mais	18,31	1,339			
Ações de Formação	Até 4 Horas	9,00	.			

	5 a 8 Horas	8,48	1,570	3,764	2	0,027
	9 Horas ou Mais	9,48	1,825			
Problemas Familiares	Até 4 Horas	15,00	.			
	5 a 8 Horas	14,64	1,583	0,810	2	0,448
	9 Horas ou Mais	15,07	1,361			

Pela análise do quadro 22, verifica-se que não existe diferenças estatisticamente significativas em relação ao total de stress, mas existem diferenças estatisticamente significativas quanto às subescalas do QSPS (lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares). Os valores das subescalas são sempre mais elevados nos cuidadores com mais horas de cuidados ao idoso.

Quadro 23

Comparação de Médias para o Coping e Tempo de cuidados Diários aos Idosos

		Média	Desvio Padrão	F	g.l	p
CAMI total	Até 4 Horas	90,00	.			
	5 a 8 Horas	93,04	20,328	0,013	2	0,987
	9 Horas ou Mais	93,14	16,311			
Lidar com acontecimentos/resolução de problemas	Até 4 Horas	36,00	.	0,275	2	0,760
	5 a 8 Horas	40,19	7,630			
	9 Horas ou Mais	39,31	7,241			
Perceções alternativas sobre as situações	Até 4 Horas	33,00	.	0,024	2	0,976
	5 a 8 Horas	35,27	10,969			
	9 Horas ou Mais	35,17	8,632			
Lidar com sintomas de stress	Até 4 Horas	21,00	.	2,045	2	0,135
	5 a 8 Horas	16,28	5,736			
	9 Horas ou Mais	18,66	5,374			

Relativamente às estratégias de *coping*, verifica-se pela análise do quadro 23 que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao total do cami, nem às subescalas (Lidar com acontecimentos/resolução de problemas, Perceções alternativas sobre as situações, Lidar com sintomas de stress) em relação ao tempo de cuidados diários aos idosos.

e) Tempo de experiência profissional como cuidador(a)

A fim de se verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de cuidados diários aos idosos e os níveis de stress e estratégias de *coping* dos ajudantes de ação direta, procedeu-se a correlação de Pearson, quadro 24 e 25.

Quadro 24

Relação entre o QSPS (nível global de stress e subescalas) e o tempo de experiência profissional como cuidador(a) na amostra total (n=97) (teste dePearson)

		Nível Global Stress	Lidar com Clientes	Relações Profissionais	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Ações de Formação	Problemas Familiares
TpExpProf como cuidador(a)	Correlação	-,018	,184	,168	,174	-,115	,226*	,137
	Sig.	,865	,007	,106	,094	,268	,028	,187
	N	97	97	97	97	97	97	97

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Quadro 25

Resultados do estudo da associação entre o CAMI (subescalas) e tempo de experiência profissional como cuidador(a) na amostra total (n=97) (teste dePearson)

		CAMItotal	Lidar com os acontecimentos / resolução de problemas	Perceções alternativas sobre a situação	Lidar com sintomas de stress
TpExpProfCuid	Correlação de Pearson	-,391**	-,145	-,337**	-,299**
	Sig. (bilateral)	,000	,162	,001	,003
	N	94	94	94	94

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Pela análise do quadro 24 verificamos que existe uma correlação positiva entre o tempo de experiência profissional como cuidador(a) e a subescala ações de formação (p=226*;r=,028), no que respeita às restantes subescalas não existe qualquer relação.

No que respeita as estratégias de *coping* verifica-se pela análise do quadro 25 que existe uma correlação significativa e negativa entre tempo de experiência profissional como cuidador(a) e o CAMItotal (p=391**;r=,000) e as subescalas perceções alternativas sobre a situação (p=337**;r=,001) e lidar com sintomas de stress (p=299**;r=,003).

Quadro 28

Relação entre fontes de stress e coping na amostra total (n=97) (teste de Pearson)

		Nível Global Stress	Lidar com Clientes	Relações Profissionais	Excesso de Trabalho	Carreira e Remuneração	Ações de Formação	Problemas Familiars
CAMItotal	Correlação de Pearson	,186	-,260*	-,121	-,235*	-,119	-,295**	-,168
	Sig. (bilateral)	,068	,010	,236	,021	,247	,003	,100
	N	97	97	97	97	97	97	97
Lidar com os acontecimentos / Resolução de problemas	Correlação de Pearson	,112	-,243*	-,203*	-,231*	-,171	-,292**	-,080
	Sig. (bilateral)	,273	,016	,046	,023	,094	,004	,438
	N	97	97	97	97	97	97	97
Perceções alternativas sobre a situação	Correlação de Pearson	,201*	-,102	-,024	-,154	-,048	-,110	-,006
	Sig. (bilateral)	,049	,319	,814	,132	,641	,283	,957
	N	97	97	97	97	97	97	97
Lidar com sintomas de stress	Correlação de Pearson	,219*	-,137	,058	-,199	-,059	-,088	-,094
	Sig. (bilateral)	,031	,181	,573	,051	,567	,394	,359
	N	97	97	97	97	97	97	97

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Através da análise do quadro 29 podemos verificar as correlações existentes entre o Total do QSPS e as suas subescalas e o Total do CAMI e as respetivas subescalas.

No que diz respeito às correlações, verificou-se que o total do CAMI correlaciona-se significativa e negativamente com as seguintes subescalas do QSPS, lidar com os clientes, excesso de trabalho e ações de formação, com o nível global de stress e as restantes subescalas, relações profissionais, carreira e remuneração e problemas familiares não existe qualquer relação.

A subescala do CAMI Lidar com os acontecimentos / resolução de problemas correlaciona-se significativa e negativamente com as subescalas do QSPS, lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, ações de formação, com o nível global de stress e as restantes subescalas, carreira e remuneração e problemas familiares não existe qualquer relação.

Quanto à subescala do CAMI, perceções alternativas sobre a situação esta correlaciona-se positiva e significativamente com o total do QSPS e correlaciona-se negativamente com 5 subescalas do QSPS, lidar com clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, com a subescala relações profissionais não existe qualquer relação.

A subescala Lidar com sintomas de stress correlaciona-se significativa e positivamente com o total do QSPS, com as restantes subescalas, lidar com clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, com a subescala relações profissionais não existe qualquer relação.

Das correlações descritas podemos concluir que menores níveis de stress estão relacionados com mais competências para lidar com os acontecimentos.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 – Discussão

Este estudo procurou explorar a relação entre o stress ocupacional e as estratégias de *coping*, avaliados mediante o questionário QSPS e o índice CAMI, assim como verificar se estas são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas dos AAD. A discussão dos resultados será feita retomando, para o efeito, os objetivos orientadores da pesquisa.

