

Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: *Coping* e Traços de Personalidade

Marta Filipa Afonso Gomes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança- Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau Mestre em Cuidados Continuados.

Orientadoras:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde Sílvia Maria Fernandes Ala

Bragança, junho 2017



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: *Coping* e Traços de Personalidade

Marta Filipa Afonso Gomes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança- Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau Mestre em Cuidados Continuados.

Orientadoras:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde Sílvia Maria Fernandes Ala

Bragança, junho 2017

Resumo

Introdução. Os cuidadores formais em contextos de cuidados continuados e paliativos, devem possuir competências específicas para o exercício adequado das suas funções com esta tipologia de utentes. O desenvolvimento de uma relação interpessoal humanizada; a utilização de uma comunicação verbal e não verbal eficaz e adequada a cada contexto; o conhecimento prático do trabalho em equipa multidisciplinar; características pessoais intrínsecas que facilitem o contacto humanizado, genuíno e interessado pelos doentes são indispensáveis. Todas as atividades deverão ter por base princípios éticos elencados na Declaração de Helsínquia, fundamentais ao exercício da prática clínica em cuidados continuados e paliativos, nomeadamente a verdade sobre a condição do doente, o respeito à sua autonomia e o processo de tomada de decisão.

Objetivos. Caracterizar os cuidadores formais, no que concerne aos seus traços de personalidade e as suas estratégias de *coping* evidenciadas, e observar possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas e as estratégias de *coping* com os traços de personalidade. **Metodologia.** Efetuou-se um estudo do tipo quantitativo, descritivo, analítico de carácter transversal, numa amostra de 82 cuidadores formais em três Unidades de Cuidados Continuados Integrados do norte de Portugal (Bragança, Miranda do Douro e Vizela). Foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e socioprofissional, o Brief-COPE, para avaliar as estratégias de *coping* e o EPQ-R-S para avaliar os traços de personalidade do sujeito. **Resultados.** Verificaram-se associações significativas entre a idade, os traços de personalidade Extroversão e o *coping* através da expressão de sentimentos. Também encontramos uma associação entre o traço Neuroticismo ($p=.013$) e o *coping* através da Auto-distração ($p=.013$), bem como entre o Neuroticismo e a profissão, onde os enfermeiros ($M=4.18$) e o Pessoal de Apoio ($M=5.25$) demonstram ser mais neuróticos. Os Enfermeiros e o Pessoal de Apoio demonstram utilizar em grande escala o *coping* através da Auto-Distração ($p=.004$). **Conclusões.** Os traços de personalidade e as estratégias de *coping* encontram-se interligados. Os profissionais de saúde recorrem às estratégias de *coping* para fazer face a situações adversas e de stress às quais se encontram sujeitos no seu dia a dia. Verificámos que os indivíduos que apresentam valores elevados no Neuroticismo utilizam em maior escala *coping* através da Auto-distração. Verificou-se de forma análoga para a Extroversão e o *coping* através da Expressão de sentimentos.

Palavras-chave: cuidadores formais, estratégias de coping e traços de personalidade; cuidados continuados e paliativos

Abstract

Introduction. Formal caregivers in contexts of continuous and palliative care should have specific competences for the proper exercise of their functions with this typology of beneficiaries. The development of a humanized interpersonal relationships; The use of effective verbal and non-verbal communication appropriate to each context; The practical knowledge of multidisciplinary teamwork; Intrinsic personal characteristics that facilitate humanized, genuine and interested contact with patients are indispensable. All activities should be based on the ethical principles listed in the Declaration of Helsinki, which are fundamental to the practice of continuous and palliative care, including the truth about the patient's condition, respect for his autonomy and decision-making process.

Goals. To characterize formal caregivers with respect to their personality traits and their coping strategies as evidenced, and to observe possible associations between socio-demographic variables and coping strategies with personality traits. **Methodology.** A quantitative, descriptive, analytical cross-sectional study was carried out on a sample of 82 formal caregivers in three Integrated Continuing Care Units of the north of Portugal (Bragança, Miranda do Douro and Vizela). A socio-demographic and socio-professional characterization questionnaire, the Brief-COPE to evaluate the coping strategies and the EPQ-R-S to evaluate the personality traits of the subject were used. **Results.** There were significant associations between age, the personality trait Extroversion and coping through the expression of feelings. We also found an association between Neuroticism ($p = .013$) and coping through Self-distraction ($p = .013$), as well as between Neuroticism and the profession, where Nurses ($M = 4.18$) and Support Staff ($M = 5.25$) proved to be more neurotic. Nurses and Support Staff demonstrate large-scale coping through Self-Distraction ($p = .004$). **Conclusions.** Personality traits and coping strategies are intertwined. Health professionals use coping strategies to cope with the adverse and stressful situations they face in their daily lives. We have found that individuals with high values in Neuroticism use larger-scale coping through Self-distraction. It was analogous to Extroversion and coping through Expression of feelings.

Keywords: formal caregivers, coping strategies and personality traits, continuous and palliative care

Abreviaturas e Siglas

APCP- Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos

AVD- Atividades da Vida Diária

CF- Cuidador Formal

CGF- Cinco grandes Fatores

CP- Cuidados Paliativos

IRD- Instrumento de Recolha de Dados

PNCP- Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR- Unidade de Media Duração e Reabilitação

Agradecimentos

É com muita satisfação que aqui presto os meus maiores agradecimentos todos aqueles que de uma maneira ou de outra me apoiaram na realização deste trabalho. Desde já presto o meu maior agradecimento à Professora Doutora Ana Maria Nunes Galvão e à Dra. Sílvia Maria Fernandes Ala pelo apoio incessante, nas horas mais difíceis, orientação nestes meses e toda a motivação que me foi dada.

Gostaria de prestar o meu agradecimento especial à minha avó Maria Ferreira e à minha mãe Maria da Luz Pires por toda a força, apoio incondicional, carinho e amor que me transmitiram não só ao longo da realização deste trabalho mas sim ao longo da vida.

Agradeço à minha madrinha Cristina Gomes e ao seu marido, Luis Gomes todo o apoio, carinho motivação que me transmitiram neste tempo.

A todos os meus amigos, em especial Sara Azevedo e Marisa Pinheiro, pelo companheirismo e por estes longos anos de amizade.

As minhas colegas de trabalho e chefe, Cristiana do Nascimento, pela compreensão, amizade e apoio.

Agradecer às três instituições, Cuidados Continuados de Bragança, Miranda do Douro e Vizela, bem como a todos os seus colaboradores. Sem eles este trabalho não seria possível.

A todos o meu maior Obrigada!

Índice

| | |
|---|------------|
| Resumo | ii |
| Abstract | iv |
| Abreviaturas e Siglas | v |
| Agradecimentos | vi |
| Índice de Tabelas | iii |
| Índice de Figuras | v |
| Introdução | 1 |
| Parte I- Enquadramento teórico | 4 |
| Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 5 | |
| Cuidados Paliativos em Portugal | 8 |
| Cuidadores formais no contexto da RNCCI..... | 11 |
| <i>Coping</i> e estratégias de <i>coping</i> | 15 |
| Personalidade: conceitos e definições | 20 |
| Teoria dos traços de personalidade: Hans J. Eysenck..... | 23 |
| O Modelo dos Cinco Grandes Fatores | 25 |
| Parte II- Estudo Empírico | 29 |
| Metodologia | 30 |
| Justificação do tema..... | 30 |
| Objetivos do Estudo..... | 31 |
| Contextualização do Estudo | 31 |
| Amostra..... | 32 |
| Procedimentos | 33 |
| Instrumentos de Recolha de Dados | 34 |
| Operacionalização das variáveis sociodemográficas | 37 |
| Procedimentos de Análise de Estatística..... | 40 |
| Apresentação e Análise de Resultados | 42 |
| Estatística Descritiva..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Estatística Inferencial | 59 |
| Discussão dos Resultados | 74 |
| Proposta de Intervenção/Fundamentação | 77 |
| Formato das Sessões | 78 |
| Ferramenta a Utilizar | 78 |
| Conclusões..... | 80 |
| Referências Bibliográficas | 82 |
| Anexos | 90 |
| Anexo I – Pedido de autorização para a realização do estudo nas instituições..... | 91 |
| Anexo II – Consentimento Informado..... | 94 |
| Anexo III – Instrumento de recolha de dados : Questionário Socioprofissional..... | 95 |
| Anexo IV – Instrumento de Recolha de Dados : Questionário <i>Brief-COPE</i> | 97 |
| Anexo V – Instrumento de recolha de dados : Questionário de EPQ-R-S..... | 99 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados..... | 6 |
| Tabela 2 - Comparações de Abordagem de Personalidade..... | 22 |
| Tabela 3 - Modelo dos Cinco Grandes Fatores..... | 27 |
| Tabela 4- Caraterização da amostra por variáveis sociodemográficas: Principais Dados Socioprofissionais | 33 |
| Tabela 5 - Síntese dos IRD..... | 36 |
| Tabela 6- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Género..... | 42 |
| Tabela 7- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Faixa Etária | 43 |
| Tabela 8- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Instituição.. | 44 |
| Tabela 9- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Profissão.... | 46 |
| Tabela 10- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Género | 47 |
| Tabela 11 - Pontuações Médias das Estratégias de Coping por Grupo Etário..... | 49 |
| Tabela 12- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Instituição | 53 |
| Tabela 13- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Profissão . | 56 |
| Tabela 14- Teste de Mann-Whitney – Género Contra Dimensões EPQ-R-S e Brief Cope | 59 |
| Tabela 15- Estatísticas de Teste do Teste de Mann-Whitney – Género Contra Dimensões EPQ-R-S e Brief Cope | 61 |
| Tabela 16- Teste de Kruskal-Wallis e Respetivos Postos Médios por Grupo Etário e Dimensão..... | 62 |
| Tabela 17- Estatísticas de Teste do Teste Kruskal-Wallis por Grupo Etário e Dimensão.. | 66 |
| Tabela 18- Comparações Emparelhadas de Grupos Etários para a Dimensão Extroversão | 67 |
| Tabela 19- Comparação Emparelhadas de Grupos Etários para a Dimensão Coping Através da Expressão de Sentimentos | 67 |
| Tabela 20- Teste de Kruskal-Wallis e Respetivos Postos Médios por Grupo Profissão e Dimensão..... | 68 |
| Tabela 21- Estatísticas de Teste do Teste Kruskal-Wallis por Profissão e Dimensão..... | 71 |
| Tabela 22- Comparações Emparelhadas de Profissão para a Dimensão Neuroticismo..... | 71 |
| Tabela 23- Comparações Emparelhadas de Profissão para a Dimensão Coping da Auto Distração | 72 |

| | |
|---|----|
| Tabela 24- Correlações Não-Paramétricas (rho de Spearman) – Traços de Personalidade e Coping..... | 72 |
|---|----|

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Traços de Personalidade de Acordo com Eysenck (1970)..... | 24 |
|--|----|

Introdução

Nos últimos anos tem-se revelado um aumento da esperança média de vida, devido à melhoria das respostas no que concerne aos cuidados de saúde. Aumentando exponencialmente o envelhecimento populacional, assim enquanto fenómeno social do século XXI, exige aos Estados, às Entidades Sociais e à Sociedade Civil um esforço conjunto no sentido de providenciar mecanismos básicos de assistência, em consequência dos desafios sociais, económicos e políticos que se impõem (Jacob, 2012).

Perante este fenómeno, passam a existir novas necessidades de saúde e sociais, que necessitam de novas e diversificadas respostas que façam face às várias necessidades da população, surgindo no ano de 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, regulamentada através do Decreto-Lei nº101/2006 (Ministério da Saúde, 2006).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, subentende um conjunto de intervenções tanto na área da saúde como no apoio social. Centra-se na recuperação global do individuo, entendida como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que tem como objetivo promover a autonomia, melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência. Graças a uma reabilitação, readaptação e reinserção tanto no seio familiar como na própria sociedade (Ministério da Saúde, 2006).

Os cuidados continuados e paliativos promovem um modelo holístico que engloba a dimensão física, psicológica, social, económica e espiritual nos cuidados ao doente, consideram a pessoa doente na sua integralidade, e têm como principais objectivos o alívio do sofrimento, a promoção de bem-estar e qualidade de vida ao doente e à sua família.

O confronto com a etapa terminal do ciclo vital provoca um grande sofrimento no doente e na sua família, alterando as dinâmicas familiares e causando sintomas de angústia e stress, assim tanto o doente como a sua família apresentam uma grande fragilidade emocional que requer competências específicas e adequadas, por parte dos profissionais que exercem funções nos serviços de cuidados paliativos e continuados.

Os cuidadores, mais concretamente os cuidadores formais, assumem um papel de destaque, na medida em que as alterações na estrutura familiar determinam que, muitas vezes, a tarefa do cuidado aos idosos seja relegada às Instituições de apoio a

este grupo etário da população. Para que tal seja feito, é necessário uma vasta equipa de profissionais que auxiliam o individuo na sua recuperação e inserção social. É indispensável uma equipa multidisciplinar, ou seja, uma atuação entre os diferentes profissionais. A equipa que constitui a RNCCI, é composta por diversos profissionais, nomeadamente de diferentes ramos da ciência da saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, pessoal da área social, auxiliares de ação médica, auxiliares de serviço geral, entre outros. A designação para os profissionais que constituem as equipas da RNCCI é de cuidadores formais, independentemente do cargo que ocupem. Por Cuidadores Formais subentende-se todo o profissional que executa a tarefa do cuidar a outrem que ostenta algum tipo de dependência. Alguns destes profissionais dependendo das situações e da categoria profissional estão expostos a situações de stress. São estes profissionais que estão expostos a exigências profissionais, pessoais e emocionais que, não raras vezes, se traduzem em situações de tensão emocional e *stress*. A questão de saber como as pessoas reagem, enfrentam e se adaptam a situações difíceis é de enorme importância, do ponto de vista médico, psicológico e social. As estratégias psíquicas e comportamentais apresentadas pelas pessoas para fazerem face a um problema, controlarem ou atenuarem o seu impacto e lidar com o stress designam-se por estratégias de *coping*. Estas são ativadas através de mecanismos de avaliação pessoal e ambiental.

Nos últimos tempos, vários grupos de pesquisa tem associado o *coping* à personalidade. Esta tendência, tem sido motivada pelo facto de não se conseguir explicar toda as variáveis do *coping* e acreditar-se que este é influenciado pela personalidade do individuo. Esta abordagem, despertou um grande interesse pelo Modelo do Cinco Grandes Fatores (Big Five). A literatura diz-nos que o *coping* é influenciado pelas características de personalidade (disposições), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão (Costa & McCrae, 1985). Neste sentido segue-se a contextualização das características/traços que definem os tipos de personalidade

Dada a escassez de trabalhos nesta temática, este trabalho de projeto pretende abordar a temática dos Cuidadores Formais, as estratégias de *coping* e como este é influenciado pelos Traços de Personalidade de cada individuo. Reforçando, em consequência, que o presente estudo poderia, de algum modo, contribuir para o conhecimento dos recursos psíquicos utilizados por estes profissionais para fazerem face a situações stressantes, propondo posteriormente formação em estratégias de

prevenção e adaptação para estas situações que, em última análise pode promover a saúde e bem-estar dos cuidadores formais e, concomitantemente, a sua qualidade de vida.

Partimos da seguinte questão : Quais os traços de personalidade e as estratégias de *coping* evidenciadas pelos cuidadores formais em contexto de cuidados continuados e paliativos?

Para levar a cabo o nosso projeto, recorreremos à metodologia quantitativa, foi desenhado um estudo de cariz descritivo, analítico e transversal. Para tal, foi utilizado, um questionário como método de recolha de informação, composto por três partes essenciais. A primeira para recolha de informação e caracterização sociodemográfica e socioprofissional dos cuidadores formais, a segunda composta pelo questionário Brief-COPE, adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004) e, a última parte pelo Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R) validado para a população portuguesa por Almiro e Simões (2014).

O presente estudo está estruturado em duas partes essenciais, onde, a primeira compreende o enquadramento teórico enquanto fundamentação científica da investigação, e nela são abordados aspetos como: a caracterização dos RNCCI e dos cuidados paliativos em Portugal; a caracterização dos cuidadores formais; *coping* e traços de personalidade. Da segunda parte do estudo consta a investigação empírica e nela se descreve todo o percurso metodológico percorrido para concretizar os objetivos previamente definidos.

Parte I- Enquadramento teórico

Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Segundo o Artigo 1º do Decreto-Lei nº101/2006 elaborada a 6 de Junho do mesmo ano, é criada a RNCCI no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. A RNCCI é formada por um conjunto de instituições, privadas ou públicas, que prestam cuidados continuados tanto na área da saúde como na área social, seja ao domicílio ou nas próprias infraestruturas (Seixo, 2015).

Por cuidados continuados integrados subentende-se um conjunto de intervenções na área da saúde e / ou do apoio social, partindo de um processo terapêutico, ativo e contínuo, que visa a recuperação do indivíduo melhorando a sua funcionalidade graças à reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (artigo 3º do Decreto-Lei nº101/2006).

Os cuidados continuados têm como objetivos, uma melhoria nas condições de vida e no bem-estar dos indivíduos que se encontram numa situação de dependência, graças aos cuidados de saúde e de apoio social, garantem o apoio, acompanhamento, internamento e a melhoria, contínua, da qualidade dos cuidados prestados, sejam eles de cariz social ou de saúde. Garantindo aos familiares ou aos prestadores de cuidados informais o máximo de apoio, na respetiva tarefa de cuidar é outro dos objetivos da rede (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

É graças a um vasto leque de princípios, pelos quais a RNCCI se rege, que é garantida a qualidade dos serviços prestados. Sendo eles, segundo a Segurança Social (2017) :

- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede.
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados.
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede.

- Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.

- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados

A Rede é constituída por diversas unidades de internamento, sendo elas: a) de convalescença; b) de média duração e reabilitação; c) longa duração e manutenção; e d). paliativos. Inclui, também, unidades ambulatoriais, equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social e equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Decreto-Lei nº101/2006). A tipologia da RNCCI pode ser explicada através da análise da Tabela 1:

Tabela 1 - Tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

| | |
|----------------------|---|
| Internamento | <ul style="list-style-type: none">– Unidade de Convalescença (UC)– Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)– Unidade de Longa Duração de Manutenção (ULDM)– Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) |
| Ambulatório | <ul style="list-style-type: none">– Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA)– Equipa de Gestão de Altas (EGA) |
| Hospitalares | <ul style="list-style-type: none">– Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSC)– Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) |
| Domiciliárias | <ul style="list-style-type: none">– Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) |

(Fonte: Decreto-lei nº101/2006)

As unidades de convalescença atuam no procedimento de reabilitação, sob a coordenação de um médico que assegura a prestação de cuidados de enfermagem e apoio médico, 24h por dia, exames complementares de diagnóstico, laborais e radiológicos, prescrição e administração de fármacos, fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, alimentação e lazer. A duração de internamento na RNCCI pode ir até aos 30 dias. Relativamente a unidade de média duração e reabilitação (UMDR), sempre que o utente se encontra estável mas com necessidade de reabilitação e cuidados de enfermagem contínuos mas sem necessidade de acompanhamento médico permanente. Visa a reabilitação e o apoio psicossocial ao utente que se encontra em fase de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Rodrigues, 2009). Os cuidados prestados na unidade de convalescença e na unidade de média

duração e reabilitação são semelhantes, com o acréscimo da terapia ocupacional na UMDR. O período de internamento vai até 90 dias. No que concerne a unidade de longa duração e manutenção (ULDM), é prestado apoio social e cuidados de saúde de manutenção ao utente com doenças crónicas em varias graus de dependência e que não reúnem as condições necessárias para permanecer no domicílio. Como podemos verificar, o tempo de internamento pode assumir em termos temporais a designação de temporário ou permanente.

Tem como objetivo prevenir e retardar o agravamento da dependência, priorizando o bem-estar e a qualidade de vida do utente. Esta unidade assegura a realização de atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária, apoio nas atividades de vida diária (AVDs) (Rodrigues, 2009). Por outro lado as unidades de cuidados paliativos (UCP), dizem respeito aos cuidados prestados a doentes que sofrem de doenças crónicas e progressivas de longa duração. Inclui apoio espiritual, social e psicológico não só ao próprio doente mas à respetiva família (Sessões Temáticas Inter-CLAS 2008- segurança social). Esta unidade fica à responsabilidade de um médico, que garante a prestação de cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos diários, exames complementares de diagnóstico laboratoriais ou radiológicos, prescrição e administração de fármacos, acompanhamento de fisioterapeuta, acompanhamento, consulta e avaliação do doente, atividades de manutenção (Rodrigues, 2009).

