



Mestrado em Envelhecimento Ativo

**AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DO STRESS EM CUIDADORES
FORMAIS: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

João Carlos Lopes Pires Génésio

Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau
de Mestre em Envelhecimento Ativo

Orientado por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Bragança, 2017

Mestrado em Envelhecimento Ativo

**AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DO STRESS EM CUIDADORES
FORMAIS: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau
de Mestre em Envelhecimento Ativo

João Carlos Lopes Pires Génésio

Orientado por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

RESUMO

Introdução: As alterações socioeconómicas colocam grandes desafios às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), principalmente e aos seus cuidadores formais. Numa sociedade em constante transformação, o fenómeno do envelhecimento da população tem vindo a proporcionar o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, levando a que muitas famílias não consigam lidar com o stress e a sobrecarga que causam. Apresentando-se como solução a institucionalização, desafiando-se por isso, as limitações das IPSS. O trabalho diário com pessoas portadoras de deficiência mental é extremamente exigente do ponto de vista físico e psicológico. Neste sentido, é pertinente salientar que a Organização Mundial de Saúde enumera as competências necessárias para a formação especial dos cuidadores que lidam com utentes com demência (OMS, 2013).

Este trabalho desenvolveu-se no Centro de Educação Especial (CEE), uma IPSS onde residem utentes portadores de diversas alterações na sua saúde mental.

Objetivou-se: avaliar a perceção do stress em Cuidadores Formais; relacionar as dimensões da vulnerabilidade ao stress com: género; atividade desempenhada; tempo de serviço; e toma de medicação e verificar possíveis relações entre as dimensões da vulnerabilidade ao stress nestes profissionais.

Metodologia: utilizou-se um questionário socioprofissional, e o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23-QVS), (Serra, 2000). A amostra do estudo é composta por 47 cuidadores formais do CEE. Efetuou-se um estudo de caso de carácter quantitativo, descritivo e correlacional.

Resultados: Em termos da relação entre a vulnerabilidade ao stress e os dados socioprofissionais, apenas se correlacionou com o tempo de serviço. A vulnerabilidade ao stress, em termos gerais, é baixa, o que em muito se poderá explicar pelo relativo curto tempo de serviço que em geral se observa nos cuidadores formais da equipa do CEE.

Os cuidadores com menos de 6 meses de tempo de serviço demonstram níveis de Perfeccionismo e intolerância à frustração mais altos do que os colaboradores com mais de 6 meses de tempo de serviço e que esta diferença é estatisticamente significativa. No que diz respeito à Inibição e dependência funcional, a Carência de apoio social, as Condições de vida adversas e a Deprivação de afeto, são os cuidadores com mais de 6 meses de tempo de serviço que apresentam níveis estatisticamente significativos superiores. No que diz respeito à

Vulnerabilidade ao Stress geral, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Conclusão: Conforme mencionado em vários estudos, a formação adequada dos cuidadores formais sobre deficiências mentais, resulta em níveis de stress mais reduzidos, sendo que o apoio de um profissional da área da psicologia, iria ao encontro da prevenção dos níveis de stress, reduzindo a vulnerabilidade ao mesmo. Assim, sugere-se a implementação de um programa de *coaching* psicológico de forma a ajudar os cuidadores formais a desenvolverem estratégias para enfrentar e lidar adaptativamente com a adversidade, desenvolvimento da resiliência e superar desafios profissionais.

Palavras-Chave: Cuidadores formais, stress laboral, saúde mental, coaching.

ABSTRACT

Introduction: Socioeconomic changes pose major challenges to Private Social Solidarity Institutions (IPSS), mainly to their formal caregivers. In an ever-changing society, the aging population phenomenon has been increasing the prevalence of chronic and disabling diseases, causing many families to be unable to cope with the stress and burden they cause. Institutionalisation as a solution for this issue challenges the limitations of IPSSs. The daily work with people with mental disabilities is extremely demanding from a physical and psychological point of view. In this sense, it is pertinent to point out that the World Health Organization lists the skills necessary for the special training of caregivers dealing with users with dementia (WHO, 2013).

This work was developed in the Centro de Educação Especial (CEE), an IPSS where residents suffer from various mental health alterations.

Objective: To evaluate the perception of stress in Formal Caregivers; To relate the dimensions of vulnerability to stress with: gender; function; service time; and taking medication and verifying possible relationships between the dimensions of vulnerability to stress among these professionals.

Methodology: a socio-professional questionnaire and the Stress Vulnerability Questionnaire (23-QVS), (Serra, 2000), were used. The study sample is composed of 47 formal caregivers from the CEE. A quantitative, descriptive and correlational case study was carried out.

Results: In terms of the relationship between vulnerability to stress and socio-professional data, it only correlated with length of service. The vulnerability to stress in general terms is low, which can be explained by the relatively short length of service that is usually observed in formal caregivers of the CEE team.

Caregivers with less than 6 months of service time demonstrate higher levels of frustration and frustration intolerance than employees with more than 6 months of service time and this difference is statistically significant. Regarding Functional Inhibition and Dependence, the lack of social support, adverse living conditions and affection deprivation, the caregivers with more than 6 months of service time have statistically significant higher levels. With regard to General Stress Vulnerability, the differences found are not statistically significant.

Conclusion: As mentioned in several studies, adequate training of mental health care providers results in lower levels of stress, and the support of a professional in the field of psychology would enable the prevention of stress levels and the vulnerability to it. Thus, it is suggested to implement a psychological coaching program in order to help formal caregivers

develop strategies to deal with and cope with adversity, develop resilience and overcome professional challenges.

Key Words: Formal caregivers, Labour stress, Mental health, Coaching.

Agradecimentos

À minha orientadora Doutora Ana Maria Nunes Galvão, pela motivação e ajuda que sempre me disponibilizou.

Lista de Abreviaturas e Siglas

American Psychiatric Association	APA
Centro Educação Especial	CEE
União Europeia	EU
European Agency for Safety & Health at Work	EU-OSHA
Instituição Particular de Solidariedade Social	IPSS
Organização Mundial de Saúde	OMS
A escala de vulnerabilidade ao stresse	QVS
Síndrome Geral de Adaptação	SGA

Índice Geral

Índice Geral	X
Índice de Figuras	XII
Índice de Tabelas	XIII
Introdução	1
Parte I – Estado da Arte	3
Stress: Contextualização Teórica	4
Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Resposta.....	5
Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Estímulo.....	8
Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Processo	9
Modelo transacional de Lazarus e Folkman	9
Stress Laboral em Cuidadores Formais	13
Modelos Explicativos de Stress Laboral	15
Modelo de Exigências-Controllo	15
Modelo de Ajustamento Indivíduo-Ambiente	17
Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa	18
Impacto do Stress Laboral a Nível Individual	20
Comportamentos Aditivos.....	20
Perturbações Gastrointestinais	21
Doenças Cardiovasculares.....	21
Neoplasias	22
Depressão	22
Perturbações Sexuais.....	23
Perturbações do Sono	23
Perdas de Memória.....	23
Morte	24
Burnout.....	24
Cuidadores Formais	25
Prevenção e Proteção do Stress Laboral: Um Programa de Intervenção	27
Parte II – Enquadramento Metodológico	30
Metodologia	31
Questão de Investigação.....	31
Justificação do Tema.....	31
Objetivos do Estudo	31
Tipo de Estudo	32

Participantes e Seleção da Amostra	32
Variáveis em Estudo.....	33
Hipóteses de Investigação	34
Procedimentos Éticos e Legais.....	34
Instrumento de Recolha de Dados.....	35
Tratamento de Dados	37
Apresentação e Análise de Resultados.....	38
Estatística Descritiva	38
Estatística Inferencial	40
Discussão de Resultados.....	46
Conclusões	48
Referências bibliográficas.....	50
Anexos.....	56
Anexo 1 – Questionário socioprofissional	57
Anexo 2 – Questionário Vulnerabilidade ao Stress	58

Índice de Figuras

Figura 1 - Stress em 3 Etapas (Selye, 1984)	7
Figura 2. Modelo Transacional de Lazarus e Folkman (1984).....	10
Figura 3. Modelo Exigências-Controllo, adaptado de Gonçalves (2013).....	16
Figura 4. Modelo de Ajustamento Indivíduo-Ambiente, adaptado de Gonçalves (2013)	17
Figura 5. Modelo de Desiquilibrio Esforço-Recompensa, adaptado de Gonçalves (2013).....	18

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Dados Socioprofissionais da Amostra	32
Tabela 2 – Composição dos Fatores da Escala	35
Tabela 3 – Composição do Questionário de Vulnerabilidade ao Stress	36
Tabela 4 – Caraterização dos Itens da Escala	38
Tabela 5 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala	39
Tabela 6 – Correlação (Spearman) Entre Fatores e Total da Escala.....	40
Tabela 7 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala em Função do Género.....	41
Tabela 8 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala em Função da Tarefa Desempenhada.....	42
Tabela 9 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala em Função do Tempo de Serviço	43
Tabela 10 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala em Função da Toma de Medicação.....	44

Introdução

As alterações socioeconómicas colocam grandes desafios às Instituições Particulares de Solidariedade Social, principalmente e aos seus cuidadores formais. Numa sociedade em constante transformação, o fenómeno do envelhecimento da população tem vindo a proporcionar o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, levando a que muitas famílias não consigam lidar com o stress e a sobrecarga que causam. Apresentando-se como solução a institucionalização, desafiando-se por isso, as limitações das IPSS.

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

Um serviço de qualidade na prestação de cuidados remete-nos necessariamente para o conceito de qualidade integral dos seus cuidadores. Algo que implica um tipo de formação que promova competências integrais adequadas, não só técnicas e especializadas, mas também com competências de autocuidado, na gestão do stress e da sobrecarga emocional neste tipo de cuidadores (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011; Lopes, 2005; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011).

Neste sentido, a American Psychiatric Association (APA, 2010) tem vindo a incentivar estudos e intervenções que procurem prevenir ou reduzir o stress psicológico dos cuidadores formais (Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012).

A prestação de cuidados formais de saúde a pessoas com deficiência mental é um serviço indispensável e realizado por diversos trabalhadores (desde médicos e enfermeiros a auxiliares de serviços gerais) e vários autores referem-se ao fato do trabalho diário com estas pessoas ser extremamente exigente e desgastante, física e psicologicamente (Devereux, Hastings, Noone, Firth, & Totsika, 2009; Hatton et al., 1999; Rose, 1999).

O trabalho diário com pessoas portadoras de deficiência mental é extremamente exigente do ponto de vista físico e psicológico. Neste sentido, é pertinente salientar que a Organização Mundial de Saúde enumera as competências necessárias para a formação especial dos cuidadores que lidam com utentes com demência (OMS, 2013).

Em Portugal, encontramos poucos estudos que analisem as consequências das exigências profissionais do trabalho com pessoas com deficiência mental. Alguns estudos internacionais abordam a temática, sobretudo em cuidadores informais (Devereux, Hastings, & Noone, 2009; Devereux et al. 2009; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Hatton et al., 1999; Jenkins & Elliott, 2004; White, Edwards, & Townsend-White, 2006). As exigências

profissionais, neste caso, dizem respeito aos aspetos físicos, sociais e organizacionais que requerem um investimento físico e/ou mental e às quais estão associados custos psicológicos (Devereux et al., 2009), afetando diversas áreas de vida.

Este trabalho de projeto incide sobre avaliação da perceção do stress em cuidadores formais de utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos, que trabalham numa IPSS. Tem como objetivo major avaliar a vulnerabilidade ao stress nestes profissionais e explorar associações possíveis entre o stress e algumas variáveis socioprofissionais.

Trata-se de um estudo de caso, numa equipa de cuidadores formais de uma IPSS, que tem como missão promover a qualidade de vida dos clientes, para que as dimensões físicas, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada pessoa com deficiência possam por ela ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia. Para tal a boa articulação de complexos fatores organizacionais e relacionais contribuem para o respeito e a promoção da dignidade de cada pessoa, considerada na sua individualidade, pessoa com direitos, deveres e com uma cidadania plena.

Em termos estruturais, este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Ao longo da primeira parte, estado da arte, desenvolve-se a contextualização teórica alusiva ao tema em apreço, e uma breve caracterização dos cuidadores formais.

Por seu turno, a parte II diz respeito ao estudo empírico, onde se descrevem os aspetos metodológicos utilizados. Seguidamente são apresentadas as discussões dos resultados obtidos em confronto com outros trabalhos selecionados sobre a mesma problemática e as respetivas conclusões.

Propomos como um programa de intervenção para esta problemática um programa de *coaching* psicológico como catalisador de estratégias preventivas do stress e promotoras da saúde mental dos cuidadores informais de utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos.

Parte I – Estado da Arte

Stress: Contextualização Teórica

Frequentemente ao longo do ciclo vital, as pessoas são marcadas por inúmeros acontecimentos normativos e não normativos que variam de magnitude, duração e impacto, que vão exigir uma capacidade de adaptação constante. No desenrolar das atividades de vida diárias, os indivíduos deparam-se com a tarefa de responderem adaptativamente às frequentes ocorrências e mudanças, não só do meio social e contextual, mas também das resultantes do processo de desenvolvimento físico e psicológico individual. Decorrente destas vivências, as pessoas poderão em qualquer momento da sua vida, experienciar stress.

O termo Stress utilizado e referenciado como hoje se conhece é recente, existindo nos últimos cem anos. O seu significado como uma resposta inespecífica de adaptação, acompanhou o ser humano, como sendo um estímulo de aprendizagem e adaptação, perante as diversas situações e experiências de vida com o ambiente onde o indivíduo se insere.

A utilização deste conceito, já enraizado de forma generalizada na sociedade, nem sempre teve o mesmo significado. Na conceptualização de Serra (2011) o “termo stress provém do verbo latino *stringo, stringere, strinxi, strictum* que significa apertar, comprimir e restringir” (p. 12). A mesma expressão, existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo frequentemente utilizada para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. No século XIX, o conceito alargou-se e para passou a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana, sendo que em contexto psicossocial, o seu uso abrange significados distintos, como: esforço, sobrecarga, cansaço, fadiga, tensão emocional, frustração, entre outros.

Neste sentido a noção de *stress*, tem a sua origem no século XIX, através dos trabalhos realizados por Claude Bernard (médico e fisiologista francês) que em 1865, na sua obra intitulada *Introduction à la médecine expérimentale*, definiu o conceito de “meio interno” e ressaltou a importância da manutenção do equilíbrio do meio interno, para a sobrevivência das células e do organismo. Na opinião deste autor, o ser humano possui uma capacidade de auto-regulação que lhe permite manter o equilíbrio do seu meio interno, face às condições externas e aos acontecimentos circundantes. Assim, os organismos para se manterem vivos têm de possuir meios de autoproteção, não só para se adaptarem às simples mudanças de temperatura do exterior, como também para o confronto com outros seres (Bernard, 2011).