Relativamente ao **objetivo geral** em que se pretende saber se os ajudantes de ação direta de idosos dependentes institucionalizados percebem a sua atividade profissional como stressante e quais as estratégias de *coping* adotadas por estes profissionais, conclui-se que os cuidadores formais avaliados, sofrem de stress uma vez que os níveis dos mesmos evidenciados nesta amostra são de bastante stress (50,5%).

Em termos práticos isto resulta da elevada perceção das exigências que lhes são colocadas na prática profissional, justificando a importância do estudo junto destas classes profissionais. Estes resultados alertam para a relevância de se desenvolverem estratégias de intervenção que possam ajudar na gestão da pressão inerente a este grupo profissional.

Estes resultados são semelhantes aos resultados obtidos noutros estudos, que registaram sintomatologia psicopatológica significativa em cuidadores de idosos (Baillon et al., 1996; Baldelli et al., 2002; Zamora & Sánchez, 2007; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011) e estudos com outros profissionais (valores médios de stress elevado acima dos 40%), nomeadamente em psicólogos (Gomes et al., 2000) e em professores (Pinto, 2009; Gomes, Mourisco, Mota, & Montenegro, Silva, 2006).

As questões relacionadas com a carreira e remuneração e relações profissionais, são as que mais contribuem para o stress dos cuidadores (quadro 13). Estes dados poderão ser explicados pelo facto destes colaboradores terem uma boa perceção das exigências da sua profissão, pela má política salarial das organizações, pelas expectativas envidadas relativamente ao salário auferido e pelo aumento da exigência de qualidade por parte dos clientes.

Estes resultados assemelham-se e contradizem alguns estudos. Estudos efetuados com profissionais de saúde portugueses concluíram que a carreira e remuneração se identificam como as fontes e factores geradoras de maior níveis de stress, mas também a sobrecarga de trabalho e as pressões de tempo (Melo, Gomes & Cruz, 1997; Silva, 2008).

Quanto ao CAMI, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos AAD são as que estão associadas a lidar com os acontecimentos/resolução de problemas, o que vai de encontro aos dados encontrados em outros estudos (Brito, 2002; Sequeira, 2010), lidar com sintomas de

stress é o grupo de estratégias menos útil, demonstrando consistência com investigações anteriores (Barbosa, 2011; Sequeira, 2010).

No que respeita aos **objetivos específicos**, investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de stress e quanto às estratégias de *coping* adotadas pelos ajudantes de ação direta em função das variáveis sociodemográficas, não estudamos a variável género, nem o estado civil, porque a nossa amostra é constituída por 95,9% de sujeitos do sexo feminino, o género de cuidadores mais frequentes no contexto dos lares de idosos e Centros Sociais (Freitas, 2011; Santos, 2013; Simões, 2012; Sousa, 2011) e 71,1% são casados. Estes resultados corroboram a descrição feita por Colomé et al. (2001) que descreveram o cuidador formal de idosos como sendo maioritariamente do sexo feminino e com estado civil casado e com o estudo obtido por Monteiro, Queirós, e Marques (2014), sobre empatia e engagement como preditores do Burnout em cuidadores formais, numa amostra de 71 cuidadores de idosos, tendo verificado que maioritariamente os indivíduos da amostra eram também casados (83,3%), verificamos:

Quanto à **idade**, concluímos que existe uma relação entre a idade e 5 das subescalas do QSPS, escala lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, ações de formação e problemas familiares. A literatura neste domínio demonstra que os técnicos geriátricos, quer mais novos, quer mais velhos, e por motivos diferentes, podem estar mais vulneráveis ao stress (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007; Jenaro, Flores, & Arias, 2007). Os mesmos autores sugerem que tanto os cuidadores jovens, como os mais velhos lidam com situações difíceis e são confrontados com a gestão de emoções e exigências funcionais, por vezes, de difícil cumprimento (Salanova & Shaufeli, 2009).

No que diz respeito a **Escolaridade**, concluímos que os ajudantes de ação direta licenciados têm valores do nível global de stress mais elevados. A escolaridade demonstra-se relacionada com a vulnerabilidade ao stress; quanto maior o nível de escolaridade ou habilitações, maior o nível de stress, o que contraria os estudos existentes, que defendem que as pessoas com baixa formação estão mais predispostas ao stress (Kohn, Dohrenwend & Mirotznick, 1998), e os estudos de Zimmerman e colaboradores (2005) que demonstraram que uma formação adequada poderá proporcionar menores níveis de stress nos cuidadores.

Quanto à relação existente entre o stress no trabalho em função do **Tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha**, concluiu-se, que existe uma relação estatisticamente significativa e positiva com a subescala do QSPS, excesso de trabalho. Estes dados são confirmados pelos estudos de Gomes et al. (2009) e Silva e Gomes (2009) que encontraram níveis de stress mais elevados em trabalhadores com menos experiência e com os estudos de Paulino et al. (2009), constataram maiores níveis de stress em

cuidadores mais experientes. Também estes autores confirmam que o tempo que o cuidador trabalha na atual instituição, influencia os sintomas de stress.

Relativamente às diferenças nos sintomas de stress no trabalho dos ajudantes de ação direta em função do **Tempo de cuidados diários ao idoso**, concluiu-se que os sujeitos que cuidam mais horas por dia apresentam valores mais elevados nas subescalas: lidar com os clientes; excesso de trabalho; ações de formação, do que os que cuidam menos horas. Estes resultados podem ser explicados à luz de Martin, Paúl e Roncon (2000) quando afirmam que cuidar de pessoas dependentes pode ser visto como um stressor, que leva a uma necessidade de ajustamento nas condições do cuidador. Também, num estudo realizado por Martins et al. (2014), com cuidadores formais de pessoas com deficiência mental, chegou-se à conclusão que os profissionais que trabalham mais horas por dia apresentaram maior vulnerabilidade ao stress.

No que respeita às estratégias de *coping* não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores a **Idade, Escolaridade, Tempo de prestação de cuidados a idosos na instituição onde trabalha e o Tempo de cuidados diários ao idoso**.

Podemos justificar o facto de não se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* adotadas pelos ajudantes de ação direta em função das variáveis referidas; através dos anos de experiência como cuidador. Os cuidadores podem ter bastante experiência como cuidador formal de idosos, como refere Jackson (1991), os sujeitos com mais anos de prática profissional parecem ter obtido e aprendido melhores competências e estratégias de *coping* comparativamente com os sujeitos com menos anos de experiência.