Graças à tipologia, anteriormente referida, é possível aos utentes circularem na rede da forma mais adequada às suas necessidades. Para ingressar na rede é necessário preencher os critérios de inclusão para as diferentes tipologias existente (Martins & Melo, 2008). Segundo o Guia Prático da RNCCI elaborada pelo Instituto da Segurança Social (2017) podem ter acesso aos serviços da Rede as pessoas que se encontrem nas seguintes situações:

- Dependência funcional temporária, encontra se a recuperar de uma doença, cirurgia, etc.;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- Incapacidade grave, com fortes danos psicológicos e sociais;

- Doença crónica, avançada e terminal.

Estes serviços cessam quando a pessoa tem alta da Unidade em que se encontrava ou quando já não necessita do apoio das equipas domiciliárias.

Cuidados Paliativos em Portugal

“A dor procura o Outro, procura escuta, contacto, palavras, uma linguagem que a contenha e que a torne suportável... procura sentido para poder ser sentida”

(Manuela Fleming)

No Decreto-lei 101/2006 cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) onde estão incluídos os Cuidados Paliativos. Esta rede é um novo modelo organizacional, criado pelo Ministério do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde (RNCCI, 2011).

Os Cuidados Paliativos em Portugal são bastante recentes, no início dos anos 90 denotaram-se as primeiras iniciativas nesta área. Em 1992, no serviço de Medicina Paliativa no Hospital do Fundão, inicialmente denominada Unidade de Dor, com camas de internamento para doentes que sofriam de doenças oncológicas em estado avançado. Posterior, a esta data não se encontra qualquer referência a uma organização estruturada. No entanto, surgiram outros serviços destinados aos doentes oncológicos em estado avançado no IPO do Porto e Coimbra (Marques et al, 2009 citado por Félix, 2013).

No início estes serviços dirigiam-se para os doentes com cancro em estado terminal. Contudo, com o passar dos tempos e com o desenvolvimento contínuo da palição, os serviços foram alargados a doentes que sofriam das mais variadas doenças: insuficiência de órgãos (Renal, cardíaca, respiratória, hepática), SIDA em estado terminal, doenças neurológicas degenerativas, demência em fase termina, entre outras (SECPAL, 2002 citado por Félix, 2013).

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017) os Cuidados Paliativos definem-se como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que se encontram face a uma doença que coloca em causa a vida do indivíduo, através da prevenção e do alívio da dor, identificação antecipada, tratamento da dor e de outros problemas sejam eles físicos, psicossociais e espirituais. Já o novo Programa Nacional de Cuidados Paliativos formado pela UMCCI, afirma que os CP são uma forma de resposta organizada às necessidades

“tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes” cujo prognóstico de vida é limitado. Estas respostas são dadas por equipas multidisciplinares e por unidades específicas (UMCCI, 2010 citado por Félix, 2013).

O termo Paliativo provém do latim *Pallium* que significa: “manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa em busca de indulgências, e nesta perspetiva remete para o conceito de cobertura, envolvimento, cuidados, desvelo e atenção” (Félix, 2013, p.18).

Twycross (2001, citado por Félix, 2013) define CP como sendo cuidados ativos e totais dos pacientes e da família prestados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença se encontra num estado irreversível e a expectativa de vida do paciente é limitada .

Neste sentido, os Cuidados Paliativos visam promover o conforto máximo do doente, sendo as necessidades destes doentes distintas das de outra tipologia. Exigem uma prática específica e uma estratégia orientada para o alívio dos sintomas. Este tipo de cuidados emergiram de uma tentativa da medicina em adaptar-se a doentes numa situação particular. Na atualidade, os cuidados paliativos visam, recuperar a vertente humana do cuidar que durante décadas tem sido esquecida, em detrimento da vertente exclusivamente tecnicista. Durante muito tempo assistiu-se a uma excessiva valorização dos aspetos técnicos e científicos acompanhada por uma crescente despersonalização e desumanização dos cuidados de saúde nas nossas instituições. .

Os CP são constituídos por algumas componentes essenciais (UMCCI, 2010 citado por Félix, 2013):

- Alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- Valorizam a vida e respeitam a morte como sendo um processo natural;
- Englobam os aspetos psicológicos e espirituais no atendimento ao doente;
- Prestam um sistema de apoio que pretende ajudar o doente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- Prestam apoio à família, para que esta lide com a perda da melhor maneira possível;
- Utilizam uma equipa multidisciplinar para fazer face a todas as necessidades que o doente e a família possam ter;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o decorrer da doença;

- No início da doença são aplicados um conjunto de terapias que pretendem prolongar a vida, como por exemplo: quimioterapia ou radioterapia.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, as UCP agrupam-se em:

- Cuidados Paliativos de Nível I: são prestados por uma equipa multidisciplinar e podem ser prestados em regime de internamento ou ao próprio domicílio durante 24h. Encontram-se organizados em equipas móveis que apesar de não terem infraestruturas próprias, têm um espaço físico para exercer a sua atividade.
- Cuidados Paliativos de Nível II: estes cuidados são prestados em unidades de internamento próprio ou ao domicílio, por uma equipa multidisciplinar que garante cuidados diretos e disponibilidade ao paciente. Tem uma lotação média de 10 a 15 camas em regime de internamento. No que concerne as equipas móveis, cada equipa tem a seu encargo uma média de 10 a 15 doentes. A equipa deve ser constituída por um médico, enfermeiro e auxiliar de ação médica que asseguram a visita diária ao domicílio e assistência diária ao longo do dia e urgência durante a noite; apoio psicológico, inclui visitas diárias ao doente e à família; fisioterapeuta, com planos fisiátricos adequados ao doente; técnico de serviço social; apoio espiritual.
- Cuidados Paliativos de Nível III: reúne as condições e capacidades dos Cuidados Paliativos Nível II, com as seguintes características: desenvolvem programas estruturados e regulados de formação em cuidados paliativos; desenvolvem e apoiam a investigação desta área; possuem equipas multidisciplinares alargadas que têm a capacidade de responder a situações de extrema exigência no que concerne a área dos UCP.

As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) prestam cuidados a doentes internados, sendo assim um serviço específico destinado a tratar do doente em fim de vida, podendo situar-se num hospital de agudos, não-agudas e até numa enfermaria. Esta unidade pode encontrar-se independente do próprio Hospital.

Martinez e Barreto (2002) referem que se as necessidades duma pessoa em fase terminal são variadas e de diferente índole, faz-se necessário que os profissionais

usem o seu “saber fazer” no contexto dum ambiente de trabalho em equipa onde para além de se apoiarem mutuamente para ultrapassar os momentos mais difíceis, contribuam sempre para alcançar o objetivo comum de proporcionar o máximo bem-estar ao doente e seus familiares.

Os profissionais de saúde que integram a equipa das UCP são aqueles que controlam os sintomas físicos (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, farmacêutico, nutricionista), sintomas relativos à saúde mental (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, capelão, sacerdotes das diferentes religiões) e do apoio social (assistente social, voluntário). Inclui-se na relação, ainda, o cuidador, cujo papel é fundamental, pois é o elo entre a pessoa, a família e a equipa. Com a evolução clínica, outros profissionais e especialistas poderão ser solicitados a cooperar com a equipa (Taquemori & Sera, 2008).

Assim, todos os elementos da equipa multidisciplinar devem, partilhar e unir conhecimentos para que se torne mais fácil atingir o principal objetivo dos cuidados paliativos, que é o de proporcionar o máximo conforto e bem-estar ao doente em fase terminal, envolvendo a família neste processo.

É importante referir que as UCP não devem ser prestados só no momento de finitude da vida, mas sim ao longo de toda a doença. Assim sendo, alguns dos princípios das UCP são aplicados logo no início da doença em conjunto com as terapêuticas adequadas à etapa da mesma, acreditando-se que a doença provoca alterações no indivíduo desde muito cedo.

Cuidadores formais no contexto da RNCCI

“O ser humano é um ser de cuidado; o ser nasce com este potencial, portanto todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, de serem cuidados.”
(Waldow, 2008).

Seja de uma forma informal ou formal, a prestação de cuidados inicia-se de duas formas: uma forma de sobrevivência ou de demonstração de interesse e carinho em relação ao outro. *“O ser humano é um ser de cuidado”*, todo o Homem nasce com o potencial de cuidar e precisam, igualmente, de cuidados. Todavia, a capacidade de cuidar desenvolve-se conforme as circunstâncias da vida do sujeito. O “processo de cuidar” implica todas as atividades desenvolvidas pelo cuidador/a perante o ser

cuidado, com base no saber científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade, acompanhadas de um comportamento e de uma atitude da parte do cuidador/a que visam promover e manter a dignidade humana (Waldow, 2008).

Quem é o cuidador? O cuidador é todo aquele que pratica o exercício do cuidar, ou seja, pratica atividades de cuidado pessoal em prol do outro que sofre de algum tipo de dependência. Intitula-se cuidador todo o ser que providencia as necessidades tanto emocionais como físicas de outrem. Estes cuidadores podem ser denominados cuidadores formais ou cuidadores informais. Por cuidadores formais subentende-se todos aqueles que prestam cuidados e são remunerados por executar esta tarefa. Por sua vez, os cuidadores informais podem ser familiares, amigos, vizinhos, entre outros que executam a tarefa do cuidar e não recebem qualquer tipo de remuneração (Bidarra, 2003 citado por Ribeiro, 2014).

Os CF podem ser divididos entre CF primários e secundários. Por CF primário entende-se o responsável pela maioria dos cuidados prestados ao indivíduo, apoiando, de uma forma direta, o sujeito nas AVD. Já o CF secundário, caracteriza-se por intervenções pontuais junto do sujeito (Gregório, 2015).

Na atualidade existem diversos CF que não têm formação específica para poder desempenhar esse papel, recorrendo à experiência que adquirem ao longo do tempo e ao exemplo dado pelos colegas. As tarefas desenvolvidas nas instituições de prestação de cuidados à saúde são especializadas e requerem capacidades e competências específicas para a sua concretização (Gregório, 2015).

Como indicado nos princípios da OMS, os cuidados paliativos são um “exemplo pragmático de uma atividade complexa que necessita de uma abordagem multidisciplinar de trabalho de equipa”, ou seja, um conjunto de profissionais das mais vastas áreas que trabalham, todos eles, com uma metodologia, partilhando um projetos de assistência e objetivos em comum. Uma equipa assim necessita de uma dinâmica única que permita a reorganização e integração dos saberes de cada profissional, num momento adequado, sempre em prol das necessidades do doente e nas situações mais apropriadas.

O trabalho em equipa é essencial para o sucesso de qualquer empresa e a RNCCI não é uma exceção. Porém, uma equipa multidisciplinar acarreta determinadas dificuldades como afirma Bernardo *et al.*, (s/d), citado por Fradique (2010): problemas no que diz respeito à comunicação, dificuldade na tomada de decisões, necessidade de dedicação e coresponsabilização, conflitos e confusão das

funções de cada um, competitividade e confidencialidade, formalidade, mau-ambiente no local de trabalho, fins mal compreendidos ou mal entendidos, falta de escuta, medo da crítica e até do ridículo, críticas destrutivas, tomada de decisões antecipadas, são algumas das dificuldades do trabalho em equipa. Contudo, trabalhar em equipa acarreta inúmeras vantagens tais como o apoio mútuo entre os diversos profissionais para ultrapassar as resistências individuais, o reconhecimento do profissional, assegurar a continuidade e diferenciação da prestação dos cuidados, existência de uma partilha de saberes na tomada de decisões e a oportunidade de colaborar na formação e no aperfeiçoamento das mais diversas competências (Fradique, 2010).

A equipa deve funcionar com base numa liderança aceite desde do início, com objetivos definidos previamente. O “líder” tem como objetivo ser o elemento catalisador das dificuldades que possam surgir com o decorrer do tempo. Podem-se identificar os seguintes fatores que intervêm na qualidade do trabalho de equipa (Fradique, 2010):

- Os sistemas de trabalho em equipa;
- Os cuidados e suporte que englobam a própria equipa;
- Uma formação continua e a investigação;
- Coordenação entre as vastas e distintas unidades e outros serviços de apoio.

Como indica o artigo 13º e 14º da portaria 174/2014 da RNCCI todos os profissionais que trabalhem na Rede devem possuir as qualificações necessárias, nomeadamente título profissional, adequado as suas funções para assim, assegurar a qualidade do serviço prestado

As equipas multidisciplinares da RNCCI são constituídas por um vasto leque de profissionais, como médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de ação geral, auxiliares de ação médica, serviço social, entre outros (Ribeiro, 2014).

Na enfermagem o cuidar abrange todos os comportamentos e atitudes demonstradas através de ações que são pertinentes a asseguradas pela lei. Estas ações são desempenhadas com o maior rigor, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida do paciente. Waldow (2008), define as competências dos enfermeiros como sendo as qualidades necessárias para desenvolver a prática de enfermagem, como por exemplo: o conhecimento, habilidades e destreza manual,

criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e a capacidade de tomar decisões.

Contudo, os profissionais para além das competências anteriormente referidas devem ter a capacidade de ser humano e deve cuidar o doente numa perspetiva holística. Como afirma Zanon (2000), citado por Figueirinha, Marques & Simões (2012), “a maior oportunidade, responsabilidade, ou obrigação que pode ser conferida a um indivíduo é a de servir ao seu semelhante como tal”.

É importante que o prestador de cuidados, neste caso a equipa da Unidade de Cuidados Continuados, tenha uma atitude compassiva com o doente que se caracteriza pela capacidade de entender o estado emocional em que se encontra o doente, ou seja, ter uma postura humanista. O profissional não se deve desligar do sofrimento que o paciente sente mas sim mostrar sentimentos como a bondade, o desejo de cuidar e tentar aliviar o sofrimento que o mesmo sente (Ribeiro, 2014).

Apesar das diversas dificuldades que os Cuidadores Formais enfrentam ao longo do seu percurso, a tarefa do cuidar promove o crescimento de ambas as partes: o ser que recebe os cuidados e o prestador de cuidados. Esta tarefa pode ser considerada como a essência nas vastas profissões que englobam a equipa da RNCCI (Waldow, 2008).

Todos os profissionais que trabalham na RNCCI regem-se pelo princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação e Reinserção. Para além, da Promoção de Saúde e Prevenção da Doença, estas fundamentais para a autonomia, independência e qualidade de vida do paciente (Figueirinha *et al.*, 2012).

Ser cuidador formal é uma tarefa desafiante e acarreta alguns obstáculos. Como afirma Silva (2016, citando Barbosa *et al.*, 2011) alguns desses obstáculos passam pela interação com o doente; o desconhecimento no que toca à doença; falta de tempo (sobrecarga de trabalho) e de recursos humanos; o impacto emocional e físico a que este tipo de cuidadores se encontram expostos; dificuldades na organização; planeamento de atividades e a interação como a família do próprio doente.

Ao cuidador é solicitado que saiba “cuidar” de uma forma integral, ou seja, abordando o ser humano em todas as suas vertentes. Contudo, é necessário que o cuidador saiba equilibrar a razão e a emoção, desenvolver capacidades e atitudes relacionais, bem como competências emocionais (Bidarra, 2009, citado por Ribeiro, 2014)

Contudo, o cuidador está sujeito a mudanças, devido ao conhecimento que vai adquirindo ao longo dos anos e é alguém que lida de perto com o fator da dor e até mesmo da morte.

O contacto permanente entre os profissionais de saúde e os utentes envolve fatores que influenciam o estado emocional de ambos (Agostinho, 2008). Assim, os profissionais de saúde experienciam necessidade de contar a alguém as situações emocionais extremas que decorrem do seu exercício profissional, sendo o ambiente familiar o contexto que pode proporcionar uma maior compreensão e afetividade para tais desabafos profissionais (Mercadier, 2004).

Na opinião de Ruviano e Bardagi (2010), as profissões da área da saúde envolvem níveis elevados de comprometimento e envolvimento emocional, pois o desempenho desses profissionais compreende um conjunto de atividades que requerem um controlo mental e particularmente emocional muito superior a outras profissões.

Do exposto, pode-se deduzir que as exigências profissionais, emocionais e pessoais que se colocam aos cuidadores formais, no âmbito dos cuidados que prestam aos idosos no seu processo de envelhecimento, são, quase sempre, fonte de *stress* e mal estar (Ribeiro, 2014).

Para fazer frente a estas situações os cuidadores formais recorrem a um conjunto de meios e de esforços comportamentais, cognitivos e emocionais postos a funcionar para enfrentar, suportar ou tolerar acontecimentos sentidos como ameaçadores ou que ultrapassam os recursos pessoais designados por estratégias de *coping*.

Coping e estratégias de coping

O termo *Coping* vem do verbo “*to cope with*” em Inglês, que significa gerir com êxito, lidar com, alcançar, estar a altura da situação. Este termo é utilizado para especificar os comportamentos dos organismos diante de processos de stress (Costa & Leal, 2006).

Este termo, é descrito na literatura anglo-saxónica em função de estratégias, estilos, táticas, respostas, cognições ou comportamentos, utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress.

Coping deriva também do francês *couper* mas esta palavra foi introduzida e assimilada pela língua inglesa há longa data. A definição deste conceito, prende-se

com significados como: confrontar, lidar, fazer face, suportar, aguentar. No entanto, o seu sentido rigoroso refere-se à capacidade de lidar com ocorrências indutoras de stress, definindo estratégias para lidar com o mesmo (Serra, 2011). Tem ainda sido definido, como um fator estabilizador, que facilita o ajustamento individual quando se está perante situações ou em momentos stressantes.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), tendo em conta o cariz psicológico do termo, o *coping* representa um conjunto de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais realizadas pelo indivíduo, com a finalidade de diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de stress, que são avaliados como ultrapassando os seus recursos, quer sejam pessoais ou sociais.

Os recursos que alguém possui, dizem respeito a aspetos muito diversos, como a experiência da pessoa, as características da sua maneira de ser, a sua capacidade económica ou unicamente, a possibilidade de apoio por parte da rede social onde está inserida. Quanto mais recursos o sujeito evidencia, menos relevante e perturbadora se torna determinada situação.

“Coping é um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem resposta de rotina preparadas” (Vaz-Serra, 1988).

Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004, p. 5) “o uso repetido de determinadas estratégias de coping constitui-se como estilo de coping”. Os mecanismos de defesa provêm dos estudos psicanalíticos para se referirem a processos mentais inconscientes. Frequentemente o termo adaptação é utilizado para designar os processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Coping*, surge como forma do Homem lidar com ocasiões indutoras de stress. É a partir do ano de 1967, com uma publicação no *Psychological Abstracts* que o termo *coping* surge como uma categoria diferenciada (Meireles, 2016).

Os autores Sanzovo e Coelho (2007), definem *coping* como sendo, um conjunto de esforços tanto do sector cognitivo como do sector comportamental que os indivíduos utilizam para poderem lidar com as diversas exigências, provenientes de situações de stress. O *coping* é constituído por estratégias cognitivas e comportamentais elaboradas pelo sujeito para lidar com o fator *stress* (Folkman & Lazarus, 1984). Este processo pode ser compreendido como um conjunto de respostas de cariz comportamental que o sujeito, perante uma situação de *stress*, põe em prática

para alterar essa mesma situação. Segundo Sordes-Arder, Fsián, Esparbés e Tap (1996), para ultrapassar o conflito gerado pela situação perturbadora, o indivíduo emprega estratégias de *coping*.

Lazarus (1993) citado em Pais-Ribeiro e Santos, (2001) “explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de coping em cada situação stressante, embora recorram mais a umas do que a outras...”

Folkman e Lazarus (1980, 1985) propuseram uma distinção entre dois tipos gerais de coping: o coping focado no problema e o coping focado na emoção. Podemos considerar que o “O coping focado no problema refere-se às tentativas, cognitivas e comportamentais, ativas, diretas e construtivas para modificar ou eliminar a situação geradora de stresse e deste modo resolver os problemas”. Segundo os mesmos autores, o *coping* focado na emoção refere-se aos esforços para reduzir ou regular a resposta emocional que está associada ao stresse, ou que resulta da situação stressante. “Estas duas estratégias gerais de coping estão associadas a duas importantes funções do coping a alteração da relação indivíduo- ambiente causadora de stresse, e a regulação de emoções perturbadoras” (Folkman et al, 1986) citado em Dinis, Gouveia, Duarte e Castro (2011). Pelo exposto, é então possível dividir o *coping* em duas categorias funcionais distintas: *coping* direcionado para o problema e o *coping* direcionado para a emoção. O *coping* direcionado para a emoção procura estratégias que provêm de processos defensivos, como por exemplo evitar, distanciar-se e procurar valores positivos em situações críticas de forma a diminuir a importância emocional do fator de stress. Por sua vez, o *coping* direcionado para o problema visa a definição do problema, por parte do sujeito, procurando soluções alternativas. As estratégias centradas no problema parecem mais eficazes, enquanto as centradas na emoção parecem mais disfuncionais e mais negativas (Rodrigues & Chaves, 2008).

Folkman e Moskowitz (2000) citados por Ribeiro e Rodrigues (2004) afirmam que as abordagens contextuais do coping convergem nos seguintes aspetos:

1. O coping tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distresse e a gestão dos problemas que causam o distresse;
2. O coping é influenciado pela avaliação das características do contexto de stresse incluindo a sua controlabilidade;

3. O coping é influenciado pelas características de personalidade (dispositions), incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão;
4. O coping é influenciado pelos recursos sociais.”