Mais tarde, no início do século XX (1929) inspirado em Bernard, chamou Walter Cannon, à capacidade de adaptação dos organismos às mais variadas situações, Homeostase. Esta palavra derivada do grego *homolos* (semelhante) e *stasis* (posição), designa os processos fisiológicos coordenadores que mantêm a maior parte dos estados constantes no organismo. Com esta constatação, descobre que o ser humano pode responder aos acontecimentos, através da segregação de adrenalina pelas cápsulas supra-renais, preparando o organismo para a sua defesa. Descreveu também, as reações de ataque ou fuga e fez a ligação entre as respostas adaptativas ao stress, com a secreção de catecolaminas.

É consensual que a definição de stress está intimamente ligada a uma “tensão”, seja do foro físico, mental ou emocional. Assim, podemos conceptualizar o stress, como uma condição ou sentimento experienciado por alguém que percebe que as exigências do meio envolvente, excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar para os enfrentar.

Selye (1984) considerado o pai do stress, afirma, que “o stress é um elemento natural da vida. Está em qualquer lugar; não podemos evitá-lo, nem seria adequado fazê-lo se pudéssemos” (p. 202).

Distingue também, dois termos diferentes: o “*Eustress*” e o “*Distress*” como forma de constatar uma dupla valorização do stress.

O termo, *Eustress* diz respeito a situações e experiências em que o stress produz resultados e consequências positivas, pois induz a estimulação e a ativação adequada para que o indivíduo alcance resultados satisfatórios nas suas atividades (*e.g.* casamento, nascimento de um filho, promoção no local de trabalho, novos amigos, ganhar dinheiro).

O termo, *Distress*, reporta-se a situações e experiências pessoais desagradáveis e com consequências nefastas para a saúde e bem-estar psicológico, sendo esta a razão pela qual, este segundo aspeto tem recebido mais atenção por parte dos investigadores (*e.g.* divórcio, morte de cônjuge ou filho, dificuldades financeiras, contrariedades no local de trabalho).

Ao longo do percurso do estudo deste fenómeno, foram delineadas diferentes definições e formas de conceptualização do stress, destacando-se três abordagens predominantes: a *perspetiva de resposta*, a *perspetiva de estímulo* e a *perspetiva de processo*.

Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Resposta

Designa-se esta abordagem por *perspetiva de resposta* (ou fisiológica), definindo o stress como a *resposta* geral do organismo perante qualquer estímulo, ou situação stressante,

que ameace o seu equilíbrio interno, traduzindo-se em reações e ativações fisiológicas (e.g. alterações hormonais).

Para Leite e Uva (2010), esta perspetiva baseada nas respostas fisiológicas do indivíduo, foi inicialmente desenvolvida por Hans Selye a partir da década dos anos 40. Os seus trabalhos, incidiram essencialmente, não sobre o nosso organismo, mas sobre a resposta biológica do nosso organismo a estímulos externos. De acordo com este autor, após uma agressão física ou psíquica que ameace o equilíbrio interno, o organismo desencadeia uma contra-reação procurando restabelecer o equilíbrio.

Esta perspetiva, centra-se essencialmente nas reações do organismo perante um estímulo adverso, pelo que o stress é visto como a resposta dos sistemas fisiológicos de defesa, que permitem que o corpo se proteja ou reaja face a uma agressão. Para Selye (1984), a reação não é específica, pois a mesma não depende da natureza do agente agressor, diz respeito a uma resposta geral do organismo, denominada pelo autor de **Síndrome Geral de Adaptação (SGA)**:

- *Síndrome* – porque envolvia um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes;
- *Geral* – porque eram afetados grandes departamentos orgânicos;
- *de Adaptação* – porque tinha como finalidade última, a reativação de defesas que ajudam a repor o equilíbrio perturbado.

Síndrome Geral de Adaptação

Selye (1984) no decurso de investigações com ratos, observou que ao submeter estes animais à ação de preparações glandulares tóxicas e impuras, os ratos desenvolviam um síndrome típico, apresentando um alargamento e uma hiperatividade do córtex supra-renal, atrofia do timo e dos nódulos linfáticos e o aparecimento de úlceras gastrointestinais. A ação do frio ou do calor, da infeção, de traumatismos, hemorragias, irritação nervosa e outros estímulos, faziam surgir um síndrome idêntico.

Posteriormente, demonstrou que o stress persistente infligido nestes animais, levava ao aparecimento de doenças similares em humanos, como enfartes agudos do miocárdio, artrite reumatóide e doença renal, Instituto Americano do Stress (2015).

Selye (1984) descreveu esta síndrome em três etapas (Figura 1): *reação de alarme*, *fase de resistência* e *fase de esgotamento*.

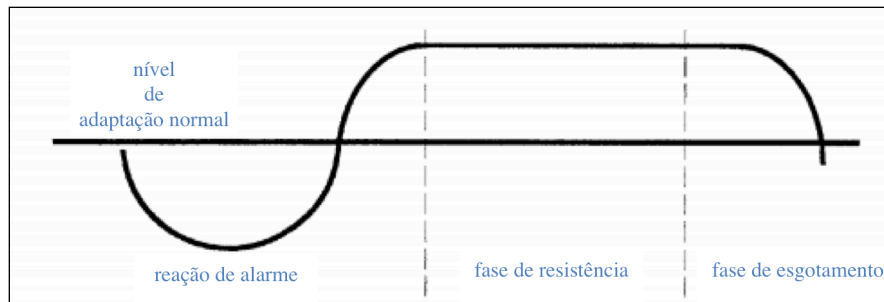


Figura 1 - Stress em 3 Etapas (Selye, 1984)

- *Reação de alarme* – caracterizada pela resposta imediata, psicofisiológica, tendo início quando o indivíduo se depara com um agente stressor e ao mesmo tempo, o organismo é submetido a estímulos que ameaçam a quebra da sua homeostase, produzindo de imediato uma intensa ativação fisiológica que lhe faculta mais recursos para uma possível atuação. Nesta fase, a frequência cardíaca e respiratória aumentam, eleva-se a tensão arterial e dá-se uma vasoconstrição dos vasos da região esplênica e dos membros, a fim de o sangue poder ser canalizado para os músculos e para o coração. As extremidades ficam frias e suadas. O glicogénio armazenado no fígado, é libertado para a corrente sanguínea sob a forma de glicose na tentativa de ajudar a alimentar as células do organismo. Esta fase, é geralmente curta em duração (de alguns segundos a alguns dias). Se este esforço extraordinário permite colocar um fim na situação de stress (permitindo e facilitando a análise da situação e organização da resposta adequada à mesma), coloca um fim, também no SGA. Se a situação de stress se mantiver, o organismo continua a fazer o seu esforço de adaptação através da ativação fisiológica, até o agente stressor desaparecer. Esta termina, quando desaparece o agente indutor de stress. Contudo, se o organismo não consegue manter este esforço acrescido, evoluirá para a fase seguinte.
- *Fase de resistência* – composta pela ativação do eixo hipotálamo-hipófiso-supra-renal e surge com objetivos reparadores no intuito de o organismo utilizar os seus recursos excepcionais para ultrapassar a situação de stress que continua a enfrentar. Caracteriza-se pelo esforço que o organismo faz, para tentar repor o equilíbrio inicial que foi perdido. Os sinais de alarme desaparecem, minimizando-se muitas das modificações induzidas na fase anterior, preparando-se o indivíduo para lidar e adaptar-se à situação perturbadora. Ocorrendo elevação nos níveis de cortisol no sangue, uma ativação do metabolismo em geral e um aumento da força muscular. Ocorre uma diminuição dos

processos de tumefação e inflamação. No entanto, se a hiperativação for mantida, o organismo vai esgotando os seus recursos perdendo progressivamente ou de forma repentina, a sua capacidade de atuação, levando à manifestação da fase seguinte.

- *Fase de esgotamento* – ocorre quando o ser humano não consegue lidar, nem adaptar-se à situação que induz o stress. Nesta fase, observa-se uma reativação vegetativa e a manutenção de níveis elevados de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo. A resistência a infeções diminui substancialmente, dando lugar ao aparecimento de doenças pelo aumento das estruturas linfáticas, do esgotamento psicológico que ocorre, quase sempre, sob forma de depressão, bem como a manifestação do esgotamento físico. Em casos extremos o indivíduo pode morrer.

Este modelo (SGA), evidencia de algum modo a evolução da ativação do organismo para enfrentar situações de stress, primeiro com uma grande hiperativação, depois com uma hiperativação menor mas que perdura no tempo, e por último com algum tipo de disfunção, física ou mental, geral ou específica.

Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Estímulo

Nesta abordagem, o stress é definido como um *estímulo*, proveniente do meio e que causa na pessoa uma reação. Ou seja, trata-se de uma exigência ou sobrecarga externa que afeta o indivíduo e é potencialmente perigosa. Esta perspetiva é defendida por diversos autores, como Holmes e Rahe (1967), os quais afirmam que os fatores stressantes são os acontecimentos importantes de vida (*e.g.* divórcio, morte do cônjuge, casamento) que requerem uma necessidade de adaptação do organismo, na sequência de um constrangimento, ameaça ou exigência que lhe é imposto. Esta adaptação será no sentido de restabelecer a normalidade, ou seja, o equilíbrio dinâmico do organismo humano.

Nesta abordagem, o conceito de agente stressor assume uma relevância significativa para designar a situação ou acontecimento potencialmente stressante. É possível identificar uma série de propriedades das situações que as podem tornar stressantes: magnitude do ajustamento das exigências, tipos de ajustamentos possíveis, nível de controlo, nível de previsibilidade e valência positiva ou negativa (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984), referem três tipos de agentes stressores com base na amplitude e intensidade da situação:

- Grandes mudanças, normalmente cataclismos que atingem um elevado número de pessoas, são ameaças universalmente stressantes e fora do controlo de qualquer pessoa, incluindo-se nesta categoria de stressores os desastres naturais (e.g. Tsunamis, Furacões);
- Grandes mudanças que afetam apenas uma ou poucas pessoas (e.g. morte de alguém querido, ameaça de vida ou doença incapacitante, perder o emprego, divórcio, parto);
- Aborrecimentos do dia-a-dia que, apesar de serem menos dramáticos do que os anteriores, requerem esforços de adaptação (e.g. o cão ficar doente, o fumo do tabaco, discutir com alguém).

Perspetiva do Conceito de Stress Enquanto Processo

A perspetiva do stress enquanto *processo*, também designada por interacionista ou psicossocial, emergiu como resposta às limitações das perspetivas anteriores, do stress como estímulo ou como resposta. Esta preconiza a existência de um processo de avaliação cognitiva de uma determinada situação, assim como de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador (e conseqüentemente stressor) dessa mesma situação. Esta abordagem centra-se na avaliação individual de determinados acontecimentos exteriores, e na avaliação que é feita dos recursos individuais disponíveis para lidar com essa situação. Neste sentido, o stress é encarado como um processo e traduz-se numa resposta multidimensional na sequência de uma avaliação cognitiva.

Sendo que o modelo transaccional de stress de Lazarus e Folkman (1984), constitui uma das principais referências teóricas nesta área e serve de base a modelos posteriores nos diferentes domínios da vida da pessoa.

Modelo transaccional de Lazarus e Folkman

Este modelo teórico, descreve o stress como resultado do processo de avaliação cognitiva e traduz-se num conjunto de respostas de *distress* (*mal-estar*), as quais conduzem, por sua vez, ao desencadear de um novo processo de *coping*, relativo aos esforços de adaptação desenvolvidos no sentido de resolver a situação avaliada como ameaçadora e/ou regular as reações de *distress*. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), uma situação indutora de stress é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus recursos, prejudicando por isso, o seu bem-estar.

Face à análise deste modelo (Figura 2), numa situação de ameaça (potencial), um indivíduo evolui ao longo de uma sequência processual, que tem início na percepção da situação em causa, passando pela sua avaliação face aos recursos pessoais e envolvendo ainda, o desencadeamento de estratégias de *coping* para lhe fazer frente.

Esta perspetiva, salienta, uma dimensão cognitiva de classificação das situações como ameaçadoras (avaliação), a qual é seguida de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com essas situações de stress (*coping*).

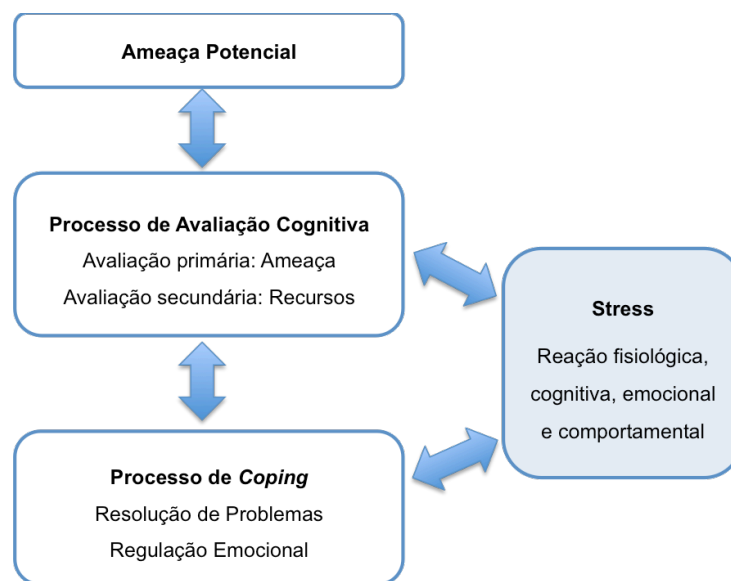


Figura 2. Modelo Transacional de Lazarus e Folkman (1984)

Para Lazarus e Folkman (1984), existem dois tipos de avaliação cognitiva:

- Avaliação primária – consiste na avaliação do significado individual ou da relevância do acontecimento, conduzindo à classificação dos acontecimentos como: *irrelevantes* (o encontro com o ambiente não acarreta implicações para o bem-estar da pessoa, não há perdas ou ganhos associados à transação); *positivos* (o encontro com a situação é classificado como positivo, isto é, o bem-estar é mantido ou aumentado); ou *ameaçadores* (o encontro com a situação inclui situações de perda, ameaça ou desafio);
- Avaliação secundária – ocorre quando um acontecimento é considerado ameaçador, durante a avaliação primária. Consiste na avaliação dos recursos disponíveis para

enfrentar o acontecimento, recursos que podem ser pessoais (*e.g.* personalidade resistente ou otimismo disposicional) e/ou sociais (*e.g.* estatuto socio-económico ou as redes de apoio social).