No presente estudo verificou-se uma relação estatisticamente significativa e positiva entre os sujeitos tendo em conta os **Tempo de experiência profissional como cuidador(a)** e a subescala do QSPS, ações de formação.

Relativamente às estratégias de *coping* verificou-se uma relação estatisticamente significativa e negativa no CAMI total e nas subescalas, perceções alternativas sobre a situação e lidar com sintomas de stress.

No que se refere aos **sintomas de stress e estratégias de coping tendo em conta o grau de dependência do idoso**. No presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas de stress dos sujeitos e os diferentes níveis de dependência do idoso, estes dados podem ser justificados pelo facto de a maioria dos idosos (49,5) ser totalmente dependentes e por isso não necessitar de tanta atenção.

Quanto às estratégias de *coping* existe uma diferença estatisticamente significativa e positiva, entre o grau de dependência do idoso e a subescala do CAMI lidar com sintomas de

stress. Provavelmente, os cuidadores não necessitam de desenvolver estratégias sofisticadas para lidar com os utentes mais independentes ou menos dependentes; contudo, em relação aos dependentes, para além do grau, é necessário o desenvolvimento de estratégias para lidar com as limitações do utente, as do cuidador e as limitações conjuntas do utente e cuidador.

Podemos então concluir que, ao encontrar a estratégia adequada à situação do utente, resolve o problema da limitação do mesmo, não aumentando os níveis de stress. Estes dados são parcialmente confirmados pelas conclusões de Mónico, Custódio e Frazão (2012), ao apurarem uma relação negativa entre a percepção de sobrecarga subjetiva do cuidador e o estado de saúde do idoso.

Relação entre os instrumentos, Stress e *coping*

No que diz respeito à relação entre os diferentes instrumentos, encontramos correlações estatisticamente significativas: constatamos que o total do QSPS se relaciona de forma significativa e negativa com o total do CAMI e a subescala lidar com os acontecimentos / resolução de problemas, levando-nos a pensar que os sujeitos que experienciam menos stress são aqueles que têm melhor competências de *coping*.

Todas as subescalas do QSPS se correlacionam negativamente com o total do CAMI e com a subescala lidar com os acontecimentos / resolução de problemas. Mais uma vez, isto significa que menores níveis de stress estão relacionados com mais competências para lidar com os acontecimentos.

Quanto ao *coping* este está diretamente relacionado com o stress. Estes dados são corroborados por Folkman (1984), que considera o *coping* como um conjunto de recursos cognitivos e comportamentais, que o indivíduo utiliza para lidar com situações indutoras de stress. Alguns autores, nomeadamente McIntyre (1994), têm destacado este tipo de relação do stress com o *coping* em profissionais de saúde portugueses, colocando em evidência a importância das estratégias de *coping* no controlo das situações stressantes. Também Cooper (1986), afirma que o stress ocupacional deriva da incapacidade para lidar com as fontes de tensão laborais e por Lazarus (1991, 1995), quando afirma que a experiência de stress ocupacional ocorre quando os trabalhadores sentem que os seus recursos pessoais são insuficientes para lidar com as exigências do trabalho.

6.2 – Conclusão

A maior longevidade não é sinónimo de maiores índices de dependência, mas o que acontece é que as pessoas idosas estão hoje mais predispostas ao aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, sendo que as modificações nas estruturas familiares limitam a capacidade de cuidar e acompanhar essas gerações mais velhas (e, por vezes, bastante incapacitadas fisicamente). Não deixando de admitir que a família continua a ter um papel fundamental na prestação de cuidados às pessoas idosas, esta debate-se atualmente com um conjunto de obstáculos que impedem a total assunção das responsabilidades para com os idosos que outrora assumia. Muitas destas responsabilidades passam a pertencer ao Estado, cabendo a este a disponibilização de respostas e serviços e a criação de equipamentos sociais, de entre os quais se destacam os lares.

Cuidar de idosos é um processo complexo que remete para uma intervenção concertada a vários níveis, entre eles: família, idoso, ajudantes das instituições, profissionais de saúde e direções das instituições.

Segundo Gomes e Cruz (2004) o stress ocupacional e o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos é um tema relevante, devido às suas consequências, uma vez que estas afetam tanto o profissional, como também todos os sujeitos que são alvo de intervenção destes mesmos profissionais.

A pesquisa bibliográfica realizada evidenciou uma grande escassez de estudos realizados em cuidadores formais, mais concretamente em ajudantes de acção direta, bem como a inexistência de investigações acerca do seu stress ocupacional e utilização de estratégias de *coping*.

É neste contexto que emerge a relevância da investigação dos cuidadores formais que cuidam de idosos (in)dependentes, não só pelos utentes que cuidam, mas também pela importância do cuidado dos cuidadores (OMS, 2013).

No que diz respeito ao nosso estudo, este tinha como objetivo global verificar os níveis de stress ocupacional e as estratégias de *coping* dos profissionais ajudantes de ação direta de idosos (in)dependentes institucionalizados. Pretendeu-se ainda verificar a associação do stress e do *coping* com algumas variáveis sócio-demográficas e o grau de (in)dependência dos idosos. O instrumento utilizado para verificação dos níveis de stress foi o QSPS, para as estratégias de *coping* o CAMI, quanto ao nível de (in)dependência do idoso foi utilizado o Barthel.

Nesta investigação, verificou-se que os AAD consideram a sua profissão como bastante stressante, contribuindo para para isso as questões relacionadas com a carreira e remuneração, seguido de relações profissionais. Relativamente às estratégias de *coping*

verificou-se que as estratégias mais utilizadas são as relacionadas com lidar com os acontecimentos/resolução de problemas.

Quanto à relação existente entre as variáveis sociodemográficas, o grau de (in)dependência do idoso e o stress e estratégias de *coping*, conclui-se que todas as variáveis sociodemográficas estudadas; a idade, escolaridade, tempo de prestação de cuidados aos idosos na instituição onde trabalha, tempo de cuidados diários ao idoso e o tempo de experiência profissional como cuidador, de uma forma mais ou menos significativa se relacionam com os níveis de stress sentidos pelos cuidadores. Inversamente, e a exceção da variável tempo de experiência profissional como cuidador, que se relaciona com a subescala do CAMI- lidar com sintomas de stress, todas as outras variáveis sociodemográficas não possuem relação com as estratégias de *coping* usadas pelos cuidadores em situações de stress.