As estratégias de *coping* podem ser aprendidas e mantidas ou não, ao longo da vida do sujeito, estas são antecipadas através de uma avaliação da pessoa e do ambiente da mesma. Assim, o sujeito põe em prática processos cognitivos para avaliar a situação geradora de stress, verificando as suas condições atuais, experiências eficazes e ineficazes, o nível de risco envolvido, análises de recursos que se encontram à disposição e possíveis alternativas para lidar com a situação crítica (Prata, 2014). Estas estratégias são grandes mediadores entre o sujeito e o impacto da sociedade no mesmo. Portanto, estas têm uma função protetora perante o sujeito e podem ser executadas em três formas, pela eliminação ou alteração da condição que cria o problema que consiste nas ações que procuram a informação para saber o que fazer num momento de stress; o controlo do próprio sujeito quando lida com os acontecimentos ou confronto com o indivíduo criador de problemas (Vaz Serra, 1984). Pelo controlo perceptivo do significado da experiência ou das próprias consequências. Segundo Pearlin e Schooler (1978), o controlo perceptivo pode ser efetuado por uma neutralização do que se considera a ameaça, onde o indivíduo faz comparações positivas do problema, como por exemplo “podia ser pior”, “apesar de tudo, correu tudo bem”. O indivíduo pode recorrer à ignorância seletiva, onde o sujeito atribui pouca importância ao acontecimento, ou seja, banalizando-o. Por fim, pela manutenção, dentro dos parâmetros, das consequências emocionais no que toca aos problemas.

As modalidades de *coping* podem variar conforme o ambiente em que o sujeito se encontra inserido, questões culturais e históricas, e com a preparação do sujeito para as situações de maior gravidade (Ribeiro, 2014). Em 2005, Tap, Costa, e Alves adotam uma conceptualização distinta de *coping* que articula três campos: o comportamental ou de ação; o cognitivo ou de informação e o afetivo ou de emoção.

Através dos três campos, surgem seis estratégias de *coping*: Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controlo e Recusa. Do cruzamento entre os três campos com as seis estratégias surgem dezoito dimensões.

O *coping* é constituído por um conjunto de fatores, sendo eles: conforto, afastamento, autocontrolo, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva,

resolução do problema e reavaliação positiva (Rodrigues & Chaves, 2008). A forma como o sujeito faz a escolha das estratégias de *coping* está determinada, em grande parte, pelos seus recursos internos e externos como a saúde, crenças, responsabilidade, suporte e habilidades sociais.

Segundo Vaz-Serra e Pocinho (2001) as estratégias de *coping* são as grande mediadoras das consequências que determinados acontecimentos a que os indivíduos se encontram expostos.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, quando se faz uma abordagem à vivência de stress e às estratégias de *coping* em cuidadores é necessário ter em consideração o ajustamento à tarefa do “cuidar” e à própria doença. Podendo fazer-se uma avaliação cognitiva, pelo próprio sujeito e pelas estratégias e recursos de *coping* do cuidador (DeLongis & O'Brien, 1990; Pakenham, 2001, citados por Ribeiro, 2014).

Implicações do processo de *coping*: o tipo de tarefas e competência usadas podem determinar o resultado deste processo, que pode ser de adaptação psicológica e bem-estar ou de longevidade e qualidade de vida. Que permitem dois tipos de equilíbrio, a saber: a adaptação saudável que resulta numa maturação e a resposta não adaptativa que resulta em deterioração. A adaptação saudável implica numa orientação para a realidade, tarefas adaptativas e competências construtivas de *coping*.

No entanto, podemos questionar se as estratégias de *coping* são eficazes. A noção de eficácia designa o impacto psicossocial do *coping*, isto é, as consequências sobre o modo como uma pessoa age perante a situação e os efeitos sobre o seu bem-estar físico e psicológico. Os autores atrás citados afirmam que é preferível utilizar um tipo de estratégias de *coping*, seja qual for, do que não utilizar nenhuma. A eficácia de uma estratégia de *coping* não é automática, não depende unicamente do tipo de recurso posto em prática, mas também, de variáveis contextuais.

Em relação as estratégias de coping segundo Serra (2011) verifica-se que os indivíduos com fracas estratégias de coping tendem a ter um locus de controlo externo, evitando o confronto e resolução ativa e os seres humanos emocionalmente estáveis e extrovertidos tendem a revelar melhores estratégias de coping em situações de stress escolar do que os outros com características opostas.

Apesar das inúmeras estratégias de coping, podemos considerar como opinião consensual oito estratégias de utilização universal, designadamente, o confronto, a resolução planeada do problema, a aceitação/assumir das responsabilidades, o

autocontrole, a procura de suporte social, a reavaliação positiva, o distanciamento e a fuga/evitamento do problema. As primeiras cinco estratégias estarão mais focalizadas na modificação/resolução da situação problema e as três últimas desempenharão um papel mais incisivo na regulação/modulação da expressão das emoções. Esta divisão não é linear, pois, por exemplo, o suporte social pode estar focado no problema quando se procura ajuda, numa pessoa amiga ou familiar, ou mesmo a resolução para o problema, mas por outro lado, pode estar centrado nas emoções se o objetivo for, apenas, desabafar e exprimir os sentimentos.

A literatura diz-nos que o coping é influenciado pelas características de personalidade (disposições), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão. Neste sentido segue-se a contextualização das características/traços que definem os tipos de personalidade.

Personalidade: conceitos e definições

“Se tivesse que fazer tudo de novo, faria tudo de novo; pois é da minha personalidade!”

(Renato Russo)

Segundo (Lundin, 1972), as características emocionais e comportamentais que as pessoas apresentam no seu meio e nas suas relações normalmente acabam por determinar o seu tipo de personalidade. A personalidade seria, então, uma organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determina o comportamento e o pensamento (Allport, 1961/1966). A construção da personalidade teria, ainda, relação com a hereditariedade e com o ambiente.

Cada tipo de organização necessita de indivíduos com perfis específicos, cada cargo existente nessa organização possui características específicas e devem ser ocupadas por profissionais que tenham um determinado perfil de competências. As características pessoais de cada indivíduo, são de bastante importância e grande parte das vezes contribuem para o sucesso profissional do sujeito (Senden, Lopes, Nascimento, Terroso & Argimon, 2013).

Para Allport (1937) a personalidade é a organização dinâmica interna daqueles sistemas psicofísicos do indivíduo que determinam o seu ajuste individual ao ambiente, ou seja, é a soma das formas como a pessoa reage e interage com os demais.

A palavra personalidade diz respeito a vários padrões de comportamento e atitude que são típicos de uma pessoa, de forma a diferenciar um indivíduo do outro. Estes comportamentos e atitudes, são constantes e estáveis em cada indivíduo (Rebollo & Harris, 2006 citado por Silva & Nakano 2011).

A personalidade pode englobar componentes orgânicas e herdadas, como exemplo: carácter, religião, hábitos, atitudes. Posto isto, pode ser entendida como um sistema cognitivo, afetivo e comportamental que interage com as características inatas e adquiridas, orgânicas e sociais.

A personalidade corresponde aos traços próprios e características da pessoa que se constituem a partir de fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos e de aprendizagem, entre outros (Sequeira, 2006)

Diversos paradigmas de estudo da personalidade coexistem na literatura, abrangendo o Paradigma da Personalidade -baseia-se na identificação das características da personalidade que são responsáveis pela consistência comportamental – o Paradigma Humanista – centra-se na ideia de que a única forma de conhecer o outro é através de fenomenologia, e o Paradigma da Psicanalítico, centra-se no estudo dos processos mentais profundos e alvo de importantes desenvolvimentos.

A personalidade pode envolver componentes orgânicas e herdadas, bem como componentes socioculturais e produtos de aprendizagem (Sisto *et al.*, 2004).

Existem diversas razões que levam a crer que as características da personalidade têm uma base genética. Com um índice elevado de hereditariedade os traços de personalidade, desenvolvem-se desde muito cedo (infância) e atingem a maturidade na idade adulta. A partir dos trinta anos, os traços de personalidade, estabilizam (Lima & Simões, 2000 citado por Palma, 2012).

A pessoa, ser único e individual, distinto de todos os outros indivíduos da sua espécie, traduz a essência de uma peculiar combinação bio-psico-social.

Assim, a definição de personalidade poderia ser esboçada da seguinte maneira: personalidade é a organização dinâmica dos traços no interior do Eu, formados a partir dos genes particulares que herdamos, das existências singulares que experimentamos e das perceções individuais que temos do mundo, capazes de tornar cada indivíduo único na sua maneira de ser, de sentir e de desempenhar o seu papel social. A personalidade não é rígida e imutável, ela pode variar de acordo com as circunstâncias.

A personalidade é uma variável individual que cada pessoa possui e diferencia-a de qualquer outra, determina os seus modelos de comportamento, inclui as interações dos estados de ânimo do indivíduo, as suas atitudes, motivos e métodos, de maneira que cada pessoa responde de forma distinta perante as mesmas situações.

Na literatura podemos encontrar diferentes conceitos/definições de personalidade, porém existem pontos em comum, a saber: Unicidade do indivíduo, aquilo que o distingue de todos os outros; conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das situações; ao estilo característico de ligação/interação entre o sujeito e o ambiente físico e social. Logo, a ênfase atribuída na definição depende da teoria/modelo. Na Tabela 2 encontram-se expostos as diversas comparações da abordagem da Personalidade.

Tabela 2 - Comparações de Abordagem de Personalidade

| Abordagem Teórica | Determinantes conscientes e inconscientes da personalidade | Inato (determinantes genéticos) vs adquiridos (determinantes ambientais) | Liberdade vs determinismo | Estabilidade vs mudança |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| Psicanalítica | Dá relevo ao inconsciente | Sublinha o inato, a estrutura herdada da personalidade. | Determinista: vê o comportamento como causado por fatores exteriores ao controlo pessoal. | A estabilidade é vista como característica central ao longo da vida. |
| Traços | Secundariza o consciente e o inconsciente | Diversas prespetivas sobre o assunto | Determinista: vê o comportamento como causa por fatores exteriores ao controlo pessoal. | A estabilidade é vista como característica central ao longo da vida |
| Aprendizagem | Secundariza o consciente e o inconsciente | Centra-se no meio ambiente | Determinista: vê o comportamento como causa por fatores exteriores ao controlo pessoal. | Vê a personalidade como adaptável e progressiva durante a vida. |
| Biologia e evolucionária | Secundariza o consciente e o inconsciente | Sublinha a estrutura inata e herdada da personalidade | Determinista: vê o comportamento como causa por fatores exteriores ao controlo pessoal. | A estabilidade é vista como característica central ao longo da vida. |
| Humanística | Sublinha o consciente | Sublinha a interação entre a natureza e a cultura | Sublinha a importância das livres escolhas pessoais. | Vê personalidade como adaptável e progressiva durante a vida. |

Fonte: Elaboração própria

Teoria dos traços de personalidade: Hans J. Eysenck

Uma das mais antigas teorias da personalidade pertence a Hipócrates, o qual definiu quatro tipos de indivíduos segundo os humores comportamentais: bÍlis amarela, bÍlis negra, sangue e fleuma, que se encontrava ligados a quatro tipologias temperamentais: melancÓlico, colÉrico, sanguÍneo e fleugmÁtico. Estas designações foram adotadas pelo autor Emmanuel Kant e por Wundt. O traço de personalidade, era então definido como sendo uma característica que podia ser traduzida esquematicamente através de “uma quantidade situada entre duas dimensões opostas, unidas por um contÍnuo, podendo esta estar ou não presente, mas manifestando-se de forma estável em diferentes situações” (Bessa, 2011, p. 26).

Com o passar do tempo, verificou-se que os indivíduos não podiam ser englobados em quatro categorias estanques e que maior parte destes indivíduos, apresentava uma mistura das quatro categorias. Assim sendo, Wundt propôs uma adaptação do sistema através de inserção de duas categorias principais focadas na resposta emocional: a força das emoções e a velocidade de mudança.

Ao longo dos anos, foram abordadas diferentes teorias dos traços de personalidade e uma das mais abordadas é a Teoria de Eysenck, segundo a qual a personalidade pode ser interpretada como tendências percebidas nos processos de modificações e reorganizações da personalidade que diferenciam um sujeito do outro. O mesmo, considera a personalidade como sendo uma hierarquia de traços que seriam tendências definitivas, comportamentos em determinadas situações (Sisto, et al. 2004).

O mesmo autor afirma que, existem dois conceitos fundamentais para a descrição da personalidade: o traço de personalidade e o tipo de personalidade. São eles que conferem as reconhecidas propriedades de congruência e consistência do comportamento.

Os traços de personalidade são essencialmente fatores disposicionais que determinam de modo constante e persistente o comportamento dos sujeitos. Os traços (por exemplo, reservado, sereno, persistente) que se encontram intercorrelacionados entre si originam um tipo (p.ex., o tipo introvertido). Isto é, o tipo de personalidade diz respeito a um conceito hierarquicamente superior ao conceito de traço de

personalidade.



Figura 1 - Traços de Personalidade de acordo com Eysenck (1970)

As definições de traço e tipo apresentadas por Eysenck, baseiam-se em conceitos cientificamente comprovados e possuem um vasto suporte empírico.

No estudo da personalidade, outro dos contrastes que é muitas vezes estabelecido diz respeito à diferenciação entre os estados (ou humores) e os traços de personalidade. Por exemplo, a ansiedade-estado e a ansiedade-traço são dois conceitos relacionados entre si.

Por seu turno, o traço de ansiedade remete para as diferenças individuais relativamente estáveis envolvidas na propensão do sujeito para a ansiedade. Ou seja, este traço reflete as diferenças individuais que determinam a maneira do sujeito perceber as situações de stress, em termos de perigosidade e ameaça, e de reagir perante as situações, através das elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade.

Neste sentido, também os conceitos de estado e traço de personalidade se encontram intrinsecamente relacionados.

Do mesmo modo, Eysenck (1970) considera importante diferenciar os estados dos traços, dada a sua utilidade para a compreensão de certos comportamentos (singulares) manifestados pelos sujeitos em situações específicas.

Com efeito, na confrontação com determinados acontecimentos de vida, espera-se que um sujeito que tenha um temperamento ansioso (traço) apresente um nível de ansiedade superior ao de um sujeito que seja tendencialmente calmo. Não obstante, um sujeito tendencialmente calmo também pode comportar-se de modo ansioso perante uma determinada situação (estado).

Por esta razão, a compreensão do comportamento dos indivíduos requer, por um lado, a análise da interação entre os traços de personalidade e as situações específicas, e por outro, a análise dos estados manifestados perante essas situações, sobretudo quando as respostas comportamentais específicas manifestadas não são as habituais. A par disso, o grau de mudança dos estados também deve ser objeto de análise, uma vez que esta pode ser uma característica dos traços de personalidade do sujeito.

O Modelo dos Cinco Grandes Fatores

Segundo Nunes, Hutz e Giacconi (2009), os cinco fatores não foram desenvolvidos a partir de uma teoria, e sim foram compostos de modo empírico. Portanto, não existe uma explicação teórica dos motivos que organizaram a personalidade neste modelo em cinco dimensões. Para Costa e McCrae (1992), o modelo dos Cinco Grandes Fatores possui características bem estabelecidas: (1) a realidade dos fatores está expressa em termos de estabilidade, validade e utilidade prática dos fatores, (2) a propagação dos fatores, que é a sua presença em inúmeras formas, em todos os conceitos de personalidade; (3) a universalidade dos fatores, o qual se entende que estão presentes em ambos os sexos, em várias faixas etárias, em todas as raças e em diferentes culturas e ainda (4) a base biológica dos fatores.

Proveniente da abordagem dos traços de personalidade, o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), foi-se desenvolvendo nas investigações do âmbito da Psicologia da Personalidade. Ao longo dos tempos, tem sido difícil alcançar um consenso no que concerne à terminologia que designa os cinco fatores da personalidade. Fiske designa os cinco fatores como sendo 1) Adaptação Social, 2) Conformidade, 3) Vontade de Conseguir, 4) Controlo Emocional e 5) Procura de Inteligência. Por sua vez Norman apresenta os seguintes fatores da personalidade 1) Urgência, 2) Amabilidade, 3) Conscienciosidade, 4) Emocionalidade e por último 5) Cultura. Já Digman, denomina os fatores da personalidade da seguinte forma 1) Extroversão, 2) Amabilidade 3), Vontade de chegar, 4) Neuroticismo e 5) Intelecto (Tibericiu, 2016).

Neste trabalho serão abordados os cinco fatores de personalidade designados por Costa e McCrae (1985): Neuroticismo, 2) Extroversão, 3) Abertura à Experiência, 4) Amabilidade e 5) Conscienciosidade.

- Neuroticismo (ansiedade e depressão): diz respeito a um traço de personalidade que se encontra presente em indivíduos que experienciaram, de uma forma negativa, os sentimentos emocionais. Estes indivíduos têm mais probabilidade de apresentar sentimentos como a ansiedade, irritabilidade, depressão e tendem a responder a situações de stress de uma forma menos produtiva (Widiger, 2009, citado por Passos e Laros, 2014).
- Amabilidade (merecedor de confiança, cooperante): faz referência à qualidade da relação interpessoal que se encontra presente na interação com o outro. Possibilita uma relação agradável, harmoniosa e amistosa com o outro. Esta demonstra a diferenciação e a singularidade do sujeito em contacto com o outro (Graziano & Tobin, 2009, citado por Passos e Laros, 2014).
- Conscienciosidade (sensibilidade): também designada em trabalhos realizados no contexto Brasileiro como Realização. O sujeito encontra-se focado em alcançar os seus objetivos, segue à risca todas as normas e tenta ao máximo controlar os seus impulsos. É uma pessoa realizadora, empreendedora e todas as ações que implementa, visam a concretizam dos seus objetivos pessoais (Roberts, Jackson, Fayard, Edmon & Meints, 2009, citado por Passos e Laros, 2014).
- Abertura para a Experiência (imaginativo e pensamento independente): este fator revela a vontade que a pessoa tem em vivenciar novos ambientes, adquirir novos conhecimentos e receber, de uma forma otimista, novas ideias, inovadoras e originais. Caracteriza-se por um indivíduo curioso, liberais, imaginativos e intelectuais (McCrae & Sutin, 2009 citado por Passos e Laros, 2014).
- Extroversão (sociabilidade e assertividade): é um traço de personalidade dos sujeitos que tendem a interagir muito facilmente com outro, expor as suas ideias em público e fazer novas amizades. Encontra-se associado a um afeto positivo e a uma alta motivação (Wilt & Revelle, 2009 citado por Passos & Laros, 2014).

O modelo dos CGF afirma que a personalidade pode ser descrita através de um conjunto de cinco dimensões, que são compostas por diversos traços, expostos na Tabela 3.

Tabela 3 - Modelo dos Cinco Grandes Fatores

| Dimensão | Traços Associados |
|-------------------------------|---|
| Extroversão | Energia, entusiasmo, sociabilidade, atividade, assertividade e afetividade positiva |
| Neuroticismo | Afetividade negativa, nervosismo, ansiedade, tristeza e tensão. |
| Amabilidade | Altruísmo, afeto, confiança, modéstia e simpatia. |
| Conscienciosidade | Constrangimento, controlo de impulsos, pensar antes de agir, atrasar gratificações, seguir normas e regras, planificar, organizar e priorizar tarefas |
| Abertura à Experiência | Originalidade, mente aberta. |

Fonte: John, Naumann & Soto, (2008) citado por Palma (2011)

Diversos autores afirmam que os fatores, anteriormente, referidos possuem bases biológicas, que são hereditários e que podem ser encontrados nas mais vastas culturas. Estudos como o de Benet-Martinez e John (1998), demonstram que os cinco fatores conseguem descrever a personalidade de qualquer sujeito, independentemente da idade, sexo, formação académica, raça ou nacionalidade (Palma, 2011).

Nos últimos 10 anos, as várias perspetivas dos psicólogos da personalidade estão relacionadas com a estrutura e o conceito de personalidade. Digmon (1990) citado por Palma (2011), afirma que todos os investigadores concordam com a existência de um modelo de personalidade. Este modelo é constituído por 5 grandes fatores de personalidade que serve como referência aos atributos da mesma. O Big Five ou Modelo dos Cinco Grandes Fatores nasceu dos estudos sobre a Teoria dos Traços de Personalidade, representando um avanço conceitual e empírico desta área, pois descreveu dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável.

O modelo começou a ser estruturado no início da década de 1930, quando McDougall sugeriu analisar a personalidade a partir de cinco fatores independentes.

A Teoria *Big Five* na Psicologia mostra quais são as dimensões/facetas diferentes que compõem a personalidade de uma pessoa. São diferentes fatores da personalidade de uma pessoa que todo mundo tem em diferentes níveis.