Estes dois tipos de avaliação vão conduzir a respostas fisiológicas (*e.g.* aumento do ritmo cardíaco), respostas cognitivas (*e.g.* crenças sobre as consequências de um acontecimento) e respostas emocionais (*e.g.* medo) e comportamentais (*e.g.* fuga) de stress.

Se um determinado acontecimento for considerado como ameaçador na avaliação primária, e se os recursos existentes para lidar com a situação, forem considerados insuficientes na avaliação secundária, esta avaliação conduzirá à experiência de stress, a qual desencadeará um conjunto de esforços individuais no sentido de lidar com a situação, eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça.

Denomina-se este processo de *coping* definido por Lazarus e Folkman (1984), como um processo que implica uma constante mudança e adaptação dos esforços cognitivos e comportamentais, com vista a gerir as exigências externas e/ou internas específicas, as quais são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo.

Nesta definição está implícita a ideia, de que o *coping* se pode alterar de situação para situação e de momento para momento, em função da reavaliação que a pessoa faz. Isto significa, que as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo podem ser alteradas ao longo do tempo (*e.g.* a pessoa pode adoptar uma estratégia X logo a seguir à ocorrência do acontecimento e, passado algum tempo, adoptar a estratégia Y), e também, são situacionais (*e.g.* a mesma pessoa pode utilizar diferentes estratégias de *coping* perante as mesmas situações ameaçadoras, no trabalho e em situações de ameaça familiar).

As estratégias de *coping*, consistem em formas práticas de enfrentar situações ameaçadoras, podendo distinguir-se dois tipos básicos de estratégias: *focalizadas na resolução de problemas*, que são formas de lidar com o stress centradas no problema e que implicam o desenvolvimento de ações no sentido de eliminar, prevenir ou reduzir a ameaça, estando, neste sentido, direccionadas para a definição do problema e para o gerar de soluções alternativas, ponderando as alternativas em termos de custos e benefícios, escolhendo entre elas e agindo; e *focalizadas na regulação emocional*, que são formas de lidar com o stress centradas nas emoções (*e.g.* o evitamento, o distanciamento e a atenção seletiva) e que ocorrem tendencialmente quando a avaliação mostra que não existe solução a aplicar para modificar a ameaça ou as condições ambientais.

Resumindo, de acordo com este modelo, o stress é um processo individualizado que se pode considerar como sendo o resultado da interação entre características ambientais e pessoais. Este modelo de stress e *coping* valoriza o papel ativo do indivíduo enquanto agente (e não apenas objeto):

- i. de avaliação da situação que viveu (*i.e.*, o que explica que um mesmo acontecimento possa ser avaliado por algumas pessoas como irrelevante e, por outras, como ameaçador);
- ii. de avaliação dos recursos disponíveis para lidar com a situação;
- iii. de resolução dos problemas indutores de stress e/ou regulação das suas próprias reações de *distress*.

Feita esta conceptualização sobre as definições/conceitos de stress, segundo alguns autores e as suas perspetivas, iremos seguidamente enquadrar este conceito, em torno do contexto laboral.

Stress Laboral em Cuidadores Formais

Nos últimos anos, aconteceram numerosas e importantes mudanças no ambiente e estrutura laboral, que fizeram aumentar consideravelmente a carga mental e emocional da atividade laboral, Martín, Salanova e Peiró (2003). Na opinião de Gil-Monte (2006) estas mudanças demográficas, económicas, políticas e tecnológicas originaram novos riscos psicossociais no trabalho, que podem ter consequências claras para a saúde e bem-estar dos trabalhadores e organizações.

Gómez, Guerrero e González-Rico (2014) afirmam que todas estas alterações desencadearam fontes de stress no trabalho, afetando o desempenho laboral, tanto ao nível individual, como ao nível organizacional. Neste contexto, o interesse em estudar as condições organizacionais e psicossociais relacionadas com a saúde dos trabalhadores, foi adquirindo importância relevante nos últimos anos, concluindo-se, que o stress é o segundo problema relacionado com o trabalho mais frequente na Europa (depois das perturbações músculo-esqueléticas), já que 51% dos trabalhadores referem ser comum o stress laboral na sua organização e 4 em cada 10, referem que o problema não é gerido da melhor forma, EU-OSHA (2015).

Tanto na União Europeia como nos Estados Unidos, o stress laboral é considerado na atualidade como um dos principais problemas de saúde laboral, com grandes custos económicos e sociais. Quanto à componente financeira do problema, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014), estima que na Europa os custos totais com perturbações de saúde mental (relacionadas ou não com o trabalho) ascendam a 240 mil milhões de Euros por ano, sendo 136 mil milhões de Euros imputáveis à perda de produtividade, incluindo o absentismo por baixa médica. Baseados nestas razões objetivas, o stress laboral tem sido considerado por muitos como a “pandemia” do século XXI.

Na opinião de Leite e Uva (2010), o trabalho é considerado um dos principais valores da sociedade já que exerce um papel fundamental na vida das pessoas e contribui em muitos casos, para a saúde dos indivíduos. Serra (2011) corrobora com esta afirmação e reforça-a, afirmando que a atividade profissional pode ter aspetos positivos ou negativos, já que esta influencia a auto-estima e a identidade do indivíduo, além de constituir uma fonte de rendimento fundamental, conferir estatuto social e aumentar os contactos sociais. O trabalho é uma atividade humana de efeito dúplice sobre a saúde, já que o mesmo implica esforço físico e mental e obriga à divisão de tarefas e de recursos humanos constituindo-se como um fator

de risco para as pessoas. Por outro lado, este pode ser também, uma fonte de motivação, de realização pessoal e de crescimento psicológico. No entanto, o trabalho pode ser um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento de fatores desencadeantes de stress (processo que melhor explica como o trabalho pode afetar a saúde das pessoas) que gradualmente desgastam o indivíduo, trazendo prejuízo tanto para a saúde física como mental do trabalhador.

A vivência de stress, pode ter efeitos negativos sobre o funcionamento da organização e até implicar custos de produção, já que nos últimos anos têm surgido pesquisas que se debruçam sobre as causas e consequências do stress laboral. Estes estudos são importantes por duas razões: uma delas suportada pela ideia de que todas as pessoas experienciam, nalgum momento, stress relacionado com o trabalho e, outra razão aponta o stress laboral como um dos mais evitáveis problemas de saúde. Para a maioria de nós, o stress laboral é breve e não representa uma ameaça séria à nossa saúde, contudo para algumas pessoas, este pode ser crónico, se continuado por vários anos (Straub, 2005).

Schaufeli, Salanova, González-Roma e Bakker (2002), descrevem o stress laboral, como um processo no qual intervêm stressores ou exigências de diversas índoles, consequências do stress e também dos recursos disponíveis pela pessoa ou pelo trabalho. O stress laboral, define-se como a resposta psicológica e física que ocorre quando as exigências do trabalho não se ajustam às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. Se este for intenso e de algum modo duradouro, pode induzir problemas de saúde física e mental. Esta relação do stress com o trabalho, pode ser resultado de fatores de risco psicossociais, tais como: a organização e gestão do trabalho, a sua elevada exigência e o mau controlo do mesmo, bem como de problemas de assédio (moral ou sexual) e violência no local de trabalho. Pode ainda ser provocado por fatores de risco físicos, como o ruído e a temperatura.

Perante o descrito, atualmente no âmbito laboral, predomina o enfoque transaccional do stress. Na conceção do stress como transação cognitiva pessoa-ambiente (Lazarus & Folkman, 1984), o stress é considerado como uma falta de conexão entre as capacidades percebidas ou reais de um indivíduo e as exigências percebidas ou reais do meio ambiente. A abordagem transaccional, relaciona a pessoa com o meio em que se insere e resulta, quando a pessoa considera que os recursos de que dispõe são insuficientes para fazer frente às imposições do meio.

Em geral, o conceito de stress relaciona o sujeito com o seu meio organizacional, laboral e ocupacional, percebendo-o como uma ameaça ou perigo para a sua integridade física e mental.

Neste contexto, de forma a compreender a saúde dos trabalhadores e descrever os conceitos de uma organização saudável, a literatura tem recorrido de forma detalhada ao quadro teórico e paradigma do stress no trabalho (Ramos, 2016).

Assim, neste âmbito, passaremos a descrever os principais modelos explicativos de stress laboral.

Modelos Explicativos de Stress Laboral

Após termos definido o stress laboral, recorreremos à exposição das teorias e estudos empíricos que ao longo das últimas décadas, se ocuparam em dar resposta, no campo da Psicologia, ao conceito de stress no trabalho.

De acordo com Gíl-Monte (2006) e Ramos (2016), existem três modelos predominantes relacionados com o stress laboral: *o Modelo de Exigências-Controlo*, *o Modelo de Ajustamento Indivíduo-Ambiente* e *o Modelo de Desiquilíbrio entre Esforço-Recompensa no Trabalho*.

Modelo de Exigências-Controlo

Este modelo desenvolvido por Karasek nos finais da década de 1970, constitui um dos modelos mais influentes na investigação, estando na origem de inúmeros estudos e de outros modelos, Gonçalves (2013). Esta concepção, concebe o stress no trabalho, enquanto ausência de controlo do indivíduo sobre as exigências impostas pelo trabalho. Quando o controlo das pessoas é elevado, mesmo na presença de fortes exigências profissionais, o trabalho é agente de aprendizagem, de desenvolvimento pessoal e de saúde, Ramos (2016).

Neste modelo, considera-se que os níveis de stress laboral dependem da relação de altas *exigências* percebidas pelos trabalhadores e com o baixo *controlo* que os mesmos têm, para lhe fazer frente. São dois, os conceitos chaves aqui: as *exigências do trabalho* (e.g, sobrecarga, pressão de tempo, ritmo e conflito de papel) e o *controlo* em termos de possibilidade de tomar decisões e de utilizar ou desenvolver as suas competências.

Tendo em conta a interação entre as *exigências* e o *controlo*, o autor propôs um modelo bidimensional (Figura 3) baseado na abordagem simultânea das exigências e do grau de controlo, explicando o stress (Eixo A) e a aprendizagem (Eixo B). Estes eixos diagonais atravessam as diferentes combinações das duas dimensões: controlo (baixo, elevado) e exigências (baixas, elevadas).

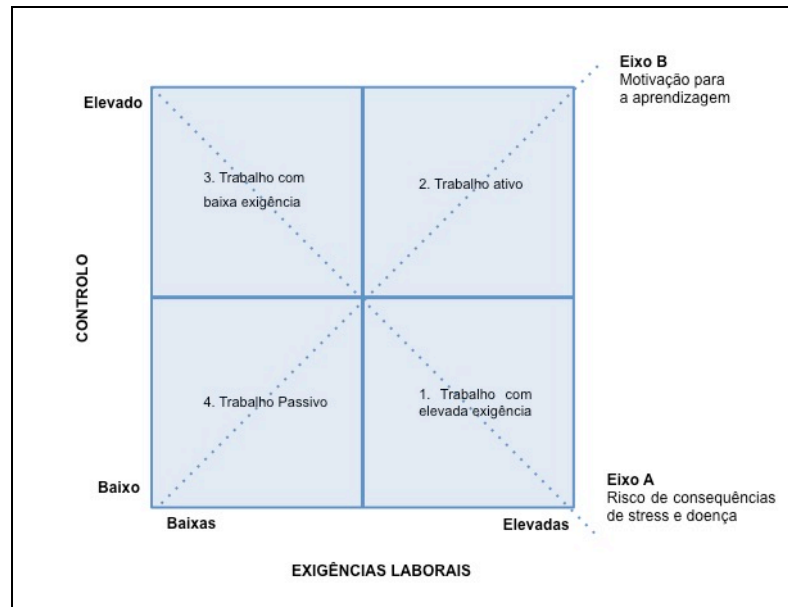


Figura 3. Modelo Exigências-Controlo, adaptado de Gonçalves (2013)

Posteriormente, foi introduzida uma terceira dimensão, o *apoio social* no posto de trabalho, como fator protetor da saúde dos trabalhadores perante as exigências do local de trabalho, Johnson e Hall (1988).

Na opinião de Gonçalves (2013) e Ramos (2016) a combinação entre diferentes níveis de controlo e de exigências, traduzem-se em experiências ocupacionais distintas:

- 1) trabalho stressante – são os trabalhos que geram mais tensão fisiológica e psicológica, precipitando doenças;
- 2) trabalho ativo – quando os trabalhos encerram elevadas exigências psicológicas, mas o trabalhador possui liberdade para usar as suas capacidades com vista a gerir os problemas decorrentes do seu trabalho;
- 3) trabalho com baixo stress – trabalhos de tensão baixa e que permitem aos trabalhadores corresponder de forma relaxada às exigências do trabalho;
- 4) trabalho passivo – trabalhos que representam a segunda ameaça à saúde e bem-estar, na medida em que concorrem para a falta de motivação profissional, depressão e reduzida participação social.

Concluindo, o que este modelo nos transmite, é que se as pessoas puderem controlar as exigências psicológicas impostas pelo trabalho (beneficiando de um bom suporte social), não só não existirá stress laboral, como se obterá saúde, bem-estar e desenvolvimento pessoal.

Modelo de Ajustamento Indivíduo-Ambiente

Este modelo é considerado um dos modelos mais antigos, que começou a ser desenvolvido no início dos anos 1970. Neste modelo (Figura 4), o stress laboral está relacionado com o papel desempenhado pelos trabalhadores.

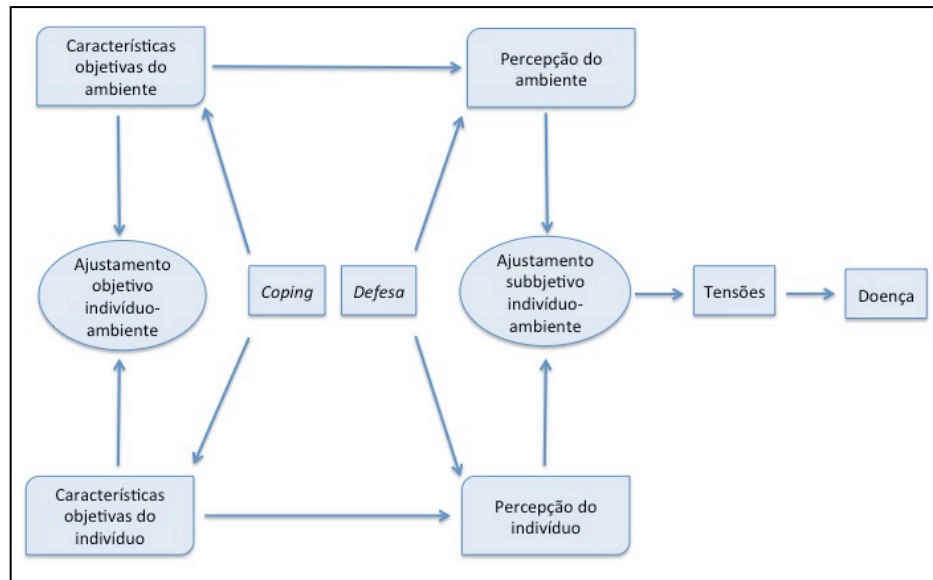


Figura 4. Modelo de Ajustamento Indivíduo-Ambiente, adaptado de Gonçalves (2013)

A sua consequência, é devida a um desequilíbrio entre as exigências individuais e os benefícios do posto de trabalho. A relação entre ambiente laboral e trabalhador não é perfeita, pois está afetada pela percepção distorcida da situação por parte do indivíduo, pelos processos cognitivos, pessoais e de organização (Edwards, Caplan, & Van Harrison, 1998).