Relativamente ao grau de (in)dependência do idoso, verificou-se que este se relaciona com o *coping* e não com o stress. Isto é, o grau de dependência do idoso não aumenta os níveis de stress do cuidador mas determina as estratégias de *coping* adotadas por este. Isto significa que o cuidador formal procura adequar as estratégias de *coping* ao grau de limitação que encontra no seu utente; portanto, a gravidade do estado do utente condiciona o tipo de estratégias desenvolvidas pelo cuidador.

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.

6.3 – Limitações

A interpretação dos resultados descritos deve ser feita com alguma precaução, dadas algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, o método de amostragem por conveniência por si só apresenta-se como uma limitação, a colheita da amostra foi realizada, apenas em dois lares na região Norte do País, nesse sentido, devem ter-se em consideração as características sociais e culturais dessa região e manter alguma precaução na generalização dos resultados para outras regiões do país. Embora se tenha garantido a confidencialidade das respostas dos sujeitos no procedimento da recolha de dados, o efeito da desejabilidade social pode ter estado presente.

Este estudo é de carácter transversal, por isso circunscreve-se a um único momento no tempo. Desta forma, os resultados encontrados são unicamente correlacionais, não permitindo tirar elações nas relações de causalidade.

Por outro lado, visto não existirem investigações relacionadas, poderá ser este estudo um ponto de partida para outros mais aprofundados, sendo necessário abranger diferentes realidades institucionais e cuidadores formais com diferentes percursos de vida e características individuais distintas

Assim, verifica-se a necessidade de desenvolver mais estudos com incremento de estratégias de intervenção, com o intuito de implementar medidas ao nível individual e institucional de forma a prevenir e reduzir o stress ocupacional.

Bibliografia

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

Alvarenga, F. (2001). Diversidade, Alcance e Cobertura dos Equipamentos e Serviços Sociais para Pessoas Idosas. In J. L. Casanova (Org.), Quadros Sociais do Envelhecimento. (pp.39-44). Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

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].

Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de Coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.

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.

Batista, N. do R. F. (2012). Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto

- Bell, J. (1997), em Como Realizar um Projecto de Investigação. Lisboa: Gradiva.
- Bicho, L. M., & Pereira, S. R. (2007). Stresse Ocupacional. Acedido em 28 de janeiro, 2014, em: http://prof.santanasilva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/word/Stress%20Ocupacional.pdf.
- Bonfim, C., Garrido, M., Saraiva, M., & Veiga, S. (1996). Lar para Idosos. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Botelho, M. A. (2000). Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ª ed.). Porto: Edições Bial.
- Brito, L. (2002). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carneiro, B. G., Pires, E. O., Filho, A. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8(1), p. 75-82.
- Carta Social (sd). Rede de serviços e equipamentos: Relatório de 2014. Gabinete de Gestão e Planeamento e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, IP. Acedido a 9 de abril de 2015: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2013.pdf>
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2009), A Situação Demográfica Recente em Portugal, *Revista de estudos demográficos*, n.º48, pp. 101-145.
- Carvalho, A. (2012). Ajudantes de Acção Direta: Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Cohen, L., & Manion, L. (1980). *Research methods in education*. London, England: Croom Helm.
- Collière, M.F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989. 385p

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312. Obtido em 07 de Março de 2012, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>

Cooper, C. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, 2(2-3), 153-170.

Costa, M. T. (2005). Influência de variáveis sócio-demográficas sobre a percepção de factores de stress ocupacional: Um estudo na população de trabalhadores administrativos e operários da Fasol, Lda. (Monografia de Licenciatura). Maputo: Instituto Superior Politécnico e Universitário.

Costa, E., & Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica* 2(XXIV), 189-199.

Couto, M., R., O. (2008). Satisfação com a vida nos idosos e satisfação dos cuidadores formais. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

Cunha, M. P., Cunha, R. C. & Cabral-Cradoso, C. (2005). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda.

Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro. Diário da República Nº214 - I Série A. Ministério do Trabalho e de Solidariedade. Lisboa.

Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. Diário da República Nº 47. I Série B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Delbrouck, M., 2006. Síndrome de exaustão. Lisboa: Climepsi editores, pp. 42.

Duncan, P.; Jorgensen, -h. S.; Wade, D. Outcome measures in acute stroke trials : a systematic review and some recommendations to improve practice. *Stroke*. 31: 6 (2000) 1429-1438.

European Commission. (2014). *Horizon 2020 - The EU Framework Programme for Research and Innovation*.

Ferreira, M.E. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Figueiredo, M. & Soares, V. (1999). Stress em profissionais de saúde, um programa de intervenção. *Psiquiatria Clínica*, 20, 51-61

Fortin, Marie Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.

Fragoso, Vítor (2008). “Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado”, in: *Revista IGT na rede* 8: 51-61.

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.

Gameiro, J. (2012). Envelhecimento dos Idosos Institucionalizados - Formação dos Auxiliares de Ação Direta. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO – Sistemas Humanos e Organizacionais.

Gomes, A., Silva, M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A. & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19 (1), 67-93.

Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.

Gomes, A. R. (2010). Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS). Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R. (no prelo). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia*.

Guedes, Joana (2008), “Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar” in: Actas do VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/339.pdf> [Dezembro de 2015].

Gilligan, C. (1997). Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Houaiss, A., Villar, M. S. e Franco, F. M. M. (2001). Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Instituto António Houaiss de Lexicografia. Rio de Janeiro: Objetiva.

Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(½), 153-162.

Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.

Honoré, B (2001) Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência

Hye-cheon, K., Bursac, K., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. & West, D. (2009). Brief report: Stress, Race, and Body Weight. *Health Psychology*, 28(1), 131–135. doi: 10.1037/a0012648

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra: Formasau.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2003), O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas, Lisboa.

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 - Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: INE.

Instituto António Houaiss de Lexicografia Portugal. (2003). Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa: Temas e Debates.

Jacob, L. - Ajudante sénior: Uma hipótese de perfil de profissional para as IPSS. Dissertação de mestrado em políticas de desenvolvimento de recursos humanos. ISCTE. 2002 [em linha] Consultado 23 Nov. 2015]. Disponível em WWW:

Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira (ed.), Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos. 1ªed. Viseu: PsicoSoma.

Jenaro, C., Flores, N. & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80–87.

Jodas, D.A.; Haddad, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n.2, p.192-197, 2009.

Jex, S. M., & Spector, P. E. (1996). The impact of negative affectivity on stressor-strain relations: A replication and extension. *Work and Stress*, 10 (1), 6-8.

Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Taylor, I. & Millet C. (2005). The experience of work relate stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20, 178 – 187. Consultado em 9 de Janeiro de 2009 através de <http://www.esmeralinsight.com>.

José, J. S., Wall, K., & Correia, S. V. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Kaskie, B., Gregory, D. & Gilder, R. (2009). Community Mental Health Service Use by Older Adults with Dementia. *Psychological Services*, 6(1), 56–67. doi: 10.1037/a0014438

Karasek RA 1979. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308

Kendall, E., Murphy, P., O’Neill, V., & Bursnall, S. (2000). *Occupational Stress : Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management* Centre for Human Services. Western Australia.

Kohn, R., Dohrenwend, B., & Mirotznick, J. (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In B. Dohrenwend, *Adversity, Stress and Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 235-284

Laranjeira, C. A. (2009). O Contexto organizacional e a experiencia de estress. Uma perspectiva integrativa. *Revista Salud Pública*, 11(1), 123-133.

Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress and Adaptational Outcomes: The Problem of Confunded Measures. *American Psychological Association*, 40, 7, 770-779.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

Lopes, G. (2005). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.

Levenson, Sam (2001), “A assistência institucional de longo prazo”, in: Gallo, Joseph et al. (eds), *Reichel, Assistência ao Idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento*, pp. 527-538. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lipp, M.E.N. (2005). Stress no trabalho: implicações para a pessoa e para a empresa. In: F.P.N. Sobrinho & I. Nassaralla. *Pedagogia Institucional: fatores humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Zit Editora.

Ludke, M.; André, M.E.D.A- Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, E.P.U., 1986. 99p.

Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. — Functional evaluation : the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 14 (1965) 61-65.

Malagris, L.E.N. & Fiorito, A.C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. Estudos de psicologia, 23(4), 391 – 398.

Mallar, S. C., & Capitão, C. G. (2004). Burnout e hardiness: Um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9(1), 19-29.

Martins, A. T. — Dependência funcional, qualidade de vida pós AVC e sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal. Porto : Faculdade de Psicologia, 2004. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Medeiros, Paulo – Como estaremos na velhice? Reflexes sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*. Vol.11:3 (2012), p. 439-453.

Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.

Mendes, P. B. M. T. Cuidadores: heróis anônimo do cotidiano. 1995. 167 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1995.

Michael, O.; Court, D.; Petal, P. Job stress and organizational commitment among mentoring coordinators. *International Journal of Educational Management*, 23 (3), 266-288.

Ministerio do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). A Dependência: O Apoio Informal, a rede de serviços e equipamentos cuidados continuados integrados. Ministerio do Trabalho e da Solidariedade Social Web site. Acedido Março 20, 2013, em <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000042918/>.

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

Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014) Empatia e Engagement como Preditores do Burnout em Cuidadores Formais de Idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(1), 2-12

Mota Cardoso, R., Araújo, A., Carreira Ramos, R., Gonçalves, G., Ramos, M. (2002). O stress nos professores portugueses. Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora

Muniz, M., Primi, R. & Miguel, F. K. (2007). Investigação da inteligência emocional como factor de controle do stress em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(1), 27-41.

Nazareth, J. (2004). *Demografia A Ciência da População*. Lisboa: Editorial Presença.
Neto, Papaléo, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. 2 ed.

Nolan, M., Grant, G., Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Open University Press. Buckingham.

Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton: Pavilion Publications.

Nolan, M. , Keady, J. , & Grant, G. (1995). CAMI: A basis for assessment and support with family carers . *British Journal of Nursing*, 1(3), 822-826 .

Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press.

Novais, J. T. (2010). *Stress Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Organização Mundial de saúde; MS – Ministério da Saúde (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Artes Gráficas.

Osório, A. (2007). La formación en la adultez tardía. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano 41- 3, pp.11-32.

Paixão, C. M.; Rechenheim, M — Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21 : 1 (2005) 7-19.

Paúl, Maria Constança (2005), “Envelhecimento e ambiente”, in: Soczka, Luís (org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, pp. 247-268. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paulino, F., Duarte, D., Brito, M., Degaki, N. & Schwartz, D. (2009). Perfil do cuidador profissional de idosos com demência. Obtido em 14 de Abril de 2012, de http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-148.pdf

Pearlin, L., Mullan, L. T., Semple, S., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30,583-594.

Pedro, N., & Peixoto, F. (2006). A satisfação profissional e auto-estima dos professores. *Análise Psicológica*, 24, 2, 247-262.

Pereira, J., Rodrigues, J. & Cunha, M. (2010). Stress, Burnout e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1448-1462. Braga: Universidade do Minho.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto

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.

PORDATA. “Índice de envelhecimento na Europa.” PORDATA. 25 de Setembro de 2012a. <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+envelhecimento-1609> (acedido em 26 de Novembro de 2014).

Probst, E. R. (2008). A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho. Artigo de Pós-Graduação de Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Florianópolis: Instituto Catarinense de PósGraduação

Quaresma, M. L. (1998). “Cuidados familiares a pessoas muito idosas”. Lisboa: Direção Geral da Ação Social – Núcleo de Divulgação Técnica.

Ramos, M. (2001). Desafiar o desafio – Prevenção de stress no trabalho. Lisboa: RH Editora.

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. Retirado em 16 de Novembro de 2015 <http://www.psicologia.com.pt>

Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem, 62, 870-875. In <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019596011>

ROTTER, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 1-28.

Sabartés, O. et al. Deterioro funcional del anciano frágil con patología respiratoria crónica : valoración multidisciplinar. Rev. Mult. Gerontol. 13: 3 (2003) 143-150.

Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. Saúde & Trabalho, 6, 25-42.

Salanova, M. & Schaufeli, W.B. (2009). La vinculación psicológica en el trabajo (work engagement). Madrid: Alianza Editorial.

Sanchez, M. A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Dissertação apresentada na Universidade de La Habana. 1998.

Santos, B. S. (1999). Porque é tão difícil construir uma teoria crítica?. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 54, p. 197-215.

Santos, A. J. & Veríssimo, M. (2002) Desenvolvimento Social da criança XI Colóquio de Psicologia e educação “Experiência Social Educação e Desenvolvimento ISPA.

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.

Sanzavo, C.E., & Coelho, M.E.(2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudo da Psicologia*, 24(2), 227-238.

Seabra, A. (2008). Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental. Não Publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32- 36.

Selye, H. (1978). Interview. *Psychology Today*, marzo, 36

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

Steven L. A. (2005). A Study of occupational stress, scope of practice and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team setting. *ANNA Journal*, 73, 6, 443-452. Consultado a 7 de Janeiro através de <http://www.aana.com>.

Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high effort/ low rewards conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.

Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença

Silva, M. (2008). *A Vulnerabilidade ao Stress e as Estratégias de Coping dos Prestadores de Cuidados a Pessoas com Deficiência Mental*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

Siegrist, J. (2005). Work stress and health in a globalized economy: contribution of the effort-reward imbalance model. 2nd ICOH International Conference on Psychosocial Factors at Work, Satewillite program, Okayama, August 24-26.

Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia

Uriarte, A., Leturia, M., Leturia, J. F., & Yanguas, J. J. (2002). *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual práctico*. 2^a ed. Madrid: Cáritas.

Vaz-Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4): 261-278.

Vaz-Serra, A. (2007). *O Stresse na Vida de Todos os dias* (3^a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Vilarmau, M. T.; Diestre, G.; Guiro, M. Evolución de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de accidente vasculocerebral de una Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR). *Rev. Mult. Gerontol.* 10: 1 (2000) 33-37.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*. 21, (4), 279-308.

Vicente, A. (2002) - Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens. Lisboa: Gótica.

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.

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(1), 96-105. doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.96

ANEXOS

Anexo I - Autorização para administração do instrumento índice de Barthel

araujo@esenf.pt
9 de março de 2014 20:11
Para: Manuela Bogalho

Re: utilizaÃ§Ã£o do instrumento ÃNDICE DE BARTHEL



ESCALA_BARTHEL_p...
.pdf 41,4 KB
[Transferir](#)



publicacao REVISTA_...
.pdf 91,8 KB
[Transferir](#)



Manuela Bogalho_au...
.pdf 112 KB

Boa tarde Drª Manuela Bogalho

Em resposta ao solicitado, envio cópia do instrumento e artigo relativo à publicação. Envio também declaração da autorização, caso necessite anexar no documento da tese, para a qual lhe desejo muito sucesso.

Atenciosamente
Prof Fátima Araújo

Maria Manuela Dias Bogalho

- >
- > Rua Das Tulipas, 270
- >
- > 4510 €" 679 Fânzeres
- >
- > Exma Srª Prof. Drª Maria de Fátima Araújo Lopes Elias
- >
- >
- > Assunto: UtilizaÃ§Ã£o do Ãndice de Barthel
- >
- > Maria Manuela Dias Bogalho, a frequentar o Mestrado em Psicologia do
- > Trabalho e das OrganizaÃ§Ãµes na Universidade Fernando Pessoa no Porto,
- > estando a realizar uma dissertaÃ§Ã£o sobre œStress e Coping de
- > Cuidadores Formais de Idosos Dependentes Institucionalizados œ, sob a
- > orientaÃ§Ã£o da Prof. Doutora Isabel Silva, vem solicitar a V. Exa. A
- > devida autorizaÃ§Ã£o, bem como as indicaÃ§Ãµes necessárias, para a
- > utilizaÃ§Ã£o do Ãndice de Barthel.
- >
- > Desde ji agradecendo a disponibilidade dispensada, e aguardando uma
- > resposta satisfatória, com os melhores cumprimentos.
- >
- > Contactos - 966469481 ou mail mmanuelabogalho@outlook.pt
- >

Anexo II - Autorização para administração do instrumento índice de Barthel

Exma. Senhora Doutora
Maria Manuela Dias Bogalho

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do “Índice de Barthel” no seu trabalho de investigação “Stress e Coping de Cuidadores Formais de Idosos Dependentes Institucionalizados” que está a desenvolver no âmbito do Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações na Universidade Fernando Pessoa no Porto, sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva.

Com os melhores cumprimentos pessoais.

Porto, 09 de março de 2014



(Maria de Fátima Araújo Lopes Elias)

Anexo III - Autorização para administração do instrumento CAMI

Luisa Brito
9 de março de 2014 10:13
Para: Manuela Bogalho

Re: Utilização do CAMI

Cara Manuela Bogalho,

Em 27/Fev eu respondi ao seu pedido. Não compreendo este seu novo email.
Reenvio novamente.
Cumprimentos.
Luisa Brito

2014-03-05 23:14 GMT+00:00 Manuela Bogalho <mmanuelabogalho@outlook.pt>:

Maria Manuela Dias Bogalho
Rua Das Tulipas, 270
4510 – 679 Fânzeres
Exma Srª Prof. Drª Maria Luisa Brito

Assunto: CAMI (Careers' Assessment of Managing Index)

Maria Manuela Dias Bogalho, a frequentar o Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações na Universidade Fernando Pessoa no Porto, estando a realizar uma dissertação sobre "Stress e Coping de Cuidadores Formais de Idosos Dependentes Institucionalizados", sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva, vem solicitar a V. Exa. A devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização da CAMI – Versão Portuguesa.

Contactos - 966469481 ou mail mmanuelabogalho@outlook.pt

Desde já muita grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Manuela Bogalho

Enviado do Windows Mail

Anexo IV - Autorização para administração do instrumento CAMI

Luisa Brito
9 de março de 2014 10:13
Para: Manuela Bogalho

Re: Utilização do CAMI

Cara Manuela Bogalho,

Em 27/Fev eu respondi ao seu pedido. Não compreendo este seu novo email.
Reenvio novamente.
Cumprimentos.
Luisa Brito

2014-03-05 23:14 GMT+00:00 Manuela Bogalho <mmanuelabogalho@outlook.pt>:

Maria Manuela Dias Bogalho
Rua Das Tulipas, 270
4510 – 679 Fânzeres
Exma Srª Prof. Drª Maria Luisa Brito

Assunto: CAMI (Careers' Assessment of Managing Index)

Maria Manuela Dias Bogalho, a frequentar o Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações na Universidade Fernando Pessoa no Porto, estando a realizar uma dissertação sobre "Stress e Coping de Cuidadores Formais de Idosos Dependentes Institucionalizados", sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva, vem solicitar a V. Exa. A devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização da CAMI – Versão Portuguesa.