É considerada uma teoria explicativa da condição humana e das suas relações com a conduta. Este modelo teve origem num conjunto de diversas pesquisas diretamente relacionadas com os traços de personalidade. Vários autores afirmam que o explorador deste modelo foi McDougall, na década de 30 que afirma ser possível conhecer a personalidade uma população através do estudo da sua linguagem (Silva & Nakano, 2011).

Segundo Gosling e colaboradores (2003) citados por Palma (2011) a estrutura do Big Five é uma estrutura hierárquica de traços de personalidade, constituída por cinco dimensões gerais que definem a personalidade. Trata-se de uma organização abrangente de toda a estrutura dos traços de personalidade.

Estas cinco dimensões têm o propósito de explicar determinadas atitudes e comportamentos por parte do ser humano (Pina & Cunha, 2005 citado por Palma, 2011). É importante referir que este modelo não tem como objetivo limitar a personalidade às dimensões anteriormente referidas, mas sim oferecer um quadro científico válido e que seja capaz de organizar as vastas diferenças individuais do Homem (Golberg, 1993 citado por Palma, 2011).

A partir da ideia do traço, o modelo dos Cinco Grandes Fatores tem sido considerado um dos mais importantes para a avaliação da personalidade humana com critérios, validade e estrutura bem estabelecidos (Allik & McCrae, 2002; McCrae, Costa & Yik, 1996). Esse modelo considera que os traços de personalidade apresentam relação entre a herança biológica e as experiências pessoais do indivíduo, e esta interação é determinante no comportamento humano, constituindo o seu potencial básico (McCrae et al., 1996).

Podemos resumir que os traços de personalidade procuram descrever e de alguma maneira prever o comportamento humano, e não somente estados de humor persistentes (Veríssimo, 2001). Atualmente, entende-se que o comportamento pode ser variável de pessoa para pessoa, existindo, contudo, aspectos constantes, que são os traços (Friedman & Schustack, 2004). Neste sentido, traço é uma característica não transitória e relativamente duradoura que se manifesta numa multiplicidade de maneiras e que indica uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo (Lundin, 1972; McCrae & John, 1992).

Face ao exposto, o conhecimento da personalidade e do processo dinâmico pelo qual a mesma influencia a saúde pode auxiliar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais eficientes. Os fatores de personalidade exercem impacto significativo na saúde física das pessoas, sendo que os fatores Neuroticismo e Realização tem um papel significativo nesse processo.

Parte II- Estudo Empírico

Metodologia

A metodologia é o modo como o trabalho é estruturado, tendo em conta os objetivos a atingir, ou seja, é o processo racional que permite alcançar conhecimentos, demonstrar factos, sempre, seguindo uma lógica. Assim, neste capítulo descrevemos o plano e o processo de investigação utilizado, desde a escolha dos questionários aos procedimentos estatísticos realizados. O presente capítulo apresenta também a caracterização sociodemográfica da amostra.

Justificação do tema

No que concerne à escolha do tema “Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: *Coping* e Traços de Personalidade”, o presente trabalho de projeto, teve por base a escassez de informação e a falta de estudos nesta área, bem como, um interesse pessoal pelo respetivo tema.

Este tema é de extrema importância uma vez que:

- Os Cuidados Continuados e Paliativos fazem, cada vez mais, parte da sociedade portuguesa e são uma parte integrante do Sistema Nacional de Saúde. A sua contribuição é fundamental não só para a recuperação dos indivíduos mas também para uma qualidade de vida melhor.
- Para a RNCCCI funcionar, é necessário uma equipa adequada e 100% apta a desempenhar as suas funções. É importante conhecer os profissionais que englobam a vasta equipa da Rede. Assim sendo, é relevante conhecer os traços da sua personalidade, as estratégias de coping que utilizam perante situações adversas e o impacto na prestação de cuidados.
- Visto que, os profissionais de saúde se encontram constantemente em contacto com situações indutoras de stress, é importante saber como lidam com esses fatores; quais as estratégias que mais se adequam a determinadas situações.

Para dar resposta a questão de investigação: Quais os traços de personalidade e as estratégias de *coping* evidenciadas pelos cuidadores formais em contexto de cuidados continuados e paliativos? Formulámos os seguintes objetivos.

Objetivos do Estudo

Os contextos de prestação de cuidados vivenciados pelos cuidadores formais no âmbito da sua atividade laboral, requer por parte destes o recurso a estratégias de *coping* adequadas para fazer face às vivências e exigências diárias da profissão, porém a escolha das estratégias de *coping* podem ser influenciados pelos traços de personalidade. Logo, para a realização deste estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar os cuidadores formais de Unidades de Cuidados Continuados (UCC) da RNCCI e unidades de Cuidados Paliativos (UCP), em função de variáveis socio profissionais;
- 2) Analisar as estratégias de *coping* e os traços de personalidade dos cuidadores formais;
- 3) Verificar se existem associações significativas entre as variáveis *coping* e traços de personalidade com as variáveis socioprofissionais.

Contextualização do Estudo

O estudo realizado teve lugar em três localidades do norte de Portugal (Bragança, Miranda do Douro e Vizela) caracterizadas por Unidades de Cuidados Continuados (UCC) da RNCCI e/ou unidades de Cuidados Paliativos.

A UCCI de Bragança, abriu portas em Setembro de 2014, tem à disponibilidade da população 40 camas: 15 camas na UMDR e 25 na ULDM. A abertura desta unidade veio preencher lacunas existentes na área da saúde. Tem como princípios promover a autonomia e a reabilitação/readaptação dos sujeitos; a reintegração das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência e reforçar a participação e co-responsabilização dos seus familiares no processo de cuidados aos utentes. A missão desta unidade passa pela prestação de serviços diferenciados tanto na área da saúde como na área social, visando o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes.

Por sua vez a UCCI de Miranda do Douro, foi fundada em Dezembro de 2008 e tem uma capacidade de 21 camas. Esta unidade apenas inclui a ULDM e tem como missão assegurar um conjunto de cuidados tanto na saúde como no apoio social, promovendo a autonomia e a funcionalidade do indivíduo que se encontra em

situação de dependência através de um processo ativo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A UCCI de Vizela foi fundada em maio de 2011 e tem uma capacidade de 60 camas em regime de Média e Longa Duração, 30 em cada regime. Esta unidade pretende assegurar um vasto conjunto de cuidados de saúde e/ou apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade do sujeito em situação de dependência, com recurso a um processo contínuo e ativo tanto de reabilitação como readaptação e reinserção familiar e social.

Amostra

De acordo com Fortin (2009), a amostra é uma fração de uma população, é sobre esta que se realiza um estudo. Esta deverá representar a população, ou seja, as características dessa população devem estar representadas em todos os elementos constituintes.

A amostra deste estudo caracteriza-se por ser não probabilística ou intencional por conveniência. Relativamente a critérios de inclusão, o único que foi considerado foi o local de trabalho e o tipo de trabalho, sendo apenas consideradas as pessoas que trabalhem nas instituições mencionadas anteriormente e que se definem como cuidadores formais.

Na Tabela 4 apresenta-se a caracterização da amostra de cuidadores formais que participaram no estudo, constituindo o primeiro objetivo formulado. No total, a amostra é constituída por 87 sujeitos, a idade varia menos de 26 e mais de 37 anos de idade. Como se pode verificar na Tabela 4 podemos concluir que o sexo predominante é o feminino (n=69; %=79.3), o grupo etário mais representativo é o de entre 30 e 32 anos de idade (n=23; %=26.4), a escolaridade predominantes é a licenciatura (n=51; %=58.6). É possível averiguar que grande parte dos inquiridos teve formação na área da demência (n=57; %=65.5) e na área dos Cuidados Continuados a utentes (n=59; %=67.8).

Tabela 4- Caracterização da amostra por variáveis sociodemográficas: Principais Dados Socioprofissionais

| | | N | % |
|--|----------------------|----|--------|
| Sexo | Masculino | 18 | 20.7% |
| | Feminino | 69 | 79.3% |
| | Total | 87 | 100.0% |
| Grupo Etário | <= 26 | 19 | 21.8% |
| | 27 – 29 | 17 | 19.5% |
| | 30 – 32 | 23 | 26.4% |
| | 33 – 36 | 12 | 13.8% |
| | 37+ | 16 | 18.4% |
| Escolaridade | Obrigatório | 20 | 23.0% |
| | Licenciatura | 51 | 58.6% |
| | Mestrado | 16 | 18.4% |
| Profissão | Enfermeiros | 39 | 44.8% |
| | Outros Especialistas | 24 | 27.6% |
| | Pessoal Apoio | 24 | 27.6% |
| Recebeu formação na área da demência? | Sim | 57 | 65.5% |
| | Não | 30 | 34.5% |
| Recebeu formação na área dos cuidados continuados a utentes? | Sim | 59 | 67.8% |
| | Não | 28 | 32.2% |

Procedimentos

No subcapítulo seguinte, descrevemos os procedimentos adotados para se proceder à realização do estudo, os quais se referem ao desenho de estudo, procedimentos éticos e deontológicos, procedimentos de recolha de dados e os instrumentos de medida.

Desenho do estudo

O estudo categoriza-se em termos metodológicos como quantitativo, ou seja, pretendemos traduzir em números, opiniões e informações obtidas para que se possam classificar e analisar com recurso a técnicas estatísticas. Quanto aos objetivos é caracterizado como correlacional e descritivo visto ser fundamentado em dados de natureza numérica, que permitem o relacionamento dos efeitos das variáveis e a constatação de interações, apresentando uma análise descritiva de dados estatísticos, possibilitando analisar atitudes e comportamentos (estratégias de coping e traços de personalidade) dos cuidadores formais. O instrumento utilizado foi o questionário, aplicando-se escalas validadas para a população portuguesa. A recolha de dados, temporalmente, foi concretizada num único momento, sendo o estudo caracterizado como transversal.

Procedimentos Éticos e Deontológicos

Quando se trata da execução de uma investigação, os aspetos éticos e deontológicos assumem um carácter de especial importância. Deve-se assegurar que

as etapas do código de ética são garantidas, quando não são seguidas a investigação poderá ser posta em causa (Ribeiro, 1999). Para a realização do presente estudo, começou-se por apresentar um pedido de autorização às direções das três instituições para a realização do presente trabalho o qual obteve resposta favorável (Anexo I). Foram garantidos os princípios da bioética elencados na Declaração de Helsínquia.

Cada indivíduo foi esclarecido sobre os objetivos do estudo, ressaltamos, que todos os participantes concordaram com o consentimento informado (Anexo II) e foi assegurada a confidencialidade dos dados.

Procedimentos de recolha de dados

A amostra foi recolhida entre os meses de dezembro de 2016 e abril de 2017, numa população de cuidadores formais das Unidades de Cuidados Continuados de Bragança, Miranda do Douro e de Vizela, nos respetivos locais.

Os questionários foram preenchidos de forma individual, o tempo de preenchimento do questionário demorou em média cinco a dez minutos para cada indivíduo.

Instrumentos de Recolha de Dados

De forma a avaliar os objetivos anteriormente descritos, foram utilizados vários instrumentos na presente investigação. Seleccionamos como protocolo de pesquisa o questionário. Um questionário contempla questões sobre um tema concreto e é aplicado a um grupo que reproduza a população em estudo (Sousa & Baptista, 2011).

O questionário elaborado para o presente estudo contempla três partes distintas: a primeira visa a obtenção de informação sociodemográfica e profissional, a segunda referente às estratégias de coping (Ribeiro & Rodrigues, 2004) e a terceira é a escala referente aos traços de personalidade (EPQ-R forma revista de Almiro & Simões, 2014). (Anexo V).

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi utilizado com o objetivo de recolher informação para caracterizar a amostra de forma geral. Assim foram recolhidas informações como o género, a idade e escolaridade, Por fim, para fazer uma caracterização da amostra segundo as características profissionais foi questionada a

profissão; anos de trabalho na instituição; horas diárias de contacto com os utentes e formação, no total é constituído por 8 perguntas.

Questionário *Brief-COPE*

Adaptação e validação de Ribeiro e Rodrigues (2004)

De forma a avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos CF foi aplicado o questionário *Brief-COPE*. O Questionário Cope foi elaborado por Carver *et al.*, (1989), a partir de uma posição crítica perante todos os instrumentos de recolha de dados relacionados com o *coping*. Estes autores propõem uma nova forma de avaliação do *coping*, baseada no modelo de Folkman e Lazarus (1980) e no modelo de auto-regulação comportamental elaborado por Scheier e Carver (1988). Este questionário passou por diversas fases de aperfeiçoamento, finalizando com 14 dimensões com 60 itens. Em 1997, Carver desenvolveu uma versão mais reduzida deste questionário, nomeado de COPE.

Visto que, a versão de 60 itens era demasiado longa os autores consideraram pertinente desenvolver uma versão mais curta do mesmo, resultando numa versão de 28 itens espalhados por 14 escalas, o Brief COPE. Este, pretende responder à necessidade de medidas que avaliem, de uma forma adequada, as qualidades psicológicas importantes do modo mais rápido possível (Carver, 1997 citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Versão Reduzida do Questionário de Personalidade de Eysenck EPQ-R-S Forma Revista por Almiro e Simões (2014)

O questionário EPQ foi elaborado por S. Eysenck, H. Eysenck e Barret no ano de 1985 e tem como objetivo avaliar as 4 dimensões fundamentais da personalidade: o Psicoticismo (P); a Extroversão (E); e o Neuroticismo (N); e a Sinceridade (S). É constituído por 100 itens distribuídos por 4 escalas distintas: a escala P, com 32 itens; a escala E, com 23; a escala N, com 23 itens; e a escala S, com 21 itens (Almiro & Simões, 2008).

Os mesmos autores construíram uma segunda versão do questionário, mais reduzida (48 itens), 12 de cada escala (P; E; N; e S), de resposta dicotómica (Sim/Não), denominado: Versão Reduzida Do Questionário de Personalidade de Eysenck – forma revista. No presente trabalho foi utilizada a versão reduzida, ou seja, EQP-R-S. (Almiro & Simões, 2008).

A construção deste questionário resulta de um conjunto de diversos testes de personalidade, anteriormente desenvolvidos por H. Eysenck (H. Eysenck & S. Eysenck, 2001; H. Eysenck & S. Eysenck, 1975):

- Maudsley Medical Questionnaire (MMQ, H. Eysenck, 1952), constituído por 40 itens, de 2 dimensões o Neuroticismo (N) e a Extroversão (E);
- Maudsley Personality Inventory (MPI, H. Eysenck, 1959; versão portuguesa, Serra & Gomes, 1973), resultou da revisão do MMQ, com 48itens das dimensões Neuroticismo e Extroversão;
- Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI, S. Eysenck & H. Eysenck, 1964; versão portuguesa, Vaz Serra, Ponciano & Fidalgo Freitas, 1980), é composto por 57 itens, igualmente das dimensões Neuroticismo e Extroversão; neste teste foi acrescentada a escala de mentira (L).
- Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ; H. Eysenck & S. Eysenck, 1975; versão portuguesa, Fonseca, S. Eysenck & A. Simões, 1991), composto por 90 itens, inclui as dimensões Neuroticismo e Extroversão. A revisão deste, resultou na introdução da terceira dimensão Psicoticismo (P). este questionário, também inclui, a escala L.

Os IRD utilizados neste trabalho encontram-se mencionados na Tabela 5.

Tabela 5 - Síntese dos IRD

| Dimensões do questionário | Variáveis em estudo | Nº de itens | Tipo de escala |
|----------------------------------|--|--------------------|---|
| Caracterização Socioprofissional | Sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, anos de trabalho na instituição, horas diárias de contato com os utentes da instituição, formação (ou não) na área da demência e na área dos cuidados continuados. | 8 | Perguntas do tipo fechadas e descritivas |
| Brief-COPE | <i>Coping</i> ativo <i>Coping</i> Planear <i>Coping</i> Suporte Instrumental <i>Coping</i> Suporte Emocional <i>Coping</i> Religião <i>Coping</i> Reinterpretação positiva <i>Coping</i> Auto-culpabilização <i>Coping</i> Aceitação <i>Coping</i> Expressão de sentimentos <i>Coping</i> Negação <i>Coping</i> Autodistração <i>Coping</i> Desinvestimento comportamental <i>Coping</i> Uso de substâncias <i>Coping</i> Humor | 28 | Escala de Likert (4 possibilidades de resposta, ordinal) 0 “nunca faço isto” a 3 “faço sempre isto”. |
| EPQ-R-S | 4 dimensões fundamentais da personalidade: o Psicoticismo (P); a Extroversão (E); e o Neuroticismo (N); e a Sinceridade (S). | 48 | |

Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Atendendo ao tratamento estatístico efetuado, houve necessidade de proceder à operacionalização das variáveis.

Quanto ao Sexo, é considerada uma variável nominal com duas categorias: Feminino e Masculino

A Idade, variável questionada de forma aberta e posteriormente agrupada em classes de amplitude de 3.

Quanto às Habilitações Literárias, considerada variável ordinal, de carácter fechado com três possibilidades de resposta: “escolaridade obrigatória”; “licenciatura”; “mestrado”.

A Profissão, foi operacionalizada em: enfermagem; assistentes operacionais e outros especialistas (médico, terapeuta da fala, fisioterapeuta, assistente social, diretor técnico, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicóloga);

Os Anos de trabalho na instituição, é uma variável contínua;

As Horas diárias de contacto com os utentes da instituição é uma variável contínua;

Relativamente à Formação na área da demência e na área dos cuidados continuados, foi operacionalizada numa possibilidade de resposta dicotómica, Sim/Não.

Os itens são elaborados conforme a ação que as pessoa implementam e a resposta é dada numa escala ordinal, com 4 opções de resposta: “0” a “3” equivalentes a “nunca faço isto” e “faço sempre isto”.

As 14 escalas são as seguintes:

- *Coping* ativo, operacionalizado pelos itens 2 e 7;
- Planear , operacionalizado pelos itens 14 e 25;
- Utilizar suporte instrumental, itens 10 e 23;
- Utilizar suporte social emocional, itens 5,15;
- Religião, operacionalizado através dos itens 22 e 27;
- Reinterpretação positiva, itens 12 e 17;
- Auto-culpabilização foi operacionalizado nos itens 13-26;
- Aceitação, itens 20, 24;
- Expressão de sentimentos, operacionalizado nos itens 9 e 21;
- Negação itens 3 e 8;

- Autodistração, foi operacionalizado através dos itens 1 e 19;
- Desinvestimento comportamental, itens 6 e 16;
- Uso de substâncias, itens 4 e 11;
- Humor, operacionalizado nos itens 18 e 28.

O questionário EPQR-S foi operacionalizado em quatro dimensões distintas:

Neuroticismo

Na subescala do Neuroticismo relaciona-se com atributos ligados à ansiedade, à depressão, aos sentimentos de culpa e à irracionalidade ou timidez. Resultados baixos nesta subescala sugerem estabilidade emocional e poucas preocupações, enquanto os resultados elevados são indicadores de apreensão, ansiedade e humor depressivo.

1. É uma pessoa que muda muitas vezes de humor ou disposição.
5. Já alguma vez se sentiu um “desgraçado ou infeliz” sem ter motivos para isso.
9. Considera-se uma pessoa irritável.
13. Sente os seus sentimentos feridos com facilidade.
17. Sente-se frequentemente farto. 21. Considera-se uma pessoa nervosa.
25. Considera-se uma pessoa preocupada.
30. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa.
34. Fica, durante muito tempo, preocupado após uma experiência embaraçosa.
38. Sofre dos “nervos”.
42. Sente-se frequentemente só.
46. Sente-se muitas vezes perturbado com sentimentos de culpa.

Psicoticismo

Na subescala do Psicoticismo tem a ver com disposições tais como: a agressividade, o egocentrismo, o individualismo e a impulsividade ou anti-socialidade. Resultados baixos nesta dimensão são característicos de sujeitos altruístas, empáticos e convencionais, enquanto que resultados altos, estão associados a indivíduos impulsivos ou pouco socializados.

2. Dá muita importância ao que as outras pessoas pensam.

6. Preocupa-se com a possibilidade de vir a ter dívidas.
10. Tomaria drogas que pudessem ter um efeito estranho ou perigoso.
14. Prefere fazer as coisas à sua maneira em vez de se deixar guiar pelas regras.
18. As boas maneiras e a limpeza têm muita importância para si.
22. Acha que o casamento está fora de moda e deveria deixar de existir.
26. Gosta de cooperar com os outros.
28. Fica preocupado se souber que há erros no seu trabalho.
31. Acha que as pessoas ocupam muito tempo com poupanças e seguros para salvaguardar o futuro.
35. Procura não ser mal educado com as outras pessoas.
39. Gostaria que as outras pessoas tivessem medo de si. 43. Pensa que é melhor seguir as regras da sociedade do que ir pelo seu próprio caminho.