De acordo com esta conceptualização, o stress no trabalho é entendido como o desajustamento entre o indivíduo e o ambiente laboral. Ou seja, fracos ajustamentos indivíduo-ambiente definem o stress laboral, enquanto que bons ajustamentos indivíduo-ambiente refletem a saúde e o bem-estar no trabalho. O modelo distingue *coping* de *defesa* , referindo-nos ao primeiro como as ações da pessoa para alterar o desajustamento objetivo (controlando o ambiente e/ou procurando adaptar-se), e o segundo, a *defesa* , como distorções cognitivas destinadas a aumentar o ajustamento percebido (e.g. negação, projeção, repressão). Por fim, o desajustamento percebido origina *tensões* fisiológicas (e.g. aumento da tensão arterial, hipercolesterolemia, baixa imunidade), psicológicas (e.g. insatisfação, ansiedade, insónias) e comportamentais (e.g. comportamentos aditivos, absentismo). A manutenção destas tensões podem originar doenças físicas e perturbações psicológicas. Contudo, o

estabelecimento de um bom ajustamento indivíduo-ambiente, produz resultados positivos para a saúde e bem-estar.

Pelo exposto, existe stress laboral quando as exigências ocupacionais e organizacionais suplantam as competências do trabalhador ou quando as necessidades do último não são satisfeitas pela organização, Ramos (2016).

Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa

Modelo desenvolvido por Johannes Siegrist, na década de 1990, este modelo postula que o stress resulta da discrepância entre o esforço das pessoas e as recompensas obtidas no trabalho. A saúde no trabalho é entendida como a reciprocidade entre os custos do envolvimento no mesmo e os ganhos obtidos (Ramos, 2016).

Aproxima-se do conceito de “norma de reciprocidade”, esperando-se que os esforços investidos correspondam às recompensas recebidas. Contudo, quando esta norma é violada e a reciprocidade não se produz (caso a pessoa tenha investido muitos esforços e não seja recompensada), é provável que se manifestem emoções negativas e que decorram reações de stress.

Pelo contrário, se existe um equilíbrio entre esforço-recompensa, o indivíduo tenderá a experienciar emoções positivas promotoras de bem-estar e saúde, Gonçalves (2013).

De acordo com este modelo (Figura 5), existem dois tipos de fatores que podem afetar a perceção de esforço-recompensa: *fatores extrínsecos* – associados às condições do trabalho indicativas do esforço (*e.g.*, exigências, obrigações), e às recompensas (*e.g.*, dinheiro, apoio, estima e oportunidades de carreira); e *fatores intrínsecos* – associados ao indivíduo, às suas estratégias de *coping* e personalidade.

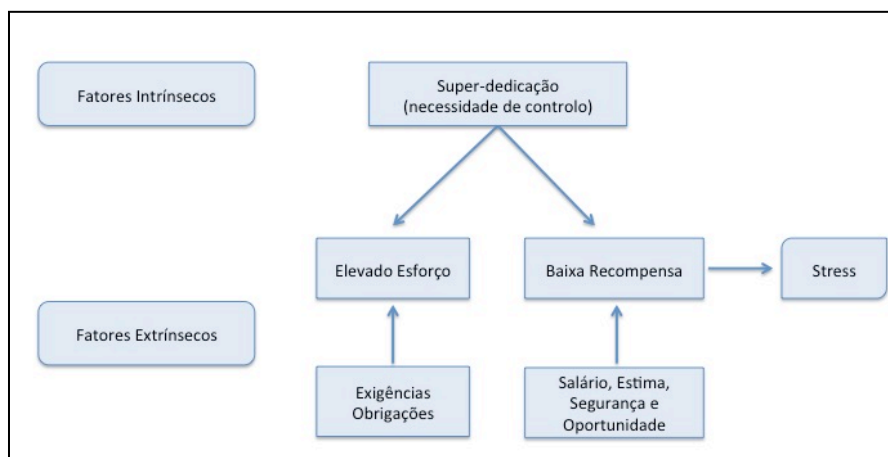


Figura 5. Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa, adaptado de Gonçalves (2013)

Este modelo, considera que as experiências cronicamente stressantes, são o resultado de um desequilíbrio entre altos esforços intrínsecos e baixas recompensas extrínsecas, somado, em alguns casos, a um alto nível de “super-dedicação” ou a uma combinação de ambos, caracterizado por um estado prolongado de investimento ativo de energia (Llorens, Del Líbano, & Salanova, 2009; Vasconcelos & Guimarães, 2009).

As evidências favoráveis a este modelo, têm sido demonstradas através de alguns estudos: Siegrist (1996) encontrou fortes associações entre o desequilíbrio esforço-recompensa e o risco de doenças cardiovasculares; já Bakker, Killmer, Siegrist e Schaufeli (2000) referem casos de enfermeiros que, ao experimentarem desequilíbrio entre esforço e recompensa, manifestavam uma exaustão emocional significativamente maior e reduzida realização pessoal (*Burnout*), relativamente aos que não apresentaram desequilíbrio esforço-recompensa.

Em suma, o stress laboral, segundo este modelo, é um processo social de reciprocidade entre esforços e recompensas, identificando as reações ao stress laboral, como o resultado de um desequilíbrio entre o alto esforço e as baixas recompensas no trabalho, caracterizando-se por ter em conta, tanto as variáveis do contexto laboral, como as variáveis individuais do trabalhador. Ou seja, há stress ocupacional quando as pessoas dão ao trabalho mais do que aquilo que recebem dele.

Esta trilogia de modelos, são os de maior relevância no estudo do stress laboral nas últimas décadas. Apoiam-se nos diversos estudos que relacionam as fontes de stress laboral com outros riscos psicossociais no trabalho, como: a instabilidade laboral, a sobrecarga de trabalho, a alta exigência emocional no trabalho, os conflitos ou desequilíbrios entre trabalho e família, a satisfação laboral, a intenção de abandono da profissão e absentismo laboral por doença, Kinman e Jones (2008), Kinnunen, Feldt e Makikangas (2008).

Impacto do Stress Laboral a Nível Individual

O impacto negativo do stress manifesta-se no domínio da saúde e na produtividade. Manifestações como a angústia, a desmotivação, a incapacidade, o sub-rendimento, o mau desempenho, a produtividade insatisfatória e o reduzido envolvimento no trabalho e na vida real, são outros dos exemplos em que o stress pode estar presente.

Ao nível do trabalho, como já vimos, as pessoas sofrem de stress quando sentem que há um desequilíbrio entre as solicitações que lhes são feitas e os recursos de que dispõem para responder a essas solicitações. Cada indivíduo reage de forma diferente às mesmas circunstâncias, sendo que uns reagem melhor do que outros à pressão de muitas solicitações. O que realmente é significativo, é a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz da sua situação, não sendo possível determinar com base exclusivamente na situação, o stress que esta pode provocar.

Algumas consequências do stress podem refletir-se ao nível da saúde individual e ainda ao nível da organização. Neste sentido, iremos identificar algumas das consequências individuais relacionadas com a vivência do stress.

O stress afeta a saúde, já que este provoca alterações nas atitudes individuais, promovendo o envolvimento em comportamentos relacionados com a doença (e.g. vigilância de sinais e sintomas, consultas médicas, entre outros). Quando as situações de stress são muito prolongadas, intensas ou frequentes e o indivíduo não possui adequadas possibilidades de resistência ou adaptação, o stress pode causar doenças. Destas, podem resultar alterações comportamentais, ou efeitos fisiológicos nocivos de duradouras respostas ao stress, dependendo também da combinação de fatores predisponentes quer de natureza genética e psicológica.

Assim, com base na literatura consultada iremos descrever de forma sucinta algumas doenças e comportamentos decorrentes das consequências negativas do stress.

Comportamentos Aditivos

É do conhecimento da sociedade em geral, que o stress faz aumentar o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilegais. O facto de não representar em si mesmo uma doença, este comportamento aditivo pode no entanto desencadear um considerável número de patologias, como a cirrose hepática, diabetes, doenças cardiopulmonares e neoplasias malignas.

Em termos financeiros, este tipo de consumos acarreta elevados custos tanto para quem os pratica, como pelas suas evidentes consequências para as economias nacionais, que associadas à sua elevada incidência social, o abuso destas substâncias é assumido como problema de saúde nacional e os seus utilizadores como populações de risco.

Perturbações Gastrointestinais

O sistema digestivo é uma das primeiras vítimas da acumulação de consequências nocivas do stress, pois quem já não teve a desagradável sensação de ter os ritmos intestinais alterados quando sujeito a um período de stress? O sistema gastrointestinal é especialmente sensível ao stress geral. A perda de apetite, é um dos sintomas mais relatados por pessoas em stress, devido à paralisação do trato gastrointestinal sob ação simpática, que pode ser seguido por vômitos, obstipação e diarreia no caso de bloqueios emocionais. Sinais de irritação e perturbação dos órgãos digestivos podem ocorrer em qualquer tipo de stress emocional.

As perturbações gastrointestinais mais frequentes são a dispepsia funcional e as úlceras pépticas. Muitos dos indivíduos em stress, referem dificuldades digestivas, apontando as digestões lentas e pesadas, dores epigástricas e abdominais, sensação de enfartamento e intenso desconforto. Esta sintomatologia corresponde ao retardamento do esvaziamento gástrico, devido à redução da motilidade gástrica.

As úlceras pépticas, são talvez, o típico quadro clínico no contexto atual do trabalho, registando-se com mais frequência em pessoas desajustadas no seu trabalho e que sofrem de tensão e frustração constantes. Estas resultam da excessiva secreção dos sucos ácidos produzidos durante a digestão. Esta secreção é altamente influenciada por estados emocionais, pois a investigação sugere que estar numa situação em que se antecipam consequências negativas, em que nada se pode fazer, pode desencadear doença péptica ulcerosa resultante dos altos níveis de sucos ácidos segregados.

Doenças Cardiovasculares

São a primeira causa de morte nos países industrializados, pelo que foram uma das primeiras razões para o início de investigações no âmbito do stress no trabalho. Pesquisas desenvolvidas neste âmbito, revelaram que elevadas exigências psicológicas do trabalho, combinadas com baixo poder de decisão faziam aumentar o risco de doença cardiovascular. Estes resultados têm sido confirmados ao longo das últimas décadas, pelo que se afirma existir uma notória relação causal entre stress no trabalho e doenças cardiovasculares,

independentemente do tipo de trabalho e do sexo dos indivíduos. Segundo Bohus, Koolhaas, Heijneri e de Boer (1993), a exposição a tipos diferentes de circunstâncias indutoras de stress tem demonstrado que é muito rápida a reatividade do coração às modificações do meio ambiente, com um tempo de latência mais curto, induzindo a alterações na frequência cardíaca, levando a doenças cardiovasculares, como doença cardíaca coronária, hipertensão arterial, arritmias cardíacas e lesões patológicas no sistema cardiovascular.

Neoplasias

O stress é um dos fatores que contribui para o aparecimento ou evolução de neoplasias, estando mesmo associado ao aumento de alguns dos seus fatores de risco, à maior disseminação de metástases e consequente aceleração de certos tipos de cancro e ao aumento de respostas desfavoráveis aos tratamentos (Quick, Wright, Adkins, Nelson, & Quick, 2013).

Como a maioria dos carcinogêneos parece induzir cancro através da danificação do DNA das células, a incapacidade do organismo em reparar estas células está criticamente relacionada com o risco de cancro. A reparação do DNA pode ser afetada pelo stress psicológico, Serra (2011).

O stress pode ainda influenciar os processos de malignidade, de duas formas: aumentando a produção de células anormais e diminuindo a capacidade do organismo em as eliminar. Já Selye (1984) afirmava que a redução da imunocompetência podia concorrer para o desenvolvimento de neoplasias, já que o organismo perdia a capacidade de controlar e destruir pequenos nichos de células cancerosas. McKinnon, Weisse, Reynolds, Bowles, & Baum (1989) comprovaram que o stress pode inibir a formação de células B, T e assassinas.

Depressão

As depressões surgem do entrecruzamento de predisponentes e precipitantes que afetam a pessoa no seu todo: organismo, estado de humor, pensamentos, perspectivas pessoais, vida social, familiar e profissional. Os fatores predisponentes correspondem a mecanismos de natureza genética ou a vulnerabilidades psicológicas que facilitam o desencadear do quadro clínico. Os precipitantes, referem-se às circunstâncias do meio ambiente que são capazes de ativar as vulnerabilidades do indivíduo, quer sob o ponto de vista genético quer psicológico, Serra (2011).

Para Ramos (2016) é talvez a perturbação mais frequente e com maiores probabilidades de acontecer a cada um de nós. Têm sido distinguidos dois tipos de depressão,

a *endógena*, sem causa aparente, e a *exógena* ou *reativa*, a qual tem sido associada às vivências de stress.

O stress pode causar depressão em grande parte pelos acontecimentos importantes de vida, sabendo-se através de pesquisas que esta associação é verdadeira já que a severidade da depressão depende da severidade dos acidentes de vida, pois quanto mais graves, mais intensa é a depressão.

Ao nível do stress no trabalho, a depressão surge, quando falha a possibilidade de controlo pessoal, como já foi referido anteriormente.

Perturbações Sexuais

Uma vida sexual satisfatória é uma das condições essenciais para o equilíbrio, bem-estar e saúde dos indivíduos. No entanto, esta pode ser perturbada pelo stress, diminuindo a disponibilidade emocional e inibir o prazer na intimidade, bem como precipitar algumas disfunções. Segundo Quick et al. (2013) a primeira consequência sexual do stress no trabalho é a inibição do desejo, pois segundo estes autores a resposta de stress mobiliza a atenção e energia do indivíduo para o confronto com a situação indutora de stress, resultando na inibição do desejo e na redução da disponibilidade para os momentos amorosos, podendo os encontros sexuais revelar-se mais insatisfatórios porque “a cabeça não está ali”.