Contactos - 966469481 ou mail mmanuelabogalho@outlook.pt

Desde já muita grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Manuela Bogalho

Enviado do Windows Mail

Anexo V - Autorização para administração do instrumento QSPS

RE: Autorização para a utilização do instrumento QSPS
António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

Responder|

seg 20-04-2015, 13:34

Você

No nosso site abaixo encontra o instrumento.
Bom trabalho

Rui Gomes
Professor Auxiliar / Assistant Professor
Universidade do Minho / University of Minho
Escola de Psicologia / School of Psychology
Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
Tel: +351 253.604.232 / Fax: +351 253.604.224. Gabinete 1018
www.psi.uminho.pt (Escola de Psicologia / School of Psychology)
www.ardh-gj.com/ (Grupo de investigação / Research Group)

De: Manuela Bogalho [mailto:mmanuelabogalho@outlook.pt]
Enviada: 20 de abril de 2015 12:12
Para: António Rui Silva Gomes
Assunto: Autorização para a utilização do instrumento QSPS

Maria Manuela Dias Bogalho
Rua das Tulipas, 270
4510-679 Fânzeres

Boa tarde

Exmº Prof Doutor Rui Gomes

O meu nome é Maria Manuela Dias Bogalho, e estou a frequentar o Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações na Universidade Fernando Pessoa no Porto, estando a realizar uma dissertação com o tema “Stress Ocupacional e *Coping* de Cuidadores Formais de Idosos Dependentes Institucionalizados”, sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva e co-orientação da Prof. Doutora Carla Barros, e venho solicitar a V. Exa. a devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização do instrumento de stress o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS).

Desde já agradecendo a disponibilidade dispensada, e aguardando uma resposta satisfatória, com os melhores cumprimentos.

Contactos - 966469481 ou mail mmanuelabogalho@outlook.pt

Manuela Bogalho

Anexo VI - Questionário dos dados Sociodemográficos (QSD)

Questionário de Dados sociodemográficos do cuidador formal

Por favor **coloque um X** no quadrado que melhor corresponde à sua situação, ou dê as respostas nas linhas em branco onde é solicitado. Não há respostas certas ou erradas e o questionário é confidencial e anónimo.

Género: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado/Separado

5 Outro _____

Escolaridade:

Sem escolaridade

Sabe ler e escrever

1º ciclo de ensino básico (4ª classe)

2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)

3º ciclo do ensino básico (9º ano)

Ensino secundário (12ºano)

Ensino superior (Licenciatura)

Pós-Graduações (Mestrado, Doutoramento)

Há quanto tempo presta cuidados a idosos na instituição onde trabalha: _____ anos

Tempo de cuidados diários ao idoso:

Até 4 horas

5 a 8 horas

9 horas ou mais

Tempo de experiência profissional como cuidador(a): _____ anos

Anexo VII - Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel)

Índice de Barthel Atividade Básicas de Vida Diária (ABVD)

Índice de Barthel é um instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária dos idosos; é composto por 10 atividades básicas de vida diária em que cada uma das atividade se encontra categorizada em níveis de dependência que variam entre dois e quatro opções.

Instruções: Leia atentamente cada uma das questões, e pensando num idoso que conhece bem indique **colocando o sinal X** no espaço que melhor corresponder à situação desse idoso. Apenas uma opção deve ser assinalada em cada atividade.

Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.,)	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas)	5
	Dependente	0
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira, sem ajuda de terceiros.)	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se, e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	Dependente	0
Urinar	Independente (não apresenta episódios de incontinência)	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência)	5
	Incontinente fecal	0

Evacuar	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda fá-lo sozinho)	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para uso de sonda)	5
	Incontinente vesical ou algaliado	0

Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	Necessita de ajuda (física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	Dependente	0

Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de ajuda. Com a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10
	Necessita de grande ajuda (necessita de ajuda para a transferência)	5
	Dependente	0

Deslocações	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho)	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5
	Dependente	0

Total = 100

Anexo VIII - Questionário de stress para profissionais de saúde (QSPS)

Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, 2010)

O QSPS foi desenvolvido por Gomes (2010) realizados com profissionais de diferentes domínios (e.g., psicólogos, médicos, enfermeiros). O respetivo instrumento é constituído por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de stress no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde. Numa fase inicial é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stress que experienciam na sua actividade. Na segunda seção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de stress associados à atividade profissional.

Instruções- I Parte: Leia atentamente a questão, e classifique o nível global de stress que experiencia na sua atividade, através de um único item (0=Nenhum stress; 4=Elevado stress)

	Nenhum Stress	Pouco Stress	Moderado Stress	Bastante Stress	Elevado Stress
1. Nível global de stress nas sua atividade enquanto Cuidador/a.	0	1	2	3	4

Parte II- Leia atentamente as questões e classifique o nível de stress que cada situação lhe suscita, sendo que 0=Nenhum stress; 4=Elevado stress

	Nenhum Stress	Pouco Stress	Moderado Stress	Bastante Stress	Elevado Stress
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.	0	1	2	3	4
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.	0	1	2	3	4
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4. Trabalhar muitas horas seguidas.	0	1	2	3	4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.	0	1	2	3	4
6. Falar ou fazer apresentações em público.	0	1	2	3	4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.	0	1	2	3	4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os utentes esperam de mim.	0	1	2	3	4
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.	0	1	2	3	4
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira.	0	1	2	3	4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.	0	1	2	3	4

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

Anexo IX - Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados (CAMI)

Sistema de Cotação

CAMI (*Carers' Assessment of Managing Index*)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso quando presta cuidados aos idosos (i.e, em que medida lhe parece que dá resultado), **colocando o sinal X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Apenas um nível de resposta deve ser assinalado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar dos idosos institucionalizados, é:		Não procedo desta forma	Procedo desta forma e:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1 A1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo.	1	2	3	4
2 A3	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante.	1	2	3	4
3 A1	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio.	1	2	3	4
4 A3	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a).	1	2	3	4
5 A1	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer.	1	2	3	4
6 A2	Ver o lado cómico da situação.	1	2	3	4
7 A2	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu.	1	2	3	4
8 A2	Cerrar os dentes e continuar.	1	2	3	4
9 A2	Recordar todos os bons momentos.	1	2	3	4
10 A1	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	1	2	3	4
11 A2	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está.	1	2	3	4
12 A2	Viver um dia de cada vez.	1	2	3	4
13 A1	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder.	1	2	3	4
14 A1	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível.	1	2	3	4
15 A1	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	1	2	3	4
16 A2	Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	1	2	3	4
17 A1	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	1	2	3	4
18 A1	Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução.	1	2	3	4