Extroversão

Na subescala da Extroversão encontra-se associada a características tais como: a sociabilidade, a assertividade, a procura de sensações, a dominação e a atividade ou excitabilidade. Valores baixos correspondem a sujeitos introvertidos, reservados, discretos e socialmente inibidos, enquanto os resultados elevados traduzem um funcionamento extrovertido sociável e ativo.

3. Considera-se uma pessoa faladora.
7. É uma pessoa bastante animada.
11. Gosta de conhecer novas pessoas.
15. Consegue, habitualmente, descontrair e divertir-se numa festa animada.
19. Costuma ter a iniciativa em fazer novas amizades.
23. Consegue facilmente animar uma festa monótona.
27. Tem tendência para se isolar em situações sociais.
32. Gosta de se misturar com as pessoas.
36. Gosta de ter muita animação e alvoroço à sua volta.
41. Conserva-se, geralmente, calado quando está com outras pessoas.
44. As outras pessoas consideram-no uma pessoa bastante animada.
48. Consegue manter uma festa animada.

Sinceridade

A subescala da Sinceridade, é uma subescala de validade, já que é considerada uma medida de desejabilidade e conformismo social e também de dissimulação, constituindo um indicador de aquiescência (Francis, 1991; Pearson & Francis, 1989). Resultados baixos nesta subescala remetem para características relacionadas com a sinceridade e o inconformismo, enquanto os resultados elevados podem remeter para o conformismo social e para a dissimulação.

4. Se afirma que fará uma determinada coisa, mantém sempre a promessa, mesmo que isso venha a ser desfavorável para si.
8. Alguma vez foi ganancioso de modo a ficar com mais do que aquilo que lhe pertencia.
12. Alguma vez atribuiu as culpas a alguém, mesmo sabendo que a culpa era sua
16. Todos os seus hábitos são bons ou desejáveis.
20. Já alguma vez ficou com alguma coisa (mesmo que insignificante) que pertencesse a outra pessoa.
24. Já alguma vez partiu ou perdeu algo que pertencia a outra pessoa.
29. Já alguma vez falou mal, ou de forma maldosa, de alguém.
33. Quando era criança foi alguma vez atrevido para os seus pais.
37. Já alguma vez fez batota ao jogo.
40. Já alguma vez se aproveitou de alguém.
45. Costuma fazer sempre aquilo que diz.
47. Deixa, algumas vezes, para amanhã o que deve fazer hoje

Procedimentos de Análise de Estatística

Os dados brutos do questionário foram codificados e introduzidos na base de dados do software estatístico, IBM SPSS, versão 22.

Numa primeira fase procedeu-se às análises preliminares dos dados, como a substituição de valores omissos.

A análise da fiabilidade dos instrumentos para esta amostra foi calculada com recurso ao *Alfa de Cronbach*. A normalidade da distribuição das variáveis foi

averiguada com recurso aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. No entanto, devido ao carácter conservador destes dois testes, verificou-se também os valores de curtose e de assimetria, sendo que a distribuição foi considerada normal se os valores obtidos fossem inferiores a duas vezes o erro-padrão. Com o objetivo de averiguar as relações existentes entre as variáveis em estudo, foram utilizados testes correlacionais paramétricos (*Pearson*) e testes correlacionais não paramétricos (*Spearman*), consoante se verificava ou não a normalidade da distribuição da variável

Para analisar se existiam diferenças entre os grupos “sexo”; “instituição”; “grupos etários” e “grupos de profissão”, recorreu-se ao Teste T para amostras independentes, no caso de a distribuição da variável dependente ter distribuição normal ao *Teste Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis* no caso de a distribuição da variável dependente não ser normal. A Homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de *Levene*.

Os resultados obtidos, através do recurso a estas ferramentas, encontram-se descritos no capítulo seguinte, “Apresentação e Análise de Resultados”.

Apresentação e Análise de Resultados

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos através da análise estatística descritiva, correlacional e de comparação de grupos. Os resultados apresentados têm em consideração o objetivo geral e específicos descritos anteriormente, e considerando as variáveis em estudo: características sociodemográficas e profissionais, dimensões das estratégias de *coping* e as dimensões dos traços de personalidade.

O primeiro conjunto de análises efetuadas pretende dar resposta a questões de índole descritivo, tanto a nível da caracterização socioprofissional bem como a nível de uma apresentação das classificações médias obtidas na EPQR bem como no Brief-COPE.

Estatística Descritiva

Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões do EPQR-S

Por forma a dar resposta ao segundo objetivo, procedeu-se a uma análise das pontuações médias obtidas em termos de traços de personalidade e estratégias de Coping, comparados com as características sociodemográficas e profissionais. A primeira análise neste grupo, avaliou as pontuações médias dos traços de personalidade por género, apresentando-se os resultados na Tabela 6.

Tabela 6- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Género

| Género | | Neuroticismo | Psicoticismo | Extroversão | Sinceridade |
|-----------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Masculino | Média | 3.0556 | 2.8889 | 9.9444 | 7.6667 |
| | N | 18 | 18 | 18 | 18 |
| | Desvio Padrão | 2.48459 | 1.07861 | 2.62280 | 1.57181 |
| Feminino | Média | 4.3623 | 2.3768 | 8.9855 | 8.3188 |
| | N | 69 | 69 | 69 | 69 |
| | Desvio Padrão | 2.62326 | 1.51562 | 3.01707 | 2.39787 |
| Total | Média | 4.0920 | 2.4828 | 9.1839 | 8.1839 |
| | N | 87 | 87 | 87 | 87 |
| | Desvio Padrão | 2.63532 | 1.44562 | 2.95127 | 2.25950 |

Observando os dados apresentados na Tabela 6, podemos verificar que os respondentes do sexo masculino têm pontuações superiores nos traços de

personalidade Psicoticismo (M=2.88; DP=1.07) e Extroversão (M=9.94; DP=2.62) sendo que os profissionais do sexo feminino demonstram pontuações superiores no Neurocitismo (M=4.36; DP=2.62) e Sinceridade (M=8.31; DP=2.39).

De seguida na Tabela 7 encontram-se representadas as pontuações médias dos traços de personalidade por faixa etária.

Tabela 7- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Faixa Etária

| Grupo Etário | | Neuroticismo | Psicoticismo | Extroversao | Sinceridade |
|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| <= 26 | Média | 4.6842 | 2.3158 | 9.8421 | 7.4737 |
| | N | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | Desvio Padrão | 3.12788 | 1.37649 | 2.79410 | 2.03766 |
| 27 – 29 | Média | 4.2941 | 2.2941 | 7.5294 | 7.8235 |
| | N | 17 | 17 | 17 | 17 |
| | Desvio Padrão | 2.66375 | 1.21268 | 3.46622 | 2.62762 |
| 30 – 32 | Média | 3.7826 | 2.6522 | 10.3478 | 7.8696 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 23 |
| | Desvio Padrão | 2.31510 | 1.15242 | 2.20760 | 2.43655 |
| 33 – 36 | Média | 2.9167 | 2.5833 | 8.1667 | 8.9167 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | Desvio Padrão | 1.78164 | 2.19331 | 3.09936 | 1.92865 |
| 37+ | Média | 4.5000 | 2.5625 | 9.2500 | 9.3125 |
| | N | 16 | 16 | 16 | 16 |
| | Desvio Padrão | 2.89828 | 1.59034 | 2.64575 | 1.66208 |
| Total | Média | 4.0920 | 2.4828 | 9.1839 | 8.1839 |
| | N | 87 | 87 | 87 | 87 |
| | Desvio Padrão | 2.63532 | 1.44562 | 2.95127 | 2.25950 |

Pode-se verificar que o grupo etário com a idade menor ou igual a 26 anos, apresenta valores elevados de Extroversão (M= 9.84; DP= 2.79), seguido de Sinceridade (M= 7.47; DP= 2.03) e Neuroticismo (M= 4.68; DP= 3.12). Esta faixa etária apresenta valores mais baixos na escala de Psicoticismo (M=2.31; DP= 1.37).

No que concerne a faixa etária entre os 27 e os 29 anos, encontraram-se valores bastantes semelhantes entre as escalas Extroversão (M= 7.52; DP= 3.46) e Sinceridade (M= 7.82; DP= 2.62). Na escala Neuroticismo (M= 4.29; DP= 2.66) e por fim Psicoticismo com valores bastante mais baixos (M= 2.29; DP= 1.21).

Relativamente à faixa etária dos 30 aos 32, verificou-se valores extremamente altos na dimensão de Extroversão (M= 10.34; DP= 2.20) e na dimensão Sinceridade (M= 7.82; DP= 2.46). Por sua vez, as dimensões Neuroticismo (M= 3.78; DP= 2.31) e Psicoticismo (M= 2.65; DP= 1.15) bastante baixos.

Já o grupo etário compreendido entre os 33 e 36 anos, apresenta valores altos e semelhantes entre as dimensões Extroversão (M= 8.16; DP= 3.09) e Sinceridade (M= 8.91; DP= 1.92). As dimensões Neuroticismo (M= 2.91; DP= 1.78) e Psicoticismo (M= 2.58; DP= 2.19) apresentam valores bastante mais baixos para esta faixa etária.

Por ultimo, o grupo etário com idades superiores a 37 anos apresenta valores muito elevados e semelhantes nas escalas de Extroversão (M= 9.25; DP= 2.64) e Sinceridade (M= 9.31; DP= 1.66), seguido da escala de Neuroticismo (M= 4.50; DP= 2.89). Por sua vez, a escala do Psicoticismo (M= 2.56; DP= 1.59) apresenta valores muito mais baixos que as três escalas anteriormente referidas.

Através da Tabela 7, pode-se concluir que o grupo etário com idade igual ou inferior a 26 anos apresenta traços de Neuroticismo superiores (M= 4.68; DP= 3.12) enquanto o grupo etário dos “33-36” apresenta valores mais baixos (M=2.91; DP= 1.78). Por sua vez, o Traço de Psicoticismo apresenta o seu valor mais alto na faixa etária “30-32” (M= 2.65; DP= 1.15). Esta faixa etária é mais psicótica que a faixa etária dos “27-29”, onde se encontram os valores mais baixos (M= 2.29; DP= 1.21).

No que concerne a Extroversão, é o grupo etário com idades compreendidas entre “30-32” que demonstra ser mais extrovertido (M= 10.34; DP= 2.20) ao contrário das idades “27-29” que apresenta valores mais baixos (M= 7.52; DP= 3.46), sendo assim o grupo etário menos extrovertido.

Por ultimo, pode-se concluir que os indivíduos inqueridos com idade 37 anos ou mais, apresentam altos níveis de Sinceridade (M= 9.31; DP= 1.66) ao invés do grupo etário “menor ou igual a 26”, que apresenta os valores mais baixos (M= 7.43; DP= 2.03).

De seguida procedeu-se ao cruzamento dos traços de personalidade com a instituição onde é exercida a profissão, apresentando-se os resultados na Tabela 8.

Tabela 8- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Instituição

| Instituição | | Neuroticismo | Psicoticismo | Extroversao | Sinceridade |
|-----------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| UCCI Bragança | Média | 3.8000 | 2.2444 | 9.1778 | 8.3111 |
| | N | 45 | 45 | 45 | 45 |
| | Desvio Padrão | 2.48267 | 1.36774 | 2.83075 | 2.23426 |
| UCCI Miranda do Douro | Média | 4.1667 | 3.3333 | 8.7500 | 8.0833 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | Desvio Padrão | 3.29830 | 2.18812 | 3.33371 | 2.19331 |
| UCCI Vizela | Média | 4.5000 | 2.5000 | 9.3667 | 8.0333 |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | Desvio Padrão | 2.60966 | 1.07479 | 3.05674 | 2.38506 |

| | | | | | |
|-------|---------------|---------|---------|---------|---------|
| Total | Média | 4.0920 | 2.4828 | 9.1839 | 8.1839 |
| | N | 87 | 87 | 87 | 87 |
| | Desvio Padrão | 2.63532 | 1.44562 | 2.95127 | 2.25950 |

Ao longo da tabela anterior, pode-se verificar que a instituição UCCI de Bragança apresenta altos valores de Extroversão (M= 9.177; DP= 2.830, seguido de Sinceridade (M= 8.31; DP= 2.23). por sua vez, as escalas Neuroticismo (M=3.80; DP= 2.48) e Psicoticismo (M= 2.24; DP= 1.36) apresenta valores bastante mais baixo.

Relativamente à UCCI de Miranda do Douro, apresenta valores elevados e semelhantes nas escalas Extroversão (M= 8.75; DP= 3.33) e Sinceridade (M= 8.08; DP= 2.19). Nas escalas de Neuroticismo (M= 4.16; DP= 3.29) e Psicoticismo (M= 3.33; DP= 2.18) a respectiva instituição apresenta valores inferiores as restantes escalas.

Por fim, a instituição UCCI de Vizela destaca a de Extroversão (M= 9.366; DP= 3.056), seguida da escala Sinceridade (M=8.03; DP=2.38). Esta unidade apresenta valores baixos nas escalas Neuroticismo (M=4.500; DP=2.609) e Psicoticismo (M= 2.50; DP= 1.07).

Como última análise da Tabela 4, percebeu-se que a UCCI de Bragança é a instituição com os valores de Neuroticismo (M= 3.80; DP= 2.48) e Psicoticismo (M= 2.24; DP= 1.36) mais baixos. Ao contrário de Vizela que apresenta valores mais elevados tanto no Neuroticismo (M= 4.50; DP=2.60) como no Psicoticismo (M= 2.50; DP= 1.07). A escala de Extroversão destaca-se na UCCI de Vizela (M=9.36; DP=3.05), visto que é aqui que se encontra no valor mais elevado, enquanto na UCCI de Miranda do Douro se encontram os valores mais baixos (M= 8.75; DP= 3.33). Relativamente à escala Sinceridade, observou-se que na UCCI de Bragança os valores são mais elevados (M= 8.31; DP= 2.23) sendo semelhantes aos valores obtidos na UCCI de Vizela (M= 8.03; DP= 2.38).

No passo seguinte, procedeu-se ao cruzamento dos Traços de Personalidade com as respetivas profissões das UCCI, apresentando os resultados na Tabela 9.

Tabela 9- Pontuações Médias dos Traços de Personalidade da EPQ-R-S por Profissão

| Profissão | | Neuroticismo | Psicoticismo | Extroversao | Sinceridade |
|----------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Enfermeiros | Média | 4.1795 | 2.7436 | 9.4615 | 7.7692 |
| | N | 39 | 39 | 39 | 39 |
| | Desvio Padrão | 2.52224 | 1.44583 | 3.00741 | 2.35597 |
| Outros Especialistas | Média | 2.7917 | 2.2917 | 9.3333 | 8.0833 |
| | N | 24 | 24 | 24 | 24 |
| | Desvio Padrão | 1.55980 | 1.26763 | 2.68112 | 2.33902 |
| Pessoal Apoio | Média | 5.2500 | 2.2500 | 8.5833 | 8.9583 |
| | N | 24 | 24 | 24 | 24 |
| | Desvio Padrão | 3.13812 | 1.59483 | 3.14735 | 1.87615 |
| Total | Média | 4.0920 | 2.4828 | 9.1839 | 8.1839 |
| | N | 87 | 87 | 87 | 87 |
| | Desvio Padrão | 2.63532 | 1.44562 | 2.95127 | 2.25950 |

Através da Tabela 9 é possível observar que os profissionais de enfermagem apresentam valores mais elevados na escala de Extroversão (M= 9.46; DP= 3.00), de seguida aparece a escala da Sinceridade (M= 7.76; DP= 2.35) com valores, também eles elevados. Com valores bastante inferiores surge o Neuroticismo (M= 4.17; DP= 2.52) e Psicoticismo (M= 2.74; DP= 1.44).

No que diz respeito aos outros especialistas apresentam valores altos na escala de Extroversão (M= 9.33; DP= 2.68) e Sinceridade (M= 8.08; DP=2.33). Por sua vez as escalas como o Neuroticismos (M= 2.79; DP=1.55) e Psicoticismo (M= 2.29; DP=1.26) surgem com valores médios baixos.

Por fim, o pessoal de apoio evidencia valores altos de Sinceridade (M= 8.95; DP= 1.87) e Extroversão (M= 8.58; DP= 3.14), logo após surge Neuroticismo (M= 5.25; DP= 3.13). Com um valor bastante inferior, o Psicoticismo (M= 2.25; DP= 1.59).

Assim sendo, constata-se que os enfermeiros (M= 9.46; DP= 3.07) e outros especialistas (M= 9.33; DP= 2.68) apresentam valores mais elevados de Extroversão, ou seja, são mais extrovertidos que o pessoal de apoio (M= 8.58; DP= 3.14). O pessoal de apoio apresenta valores inferiores de Psicoticismo (M= 2.25; DP= 1.59), em comparação com as restantes profissões, estes mostram-se menos psicótico, mais sincero (M= 8.95; DP= 1.87) e neuróticos (M= 5.25; DP= 3.13). Por sua vez, são os enfermeiros, apresentam valores mais altos de Psicoticismo (M= 2.74; DP= 1.44) tal como os outros especialistas (M= 2.29; DP=1.26).

Procedeu-se igualmente a uma análise de confiabilidade das subescalas do EPQ-R-S, tendo-se encontrado os seguintes valores de alfa de Cronbach para cada dimensão, interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): Neuroticismo ($\alpha = 0,724$; razoável), Psicotismo ($\alpha = 0,121$; inadmissível), Extroversão ($\alpha = 0,703$; razoável) e Sinceridade ($\alpha = 0,325$; inadmissível).

Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões do Brief-COPE

Na Tabela 10, abordaram-se as pontuações médias das Estratégias de *Coping* com a escala *Brief-COPE* por Género.

Tabela 10- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Género

| Estratégia de Coping | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------------|-----------|----|--------|----------|----|--------|--------|----|--------|
| | Média | N | DP | Média | N | DP | Média | N | DP |
| Ativo | 2.4722 | 18 | .46880 | 2.5455 | 66 | .44486 | 2.5298 | 84 | .44823 |
| Planear | 2.3889 | 18 | .36604 | 2.4851 | 67 | .42614 | 2.4647 | 85 | .41395 |
| Sup. Instrumental | 1.5556 | 18 | .53930 | 1.9077 | 65 | .60527 | 1.8313 | 83 | .60625 |
| Sup. Emocional | 1.3056 | 18 | .76962 | 1.8182 | 66 | .63024 | 1.7083 | 84 | .69077 |
| Religião | .5556 | 18 | .51131 | 1.0672 | 67 | .75325 | .9588 | 85 | .73684 |
| Reint. Positiva | 2.2500 | 18 | .46177 | 2.1567 | 67 | .59803 | 2.1765 | 85 | .57064 |
| Auto- Culpabilização | 1.2778 | 18 | .57451 | 1.5149 | 67 | .50730 | 1.4647 | 85 | .52773 |
| Aceitação | 2.1389 | 18 | .61371 | 1.6894 | 66 | .55998 | 1.7857 | 84 | .59761 |
| Expr. Sentimentos | 1.8056 | 18 | .87681 | 1.6567 | 67 | .67537 | 1.6882 | 85 | .71953 |
| Negação | .8333 | 18 | .68599 | 1.0152 | 66 | .60745 | .9762 | 84 | .62529 |
| Auto- Distração | 1.3529 | 17 | .67926 | 1.6136 | 66 | .67821 | 1.5602 | 83 | .68252 |
| Desinv. | .2500 | 18 | .49259 | .3846 | 65 | .51364 | .3554 | 83 | .50924 |
| Comportamental | | | | | | | | | |
| Uso Substâncias | .0833 | 18 | .25725 | .0303 | 66 | .17273 | .0417 | 84 | .19339 |
| Humor | 2.0278 | 18 | .43630 | 1.7424 | 66 | .69748 | 1.8036 | 84 | .65867 |

Na Tabela 10 é possível analisar, que o *Coping* Ativo ($M= 2.54$; $DP= .44$), Planear ($M= 2.48$; $DP= .426$), de Suporte-Instrumental ($M= 1.90$; $DP= .60$), de Suporte-Emocional ($M= 1.81$; $DP= .63$), de Religião ($M= 1.06$; $DP= .75$), Auto-Culpabilização ($M= 1.51$; $DP= .50$) e *Coping* de Negação ($M= 1.01$; $DP= .60$), demonstram ser mais utilizados entre as mulheres. As dimensões Auto-Distração ($M= 1.61$; $DP= .67$) e Desinvestimento Comportamental ($M= .38$; $DP= .51$), tal como as dimensões anteriormente referidas, são mais evidentes no género feminino. No entanto, as Estratégias de *Coping*: Reinterpretação Positiva ($M= 2.25$; $DP= .46$), *Coping* de Aceitação ($M= 2.13$; $DP= .61$), Expressão de Sentimentos ($M= 1.80$;

DP= .87), Uso de Substâncias (M= .08; DP= .25) e por fim Humor (M= 2.02; DP= .43) apresentam os seus resultados mais elevados no género Masculino.