Perturbações do Sono

São das principais queixas das pessoas em stress, na medida em que os indivíduos referem sintomas como dificuldade em adormecer, sono fragmentado (acordar várias vezes durante a noite, com dificuldade em retomar o sono), acordar muito cedo e não ser capaz de voltar a adormecer, sono insuficiente e não retemperador e fadiga ao longo do dia.

A relação entre o stress no trabalho e este tipo de perturbações é diretamente proporcional, pois estas afetam a concentração, vigília, memória, desempenho de tarefas e aumentam a propensão para acidentes (Ramos, 2001).

Perdas de Memória

A memória (a curto prazo), aliada às queixas relativas ao sono, é uma das funções afetadas pelo stress, sendo uma queixa recorrente observada na prática clínica. As pessoas referem esquecimentos frequentes de nomes de pessoas, o local onde deixaram objetos e

tarefas que deviam cumprir, demonstrando grande preocupação, pois referem que “eu antes não era assim”.

Dormir bem revela-se de extrema importância para a capacidade e qualidade da memória, pois é durante o sono que o cérebro procede à regulação neurohormonal indispensável à manutenção da memória, organizando a informação acumulada ao longo do dia preparando-a para futuras utilizações (Rosch, 1997).

Morte

Talvez seja o exemplo mais extremo das consequências individuais de stress, contudo sabe-se que o stress aumenta a susceptibilidade e o risco de acontecer a morte resultante de doenças, como os Enfartes Agudos do Miocárdio e a ocorrência de comportamentos, do qual o suicídio é exemplo mais radical (Ramos, 2001).

Burnout

O *burnout* é designado como um estado de fadiga física e emocional traduzindo a mais insidiosa e trágica consequência do stress no trabalho. Este instala-se a partir de vivências de stress no trabalho que confrontam a pessoa com um desajustamento entre as suas motivações e expectativas e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer. Na tentativa de o superar, a pessoa envolve-se mais, sobrecarregando-se, sendo a consequência desta entrega esforçada, o *burnout*, a desistência, o cinismo e o distanciamento emocional quando a pessoa conclui que os seus esforços foram infrutíferos.

Para Gil-Monte (2006), o *Burnout* é definido como uma resposta ao stress laboral crónico que aparece segundo um processo de reavaliação cognitiva, quando as estratégias iniciais para enfrentar o stress laboral crónico não resultam funcionais. Esta resposta é uma variável mediadora entre o stress percebido e as suas consequências, iniciando-se com um desenvolvimento de baixa realização pessoal no trabalho e alta exaustão emocional.

Foram assim elencadas as alterações mais frequentes que decorrem de vivências ao stress.

Passamos de seguida a uma breve caracterização dos cuidadores formais, sendo que neste trabalho o contexto laboral é em utentes portadores de alterações na sua saúde mental.

Cuidadores Formais

São considerados cuidadores formais os profissionais que atendem às necessidades de cuidados de saúde pela provisão efetiva de serviços, competência e aconselhamento, bem como apoio social. Sommerhalder (2001) apresenta-nos uma distinção entre os cuidadores que assumem assim duas denominações – cuidador formal ou cuidador informal. Os cuidadores formais caracterizam-se pela prestação de serviços com carácter profissional em instituições direcionadas para o cuidado. Sequeira (2007), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue também dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: cuidado formal (atividade profissional) onde a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, 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 ou outras...);

Segundo Monteiro (2013), os cuidadores formais representam um grupo profissional de ajuda onde a relação e as pessoas são a sua principal matéria-prima. Na opinião de (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008), estes cuidadores deverão ter como objetivos profissionais contribuir para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos utentes, colmatando, se possível, as suas incapacidades funcionais, sejam elas temporárias ou definitivas. Desta forma, o cuidador está constantemente em contacto direto e contínuo com pessoas que estão numa situação de dependência e grande vulnerabilidade física, social e cognitiva (Cocco & Lopes, 2010; Cocco, Gatti, de Mendonça Lima, & Camus, 2003). Neste sentido, o trabalho desempenhado pelos cuidadores formais nem sempre é fácil, pelo contrário, segundo Brown e Stetz (1999) a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Segundo (Vicente & Oliveira, 2011; Sousa, 2011) diz –nos que a literatura tem vindo a caracterizar os cuidadores formais, através de múltiplas limitações e constrangimentos. Sendo que a natureza deste tipo de trabalho implica lidar diariamente com situações de incapacidade, dependência e vulnerabilidade e, por isso, confrontar-se com a sua própria fragilidade.

A literatura consultada refere que os cuidadores formais têm vindo a revelar sintomatologia física e psicopatológica, principalmente elevados níveis de stress,

sintomatologia depressiva e ansiosa ou perturbações de depressão e de ansiedade e síndrome de burnout (Baillon, Scothern, Neville, & Boyle, 1996; Figueiredo et al., 2012; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011). Estas consequências psicopatológicas surgem sobretudo em cuidadores de pessoas com demência, idosos e doenças crónicas do foro físico e mental (Barbosa et al., 2011; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011), mas também podem surgir em cuidadores de crianças (Slack-Smith, Read, Darby, & Stanley, 2006).

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

As evidências sobre os correlatos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental apontam para níveis elevados de vulnerabilidade ao stress e risco de sofrer de sintomatologia psicopatológica. Esta constatação pode estar relacionada com o facto de que o trabalho diário com pessoas portadoras de deficiência mental é extremamente exigente do ponto de vista físico e psicológico.

Haley, LaMonde, Han, Narramore e Schowetter (2001) referem que os cuidadores a sofrerem de problemas associados à sua atividade laboral são uma realidade e a afetação proveniente das tarefas inerentes à sua profissão levarão a dificuldades ao nível pessoal e familiar e como tal irão incidir no ato de cuidar, instalando-se assim uma espécie de círculo vicioso. A ansiedade e a depressão (outros aspectos negativos recorrentes no cuidador) são mais prováveis quanto maior a dependência física e as perdas a nível mental do paciente, assim como o baixo apoio social e o tempo que se exerce a tarefa (Paulino, Duarte, Brito, Degaki, & Schwartz, 2009).

Assim estes profissionais que exercem a sua atividade em contexto de saúde mental com utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos, constituem um grupo privilegiado de apresentarem vulnerabilidade ao stress.

Prevenção e Proteção do Stress Laboral: Um Programa de Intervenção

Os correlatos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com perturbações mentais e neurológicas, apresentam níveis elevados de vulnerabilidade ao stress e risco de sofrer de sintomatologia psicopatológica. Torna-se de todo oportuno implementar medidas de intervenção (preventivas ou terapêuticas) no sentido de aliviar o stress destes cuidadores, melhorando a sua saúde mental.

Os novos tipos de vínculos contratuais de trabalho e emprego, o envelhecimento da força laboral, as elevadas exigências emocionais no ambiente laboral, a intensificação das funções a desempenhar e a ausência de equilíbrio entre a família e o trabalho têm resultado numa maior consciencialização dos riscos psicossociais (Coutinho, 2016).

Nas últimas décadas, os riscos psicossociais no trabalho, nos quais se inclui o stress, tornaram-se riscos emergentes de Saúde Ocupacional. Um risco emergente, é todo e qualquer risco que simultaneamente, é novo e está a aumentar. O risco é novo quando até então, era desconhecido e passa a ser causado por novos processos de trabalho ou mudanças organizacionais ou sociais ou quando o conhecimento científico permite que um problema antigo seja identificado como um risco (Coelho, 2010).

A Saúde Ocupacional pode ser entendida como uma área de intervenção importante em saúde pública pois tem como finalidade, garantir ambientes de trabalho saudáveis, evitando ou minimizando a exposição a fatores de risco para a saúde do trabalhador e assegurar uma elevada qualidade de vida no trabalho, alcançando desta forma, elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores no local de trabalho.

Entre os riscos emergentes, os riscos psicossociais surgem como os mais difíceis de lidar. Segundo pesquisa bibliográfica, em Portugal existe uma falha na perceção dos riscos psicossociais, nomeadamente sobre as suas consequências na força de trabalho e nas próprias organizações, assim como a necessidade de criar um ambiente de trabalho capaz de preservar a saúde mental e o bem-estar dos seus colaboradores (Cotrim, da Silva, Amaral, Bem-Haja, & Pereira 2015; Duarte, 2011; Gomes et al., 2016).

A EU-OSHA (2016), declara que os riscos psicossociais estão associados às consequências psicológicas, físicas e sociais adversas, resultantes de uma organização e uma gestão desfavoráveis no local de trabalho, bem como de um contexto social negativo no âmbito laboral.

Os principais riscos psicossociais emergentes, mais referenciados na literatura são: stress laboral, assédio (moral e sexual), violência no trabalho, síndrome de *burnout*, adição ao trabalho, fadiga e carga mental no trabalho, trabalho emocional e tecnostress.

Contudo, iremos apenas focar-nos num deles, o stress laboral, sendo este o objetivo do nosso trabalho.

O stress laboral, é pois entendido como um risco psicossocial emergente, com consequências não só para o individuo, como também para as organizações e consequentemente para a sociedade em geral.

Este ocorre, quando as exigências do emprego excedem a capacidade do trabalhador para lhes dar resposta. É uma das mais sérias consequências, de um ambiente de trabalho negativo em termos psicossociais, já que os trabalhadores que experimentam um período prolongado de stress no trabalho podem vir a sofrer graves problemas de saúde mental e física.

É pois, neste sentido, que abordamos o stress como um “risco emergente” e a necessidade da sua prevenção.

Independentemente dos resultados que sejam observados parece-nos de todo útil a proposta de um programa de intervenção de *coaching* psicológico como catalisador de estratégias preventivas do stress e promotoras da saúde mental dos cuidadores formais.

Segundo a Ordem de Psicólogos Portugueses, os tempos atuais estão a exigir da Psicologia respostas inovadoras que permitam aos indivíduos oriundos de um largo espectro de profissões, uma utilização mais plena dos seus recursos e potencialidades e o reforço das suas competências profissionais e pessoais. É este o propósito do *Coaching* Psicológico como processo facilitador de mudanças comportamentais, assente em teorias, modelos e instrumentos psicológicos.

As vantagens de um programa de *coaching* psicológico envolvem:

- Avaliar os problemas e obstáculos existentes;
- Identificar e modificar comportamentos e pensamentos negativos;
- Oferecer perspetiva, discernimento e compreensão do “eu” interior; gerir as suas emoções e potenciar os seus recursos ao nível psicológico;
- Criar e implementar um plano de ação;
- Proporcionar apoio e encontrar alternativas;
- Comparar as metas propostas com os objetivos alcançados.

Objetivos do programa

1. Desenvolver estratégias para enfrentar e lidar adaptativamente com a adversidade, desenvolvimento da resiliência, superar desafios profissionais.

2. Desenvolver e capacitar profissionais da área da saúde, utilizando o *coaching* psicológico como um processo contínuo de auto desenvolvimento pessoal e profissional. Incorporar conceitos, técnicas de *coaching* em seu dia-a-dia, visando a promoção da sua saúde mental e a qualidade de vida dos utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos.

Benefícios: Autoconhecimento, Desenvolvimento Pessoal, Desenvolvimento Profissional, Alinhamento de Valores, Aumento na Produtividade, Melhor Gestão do Tempo.

Público Alvo: os cuidadores formais.

Carga-horária: ao longo de um trimestre, com frequência quinzenal e sessões com duração de 40 minutos.

Tipo de sessões: individuais e em grupo.

Ferramentas a Utilizar: Nas sessões iniciais, que visam explorar emoções, preferências de personalidade, aptidões e competências emocionais e relacionais, propomos o MBTI – Myers-Briggs Type Indicator (Myers, Mccaulley, Naomi, & Hammer, 2003).

Como atividades a realizar ao longo do programa propomos:

- Auto-Feedback;
- Roda das competências;
- Roda da Abundância;
- Crenças e Valores;
- Missão e Visão;
- Feedback 360°;
- Definindo Metas e Objetivos;
- Como dar Feedback Realista e Construtivo.

Somos convictos da eficiência e da eficácia desta ferramenta, o *coaching* psicológico como uma técnica usada para melhorar o desempenho, quer na vida profissional, quer na vida pessoal.

Este programa terá um retorno visível na gestão do stress dos cuidadores formais e na qualidade de vida dos utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos a seu cargo.

Parte II – Enquadramento Metodológico

Metodologia

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada ao longo deste trabalho, bem como os procedimentos utilizados.

A investigação científica surge como um processo sistemático que nos permite examinar fenómenos com vista à obtenção de respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis: é sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos, efetuando-se de uma forma ordenada, seguindo uma série de etapas (Fortin, Côte, & Filion, 2009). Ao longo deste capítulo será descrita a metodologia que foi desenvolvida para atingir os objectivos definidos.

Esta será apresentada através de um conjunto de subcapítulos, entre os quais: identificação do problema; justificação do tema; tipo de estudo; objectivos; variáveis em estudo; hipóteses de investigação; população e amostra; e instrumento de recolha de dados.

Questão de Investigação

Para a concretização deste trabalho, formulamos a seguinte questão de investigação: Qual a perceção do stress em cuidadores formais de utentes portadores de transtornos mentais e neurológicas?

Justificação do Tema

Inserido no programa de mestrado em envelhecimento ativo, suscitou-nos motivação o estudo desta problemática. Esta motivação prende-se com o facto de integrarmos a equipa de liderança e gestão do CEE. E com a realização deste trabalho contribuímos para a promoção da saúde mental dos cuidadores formais a nível da gestão do stress laboral e consequentemente contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos nossos utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos. Neste sentido também estamos a contribuir para um envelhecimento saudável e para a qualidade de vida dos cuidadores formais.

Objetivos do Estudo

1. Avaliar a perceção do stress em Cuidadores Formais de utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos
2. Relacionar as dimensões da vulnerabilidade ao stress com: género; atividade desempenhada; tempo de serviço; e toma de medicação

3. Verificar possíveis relações entre os fatores da vulnerabilidade ao stress:
 Perfeccionismo e intolerância à frustração; Inibição e dependência; Carência de apoio social; Condições de vida adversas; Dramatização da existência; Subjugação; Deprivação de afecto e rejeição.

Tipo de Estudo

Desenvolveu-se um estudo descritivo, correlacional, inserido no paradigma quantitativo, num plano transversal.

Trata-se de um estudo de caso, abrangendo uma equipa e uma instituição.

Participantes e Seleção da Amostra

A população alvo deste estudo é constituída pela equipa de cuidadores formais de utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos do CEE, tendo-se recorrido a uma amostra não-probabilística e por conveniência.