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar dos idosos institucionalizados, é:		Não procedo desta forma	Procedo desta forma e:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
19 A2	Chorar um bocado.	1	2	3	4
20 A2	Aceitar a situação tal qual ela é.	1	2	3	4
21 A3	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante.	1	2	3	4
22 A2	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	1	2	3	4
23 A1	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	1	2	3	4
24 A2	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas.	1	2	3	4
25 A2	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação.	1	2	3	4
26 A2	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	1	2	3	4
27 A2	Manter dominados os meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4
28 A3	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	1	2	3	4
29 A1	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.	1	2	3	4
30 A1	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	1	2	3	4
31 A1	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes.	1	2	3	4
32 A2	Procurar ver o que há de positivo em cada situação	1	2	3	4
33 A1	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	1	2	3	4
34 A2	Pensar que ninguém tem culpa da situação.	1	2	3	4
35 A3	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico.	1	2	3	4
36 A3	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	1	2	3	4
37 A3	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras.	1	2	3	4
38 A3	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa.	1	2	3	4

Anexo X - Pedido formal às Direções dos Lares

Porto, UFP, 04 de Março, 2014

Exm^o (a) sr^o (a)

Responsável pelo Centro Paroquial e Social de Rio Tinto

O meu nome é Maria Manuela Dias Bogalho, e encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Universidade Fernando Pessoa (UFP), e estou a desenvolver, sob a orientação da Professora Isabel Silva, uma investigação com o tema *Stresse e Copying do Cuidador Formal (Auxiliar de Ação Direta) do Idoso Dependente Institucionalizado*.

Com esta investigação pretende-se estudar a relação entre o *stress* e o *copying* no cuidador formal de idosos em situação de dependência, no sentido de otimizar o trabalho dos profissionais de saúde que interagem com esta população específica, no sentido de se obter ganhos ao nível da saúde física e mental dos cuidadores e consequentemente dos idosos que recebem o apoio.

No âmbito desse estudo estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual necessito da colaboração dos funcionários da instituição, através do preenchimento dos seguintes instrumentos: um questionário Sociodemográfico com perguntas diretas acerca de aspetos relevantes com atividade do cuidador; uma escala de avaliação do *stress*, composto por 25 questões, um questionário administrado para avaliar o *copying* (enfrentamento) que é constituído por 38 afirmações; para avaliar a dependência do idoso, a Escala de Avaliação de Dependência- *Índice de Barthel*, é composta por 10 atividades básicas de vida diária.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a colaboração no sentido de dar a autorização aos profissionais cuidadores formais que cumpram os critérios necessários ao estudo, o preenchimento dos instrumentos anteriormente referidos, no sentido de os integrar na realização deste estudo.

Mais informo que todos os dados relativos aos cuidadores serão trabalhados de uma forma confidencial e anónima, mediante consentimento informado individual por parte dos mesmos para a participação no estudo.

Junto anexo os instrumentos que serão utilizados para a colheita de dados, e a respectiva carta entregue a cada cuidador onde se esclarece acerca do propósito deste estudo, pedindo a sua colaboração.

Grato pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,

Mestranda: Maria Manuela Dias Bogalho

Morada: Rua das Tulipas, 270 4510-679 Fânzeres

E-mail: Manuelabogalho@sapo.pt

Contacto: 966469481

Dá-se a autorização: _____

Porto, 14 de Fevereiro 2014

Anexo XI - Pedido formal às Direções dos Lares

Porto, UFP, 04 de Março, 2014

Exmº (a) srº (a)

Responsável pelo

Lara da Santa Casa da Misericórdia de Valongo

O meu nome é Maria Manuela Dias Bogalho, e encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Universidade Fernando Pessoa (UFP), e estou a desenvolver, sob a orientação da Professora Isabel Silva, uma investigação com o tema *Stresse e Copying do Cuidador Formal (Auxiliar de Ação Direta) do Idoso Dependente Institucionalizado*.

Com esta investigação pretende-se estudar a relação entre o *stress* e o *copying* no cuidador formal de idosos em situação de dependência, no sentido de otimizar o trabalho dos profissionais de saúde que interagem com esta população específica, no sentido de se obter ganhos ao nível da saúde física e mental dos cuidadores e consequentemente dos idosos que recebem o apoio.

No âmbito desse estudo estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual necessito da colaboração dos funcionários da instituição, através do preenchimento dos seguintes instrumentos: um questionário Sociodemográfico com perguntas diretas acerca de aspetos relevantes com atividade do cuidador; uma escala de avaliação do *stress*, composto por 25 questões, um questionário administrado para avaliar o *copying* (enfrentamento) que é constituído por 38 afirmações; para avaliar a dependência do idoso, a Escala de avaliação de dependência- *Índice de Barthel*, é composta por 10 atividades básicas de vida diária.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a colaboração no sentido de dar a autorização aos profissionais cuidadores formais que cumpram os critérios necessários ao estudo, o preenchimento dos instrumentos anteriormente referidos, no sentido de os integrar na realização deste estudo.

Junto anexo os instrumentos que serão utilizados para a colheita de dados, e a respectiva carta entregue a cada cuidador onde se esclarece acerca do propósito deste estudo, pedindo a sua colaboração.

Junto anexo os instrumentos que serão utilizados para a colheita de dados, e a respectiva carta entregue a cada cuidador onde se solicita o consentimento informado para a sua participação no estudo.

Grato pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,

Mestranda: Maria Manuela Dias Bogalho

Morada: Rua das Tulipas, 270 4510-679 Fânzeres

E-mail: manuclabogalho@sapo.pt

Contacto: 966469481

Dá-se a autorização:



Porto, de

2014

ANEXO XII – Consentimento Informado para a participação na investigação

Instruções

Caro Profissional Cuidador(a) Formal:

O meu nome é Manuela Bogalho, e encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Universidade Fernando Pessoa, e estou a desenvolver, sob a orientação da Professora Isabel Silva, uma investigação no âmbito do Mestrado com o tema *Stress e Copying do Cuidador Formal (Ajudantes de Ação Direta) do Idoso (IN)Dependente Instrucionalizado*.

Ao responder aos questionários está a contribuir para otimizar o trabalho dos profissionais que interagem com esta população específica (o idoso), no sentido de se obter ganhos ao nível da saúde física e mental dos profissionais cuidadores formais e conseqüentemente dos idosos que recebem o apoio.

No âmbito desse estudo estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a sua colaboração através do preenchimento dos seguintes instrumentos: um questionário SocioDemográfico com perguntas diretas acerca de aspetos relevantes com atividade do cuidador; uma escala de avaliação do stress, composto por 25 questões, o questionário administrado para avaliar o *copying* (enfrentamento), constituído por 38 afirmações; para avaliar a dependência do idoso será administrado a Escala de avaliação de dependência, a qual é composta por 10 atividades básicas de vida diária.

Todas as informações que nos fornecer permanecerão anónimas e confidenciais e serão usadas somente para este estudo.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Maria Manuela Dias Bogalho

Porto, _____ de _____ 2014