Por sua vez, através da análise da Tabela 10 é possível averiguar, que o género Feminino recorre mais ao Coping Ativo (M= 2.54; DP= .44) e Planear (M= 2.48; DP= .42), que o género Masculino. O mesmo acontece no Suporte-Instrumental (M= 1.90; DP= .60) e Emocional (M= 1.81; DP= .63), ou seja, as mulheres utilizam mais instrumentos e emoções que os homens. Porém, auto culpabilizam-se (M= 1.51; DP= .50) mais que os homens (M=1.27; DP= .57) e têm mais prevalência para recorrer à Negação (M= 1.01; DP= .60). O género Feminino socorrer-se mais vezes *Coping* Religião (M= 1.06; DP= .75), ao contrário do género oposto (M= .55; DP=.51). No entanto, averigua-se que a Reinterpretação Positiva é mais recorrente no género Masculino (M= 2.25; DP=.46) que no género Feminino (M=2.15; DP=.59). O mesmo acontece na dimensão da Aceitação, onde os homens surgem com valores mais elevados (M=2.13; DP=.61) que as mulheres (M=1.68; DP=.55)

Relativamente à Expressão de Sentimentos, são os homens que demonstram utilizar em maior numero esta dimensão (M=1.80; DP=.87) ao contrário do género feminino (M=1.65; DP=.67). O oposto evidencia-se na dimensão Auto-Distração, onde as mulheres apresentam uma media mas elevada (M=1.61;DP=.67) que os homens (M=1.35;DP=.67)

Por sua vez, ambos os sexos apresentam valores baixos no Desinvestimento Comportamental (G. Feminino: M= .38;DP= .51; G. Masculino: M= .25; DP= .49) e Uso de Substâncias (G. Masculino: M=.08; DP=.25; G. Feminino: M= .03; DP= .17).

Na Tabela 11 são apresentados os resultados obtidos das Estratégias de *Coping* com o questionário *Brief-COPE* nos diferentes grupos etário.

Tabela 11 - Pontuações Médias das Estratégias de Coping por Grupo Etário

| Grupo Etário | Ativo | Planear | Sup. Instrumental | Sup. Emocional | Religião | Rein. Positiva | Auto. Culpa. | Aceitação | Expr. Sentimentos | Negação | Auto. Distração | Desin. Comport. | Uso Substân. | Humor | |
|--------------|-------|---------|-------------------|----------------|----------|----------------|--------------|-----------|-------------------|---------|-----------------|-----------------|--------------|--------|--------|
| <= 26 | M. | 2.6316 | 2.5789 | 1.8947 | 1.7105 | .8947 | 2.2105 | 1.4474 | 1.8421 | 1.4211 | .7368 | 1.5789 | .2368 | .0000 | 2.0000 |
| | N. | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | DP | .46673 | .44917 | .77422 | .56065 | .65784 | .60818 | .46829 | .47295 | .58365 | .71431 | .62944 | .48214 | .00000 | .78174 |
| 27 – 29 | M. | 2.2500 | 2.294 | 1.7813 | 1.6562 | .8235 | 2.1471 | 1.6176 | 1.6765 | 1.7647 | 1.0588 | 1.4688 | .4118 | .0000 | 1.6471 |
| | N. | 16 | 17 | 16 | 16 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 16 | 17 | 17 | 17 |
| | DP | .40825 | .46967 | .85574 | .72385 | .68331 | .55240 | .71871 | .68331 | .73139 | .58316 | .71807 | .56556 | .00000 | .55240 |
| 30 – 32 | M. | 2.6087 | 2.4783 | 1.8261 | 1.5652 | .7826 | 2.1739 | 1.4565 | 1.9773 | 2.0870 | .8696 | 1.5652 | .3261 | .0652 | 1.8696 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 22 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| | DP | .39762 | .31903 | .38755 | .74322 | .70431 | .49103 | .47465 | .56647 | .79275 | .48189 | .78775 | .44233 | .22885 | .56844 |
| 33 – 36 | M | 2.4545 | 2.5000 | 1.8182 | 1.7727 | 1.2727 | 2.1364 | 1.5000 | 1.5000 | 1.3636 | 1.1818 | 1.3636 | .5000 | .1818 | 1.5909 |
| | N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 10 | 11 | 11 |
| | DP | .41560 | .44721 | .40452 | .81742 | 1.10371 | .71031 | .38730 | .50000 | .59544 | .51346 | .50452 | .66667 | .40452 | .58387 |
| 37+ | M | 2.6333 | 2.4667 | 1.8214 | 1.9333 | 1.2333 | 2.2000 | 1.3000 | 1.7667 | 1.5667 | 1.2143 | 1.7857 | .3929 | .0000 | 1.7857 |
| | N | 15 | 15 | 14 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| | DP | .48058 | .39940 | .50410 | .65101 | .53005 | .62106 | .52780 | .70373 | .59362 | .75229 | .67123 | .48748 | .00000 | .77743 |
| Total | M | 2.5298 | 2.4647 | 1.8313 | 1.7083 | .9588 | 2.1765 | 1.4647 | 1.7857 | 1.6882 | .9762 | 1.5602 | .3554 | .0417 | 1.8036 |
| | N | 84 | 85 | 83 | 84 | 85 | 85 | 85 | 84 | 85 | 84 | 83 | 83 | 84 | 84 |
| | DP | .44823 | .4195 | .60625 | .69077 | .73684 | .57064 | .52773 | .59761 | .71953 | .62529 | .68252 | .50924 | .19339 | .65867 |

Na Tabela 11 é possível denotar no Grupo Etário "≤26" demonstra valores elevados nas Estratégias de *Coping* Ativo (M= 2.63; DP= .46) Planear (M= 2.57; DP= .44), Reinterpretação Positiva (M= 2.21; DP= .60) e Humor (M= 2.00; DP= .78). Seguido do *Coping* de Suporte Instrumental (M= 1.89; DP= .77), de Aceitação (M= 1.84; DP= .47), do Suporte Emocional (M= 1.71; DP= .56), de Auto-Distração (M= 1.57; DP= .62). Bem como o *Coping* Expressão de Sentimentos (M= 1.42; DP= .58) e Auto-Culpabilização (M=1.44; DP=.46). Com valores bastante mais baixos, nesta faixa etária surgem as estratégias do *Coping* de Religião (M= .89; DP= .65) a Negação (M= .73; DP=.71) e o Desinvestimento Comportamental (M= .23; DP= .48). Por fim, a subescala Uso de Substância aparece com valores zero (M= 000; DP= 000).

No que concerne o Grupo etário 27-29, este grupo apresenta valores altos nas Estratégias do *Coping* Planear (M= 2.29; DP= .46), *Coping* Ativo (M= 2.25; DP= .40) e Reinterpretação Positiva (M= 2.14; DP= .55). Relativamente ao Suporte Instrumental (M= 1.78; DP= .85) e Expressão de Sentimentos (M= 1.76; DP=.73) apresentam valores inferiores que as estratégias anteriormente referidas. O *Coping* de Aceitação (M= 1.67; DP= .68), de Suporte Emocional (M= 1.65; DP= .72), de Humor (M= 1.64; DP= .55), o *Coping* Auto- Culpabilização (M= 1.61; DP= .71) e de Auto-Distração (M=1.46; DP=.71), demonstram valores inferiores às restantes estratégias. As dimensões da Negação (M=1.05; DP=.58), do Desinvestimento Comportamental (M= .41; DP= .56) e da Religião (M=.82; DP=.68) apresentam resultados bastante baixos. Já o Uso de Substâncias (M= .000; DP=.000) apresenta valores zero.

No entanto nas idades "30-32" a dimensão do *Coping* que apresenta os valores mais altos são o *Coping* Ativo (M= 2.60; DP=.39), o Planear (M= 2.47; DP= .31), de Reinterpretação Positiva (M= 2.17; DP= .49) e a Expressão de Sentimentos (M= 2.08; DP= .79). Estratégias de *Coping* como a Aceitação (M= 1.97; DP=.56), o Humor (M= 1.86; DP=.56), o Suporte Instrumental (M= 1.82; DP=.38), a Auto- Culpabilização (M= 1.45; DP=.47), apresentam valores intermédios. Por sua vez o Suporte Emocional (M= 1.56; DP=.74) e a Auto- Distração (M= 1.56; DP=.78) apresentam Médias iguais mas Desvio Padrão distintos. Com valores bastante mais baixos, surgem as estratégias como a Negação (M=.86; DP=.48), Religião (M=.78; DP=.70), Desinvestimento Comportamental (M=.32; DP=.44) e por fim o Uso de Substâncias (M=.06; DP=.22).

O grupo etário de “33-36” anos, tal como os grupos etários anteriormente referidos, utiliza em grande medida a dimensão do *Coping* Planear (M=2.50; DP=.44), o Ativo (M=2.45; DP=.41) e o *Coping* de Reinterpretação Positiva (M=2.13; DP=.71). De seguida, utiliza mais o *Coping* de Suporte Instrumental (M= 1.81; DP=.40) e Emocional (M= 1.77; DP=.81), o Humor (M= 1.59; DP=.58), a Religião (M= 1.27; DP= 1.10) e a Negação (M= 1.18; DP=.51). O *Coping* de Auto- Culpabilização (M=1.50; DP=.38) e Aceitação (M=1.50; DP=.50) apresentam os valores das Médias iguais, porém o Desvio Padrão é diferente. O mesmo acontece com o *Coping* de Expressão de Sentimentos (M=1.36; DP=.59) e de Auto- Distracção (M= 1.36; DP=.50). Esta faixa etária demonstra que as estratégias como o Desinvestimento Comportamental (M=.50; DP= .66) e o Uso de Substâncias (M=.18; DP=.40) não são tão utilizadas como as anteriores.

A última faixa etária dos “37+”, tal como o grupo etário “32-36”, demonstra utilizar mais as estratégias como o *Coping* Ativo (M= 2.63; DP=.48), Planear (M= 2.46; DP= .39) e a Reinterpretação Positiva (M=2.20; DP=.62). Nesta mesma faixa etária, surgem com valores mais baixos o *Coping* de Suporte Emocional (M= 1.93; DP=.65) e Instrumental (M= 1.82; DP=.50), o *Coping* de Aceitação (M= 1.76; DP=.70), Expressão de Sentimentos (M=1.56; DP=.59), Auto- Culpabilização (M=1.30; DP=.52), o *Coping* de Negação (M= 1.21; DP=.75) e de Religião (M=1.23; DP=.53) No que concerne as estratégias de *Coping* de Humor (M= 1.78; DP=.77) e Auto- Distracção (M=1.78; DP=.67), estes apresentam os mesmos valores nas Médias e valores distintos no Desvio Padrão. Por fim, o *Coping* Desinvestimento Comportamental (M=.39; DP=.48) apresenta valores bastante mais baixo que as restantes estratégias e o Uso de Substâncias (M=.000; DP=.000) apresenta valor zero.

Após a análise da Tabela 11 é possível concluir que o *Coping* Ativo é a dimensão que prevalece nas 5 faixas etárias, destacando-se o grupo dos “37+” (M=2.63; DP=.48), o mesmo acontece com o *Coping* Planear. Esta dimensão destaca-se na faixa etária do “<=26” (M=2.57; DP=.449), ou seja, esta faixa etária tem mais probabilidade de planear determinados acontecimentos. O *Coping* Reinterpretação Positiva, apresenta valores elevados nos 5 grupos. No entanto, é o grupo “<=26” (M=2.21; DP=.60) que demonstra utilizar mais esta estratégia de *Coping* que, visa a reinterpretação do problema de uma forma positivista. Também a dimensão Suporte Instrumental apresenta valores elevados nos 5 grupos etários, sobressaindo o grupo

“≤26” (M=1.89; DP=.77), este procura mais informações relativamente ao problema e conselhos que as restantes faixas etárias.

Por sua vez o grupo etário “30-32” expressa mais facilmente os sentimentos (M= 2.08; DP=.79) que os restantes grupos etários e têm uma melhor aceitação do problema (M=1.97; DP=.56). O recurso à religião é mais frequente na faixa etária “33-36” (M=1.27; DP=1.10) e menos frequente em cuidadores com idades compreendidas entre os “30” e “32” anos (M=.78; DP=.70). O grupo etário que mais se auto- culpabiliza, são os jovens com idades entre os 27 e 29 anos (M=1.61; DP=.71). Sendo a faixa etária mais velha, “37+” que sentem menos culpa (M=1.30; DP=.52) e apresentam valores altos no Coping de Negação (M=1.21; DP=.75). Tal como grupo etário “37+, os grupos “27-29” (M=1.05; DP=.58) e “33-36” (M= 1.18; DP=.51) apresentam valores elevados de negação, na recusa da fonte de stress. Os mais jovens, aceitam mais facilmente a fonte de stress (M=.73; DP=.71), utilizam menos a estratégia de Negação.

A auto- Distração, é uma estratégia de Coping que recorre a atividades alternativas para afastar a mente do problema. Esta dimensão é mais utilizada pelo grupo etário “37+” (M=1.78; DP=.67) comparativamente aos restantes grupos que utilizam menos esta dimensão. Sendo que, o grupo etário “33-36” (M= 1.36; DP=.50) usufrui menos desta estratégia.

Foi possível concluir que a faixa etária “33-36” existe um maior Desinvestimento Comportamental (M=.50; DP=.66), ou seja, existe um abando da tentativa de alcançar as metas estipuladas devido ao stress. Por parte dos mais jovens “≤26”, este tipo de estratégias não é frequentemente utilizada (M=.23; DP=.48). Já na estratégia de Coping Humor, esta é bastante evidente nos mais jovens (M=2.00; DP=.78), ou seja, os mais jovens apresentam um maior sentido de humor, comparativamente à faixa etária “33-36” (M=1.59; DP=.58) que apresenta os valores mais baixos. Por fim, no que diz respeito ao Uso de Substâncias, não é utilizada nas faixas etárias “≤26” (M=.00; DP=.00), “27-29” (M=.00; DP=.00) e “37+” (M=.00; DP=.00). As faixas etárias “30-32” (M=.06; DP=.22) e “33-36” (M=.18; DP=.40) apresentam valores baixos. O que leva a crer que estas faixas etárias, apesar de em baixas quantidades, utilizam as substâncias como forma de se desviar do factor de stress.

Na Tabela 12 são apresentados os resultados obtidos das Estratégias de Coping com o questionário Brief-COPE nas diferentes Instituições.

Tabela 12- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Instituição

| Estratégia de Coping | UCCI Bragança | | | UCCI Miranda do Douro | | | UCCI Vizela | | | Total | | |
|-----------------------|---------------|----|---------------|-----------------------|----|---------------|-------------|----|---------------|--------|----|---------------|
| | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão |
| Ativo. | 2.5476 | 42 | .43909 | 2.6667 | 12 | .38925 | 2.4500 | 30 | .47976 | 2.5298 | 84 | .44823 |
| Planear | 2.4884 | 43 | .40072 | 2.5833 | 12 | .41742 | 2.3833 | 30 | .42918 | 2.4647 | 85 | .41395 |
| Sup. Instrumental | 1.8605 | 43 | .57035 | 1.9583 | 12 | .49810 | 1.7321 | 28 | .70029 | 1.8313 | 83 | .60625 |
| Sup. Emocional | 1.7381 | 42 | .64617 | 1.5833 | 12 | .70173 | 1.7167 | 30 | .76207 | 1.7083 | 84 | .69077 |
| Religião | 1.1047 | 43 | .84908 | .9583 | 12 | .45017 | .7500 | 30 | .61237 | .9588 | 85 | .73684 |
| Reint. Positiva | 2.2442 | 43 | .54959 | 2.0417 | 12 | .58225 | 2.1333 | 30 | .60077 | 2.1765 | 85 | .57064 |
| Auto Culpabilização | 1.5116 | 43 | .50578 | 1.4583 | 12 | .39648 | 1.4000 | 30 | .60743 | 1.4647 | 85 | .52773 |
| Aceitação | 1.7738 | 42 | .58646 | 1.9167 | 12 | .70173 | 1.7500 | 30 | .58354 | 1.7857 | 84 | .59761 |
| Exp. Sentimentos | 1.7674 | 43 | .64871 | 1.4583 | 12 | .68948 | 1.6667 | 30 | .82351 | 1.6882 | 85 | .71953 |
| Negação | 1.0349 | 43 | .63990 | .9545 | 11 | .68755 | .9000 | 30 | .59306 | .9762 | 84 | .62529 |
| Auto Distração | 1.5476 | 42 | .65154 | 1.8182 | 11 | .60302 | 1.4833 | 30 | .74837 | 1.5602 | 83 | .68252 |
| Desin. Comportamental | .3953 | 43 | .50660 | .2500 | 10 | .42492 | .3333 | 30 | .54667 | .3554 | 83 | .50924 |
| Uso Substâncias. | .0698 | 43 | .25777 | .0000 | 11 | .00000 | .0167 | 30 | .09129 | .0417 | 84 | .19339 |
| Humor | 1.8837 | 43 | .66222 | 1.6818 | 11 | .75076 | 1.7333 | 30 | .62606 | 1.8036 | 84 | .65867 |

Através da análise das estratégias de *Coping* do *Brief-COPE*, apresentadas na Tabela 12 é possível denotar que os cuidadores formais que trabalham na UCCI de Bragança apresentam valores elevados no *Coping* Ativo (M= 2.54; DP=.43), Planear (M= 2.48; DP=.40), Reinterpretação Positiva (M= 2.24; DP=.54) e Humor (M= 1.88; DP=.66). De seguida surge a dimensão do Suporte Instrumental (M= 1.86; DP=.57) e Emocional (M=1.73; DP=.64), bem como a Aceitação (M= 1.77; DP=.58) e a Expressão de Sentimentos (M= 1.76; DP=.64). Por sua vez, a Auto- Distração (M= 1.54; DP=.65), a Auto- Culpabilização (M= 1.51; DP=.50), a Religião (M=1.10; DP=.84) e a Negação (M= 1.03; DP=.63), surgem com valores inferiores. As estratégias de Desinvestimento Comportamental (M=.39; DP=.50) e o Uso de Substâncias (M=.06; DP=.25), aparecem com resultados inferiores às restantes estratégias. No que diz respeito a UCCI de Miranda do Douro, os CF desta unidade demonstram utilizar em grande escala as estratégias como o *Coping* Ativo (M=2.66; DP=.38), Planear (M=2.58; DP=.41) e a Reinterpretação Positiva (M=2.04; DP=.58), tal como na UCCI de Bragança. De seguida surge o Suporte Instrumental (M=1.95; DP=.49) e a Aceitação (M=1.91; DP=.70). Com valores um pouco inferiores despontam a Auto- Distração (M=1.81; DP=.60), o Humor (M= 1.68; DP=.75), o Suporte Emocional (M=1.58; DP=.70) e a Auto- Culpabilização (M= 1.45; DP=.39) e Expressão de Sentimentos (M=1.45; DP=.68). Por sua vez, o *Coping* de Negação (M=.95; DP=.68) e Desinvestimento Comportamental (M=.25; DP=.42) apresentam valores bastante mais baixos que as restantes estratégias. O Uso de Substâncias demonstra valores zero (M=.00; DP=.00).

Por fim, na última instituição inquerida, a UCCI de Vizela surge com valores elevados no *Coping* Ativo (M= 2.45; DP=.47), *Coping* Planer (M=2.38; DP=.42) e Reinterpretação Positiva (M= 2.13; DP=.60), tal como na UCCI de Bragança. Seguido das estratégias do *Coping* de Suporte Instrumental (M= 1.73; DP=.70) e Emocional (M=1.71; DP=.76), *Coping* de Aceitação (M=1.75; DP=.58), Humor (M=1.73; DP=.62), Expressão de Sentimentos (M=1.66; DP=.82) e a Auto- Distração (M= 1.48; DP=.74) e Auto- Culpabilização (M=1.40; DP=.60). Com valores menores aparecem as estratégias do *Coping* de Negação (M=.90; DP=.59), de Religião (M=.75; DP=.61), de Desinvestimento Comportamental (M=.33; DP=.54) e o Uso de Substâncias (M=.01; DP=.09).

Graças aos dados anteriormente analisados da Tabela 12, pode-se concluir que tanto o *Coping* Ativo, Planear e de Suporte Instrumental são bastante utilizados nas

três instituições. Sendo que, na UCCI de Miranda do Douro o *Coping* Ativo (M= 2.66; DP=.38), Planear (M=2.58; DP=.41) e de Suporte Instrumental (M= 1.95; DP=.49) apresentam valores mais elevados que as restantes UCCI. Relativamente ao Suporte Emocional, denota-se que a UCCI de Bragança (M=1.73; DP=.64) e a UCCI de Vizela (M=1.71; DP=.76) recorrem mais a este tipo de estratégia, ou seja, procuram mais apoio moral e entendimento. A instituição de Bragança é, de longe, a que mais recorre ao apoio da Religião (M=1.10; DP=.84) para suportar as situações de stress e que utiliza o *Coping* Reinterpretação Positiva (M=2.24; DP= .54) com maior frequência, ou seja, reavalia as situações de uma forma positivista. É a UCCI de Bragança que apresenta valores mais elevados na Auto- Culpabilização (M= 1.51; DP=.50), os CF que englobam a equipa desta Instituição tem mais tendência para se auto- culpabilizarem que nas restantes Instituições. No que concerne o *Coping* de Aceitação, este sobressai na UCCI de Vizela (M=1.91; DP=.70), o CF que trabalham nesta Instituição aceitam de forma natural a fonte de stress. É nesta Instituição que os CF recorrem mais frequentemente ao *Coping* Auto- Distração (M=1.81; DP=.60), recorrem a atividades alternativas para não se focarem no stress.