A nossa amostra final conta com 47 cuidadores formais, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados Socioprofissionais da Amostra

Variáveis sociodemográficas	Frequência	
	n	%
Género (n=47)	Feminino	33 70,2
	Masculino	14 29,8
Idade (n=47)	Até 30 anos	11 23,4
	De 31 a 40 anos	21 44,7
	Mais de 40 anos	15 31,9
	<i>Min = 18 Max = 60 $\bar{X} = 37,87$ $s = 9,92$</i>	
Estado civil (n=47)	Solteiro	16 34,0
	Casado/União de fato	27 57,4
	Divorciado/Separado	1 2,1
	Viúvo	3 6,4
Profissão (n=47)	Serviço Limpeza	6 12,8
	Ação Direta	33 70,2
	Serviços Gerais e Outros	6 12,8
	Serviços Cozinha	2 4,3
Tempo de serviço (n=47)	Até 6 meses	17 37,8
	Entre 6 a 12 meses	28 62,2
	<i>Min = 4 Max = 12 $\bar{X} = 8,27$ $s = 2,68$</i>	
Trabalha por turnos (n=47)	Sim	31 66,0
	Não	16 34,0
Toma medicação (n=47)	Sim	14 29,8
	Não	33 70,2

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, verificamos que 70,2% dos respondentes são do género feminino e 29,8% do género masculino.

Quanto à idade, esta varia entre o mínimo de 18 anos e o máximo de 60 anos, apresentando um valor médio de 37,87 anos. Verifica-se que 23,4% (11) tem idade até 30 anos, 44,7% (21) tem idade entre 31 e 40 anos e 31,9% (15) apresenta idade superior a 40 anos.

Relativamente ao estado civil verifica-se que 34,0% (16) são solteiros, 57,4% (27) estão casados ou em união de facto, 2,1% (1) é divorciado e 6,4% (3) são viúvos.

A função desempenhada no atual emprego é para a maioria, 70,2% (33), a ação direta com os utentes, 12,8% (6) pertencem ao serviço de limpeza e em igual número temos os indivíduos dedicados aos serviços gerais e outros, a exercer funções na cozinha temos 4,3% (2) indivíduos da amostra.

Em termos de tempo de serviço verifica-se que 37,8% (17) desempenha as atuais funções no máximo há seis meses e os restantes 62,2% (28) estão no atual emprego há mais de seis meses e no máximo 12 meses. Tem-se que o tempo médio de serviço é de 8,27 meses.

A maioria, 66% (31) dos indivíduos trabalha por turnos e os restantes 34% (16) não trabalha por turnos.

Relativamente à medicação verifica-se que a maioria, 70,2% (33) dos indivíduos não faz e 29,8% (14) afirmou fazer medicação diária.

Variáveis em Estudo

Na investigação, uma variável é algo que seja observável, mensurável, que pode ser suscetível de mudança. As variáveis na investigação constituem um elemento central, pois é à volta destas que a investigação se estrutura. Segundo Ribeiro (2007), variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades e é o oposto a uma constante. De seguida serão apresentadas as variáveis em estudo com o objectivo de facilitar a interpretação das hipóteses formuladas.

Neste trabalho elencamos como variáveis independentes, as variáveis socioprofissionais e como variáveis dependentes, as variáveis psicológicas que integram a escala de vulnerabilidade ao stress.

A variável independente ou explicativa mantém-se a si própria, podendo ser manipulada pelo investigador. Também chamada de variável experimental é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin et al., 2009). Consideramos

para este estudo como variáveis independentes: as variáveis sócio profissionais: género; atividade desempenhada; tempo de serviço; e toma de medicação (Conforme Anexo I).

A variável dependente não pode existir por si só. Está sempre sujeita a outra variável, variando pela ação da variável independente. É o efeito e geralmente aparece em segundo lugar na hipótese, sendo a que sofre o efeito da variável independente, tratando-se portanto do resultado predito pelo investigador (Fortin et al., 2009). Neste sentido, a variável dependente no presente estudo é a vulnerabilidade ao stress. Esta variável é avaliada através dos fatores que constituem a escala, sendo os seguintes: Perfeccionismo e intolerância à frustração; Inibição e dependência; Carência de apoio social; Condições de vida adversas; Dramatização da existência; Subjugação; Deprivação de afecto e rejeição.

Hipóteses de Investigação

O papel fundamental da hipótese na pesquisa é sugerir explicações para os factos. Tal como a questão de investigação, a hipótese tem em conta as variáveis-chave e a população alvo, tratando-se de um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica (Fortin et al., 2009).

Identificado e definido o problema que se pretende estudar, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem correlações entre os fatores da vulnerabilidade ao stress;

H2: Existem diferenças entre o género e a vulnerabilidade ao stress;

H3: Existem diferenças entre o tipo de tarefa desempenhada e a vulnerabilidade ao stress;

H4: Existem diferenças entre o tempo de serviço na instituição e a vulnerabilidade ao stress;

H5: Existem diferenças entre a toma de medicação e a vulnerabilidade ao stress.

Procedimentos Éticos e Legais

Segundo Ribeiro (2007), os aspectos éticos são decisivos em investigação já que sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa.

Foram respeitados os aspetos éticos e legais de acordo com a Declaração de Helsínquia, garantindo o anonimato e a confidencialidade.

A participação dos sujeitos foi de carácter voluntário.

Instrumento de Recolha de Dados

Como Instrumento de Recolha de Dados utilizou-se um questionário de autoapreendimento, composto por duas partes.

A primeira parte do questionário é composto por um conjunto de questões relacionadas com dados socioprofissionais como o género, idade, função e toma de medicação (ansiolíticos, antidepressivos, calmantes, etc.), entre outros.

A segunda parte do questionário é composta pelo Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS), apresentado no Anexo I. O QVS foi desenvolvido por Serra (2000), com o objetivo de criar uma escala unidimensional, de autoavaliação, para avaliar a vulnerabilidade ao stress.

O questionário é composto por 23 questões, respondidas numa escala do tipo Likert de cinco pontos, variando entre zero - “concordo em absoluto” – e quatro – “discordo em absoluto”. De forma a evitar tendências de respostas, algumas questões foram construídas de modo a representar aspetos positivos (pontuação direta, 0-4) e, outras, aspetos negativos (pontuação inversa, 4-0). A cotação final, quanto mais elevada, maior a vulnerabilidade ao stress, sendo que pontuações acima de 43 traduzem vulnerabilidade ao stress.

O questionário mede sete fatores, sendo eles apresentados na Tabela 2, com os itens que compõem cada fator e a média e máximo teórico:

Tabela 2 – Composição dos Fatores da Escala

Fator	Itens	Média teórica	Máximo teórico
Perfeccionismo e intolerância à frustração	5;10;16;18;19;23	12	24
Inibição e dependência funcional	1;2;9;12;22	10	20
Carência de apoio social	3;6	4	8
Condições de vida adversas	4;21	4	8
Dramatização da existência	5;8;20	6	12
Subjugação	11;13;14;15	8	16
Deprivação de afeto e rejeição	7;13;17	6	12
Total	Todos	46	92

- **Fator 1:** Perfeccionismo e intolerância à frustração pretende agrupar características como a busca constante de perfeccionismo em todas as tarefas, a procura de prazer imediato, a necessidade do reconhecimento pela eficácia e a irritabilidade fácil;

- **Fator 2:** Inibição e dependência funcional salienta aspetos como as queixas constantes de problemas ao longo do dia, a fuga aos problemas, a determinação ou dificuldade em lidar com o desconhecido e a culpabilização perante a crítica;

- **Fator 3:** Carência de apoio social refere a falta de rede social de apoio e a regularidade do seu funcionamento;

- **Fator 4:** Condições de vida adversas avalia a situação económica do indivíduo e a forma como a percepção;

- **Fator 5:** Dramatização da existência evidencia a descrição do sentido do humor perante situações negativas e o seu grau de preocupação face a pequenos aborrecimentos presentes na rotina diária;

- **Fator 6:** Subjugação revela a não autonomia no processo de decisões individuais e grupais, salientando a postura perante a crítica;

- **Fator 7:** Deprivação de afecto e rejeição avalia a autoestima e padrão de vinculação dominante.

Este instrumento, de uma forma geral, descreve o perfil de um indivíduo vulnerável aos stress como alguém com pouca capacidade autoafirmativa, com fraca tolerância à frustração, com dificuldade em confrontar e resolver os problemas, que coloca preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia e que se caracteriza por uma marcada emocionalidade (Serra, 2000).

Na Tabela 3 encontra-se a composição do QVC e assinalaram-se os itens que tem de ser invertidos de forma a obter a pontuação em cada fator.

Tabela 3 – Composição do Questionário de Vulnerabilidade ao Stress

Questão	Descrição
Q1	Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.
Q2*	Tenho dificuldade em me relacionar com as pessoas.
Q3	Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.
Q4	Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades.
Q5*	Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.
Q6	Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.
Q7	Dou e recebo afeto com regularidade.
Q8	É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem.
Q9*	Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para os resolver.
Q10*	Sou um indivíduo que se enerva facilmente.
Q11*	Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.
Q12*	Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpado.

Q13*	As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.
Q14*	Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.
Q15*	Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.
Q16*	Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.
Q17*	Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.
Q18*	Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto
Q19*	Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.
Q20	Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.
Q21*	O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.
Q22*	Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.
Q23*	Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.

*-Item a inverter

Tratamento de Dados

A análise estatística dos dados relativo ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *IBM SPSS for Windows*, versão 20.0. Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo, máximo de forma a descrever as características: sociodemográficas, itens da escala desenvolvida, fatores e total da escala. Só foram consideradas as respostas válidas por item, levando a que o número de respostas consideradas na análise estatística varie entre 44 e 45, da amostra de 47 questionários preenchidos.

Relativamente à análise inferencial e dada a natureza das variáveis em estudo (escalares) para testar a normalidade das distribuições utilizou-se o teste Kolmogorov – Smirnov, não se verificando a condição de normalidade para as variáveis do estudo. Assim, para estudar a relação entre os resultados obtidos para os fatores e total da escala, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. De forma a comparar os resultados obtidos para os fatores e total da escala relativamente às variáveis: género, tarefa desempenhada, tempo de serviço e toma de medicação, recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney.

Apresentação e Análise de Resultados

Estatística Descritiva

A primeira parte do tratamento de dados serve para dar resposta a questões sobre as tendências de resposta ao Questionário da vulnerabilidade ao stress. Estes resultados, servem para ter uma noção sobre o grau de vulnerabilidade ao stress dos cuidadores formais do CEE e serão o ponto de partida para a estatística inferencial posterior.

Na Tabela 4 apresenta-se a caracterização através das frequências relativas, média e desvio padrão de todos os itens da escala, antes de proceder à inversão dos itens anteriormente assinalados. Para cada item da escala é possível responder a uma opção entre cinco: concordo em absoluto (com zero pontos); concordo bastante (um ponto); não concordo nem discordo (dois pontos); discordo bastante (três pontos) e discordo em absoluto (quatro pontos).

Assim sendo, a valores médios mais baixos correspondem as opções de concordância e a valores médios mais elevados as opções de discordância.

Tabela 4 – Caracterização dos Itens da Escala

Itens	n	CA	CB	NCND	DB	DA	Média	Desvio Padrão
Frequência relativa %								
Q1	45	82,2	15,6	0,0	0,0	2,2	0,244	0,679
Q2	45	11,1	6,7	11,1	0,0	71,1	3,311	1,311
Q3	45	86,7	11,1	0,0	0,0	2,2	0,200	0,661
Q4	45	68,9	13,3	8,9	6,7	2,2	0,600	1,053
Q5	45	64,6	24,4	2,2	4,4	4,4	0,600	1,053
Q6	45	75,6	11,1	8,9	0,0	4,4	0,467	0,991
Q7	45	88,9	11,1	0,0	0,0	0,0	0,111	0,318
Q8	45	11,1	28,9	53,3	2,2	4,4	1,600	0,889
Q9	45	2,2	0,0	2,2	6,7	88,9	3,800	0,694
Q10	45	46,7	6,7	17,8	13,3	15,6	1,444	1,560
Q11	45	8,9	0,0	20,0	15,6	55,6	3,089	1,258
Q12	45	2,2	2,2	4,4	13,3	77,8	3,622	0,860
Q13	45	4,4	2,2	6,7	13,3	73,3	3,489	1,036
Q14	44	18,2	6,8	4,5	56,8	13,6	2,409	1,335
Q15	45	6,7	13,3	6,7	48,9	24,2	2,711	1,180
Q16	45	66,7	20,0	11,1	2,2	0,0	0,489	0,787
Q17	45	0,0	2,2	8,9	11,1	77,8	3,644	0,743
Q18	45	57,8	6,7	15,6	6,7	13,3	1,111	1,496
Q19	45	53,3	4,4	15,6	11,1	15,6	1,311	1,579
Q20	45	55,6	13,3	8,9	6,7	15,6	1,133	1,531
Q21	45	2,2	6,7	4,4	8,9	77,8	3,533	1,014
Q22	45	0,0	2,2	0,0	4,4	93,3	3,889	0,487
Q23	45	13,3	17,8	4,4	6,7	57,8	2,778	1,594

CA - Concorde em Absoluto; CB - Concorde Bastante; NCND - Não concordo Nem Discordo; DB - Discordo Bastante; DA - Discordo em Absoluto

Por análise da Tabela 4 verifica-se que em termos médios os valores mais elevados ocorrem nos itens: “Tenho dificuldade em me relacionar com as pessoas conhecidas”; “Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para resolver”; “Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado”; “As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito”; “Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto” e “O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais”.

Por outro lado, os itens que apresentam menor valor médio são: “Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas”; “Dou e recebo afeto com regularidade” e “Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.”.

Obteve-se uma consistência interna global através do coeficiente *Alpha de Cronbach* de 0,547, que é próximo de uma consistência razoável.

Como são os itens com afirmações pela negativa a inverter tem-se que a pontuações mais baixas irá corresponder uma menor vulnerabilidade ao stress.

Na Tabela 5 apresenta-se a caraterização de cada fator e totalidade da escala.

Tabela 5 – Caraterização dos Fatores e Total da Escala

Fator	n	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação
Perfeccionismo e intolerância à frustração	45	3	20	16,27	4,80	29,5%
Inibição e dependência funcional	45	0	15	1,62	2,77	170,98%
Carência de apoio social	45	0	5	0,67	1,26	188,06%
Condições de vida adversas	45	0	8	1,07	1,96	183,18%
Dramatização da existência	45	0	10	6,13	2,08	33,93%
Subjugação	44	0	16	4,30	3,87	90%
Deprivação de afeto e rejeição	45	0	7	0,98	1,80	183,67%
Total	44	11	54	27,09	7,66	28,28%

Verificamos na Tabela 5 que apenas nos fatores: “Perfeccionismo e intolerância à frustração” e “Dramatização da existência” os valores médios obtidos são superiores aos valores médios teóricos, o que traduz resultados mais pessimistas nestes fatores.