Na UCCI de Bragança os sentimentos são expressados mais facilmente (M=1.76; DP=.64) e logo após surge a UCCI de Vizela (M=1.66; DP=.82). É na UCCI de Bragança que apresenta os valores mais altos no *Coping* de Negação (M= 1.03; DP=.64), os CF que aqui trabalham demonstram mais dificuldades em aceitar o stress, comparativamente a Miranda do Douro (M=.95; DP=.68) e Vizela (M=.90; DP=.59). O Desinvestimento Comportamental surge com valores bastante baixos nas três instituições, porém é em Bragança que surgem os valores mais elevados (M=.39; DP=.50), os CF que trabalham nesta instituição tem tendência para desistir das metas por eles estabelecidas. Na UCCI de Miranda do Douro o Uso de Substâncias aparece com valores iguais a zero (M=.00; DP=.00), ou seja, não há qualquer recurso a uso de substâncias para ultrapassar o stress. Enquanto que na UCCI de Vizela (M=.01; DP=.62) e Bragança (M=.06; DP=.25) uma pequena média recorrem a uso de substâncias. É na UCCI de Bragança que se destaca o *Coping* de Humor (M=1.88 DP=.66), os profissionais que constituem a equipa desta Instituição, demonstram ser mais bem-humoradas que nas restantes Instituições.

Na Tabela 13 surgem as pontuações medias das estratégias de *coping* obtidas através do *Brief-COPE*, agrupadas por profissões.

Tabela 13- Pontuações Médias das Estratégias de Coping do Brief-COPE por Profissão

| Estratégia Coping | Enfermeiros | | | Outros Especialistas | | | Pessoal Apoio | | | Total | | |
|------------------------|-------------|----|---------------|----------------------|----|---------------|---------------|----|---------------|--------|----|---------------|
| | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão | Média | N | Desvio Padrão |
| Ativo | 2.4868 | 38 | .45747 | 2.5833 | 24 | .40825 | 2.5455 | 22 | .48573 | 2.5298 | 84 | .44823 |
| Planear | 2.4615 | 39 | .41966 | 2.3958 | 24 | .38951 | 2.5455 | 22 | .43395 | 2.4647 | 85 | .41395 |
| Sup. Instrumental | 1.9474 | 38 | .62374 | 1.7174 | 23 | .61839 | 1.7500 | 22 | .55097 | 1.8313 | 83 | .60625 |
| Sup. Emocional | 1.8289 | 38 | .68058 | 1.5208 | 24 | .68333 | 1.7045 | 22 | .70134 | 1.7083 | 84 | .69077 |
| Religião | .8077 | 39 | .60279 | .9792 | 24 | .77290 | 1.2045 | 22 | .86821 | .9588 | 85 | .73684 |
| Reint. Positiva | 2.1795 | 39 | .54395 | 2.2083 | 24 | .62409 | 2.1364 | 22 | .58109 | 2.1765 | 85 | .57064 |
| Auto Culpabilização | 1.4615 | 39 | .51790 | 1.5208 | 24 | .49955 | 1.4091 | 22 | .59033 | 1.4647 | 85 | .52773 |
| Aceitação | 1.8421 | 38 | .63783 | 1.7500 | 24 | .53161 | 1.7273 | 22 | .61193 | 1.7857 | 84 | .59761 |
| Exp. Sentimentos | 1.8205 | 39 | .72988 | 1.6042 | 24 | .69124 | 1.5455 | 22 | .72225 | 1.6882 | 85 | .71953 |
| Negação | .9872 | 39 | .63336 | .7917 | 24 | .50898 | 1.1667 | 21 | .69522 | .9762 | 84 | .62529 |
| Auto Distração | 1.3421 | 38 | .60522 | 1.6250 | 24 | .67967 | 1.8810 | 21 | .70542 | 1.5602 | 83 | .68252 |
| Desinv. Comportamental | .3947 | 38 | .49536 | .2917 | 24 | .50898 | .3571 | 21 | .55097 | .3554 | 83 | .50924 |
| Uso Substâncias | .0256 | 39 | .16013 | .0625 | 24 | .22421 | .0476 | 21 | .21822 | .0417 | 84 | .19339 |
| Humor | 1.8205 | 39 | .63336 | 1.6875 | 24 | .68861 | 1.9048 | 21 | .68226 | 1.8036 | 84 | .65867 |

Após ser aplicado o questionário Brief-COPE aos respectivos inqueridos, é possível verificar, na Tabela 13 que os Enfermeiros demonstram utilizar em grande escala o Coping Ativo (M=2.48; DP=.45), Planear (M= 2.46; DP=.41) e Reinterpretação Positiva (M=2.17; DP=.54). Estratégias como o Suporte Instrumental (M= 1.94; DP=.62) e Emocional (M=1.82; DP=.68), Aceitação (M= 1.84; DP=.63), a Expressão de Sentimentos (M=1.82; DP=.72), o Humor (M=1.82; DP=.63) e Auto-Culpabilização (M= 1.46; DP=.51) são utilizadas em grande escala. Logo após, surge o Coping de Auto- Distração (M=1.34; DP=.60), de Negação (M=.98; DP=.63), Religião (M=.80; DP=.60), Desinvestimento Comportamental (M=.39; DP=.49) e por fim com valores bastante inferiores surge o Uso de Substâncias (M=.02; DP=.16)

No que concerne os Outros Especialistas, estes usam maioritariamente o *Coping* Ativo (M=2.58; DP=.40) Planear (M=2.39; DP=.38) e Reinterpretação Positiva (M=2.20; DP=.62). Porém, estratégias como o *Coping* o Suporte Instrumental (M=1.71; DP=.61), a Aceitação (M=1.75; DP=.53), o Humor (M=1.68; DP=.68), a Auto- Distração (M=1.62; DP=.67), são igualmente bastante utilizadas. Bem como a Expressão de Sentimentos (M=1.60; DP=.69), Suporte Emocional (M=1.52; DP=.68) e Auto- Culpabilização (M=1.52; DP=.49). Por sua vez, no que diz respeito às estratégias como a Religião (M=.97; DP=.77), a Negação (M=.79; DP=.50) e Desinvestimento Comportamental (M=.29; DP=.50), apesar de utilizados em menor escala, demonstram uma determinada importância nesta categoria. Por fim , o Uso de Substância (M=.06; DP=.22) praticamente não é utilizada.

O ultimo grupo de profissões, Pessoal de Apoio, tal como os anteriores demonstra usar em grande maioria o *Coping* Ativo (M=2.54; DP=.48), Planear (M=2.54; DP=.43), Reinterpretação Positiva (M=2.13; DP=.58) e o Humor (M=1.90; DP=.68). De seguida surgem estratégias como a Auto- Distração (M=1.88; DP=.70), o Suporte Instrumental (M=1.75; DP=.55) e Emocional (M=1.70; DP=.70), a Aceitação (M=1.72; DP=.61), a Expressão de Sentimentos (M=1.54; DP=.72) e a Auto- Culpabilização (M=1.40; DP=.59). Por sua vez, o *Coping* de Religião (M=1.20; DP=.86), de Negação (M=1.16; DP=.69) e o Desinvestimento Comportamental (M=.35; DP=.55) não são tão utilizados como as estratégias anteriormente referidas. A última estratégia, Uso de Substâncias (M=.04; DP=.21) apresenta valores bastante inferiores às restantes estratégias.

Assim sendo, através da Tabela 13 é possível chegar as seguintes conclusões: todos os profissionais utilizam em grande escala o Coping Ativo, destacando-se os

Outros Profissionais (M=2.58; DP=.40) e o uso da Reinterpretação Positiva (M=2.20; DP=.62), ou seja, os Outros profissionais tem uma maior capacidade de reinterpretar o factor de stress de uma forma mais positiva. O mesmo acontece com o *Coping* de Auto- Culpabilização (M=1.5; DP=.49), estes profissionais têm mais tendência para se culpabilizarem, em comparação os restantes profissionais. Por sua vez, no Coping Planear é o Pessoal de Apoio que sobressai no uso desta estratégia (M=2.54; DP=.43). O mesmo pessoal, utiliza em maior escala o *Coping* Religião (M=1.20; DP=.86) e o Humor (M=1.90; DP=.68), como forma de aliviar o stress. Já os Outros especialitas (M=1.68; DP=.68) utilizam em menor escala esta estratégia, bem como o Uso de Subtâncias (M=.06; DP=.22)

Os Enfermeiros recorrem, maioritariamente, ao Suporte Instrumental (M=1.94; DP=.62) e Emocional (M=1.82; DP=.68), ou seja, estes profissionais procuram mais apoio moral e informações acerca da fonte de stress. Apresentam valores elevados no que concerne a Aceitação (M=1.84; DP=.63), demonstram aceitar de uma melhor forma o stress que os Outros Especialistas (M=1.75; DP=.53) e o Pessoal de Apoio (M=1.72; DP=.61). Estes mesmos profissionais, mostram, ainda, maior facilidade na Expressão de Sentimentos (M=1.82; DP=.72), focam-se mais na experiencia de stress que os restantes cuidadores formais.

No que concerne o *Coping* de Negação, este é utilizado, em grande dimensão, pelo Pessoal de Apoio (M=1.16; DP=.69), estes profissionais mostram mais recusa na existência de uma fonte de stress ou agem como se esse não existisse. Os Outros Profissionais, evidenciam valores mais baixos no que diz respeito à Negação (M=.79; DP=.50).

O Desinvestimento Comportamental apresenta valores baixos nos três grupos, mas é possível averiguar que os Outros Especialistas (M=.29; DP=.50) abandonam mais facilmente as metas onde o stress intervém do que os restantes profissionais.

Brief-COPE: o valor de alfa de Cronbach para cada dimensão, interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): Coping ativo ($\alpha = 0,557$; fraca), Planear ($\alpha = 0,149$; inadmissível), Utilizar suporte instrumental ($\alpha = 0,538$; fraca), Suporte emocional ($\alpha = 0,810$; boa), Religião ($\alpha = 0,809$; boa), Reinterpretação positiva ($\alpha = 0,745$; razoável), Autoculpabilização ($\alpha = 0,594$; fraca), Aceitação ($\alpha = 0,758$; razoável), Expressão de sentimentos ($\alpha = 0,914$; excelente), Negação ($\alpha = 0,848$; boa), Autodistração ($\alpha = 0,650$; questionável), Desinvestimento

comportamental ($\alpha = 0,878$; boa), Uso de substâncias ($\alpha = 0,920$; excelente) e Humor ($\alpha = 0,828$; boa). Alguns dos nossos valores vão ao encontro dos resultados obtidos pelo autor Ribeiro (2014). Nomeadamente, o Coping Planear ($\alpha=0.529$; inadmissível), o Coping através do Suporte Instrumental($\alpha = 0.636$; fraca), o Coping de Religião ($\alpha =0.863$; boa) e o Coping através da Reinterpretação Positiva ($\alpha=0.709$; razoável)

Hipotetizámos que alguns dos valores inadmissíveis de consistência interna estão associados ao número reduzido de itens por escala.

Estatística Inferencial

Dimensões de estratégias de *coping* e traços de personalidade segundo o sexo

De seguida é feita a relação entre o sexo contra as Dimensões de Coping e Traços de Personalidade. Esta análise é feita através do cruzamento de dados com os Teste de Mann-Whitney, resultando assim na Tabela 14.

Tabela 14- Teste de Mann-Whitney – Género Contra Dimensões EPQ-R-S e Brief Cope

| | Género | N | Posto Médio | Soma de Postos |
|--------------------------|-----------|----|-------------|----------------|
| Neuroticismo | Masculino | 18 | 35.81 | 644.50 |
| | Feminino | 69 | 46.14 | 3,183.50 |
| | Total | 87 | | |
| Psicoticismo | Masculino | 18 | 53.83 | 969.00 |
| | Feminino | 69 | 41.43 | 2,859.00 |
| | Total | 87 | | |
| Extroversão | Masculino | 18 | 51.81 | 932.50 |
| | Feminino | 69 | 41.96 | 2,895.50 |
| | Total | 87 | | |
| Sinceridade | Masculino | 18 | 36.39 | 655.00 |
| | Feminino | 69 | 45.99 | 3,173.00 |
| | Total | 87 | | |
| Coping Ativo | Masculino | 18 | 39.42 | 709.50 |
| | Feminino | 66 | 43.34 | 2,860.50 |
| | Total | 84 | | |
| Coping Planear | Masculino | 18 | 37.97 | 683.50 |
| | Feminino | 67 | 44.35 | 2,971.50 |
| | Total | 85 | | |
| Coping Sup. Instrumental | Masculino | 18 | 30.97 | 557.50 |
| | Feminino | 65 | 45.05 | 2,928.50 |
| | Total | 83 | | |
| Coping Sup. Emocional | Masculino | 18 | 29.00 | 522.00 |
| | Feminino | 66 | 46.18 | 3,048.00 |
| | Total | 84 | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------|----|-------|----------|
| Coping Religião | Masculino | 18 | 30.25 | 544.50 |
| | Feminino | 67 | 46.43 | 3,110.50 |
| | Total | 85 | | |
| Coping Reinterpretação Positiva | Masculino | 18 | 44.78 | 806.00 |
| | Feminino | 67 | 42.52 | 2,849.00 |
| | Total | 85 | | |
| Coping Auto Culpabilização | Masculino | 18 | 35.11 | 632.00 |
| | Feminino | 67 | 45.12 | 3,023.00 |
| | Total | 85 | | |
| Coping Aceitação | Masculino | 18 | 55.81 | 1,004.50 |
| | Feminino | 66 | 38.87 | 2,565.50 |
| | Total | 84 | | |
| Coping Expressão de Sentimentos | Masculino | 18 | 47.58 | 856.50 |
| | Feminino | 67 | 41.77 | 2,798.50 |
| | Total | 85 | | |
| Coping Negação | Masculino | 18 | 36.06 | 649.00 |
| | Feminino | 66 | 44.26 | 2,921.00 |
| | Total | 84 | | |
| Coping Auto Distração | Masculino | 17 | 34.35 | 584.00 |
| | Feminino | 66 | 43.97 | 2,902.00 |
| | Total | 83 | | |
| Coping Desinvestimento Comportamental | Masculino | 18 | 37.00 | 666.00 |
| | Feminino | 65 | 43.38 | 2,820.00 |
| | Total | 83 | | |
| Coping Uso de Substâncias | Masculino | 18 | 45.11 | 812.00 |
| | Feminino | 66 | 41.79 | 2,758.00 |
| | Total | 84 | | |
| Coping Humor | Masculino | 18 | 50.03 | 900.50 |
| | Feminino | 66 | 40.45 | 2,669.50 |
| | Total | 84 | | |

Na Tabela 14, no que concerne aos Traços de Personalidade é possível verificar que os homens apresentam valores mais elevados de Psicoticismo (PM=53.8) e de Extroversão (PM=57.8). O género oposto, surge com uma Media mais elevada non Neuroticismo (PM=46.1) e na Sinceridade (PM=45.9)

Em relação às Estratégias de Coping, as mulheres utilizam em maior escala estratégias como o Coping Ativo (PM=43.3), o Coping Planear (PM=44.3), o Coping Suporte Intrumental (PM=45.0) e Emocional (PM=46.1). Por sua vez, o género masculino tem mais tendência a optar pelas estratégias da Reinterpretação Positiva (PM=44.7), de Aceitação (PM=55.8) e Expressão de Sentimentos (PM=47.5). As mulheres optam por estratégias tal como a Auto-Culpabilização (PM=45.1), Negação (PM=44.2), Auto- Distração (PM=43.96) e Desinvestimento Comportamental (PM=43.3). As estratégias de Uso de Substâncias (PM=45.1) e Humor (PM=50.0), são mais frequentes no homem.

Assim sendo, após uma análise mais aprofundada da Tabela 14 é possível verificar, quanto às dimensões da Personalidade, que as mulheres demonstram ser neuróticas (PM=46.1) e mais sinceras (PM=45.9). Já os homens, mostram ser mais extrovertidos (PM=51.8), porém mais psicóticos (PM=53.8).

Nas estratégias de Coping, pode-se concluir que as mulheres utilizam em maior escala o Coping Ativo (PM=43.3) e Planear (44.3), ou seja, o gênero feminino estabelece passos sucessivos e opta por alternativas como forma de melhorar o stress. Este gênero, opta por estratégias como o Suporte Instrumental (PM=45.0) e Emocional (PM=46.1), onde recorrem à procura de conselhos e apoio mural. É este mesmo gênero que mais recorre à religião (PM=46.4) como forma de aliviar o stress. As mulheres apresentam valores mais elevados na estratégia de Auto- Culpabilização (PM=45.1).

No entanto o gênero masculino, opta por estratégias como o Coping de Aceitação (PM=55.8), onde ocorre uma aceitação do stress como sendo uma coisa natural, a Expressão de Sentimentos (PM=47.5) e o Humor (PM=50.0), olhar para o fator de stress de uma forma mais “engraçada”.

Por sua vez, as mulheres utilizam o Coping de Negação (PM=44.2), ou seja, agem como se o stress não existe-se. A Auto-distração (PM=43.9), tentam desviar a atenção do stress e o Desinvestimento Comportamental (PM=43.3). Por fim, a última estratégia de coping, o Uso de Substâncias onde os homens aparecem maior escala (PM=45.1).

Tabela 15- Estatísticas de Teste do Teste de Mann-Whitney – Gênero Contra Dimensões EPQ-R-S e Brief Cope

| | U de Mann-Whitney | Z | Significância Assint. (Bilateral) |
|---------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------|
| Neuroticismo | 473.500 | -1.560 | .119 |
| Psicoticismo | 444.000 | -1.906 | .057 |
| Extroversão | 480.500 | -1.494 | .135 |
| Sinceridade | 484.000 | -1.450 | .147 |
| <i>Coping</i> Ativo | 538.500 | -.642 | .521 |
| <i>Coping</i> Planear | 512.500 | -1.037 | .300 |
| <i>Coping</i> Sup. Instrumental | 386.500 | -2.291 | .022 |
| <i>Coping</i> Sup. Emocional | 351.000 | -2.745 | .006 |
| <i>Coping</i> Religião | 373.500 | -2.578 | .010 |
| <i>Coping</i> Reint. Positiva | 571.000 | -.367 | .714 |

| | | | |
|--------------------------------------|---------|--------|------|
| <i>Coping</i> Auto- Culpabilização | 461.000 | -1.638 | .101 |
| <i>Coping</i> Aceitação | 354.500 | -2.747 | .006 |
| <i>Coping</i> Expr. Sentimentos | 520.500 | -.926 | .354 |
| <i>Coping</i> Negação | 478.000 | -1.346 | .178 |
| <i>Coping</i> Auto- Distração | 431.000 | -1.508 | .132 |
| <i>Coping</i> Desinv. Comportamental | 495.000 | -1.166 | .244 |
| <i>Coping</i> Uso Substâncias | 547.000 | -1.389 | .165 |
| <i>Coping</i> Humor | 458.500 | -1.543 | .123 |

As estratégias que mostram valores inferiores a $p=.05$, são as seguintes:

Coping de Suporte Instrumental ($p=.022$) e Emocional ($p=.006$), Coping de Aceitação ($p=.006$) e o Coping de Religião ($p=.010$).

Observando a Tabela 15, podemos constatar que existe uma relação significativamente significativa entre o Género e as dimensões Coping através do Suporte Instrumental ($p=.022$), em que o sexo feminino recorre mais a esta estratégia, Coping através do Suporte Emocional ($p=.006$), em que o sexo feminino recorre mais a esta estratégia e Coping através da Religião ($p=.010$), em que, também, é o sexo feminino que mais recorre a esta estratégia. O Coping através da Aceitação ($p=.006$), ao contrário das estratégias anteriormente mencionadas, é o género masculino quem mais utiliza esta estratégia.

Procedemos de seguida a verificar eventuais diferenças estatisticamente significantes entre os grupos etários e as dimensões sob análise. Foram efetuados testes de Kruskal-Wallis, cujos resultados se apresentam na Tabela 16.