Relativamente aos outros fatores e totalidade da escala os valores médios são baixos, o que revela que nos conteúdos abordados nestes fatores os indivíduos inquiridos não revelam indicadores de vulnerabilidade ao stress.

Os máximos teóricos apenas são atingidos nos fatores: “Condições de vida adversas” e “Subjugação”.

Contudo, relativamente à disparidade de respostas esta é elevada, em quatro dos fatores o desvio padrão é superior à média, o que demonstra tal disparidade de respostas.

Nos fatores: Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social; Condições de vida adversas; e Deprivação de afeto e rejeição, pode afirmar-se que, em média, os desvios relativamente à média atingem: 170,98%; 188,06%; 183,18% e 183,67%, respetivamente.

Estatística Inferencial

A estatística inferencial é o método através do qual se irá testar as cinco hipóteses definidas para o presente projeto.

Como primeiro passo, procedeu-se ao testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, para determinar o tipo de distribuição dos dados, tendo se concluído que os dados eram caracterizados pela não-normalidade. Assim, os testes efetuados para verificação das hipóteses, foram não-paramétricos.

H1: Existem correlações estatisticamente significativas entre os fatores da vulnerabilidade ao stress

Para responder há Hipótese 1 “Existem correlações estatisticamente significativas entre os fatores da vulnerabilidade ao stress” procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman, encontrando-se os resultados na Tabela 6.

Tabela 6 – Correlação (Spearman) Entre Fatores e Total da Escala

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Total
F1	1	-0,619**	-0,680**	-0,645**	-0,139	-0,663	-0,611**	-0,237
F2		1	0,462**	0,690**	0,108	0,741**	0,604**	0,672**
F3			1	0,613**	-0,199	0,355*	0,637**	0,148
F4				1	-0,016	0,762**	0,818**	0,534**
F5					1	0,023	-0,117	0,409**
F6						1	0,687**	0,578**
F7							1	0,510**
Total								1

*Significância a 5%; **Significância a 1%; F1 - Perfeccionismo e intolerância à frustração; F2 - Inibição e dependência funcional; F3 - Carência de apoio social; F4 - Condições de vida adversas; F5 - Dramatização da existência; F6 - Subjugação; F7 - Deprivação de afeto e rejeição

A correlação mede o grau de intensidade da relação entre duas variáveis: inferior a 0,40 significa correlação fraca, de 0,40 a 0,70 significa correlação moderada, de 0,70 a 0,90 correlação forte e acima de 0,90 correlação muito forte.

Na análise feita através da Tabela 6 verifica-se que os fatores com correlações mais intensas com a totalidade da escala são: Inibição e dependência funcional; e Subjugação.

Quanto ao fator Perfeccionismo e intolerância à frustração verifica-se que este tem com todos os restantes fatores e total coeficiente de correlação negativo, ou seja, o aumento de vulnerabilidade neste fator está associada à diminuição de vulnerabilidade nos restantes. Nomeadamente nos fatores: Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social; Condições de vida adversas e Deprivação de afeto e rejeição.

Relativamente aos restantes coeficientes de correlação, estes são, de modo geral, positivos e traduzem correlações moderadas a fortes, em particular entre o fator Condições de vida adversas com Subjugação e Deprivação de afetos e rejeição.

Nas tabelas que se seguem encontram-se os resultados obtidos para os fatores e totalidade da escala em função do género, tarefa desempenhada, tempo de serviço e toma de medicação.

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a vulnerabilidade ao stress

Para dar resposta à Hipótese 2 “Existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a vulnerabilidade ao stress”, procedeu-se a testes de Mann-Whitney, relacionando os sete fatores do QVC, bem como a pontuação total, com o género, apresentando os resultados na Tabela 7.

Tabela 7 – Caracterização dos Fatores e Total da Escala em Função do Género

Variável	Género	n	Média	Desvio padrão	Teste	Valor prova
F1	Feminino	31	15,84	5,07	Mann-Whitney	0,323
	Masculino	14	17,21	4,17		
F2	Feminino	31	1,61	2,03	Mann-Whitney	0,182
	Masculino	14	1,64	4,05		
F3	Feminino	31	0,71	1,30	Mann-Whitney	0,646
	Masculino	14	0,57	1,22		
F4	Feminino	31	1,00	1,69	Mann-Whitney	0,977
	Masculino	14	1,21	2,52		
F5	Feminino	31	6,26	2,05	Mann-Whitney	0,397
	Masculino	14	5,86	2,21		
F6	Feminino	30	4,30	3,60	Mann-	0,769

	Masculino	14	4,29	4,55	Whitney	
F7	Feminino	31	0,84	1,61	Mann-Whitney	0,580
	Masculino	14	1,29	2,20	Whitney	
Total	Feminino	30	26,67	7,14	Mann-Whitney	0,807
	Masculino	14	28,00	8,89	Whitney	

Por análise da Tabela 7 conclui-se que, em termos médios, os inquiridos do género masculino apresentam maior vulnerabilidade ao stress nos fatores: Perfeccionismo e intolerância à frustração; Inibição e dependência funcional; Condições de vida adversas; Subjugação e totalidade da escala. Nos restantes fatores são as mulheres que apresentam maior vulnerabilidade.

Pelo referido teste conclui-se, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre géneros sejam significativas.

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de tarefa desempenhada e a vulnerabilidade ao stress

A Hipótese 3 “Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de tarefa desempenhada e a vulnerabilidade ao stress” foi igualmente testada através de testes de Mann-Whitney, apresentando-se os resultados na Tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização dos Fatores e Total da Escala em Função da Tarefa Desempenhada

Variável	Tarefa desempenhada	n	Média	Desvio padrão	Teste	Valor prova
F1	Ação direta	31	16,06	5,07	Mann-Whitney	0,700
	Outros	14	16,71	4,29		
F2	Ação direta	31	1,90	3,11	Mann-Whitney	0,323
	Outros	14	1,00	1,71		
F3	Ação direta	31	0,71	1,40	Mann-Whitney	0,950
	Outros	14	0,57	0,94		
F4	Ação direta	31	1,00	2,02	Mann-Whitney	0,509
	Outros	14	1,21	1,89		
F5	Ação direta	31	6,16	2,25	Mann-Whitney	0,850
	Outros	14	6,07	1,73		
F6	Ação direta	30	3,97	3,97	Mann-Whitney	0,291
	Outros	14	5,00	3,70		
F7	Ação direta	31	0,74	1,61	Mann-Whitney	0,204
	Outros	14	1,50	2,14		
Total	Ação direta	30	26,67	7,88	Mann-Whitney	0,607
	Outros	14	28,00	7,37		

Ao analisar a Tabela 8 conclui-se que, em termos médios, os inquiridos que desempenham tarefa de ação direta apresentam maior vulnerabilidade ao stress nos fatores: Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social e Dramatização da existência. Nos restantes fatores e totalidade da escala são os inquiridos que desempenham outras funções distintas da ação direta que apresentam maior vulnerabilidade.

Pelo referido teste conclui-se, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre as diferentes tarefas desempenhadas sejam significativas.

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de tarefa desempenhada e a vulnerabilidade ao stress

Os resultados para verificar a Hipótese 4 “Existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de tarefa desempenhada e a vulnerabilidade ao stress”, são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Caracterização dos Fatores e Total da Escala em Função do Tempo de Serviço

Variável	Tempo de serviço	n	Média	Desvio padrão	Teste	Valor prova
F1	Até 6 meses	17	18,82	2,63	Mann-Whitney	0,001**
	De 6 a 12 meses	27	14,52	5,18		
F2	Até 6 meses	17	0,82	2,13	Mann-Whitney	0,008**
	De 6 a 12 meses	27	2,19	3,05		
F3	Até 6 meses	17	0,00	0,00	Mann-Whitney	0,002**
	De 6 a 12 meses	27	1,11	1,48		
F4	Até 6 meses	17	0,06	0,24	Mann-Whitney	0,001**
	De 6 a 12 meses	27	1,74	2,30		
F5	Até 6 meses	17	5,94	1,14	Mann-Whitney	0,180
	De 6 a 12 meses	27	6,26	2,55		
F6	Até 6 meses	17	3,00	2,74	Mann-Whitney	0,073
	De 6 a 12 meses	26	5,23	4,33		
F7	Até 6 meses	17	0,12	0,49	Mann-Whitney	0,004**
	De 6 a 12 meses	27	1,56	2,12		
Total	Até 6 meses	17	24,88	3,60	Mann-Whitney	0,097
	De 6 a 12 meses	26	28,65	9,29		

**Significativo a 1%

Através da análise da Tabela 9 conclui-se que, em termos médios, os inquiridos que apresentam mais tempo de serviço apresentam maior vulnerabilidade ao stress nos fatores: Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social; Condições de vida adversas;

Dramatização da existência; Subjugação; Deprivação de afeto e rejeição e totalidade da escala. Os inquiridos que trabalham no máximo à seis meses na instituição apresentam maior vulnerabilidade apenas no Perfeccionismo e intolerância à frustração.

Novamente, de forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney em todos os casos, dado que não foi verificada a condição de normalidade das variáveis. Pelo referido teste conclui-se, a um nível de significância de 5%, que existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os diferentes tempos de serviço são significativas nos fatores: Perfeccionismo e intolerância à frustração; Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social; Condições de vida adversas e Deprivação de afeto.

Assim, de acordo com os dados da Tabela 9, podemos concluir que na amostra os colaboradores com menos de 6 meses de tempo de serviço demonstram níveis de Perfeccionismo e intolerância à frustração mais altos do que os colaboradores com mais de 6 meses de tempo de serviço e que esta diferença é estatisticamente significativa. Já no que diz respeito à Inibição e dependência funcional, a Carência de apoio social, as Condições de vida adversas e a Deprivação de afeto, são os colaboradores com mais de 6 meses de tempo de serviço que apresentam níveis estatisticamente significativos superiores. No entanto, no que diz respeito à Vulnerabilidade ao Stress geral, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

H5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a toma de medicação e a vulnerabilidade ao stress

Finalmente, a verificação da Hipótese 5 “Existem diferenças estatisticamente significativas entre a toma de medicação e a vulnerabilidade ao stress” resultou nos dados apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Caracterização dos Fatores e Total da Escala em Função da Toma de Medicação

Variável	Toma medicação	n	Média	Desvio padrão	Teste	Valor prova
F1	Sim	13	15,54	4,86	Mann-Whitney	0,164
	Não	32	16,56	4,83		
F2	Sim	13	1,46	1,61	Mann-Whitney	0,437
	Não	32	1,69	3,14		
F3	Sim	13	0,69	1,25	Mann-	0,784

	Não	32	0,66	1,29	Whitney	
F4	Sim	13	1,15	2,23	Mann-Whitney	0,826
	Não	32	1,03	1,87		
F5	Sim	13	6,69	1,84	Mann-Whitney	0,416
	Não	32	5,91	2,16		
F6	Sim	13	5,31	4,35	Mann-Whitney	0,406
	Não	31	3,87	3,65		
F7	Sim	13	0,69	1,49	Mann-Whitney	0,463
	Não	32	1,09	1,92		
Total	Sim	13	27,62	8,31	Mann-Whitney	0,306
	Não	31	26,87	7,50		

Por análise da Tabela 10 conclui-se que, em termos médios, os inquiridos que tomam medicação apresentam maior vulnerabilidade ao stress nos fatores: Carência de apoio social; Condições de vida adversas; Dramatização da existência; Subjugação e totalidade da escala. Nos restantes fatores são os inquiridos que não tomam medicação que apresentam maior vulnerabilidade.

Pelo referido teste conclui-se, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os inquiridos que tomam ou não medicação sejam significativas.

Em conclusão, o género, tarefa desempenhada e toma de medicação não exercem influência significativa nos níveis de vulnerabilidade de stress, apenas o tempo de serviço influencia estatisticamente a vulnerabilidade ao stress.

Discussão de Resultados

O presente trabalho objetivou avaliar a percepção do stress em Cuidadores Formais, relacionar as dimensões da vulnerabilidade ao stress com: género; atividade desempenhada; tempo de serviço; e toma de medicação e finalmente verificar possíveis relações entre as dimensões da vulnerabilidade ao stress.

Existem, quanto nos foi possível averiguar, escassos estudos sobre o efeito sobre o stress nos cuidadores formais que lidam diariamente com utentes com deficiências mentais, sendo que a maioria dos estudos que encontrámos são estrangeiros (Devereux et al., 2009; Gray-Stanley e Muramatsu, 2011; Hatton et al., 1999; Jenkins e Elliott, 2004; White et al., 2006) sendo que em vários tentam analisar o efeito do stress sobre o desempenho profissional (Rose, Jones, & Fletcher, 1998).

Mesmo assim, vários estudos internacionais abordam a questão do cuidar de pessoas com deficiência mental na ótica do cuidador informal (Devereux et al., 2009; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Jenkins & Elliott, 2004; White et al., 2006), sendo que nesse grupo outras questões se levantam quando comparados com os cuidadores formais. As exigências no caso dos cuidadores formais, dizem respeito aos aspetos físicos, sociais e organizacionais que requerem um investimento físico e/ou mental e às quais estão associados custos psicológicos (Devereux et al., 2009).

Medir a vulnerabilidade ao stress, tanto como medir os níveis de stress, torna-se importante porque os recursos que a pessoa têm para lidar com situações stressantes pode ditar a evolução dos níveis de stress (Folkman & Lazarus, 1985) o que leva a que diferentes pessoas atinjam diferentes níveis de stress embora em situações idênticas de causas de stress. A vulnerabilidade ao stress, de acordo com Hatton et al. (1999) determina igualmente as estratégias de *coping* que cada indivíduo utiliza para fazer face a adversidades ou situações causadoras de stress.

Os traços de personalidade têm influência sobre como o indivíduo vivencia as situações que ocorrem na sua vida, incluindo o local de trabalho, tendo também efeitos no nível de stress que poderá desenvolver (Bartlett, 1998; Hallman, Perski, Burell, Lisspers, & Setterlind, 2002; Leal, 1998; Seabra, 2000).

Gray-Stanley e Muramatsu (2011), entre outros autores, verificaram que cuidadores, tanto formais como informais, apresentam níveis maiores de sintomatologia psicopatológica, sendo que Van Wijngaarden, Schene e Koeter (2004), verificaram que os cuidadores formais

de pessoas com deficiência mental apresentavam mais problemas com o stress do que outros cuidadores.

Vários autores consideram a idade um aspeto importante na atividade do cuidador devido à demanda de esforço físico exigida para auxiliar os utentes, principalmente em relação às atividades de vida diárias.

No presente estudo, a média de idades é de 37.8, resultado que se aproxima dos obtidos no estudo de De Freitas Ribeiro et al. (2008) onde a maioria dos cuidadores tinham menos de 50 anos.

Relativamente à maior vulnerabilidade ao stress a ação direta causa maior vulnerabilidade nos fatores: Inibição e dependência funcional; Carência de apoio social e Dramatização da existência. Anaut, (2005), Goldberb e Huxley (1996), Lazarus e Folkman (1984) e Serra (2000), afirmam que a vulnerabilidade, sendo um conceito multidimensional que inclui as competências genéticas, psicológicas e sociais do indivíduo para lidar com o stress, pode predispor-lo a determinado dano ou doença, sendo a vulnerabilidade ao stress uma variável consistente, indo ao encontro dos múltiplos autores que afirmam que a atividade de cuidador formal é de elevado risco profissional, tornando o indivíduo mais vulnerável à perturbação física e mental.

Segundo De Freitas Ribeiro et al. (2008), o stress profissional pode ser influenciado pelo tempo de trabalho, variável, aliás única, em que no presente estudo se encontrou uma relação estatisticamente significativa com vários fatores de vulnerabilidade ao stress, sendo que, com exceção de um dos fatores, um maior tempo de serviço implicava uma maior vulnerabilidade ao stress. A presença de stress em algum momento no trabalho, foi referida pela maioria dos cuidadores deste estudo como se devendo, principalmente, às condições e à organização do trabalho caracterizado por cansaço, carga horária extensa, trabalhar só, falta de tempo, burocracia, fluxo do serviço, falta de recursos materiais e/ou problemas de relacionamento com a chefia ou equipa.

Nas evidências que encontramos sobre a temática em apreço, constatamos que os autores utilizam mais escalas, como por exemplo de estratégias de *coping*, traços de personalidade, as quais em complementaridade enriquecem o estudo. A nossa opção de IRD recaiu na escala de vulnerabilidade ao stress, porque queríamos saber num primeiro momento qual a perceção dos cuidadores da equipa, dado ser desgastante o trabalho com utentes portadores de deficit mental.

Conclusões

Quando iniciamos o trabalho de projeto *Percepção de Stress em Cuidadores Formais* de utentes portadores transtornos mentais e neurológicos tendo consciência do desafio e do trabalho inerente a uma investigação deste âmbito, concretizamos novas descobertas, conhecimentos, aprendizagens que compiladas neste documento, pretendemos que, enquanto trabalho científico, venham humildemente contribuir para a saúde mental dos Cuidadores Formais da equipa do CEE de Bragança.

Ao longo de todo este percurso, existiam temas base que se pretendiam aprofundar e que rapidamente se conceptualizaram naquilo que é hoje este trabalho.

Partindo dos conceitos *stress* em contexto laboral e fontes de stress laboral foi construído um modelo conceptual que empiricamente pretendia avaliar em determinada amostra. Este modelo seria conceptualizado no contexto da saúde laboral, de forma a compreender as variáveis potenciadoras da vulnerabilidade ao stress e as estratégias de proteção e prevenção do mesmo.

Os objetivos traçados para o presente estudo, i.e. “Avaliar a percepção do stress em Cuidadores Formais”, “Relacionar as dimensões da vulnerabilidade ao stress com: género; atividade desempenhada; tempo de serviço; e toma de medicação” e “Verificar possíveis relações entre as dimensões da vulnerabilidade ao stress”, foram conseguidos, sendo contudo importante mencionar que em termos da relação entre a vulnerabilidade ao stress e os dados socioprofissionais, só mesmo o tempo de serviço mostrou ter uma relação, o que, contudo, não invalidou o objetivo do estudo.

Podemos finalmente concluir, que nos participantes deste estudo, a vulnerabilidade ao stress, em termos gerais, é baixa, o que em muito se poderá explicar pelo relativo curto tempo de serviço que em geral se observa nos cuidadores formais da equipa do CEE.

Não obstante o alcance do presente estudo ter sido limitado pelo pequeno número de participantes, é mesmo assim nossa opinião que os resultados encontrados podem ser o início de uma reflexão sobre as condições de trabalho dos cuidadores formais de utentes com deficiência mental. Sendo que o tempo de serviço é a única variável independente onde no presente estudo foram encontradas relações estatisticamente significativas com vários fatores da vulnerabilidade do stress, leva-nos a concluir que a retenção de profissionais em serviços que cuidam de utentes com deficiência mental, pode ser dificultada pela maior exposição a um aumento de vulnerabilidade ao stress. Assim, deverão ser estudadas, formas de ajudar os

cuidadores formais a encontrar estratégias para aumentar a sua resiliência ao stress, ou seja, diminuir a vulnerabilidade ao stress.

A presença regular de um profissional da área da psicologia clínica e da saúde, para acompanhamento dos cuidadores formais, poderá ser uma forma de não só fornecer o necessário apoio em situações de aumento de níveis de stress, mas também na busca de estratégias de *coping*, ou outras, que potenciem uma maior resistência ao stress, incidindo sobre os vários fatores de vulnerabilidade ao stress.

Conforme mencionado em vários estudos, a formação adequada dos cuidadores formais sobre deficiências mentais, resulta em níveis de stress mais reduzidos, sendo que o apoio de um profissional da área da psicologia, não só iria ao encontro do apoio direto aos cuidadores formais, mas também ao encontro da evitação do aumento dos níveis de stress, em muito por via de reduzir as vulnerabilidades ao mesmo.

Assim, sugere-se a implementação de um programa de *coaching* psicológico de forma a ajudar os cuidadores formais a desenvolverem estratégias para enfrentar e lidar adaptativamente com a adversidade, desenvolvimento da resiliência e superar desafios profissionais. O programa seria igualmente um meio para criar um processo contínuo de auto desenvolvimento pessoal e profissional. Incorporar conceitos, técnicas de *Coaching* em seu dia-a-dia, visando a promoção da sua saúde mental e a qualidade de vida dos utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos.

A OMS este ano, para o Dia Mundial da Saúde de 2017, deu início a uma campanha sobre depressão, transtorno que pode afetar pessoas de qualquer idade em qualquer etapa da vida como alusiva ao grande contexto da saúde mental. Este tema suscita-nos grande interesse em virtude de ser o nosso contexto laboral e gostaríamos de dar o nosso contributo para uma melhor qualidade de vida dos nossos utentes portadores de transtornos mentais e neurológicos ao promovermos a saúde mental dos cuidadores formais.

Referências bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA). (2014). *Locais de Trabalho Saudáveis Contribuem para a Gestão do Stress*. Disponível em <https://healthy-workplaces.eu/pt>
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias*. American Psychiatric Publishing.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência. Ultrapassa os Traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Baillon, S., Scothern, G., Neville, P. G., & Boyle, A. (1996). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(3), 219-226.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of advanced nursing, 31*(4), 884-891.
- 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, 12*, 119- 129.
- Bartlett, D. (1998). *Stress: Perspectives and processes*. McGraw-Hill Education (UK).
- Bernard, H. R. (2011). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Lanham, Maryland: Rowman Altamira.
- Bohus, B., Koolhaas, J. M., Heijneri, C. J., & de Boer, O. (1993). Immunological responses to social stress: dependence on social environment and coping abilities. *Neuropsychobiology, 28*(1-2), 95-99.
- Brown, M. A., & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qualitative health research, 9*(2), 182-197.
- Cocco, E., Gatti, M., de Mendonça Lima, C. A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International journal of geriatric psychiatry, 18*(1), 78-85.
- Cocco, M., & Lopes, M. J. M. (2010). Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. *Revista gaúcha de enfermagem, 31*(1), 151-159.
- Coelho, A. J. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa.
- Coutinho, H. D. P. (2016). *Determinantes de fatores psicossociais de risco em profissionais em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.

- Cotrim, T., da Silva, C. F., Amaral, V., Bem-Haja, P., & Pereira, A. (2014). Work Ability and Psychosocial Factors in Healthcare Settings: Results from a National Study. *Advances in Human Aspects of Healthcare*, 3, 32.
- de Freitas Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Ferreira e Ferreira, E., Silami de Magalhães, C., & Nogueira Moreira, A. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & saúde coletiva*, 13(4).
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in developmental disabilities*, 30(2), 367-377.
- Devereux, J., Hastings, R., & Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 561-573.
- Duarte, V. (2011). *Avaliação de riscos psicossociais para a saúde no trabalho: contributos de um estudo com enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Van Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory. *Theories of organizational stress*, 28, 67.
- EU-OSHA (2015). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EU-OSHA (2016). *Safer and healthier work at any age: Analysis report of workplace good practices and support needs of enterprises*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 15, 31-55.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*, 4-568.
- 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.

- Gil-Monte, P. R. (2006). Riesgos psicosociales y Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *1 Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y salud Mental en el Trabajo*, 15-44.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1996). *Perturbações Mentais Comuns. Um Modelo Bio-Social*. Lisboa: Climepsi.
- Gomes, A., Bem-Haja, P., Alberty, A., Brito-Costa, S., Fernández, M. I. R., Silva, C., & De Almeida, H. (2016). Capacidade para o trabalho e fatores psicossociais de saúde mental: uma amostra de profissionais de saúde portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia*, 1(2), 95-104.
- Gómez, R., Guerrero, E., & González-Rico, P. (2014). Síndrome de Burnout docente. Fuentes de estrés y actitudes cognitivas disfuncionales. *Boletín de Psicología*, 112, 83-99.
- Gonçalves, A. R. V. (2013). *Gestão do stress em enfermeiros perioperatórios*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 1065-1074.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Narramore, S., & Schonwetter, R. (2001). Family caregiving in hospice: effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. *Hospice Journal*.
- Hallman, T., Perski, A., Burell, G., Lisspers, J., & Setterlind, S. (2002). Perspectives on differences in perceived external stress: a study of women and men with coronary heart disease. *Stress and health*, 18(3), 105-118.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Kiernan, C., Emerson, E., ... & Reeves, D. (1999). Staff stressors and staff outcomes in services for adults with intellectual disabilities: The Staff Stressor Questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 269-285.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 48(6), 622-631.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342.

- Kinman, G., & Jones, F. (2008). A life beyond work? Job demands, work-life balance, and wellbeing in UK academics. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 17(1-2), 41-60.
- Kinnunen, U., Feldt, T., & Mäkikangas, A. (2008). Testing the effort-reward imbalance model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of occupational health psychology*, 13(2), 114.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.
- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Laboratórios Bial.
- Leite, E., & Uva, A. (2010). Stress relacionado com o trabalho e imunidade. *Cadernos Avulso* 06.
- Llorens, S., Del Líbano, M., & Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. *Psicología de la salud ocupacional*, 63-93.
- Lopes, G. (2005). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.
- Martín, P., Salanova, M., & Peiró, J. M. (2003). El estrés laboral: ¿un concepto cajón-desastre. *Proyecto Social*, 10 e, 11, 167-186.
- McKinnon, W., Weisse, C. S., Reynolds, C. P., Bowles, C. A., & Baum, A. (1989). Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses. *Health Psychology*, 8(4), 389.
- Monteiro, S. O. M. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Myers, I., McCaulley, M. H., Quenk, N. L., & Hammer, A. L. (2003). *MBTI manual. A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator. 3rd Edition*. Menlo Park, CA: CPP Inc.
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R. D., Silva, J. C., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. D. C. (2008). Elderly caregiver: the knowledge available in LILACS database. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(4), 514-517.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Una prioridad de salud pública. *Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, World Health Organization*, 112.
- Paulino, F. G., Duarte, D. T., Brito, M., Degaki, N., & Schwartz, D. (2009). Perfil do cuidador profissional de idosos com demência. In *3º Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia*. São Paulo: PUCSP.

- Pires, N. (2011). *Akribeia Tempo de Rigor*. Manual dos Workshop.
- Quick, J. C., Wright, T. A., Adkins, J. A., Nelson, D. L., & Quick, J. D. (2013). Individual differences in the stress response. <http://dx.doi.org/10.1037/13942-003>
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção de Stress no Trabalho*. 1.ª Ed. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M. (2016). *Confronto do stresse, fatores psicossociais e saúde no trabalho*. 1.ª Ed. Lisboa: Editora RH.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Livpsic-Psicologia.
- Rocha, P. (2010). *Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: o Centro Social Paroquial São Pedro Maceda*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia não publicada. Universidade de Aveiro.
- Rosch, P. J. (1997). Stress and memory loss: some speculations and solutions. *Stress and Health*, 13(1), 1-6.
- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability: A factor analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 268-278.
- Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2), 163-172.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.
- Seabra, A. P. P. C. (2000). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto de saúde ocupacional*. Doutoramento em Ciências de Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Selye, H. (1984). *Stress, uma realidade da vida*. Saúde Mental, Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora Salvat.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, A. V. (2000). Construção de Uma Escala para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (rev. e aum.). Coimbra: Dinalivro.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.

- Slack-Smith, L. M., Read, A. W., Darby, J., & Stanley, F. J. (2006). Health of caregivers in child care. *Child: care, health and development*, 32(1), 111-119.
- Sommerhalder, C. (2001). Significados associados a tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto família [dissertação]. *Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas*.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Artmed.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of affective disorders*, 81(3), 211-222.
- Vasconcelos, E. F., & Guimarães, L. A. (2009). Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. *Psicologo informacao*, 13(13), 11-36.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2011). A prevalência da Síndrome de Burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crônicos. In *Atas do II Congresso Internacional, Interfaces da Psicologia: Qualidade de Vida... Vidas de Qualidade* (pp. 203-214).
- White, P., Edwards, N., & Townsend-White, C. (2006). Stress and burnout amongst professional carers of people with intellectual disability: another health inequity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 502-507.

Anexos

Anexo 1 – Questionário socioprofissional

Género: Masculino ____ Feminino ____

Idade: _____ anos

Estado civil:

Solteiro/a _____

Casado/a ou União de Facto _____

Divorciado/a _____

Viúvo/a _____

Profissão:

Serviço Limpeza _____

Ação Direta _____

Serviços Gerais e Outros _____

Serviços Cozinha _____

Outro _____

Tempo de serviço: Menos de 6 meses ____ Mais de 6 meses ____

Trabalha por turnos? Sim ____ Não ____

Toma medicação? Sim ____ Não ____

(ansiolíticos, antidepressivos, calmantes, etc.):

Anexo 2 – Questionário Vulnerabilidade ao Stress

23 QVS

INSTRUÇÕES

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta espontânea. Assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo e absoluto	Concordo bastante	Nem Concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo e absoluto
1. Sou uma pessoa determinada resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiros suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo e absoluto	Concordo bastante	Nem Concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo e Absoluto
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentimento de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor

Verifique se respondeu a todas as questões.

Não deixe nenhuma por responder!