Dimensões de estratégias de *coping* e traços de personalidade segundo o grupo etário

Tabela 16- Teste de Kruskal-Wallis e Respetivos Postos Médios por Grupo Etário e Dimensão

| | Grupo Etário | N | Posto Médio |
|--------------|--------------|----|-------------|
| Neuroticismo | <= 26 | 19 | 47.95 |
| | 27 - 29 | 17 | 45.68 |
| | 30 - 32 | 23 | 43.37 |
| | 33 - 36 | 12 | 32.50 |
| | 37+ | 16 | 47.06 |
| | Total | 87 | |
| Psicoticismo | <= 26 | 19 | 41.66 |
| | 27 - 29 | 17 | 41.32 |
| | 30 - 32 | 23 | 49.91 |

| | | | |
|--|---------|----|-------|
| | 33 - 36 | 12 | 39.46 |
| | 37+ | 16 | 44.53 |
| | Total | 87 | |
| Extroversão | <= 26 | 19 | 50.34 |
| | 27 - 29 | 17 | 31.18 |
| | 30 - 32 | 23 | 54.80 |
| | 33 - 36 | 12 | 34.54 |
| | 37+ | 16 | 41.66 |
| | Total | 87 | |
| Sinceridade | <= 26 | 19 | 36.26 |
| | 27 - 29 | 17 | 41.29 |
| | 30 - 32 | 23 | 39.96 |
| | 33 - 36 | 12 | 51.33 |
| | 37+ | 16 | 56.38 |
| | Total | 87 | |
| <i>Coping</i> Ativo | <= 26 | 19 | 47.92 |
| | 27 - 29 | 16 | 28.22 |
| | 30 - 32 | 23 | 46.17 |
| | 33 - 36 | 11 | 38.05 |
| | 37+ | 15 | 48.50 |
| | Total | 84 | |
| <i>Coping</i> Planear | <= 26 | 19 | 49.11 |
| | 27 - 29 | 17 | 35.06 |
| | 30 - 32 | 23 | 43.41 |
| | 33 - 36 | 11 | 44.45 |
| | 37+ | 15 | 42.57 |
| | Total | 85 | |
| <i>Coping</i> Suporte Instrumental | <= 26 | 19 | 43.29 |
| | 27 - 29 | 16 | 42.38 |
| | 30 - 32 | 23 | 41.35 |
| | 33 - 36 | 11 | 41.64 |
| | 37+ | 14 | 41.18 |
| | Total | 83 | |
| <i>Coping</i> Suporte Emocional | <= 26 | 19 | 42.34 |
| | 27 - 29 | 16 | 40.50 |
| | 30 - 32 | 23 | 37.22 |
| | 33 - 36 | 11 | 46.55 |
| | 37+ | 15 | 49.97 |
| | Total | 84 | |
| <i>Coping</i> Religião | <= 26 | 19 | 41.61 |
| | 27 - 29 | 17 | 38.41 |
| | 30 - 32 | 23 | 37.54 |
| | 33 - 36 | 11 | 49.27 |
| | 37+ | 15 | 53.73 |
| | Total | 85 | |
| <i>Coping</i> Reinterpretação Positiva | <= 26 | 19 | 45.34 |
| | 27 - 29 | 17 | 41.41 |
| | 30 - 32 | 23 | 42.22 |
| | 33 - 36 | 11 | 42.32 |
| | 37+ | 15 | 43.53 |
| | Total | 85 | |
| <i>Coping</i> Auto- Culpabilização | <= 26 | 19 | 42.92 |
| | 27 - 29 | 17 | 47.74 |
| | 30 - 32 | 23 | 43.20 |
| | 33 - 36 | 11 | 46.64 |

| | | | |
|---|---------|----|-------|
| | 37+ | 15 | 34.77 |
| | Total | 85 | |
| <i>Coping</i> Aceitação | <= 26 | 19 | 44.87 |
| | 27 - 29 | 17 | 37.74 |
| | 30 - 32 | 22 | 50.55 |
| | 33 - 36 | 11 | 31.73 |
| | 37+ | 15 | 41.00 |
| | Total | 84 | |
| <i>Coping</i> Expressão de Sentimentos | <= 26 | 19 | 33.63 |
| | 27 - 29 | 17 | 45.21 |
| | 30 - 32 | 23 | 55.48 |
| | 33 - 36 | 11 | 34.68 |
| | 37+ | 15 | 39.33 |
| | Total | 85 | |
| <i>Coping</i> Negação | <= 26 | 19 | 34.82 |
| | 27 - 29 | 17 | 45.62 |
| | 30 - 32 | 23 | 37.85 |
| | 33 - 36 | 11 | 52.91 |
| | 37+ | 14 | 48.61 |
| | Total | 84 | |
| <i>Coping</i> Auto- Distração | <= 26 | 19 | 42.24 |
| | 27 - 29 | 16 | 39.06 |
| | 30 - 32 | 23 | 42.30 |
| | 33 - 36 | 11 | 35.68 |
| | 37+ | 14 | 49.50 |
| | Total | 83 | |
| <i>Coping</i> Desinvestimentos Comportamental | <= 26 | 19 | 36.47 |
| | 27 - 29 | 17 | 44.24 |
| | 30 - 32 | 23 | 41.80 |
| | 33 - 36 | 10 | 46.20 |
| | 37+ | 14 | 44.11 |
| | Total | 83 | |
| <i>Coping</i> Uso Substâncias | <= 26 | 19 | 40.50 |
| | 27 - 29 | 17 | 40.50 |
| | 30 - 32 | 23 | 44.11 |
| | 33 - 36 | 11 | 48.23 |
| | 37+ | 14 | 40.50 |
| | Total | 84 | |
| <i>Coping</i> Humor | <= 26 | 19 | 48.29 |
| | 27 - 29 | 17 | 36.97 |
| | 30 - 32 | 23 | 45.96 |
| | 33 - 36 | 11 | 35.00 |
| | 37+ | 14 | 41.57 |
| | Total | 84 | |

No que concerne os Traços de Personalidade, é possível verificar na Tabela 16 a dimensão de Neuroticismo este apresenta valores mais elevados no grupo etário “<=26” (47.95) e mais baixos no grupo “33-36” (32.50). Relativamente ao Psicoticismo os valores mais elevados surgem no grupo etário “30-32” (49.91) e os mais baixos no “33-36” (39.46). Por sua vez, a Extroversão apresenta-se em grande maioria na faixa etária dos “<=26” (50.34) e em menor dimensão na faixa dos “27-29”

(31.18). Por último, a Sinceridade apresenta-se em grande maioria na faixa dos “37+” (56.38) e com valores mais baixos “<=26” (36.26).

Assim sendo, é possível verificar que o grupo etário mais jovem, “<=26”, apresenta níveis mais altos de Neuroticismo e de Extroversão, ou seja, apesar e mais neuróticos são mais extrovertidos que as restantes faixas etárias. Porém, são menos sinceros que o grupo etário mais velho, “37+”. A faixa etária “30-32” apresenta-se mais Psicótica comparativamente às restantes faixas etárias.

No que diz respeito às estratégias de *Coping*, o *Coping* Ativo apresenta valores elevados no grupo etário “37+” (48.50), no “<=26” (47.92) e mais baixos no “27-29” (28.22). Por sua vez o *Coping* Planejar apresenta-se elevado na faixa etária “<=26” (49.11) e mais baixo “27-29” (35.06). O mesmo acontece com o Suporte Instrumental, onde os valores mais altos são na faixa etária “<=26” (43.29). Porém, os valores mais baixos do Suporte Instrumental são na faixa do “37+” (41.18), ao contrário do Suporte Emocional que apresenta os seus níveis mais elevados nesta faixa etária (49.97) e mais baixos na faixa dos “30-32” (37.22). É evidente que é o grupo etário “33-36” quem mais recorre ao *Coping* Religião (49.27) e menos utilizado no grupo “30-32” (37.54). O *Coping* Reinterpretação Positiva apresenta-se em grande escala na faixa etária dos “<=26” (45.34) e com valores inferiores na faixa dos “27-29” (41.41). Já o *Coping* de Auto- Culpabilização, demonstra ser mais utilizado na faixa dos “27-29” (47.74) e menos utilizado pelos mais velhos, ou seja, a faixa etária dos “37+” (34.77).

No que concerne o *Coping* de Aceitação (50.55) e Expressão de Sentimentos (55.48), estes demonstram estar mais presente no grupo dos “30-32”. O *Coping* de Negação apresenta valores mais acentuados no grupo “33-36” (52.91) e valores inferiores “<=26” (34.82). A estratégia de Auto-Distração demonstra ser bastante utilizada pelo grupo etário “37+” (49.50) e é usada menos vezes pelo grupo “33-36” (35.68).

Relativamente ao Desinvestimento Comportamental, este apresenta valores bastante semelhantes nas idades “27-29” (44.24) e “37+” (40.50). No entanto, o valor mais elevado surge nas idades “33-36” (46.20). O Uso de Substâncias apresenta-se mais elevados nas idades “33-36” (48.23) e com valores semelhantes entre as idades “<=26” (40.50), “27-29” (40.50) e “37+” (40.50).

Por último, o *Coping* de Humor, demonstra os seus valores mais altos nos mais jovens “<=26” (48.29) e os mais baixos na faixa do “33-36” (35.00).

Assim sendo, é possível concluir que o grupo mais jovem utiliza bastante as estratégias do *Coping* Ativo, Planear, de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva e Humor. Por sua vez, a faixa etária “27-29” utiliza mais estratégias como *Coping* de Desinvestimento Comportamental e Auto- Culpabilização e a faixa “30-32” utiliza mais estratégias de Aceitação e Expressão de Sentimentos. Já a faixa etária “33-36”, recorre mais à Religião, Negação e ao Uso de Substâncias. Por fim, a faixa dos “37+”, utiliza maioritariamente a estratégia de Auto-Distração.

Na Tabela 17 surge a análise estatística de Teste através do Teste Kruskal-Wallis, nos respetivos Grupos Etário e Dimensões.

Tabela 17- Estatísticas de Teste do Teste Kruskal-Wallis por Grupo Etário e Dimensão

| | Qui- quadrado | Gl | Significância Assint. |
|--------------------------------------|------------------|----|--------------------------|
| Neuroticismo | 3.339 | 4 | .503 |
| Psicoticismo | 2.123 | 4 | .713 |
| Extroversão | 11.957 | 4 | .018 |
| Sinceridade | 7.571 | 4 | .109 |
| <i>Coping</i> Ativo | 9.267 | 4 | .055 |
| <i>Coping</i> Planear | 3.370 | 4 | .498 |
| <i>Coping</i> Sup. Instrumental | .102 | 4 | .999 |
| <i>Coping</i> Sup. Emocional | 3.108 | 4 | .540 |
| <i>Coping</i> Religião | 5.804 | 4 | .214 |
| <i>Coping</i> Reint. Positiva | .318 | 4 | .989 |
| <i>Coping</i> Auto- Culpabilização | 2.915 | 4 | .572 |
| <i>Coping</i> Aceitação | 6.005 | 4 | .199 |
| <i>Coping</i> Exp. Sentimentos | 11.250 | 4 | .024 |
| <i>Coping</i> Negação | 6.661 | 4 | .155 |
| <i>Coping</i> Auto- Distração | 2.487 | 4 | .647 |
| <i>Coping</i> Desinv. Comportamental | 2.141 | 4 | .710 |
| <i>Coping</i> Uso Substâncias | 7.659 | 4 | .105 |
| <i>Coping</i> Humor | 3.784 | 4 | .436 |

De acordo com o apresentado na Tabela 17, podemos deduzir que existem relações estatisticamente significantes entre o Grupo Etário e Extroversão ($p=0.018$) e o *Coping* através da Expressão de Sentimentos ($p=0.024$). De forma a identificar quais os Grupos Etários onde esta significância se verifica, procedeu-se a comparações emparelhadas para as duas dimensões onde existem relações estatisticamente significativas.

Assim, o primeiro conjunto de comparações emparelhadas foi realizada sobre a dimensão Extroversão, apresentando-se os resultados na Tabela 18.

Tabela 18- Comparações Emparelhadas de Grupos Etários para a Dimensão Extroversão

| Grupo 1 – Grupo 2 | Estatística do teste | Erro Erro | Erro Estatística do | | |
|-------------------|----------------------|-----------|---------------------|------|-----------|
| | | | teste | Sig. | Adj. Sig. |
| 27 - 29- 33 - 36 | -3.365 | 9.383 | -.359 | .720 | 1.000 |
| 27 - 29- 37+ | -10.480 | 8.669 | -1.209 | .227 | 1.000 |
| 27 - 29- <= 26 | 19.166 | 8.309 | 2.307 | .021 | .211 |
| 27 - 29- 30 - 32 | -23.628 | 7.960 | -2.968 | .003 | .030 |
| 33 - 36- 37+ | -7.115 | 9.504 | -.749 | .454 | 1.000 |
| 33 - 36- <= 26 | 15.800 | 9.177 | 1.722 | .085 | .851 |
| 33 - 36- 30 - 32 | 20.263 | 8.863 | 2.286 | .022 | .222 |
| 37+ - <= 26 | 8.686 | 8.445 | 1.029 | .304 | 1.000 |
| 37+ - 30 - 32 | 13.148 | 8.102 | 1.623 | .105 | 1.000 |
| <= 26- 30 - 32 | -4.462 | 7.715 | -.578 | .563 | 1.000 |

Os grupos etários que apresentam valores mais baixos e com uma relação estatisticamente significativa “33-36” contra “30-32” ($p=.022$) e “27-29” contra “30-32” ($p=.003$).

Assim sendo, podemos concluir que a relação estatisticamente significativa, se verifica entre os Grupos Etários “27-29” contra “<=26” ($p=0.021$), com o grupo “<=26” a demonstrar maior Extroversão, os Grupos Etários “27-29” contra “30-32” ($p=0.003$), com o grupo “30-32” a demonstrar maior Extroversão, e os Grupos Etários “33-36” contra “30-32” ($p=0.022$), com o grupo “30-32” a demonstrar maior Extroversão.

Subsequentemente, procedeu-se à comparação emparelhada sobre a dimensão Coping através da Expressão de Sentimentos, cujos resultados se apresentam na Tabela 19.

Tabela 19- Comparação Emparelhadas de Grupos Etários para a Dimensão Coping Através da Expressão de Sentimentos

| Grupo 1 – Grupo 2 | Estatística do teste | Erro Erro | Erro Estatística do | | |
|-------------------|----------------------|-----------|---------------------|------|-----------|
| | | | teste | Sig. | Adj. Sig. |
| <= 26 - 33 - 36 | -1.050 | 8.962 | -.117 | .907 | 1.000 |
| <= 26- 37+ | -5.702 | 8.170 | -.698 | .485 | 1.000 |

| | | | | | | |
|----------|---------|---------|-------|--------|------|-------|
| <= 26- | 27 - 29 | -11.574 | 7.897 | -1.466 | .143 | 1.000 |
| <= 26- | 30 - 32 | -21.847 | 7.333 | -2.979 | .003 | .029 |
| 33 - 36- | 37+ | -4.652 | 9.390 | -.495 | .620 | 1.000 |
| 33 - 36- | 27 - 29 | 10.524 | 9.153 | 1.150 | .250 | 1.000 |
| 33 - 36- | 30 - 32 | 20.796 | 8.671 | 2.398 | .016 | .165 |
| 37+- | 27 - 29 | 5.873 | 8.379 | .701 | .483 | 1.000 |
| 37+- | 30 - 32 | 16.145 | 7.850 | 2.057 | .040 | .397 |
| 27 - 29- | 30 - 32 | -10.272 | 7.566 | -1.358 | .175 | 1.000 |

É possível verificar na Dimensões de estratégias de coping e traços de personalidade segundo a profissão na Tabela 19 que as correlações estatisticamente pertinentes se encontram entre os Grupos Etários “<=26” e “30-32” (p=.003), “33-36” e “30-32” (p=.016) e por fim “37+” e “30-32” (p=.040).

Dimensões de estratégias de *coping* e traços de personalidade segundo a profissão

Tabela 20- Teste de Kruskal-Wallis e Respetivos Postos Médios por Grupo

Profissão e Dimensão

| | Profissão | N | Posto Médio |
|----------------|---------------|----|-------------|
| Neuroticismo | Enfermeiros | 39 | 45.96 |
| | Outros | 24 | 32.06 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 24 | 52.75 |
| | Total | 87 | |
| Psicoticismo | Enfermeiros | 39 | 49.05 |
| | Outros | 24 | 41.54 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 24 | 38.25 |
| | Total | 87 | |
| Extroversao | Enfermeiros | 39 | 47.03 |
| | Outros | 24 | 43.60 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 24 | 39.48 |
| | Total | 87 | |
| Sinceridade | Enfermeiros | 39 | 40.17 |
| | Outros | 24 | 42.13 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 24 | 52.10 |
| | Total | 87 | |
| Coping Ativo | Enfermeiros | 38 | 40.30 |
| | Outros | 24 | 44.88 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 43.70 |
| | Total | 84 | |
| Coping Planear | Enfermeiros | 39 | 43.53 |
| | Outros | 24 | 38.33 |
| | Especialistas | | |

| | | | |
|--------------------------|---------------|----|-------|
| | Pessoal Apoio | 22 | 47.16 |
| | Total | 85 | |
| Coping | Enfermeiros | 38 | 46.55 |
| Suporte Instrumental | Outros | 23 | 37.76 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 38.57 |
| | Total | 83 | |
| Coping | Enfermeiros | 38 | 46.46 |
| Suporte Emocional | Outros | 24 | 36.58 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 42.11 |
| | Total | 84 | |
| Coping Religião | Enfermeiros | 39 | 38.83 |
| | Outros | 24 | 44.10 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 49.18 |
| | Total | 85 | |
| Coping | Enfermeiros | 39 | 43.31 |
| Reinterpretação Positiva | Outros | 24 | 43.92 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 41.45 |
| | Total | 85 | |
| Coping | Enfermeiros | 39 | 43.94 |
| Auto Culpabilização | Outros | 24 | 45.35 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 38.77 |
| | Total | 85 | |
| Coping Aceitação | Enfermeiros | 38 | 44.70 |
| | Outros | 24 | 41.71 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 39.57 |
| | Total | 84 | |
| Coping | Enfermeiros | 39 | 47.37 |
| Expressão Sentimentos | Outros | 24 | 41.33 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 22 | 37.07 |
| | Total | 85 | |
| Coping Negação | Enfermeiros | 39 | 43.32 |
| | Outros | 24 | 36.25 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 21 | 48.12 |
| | Total | 84 | |
| Coping | Enfermeiros | 38 | 34.59 |
| Auto-Distração | Outros | 24 | 43.94 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 21 | 53.19 |
| | Total | 83 | |
| Coping | Enfermeiros | 38 | 44.01 |
| Desinvestimento | Outros | 24 | 39.21 |
| Comportamental | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 21 | 41.55 |
| | Total | 83 | |
| Coping | Enfermeiros | 39 | 41.59 |
| Uso Substâncias | Outros | 24 | 43.96 |
| | Especialistas | | |
| | Pessoal Apoio | 21 | 42.52 |

| | | | |
|--------------|----------------------|----|-------|
| | Total | 84 | |
| Coping Humor | Enfermeiros | 39 | 43.46 |
| | Outros Especialistas | 24 | 38.23 |
| | Pessoal Apoio | 21 | 45.60 |
| | Total | 84 | |

Através da Dimensões de estratégias de coping e traços de personalidade segundo a profissão na Tabela 20, verifica-se, no que diz respeito aos Traços de Personalidade, que no âmbito do Neuroticismo é o Pessoal de Apoio que apresentam valores mais elevados (52.7) e os Outros Especialistas valores inferiores (32.0). no que concerne o Psicoticismo, são os enfermeiros que se destacam (49.0), tal como na Extroversão (47.0). Na última dimensão, Sinceridade, é o Pessoal de Apoio que mostra valores mais altos (52.1).

Após a análise da Dimensões de estratégias de coping e traços de personalidade segundo a profissão na Tabela 20, pode-se concluir que nas dimensões dos Traços de Personalidade, o Pessoal de Apoio apresenta valores mais elevados no Neuroticismo (52.75) e Sinceridade (52.10), ou seja, o Pessoal de Apoio demonstra ser mais neurótico e mais sinceros. Por sua vez, os enfermeiros evidenciam valores mais elevados no Psicoticismo (49.05) e Extroversão (47.03), estes profissionais mostram ser mais psicóticos e mais extrovertidos que os restantes profissionais.

No que concerne as estratégias de Coping, os Outros Profissionais evidenciam utilizar em grande escala o Coping Ativo (44.88), de Reinterpretação Positiva (43.92), Auto Culpabilização (45.35) e o Uso de Substâncias (43.96). Relativamente aos Enfermeiros, estes demonstram utilizar maioritariamente o Suporte Instrumental (46.55) e Emocional (46.46), bem como o Coping de Aceitação (44.70), Expressão de Sentimentos (47.37) e Desinvestimento Comportamental (44.01). por ultimo, o Pessoal de Apoio sobressai o Coping Planear (47.10), o Coping de Religião (49.18), de Negação (48.12), de Auto Distração (53.19) e o Humor (45.60).

De seguida, na Tabela 21, procedeu-se a análise estatística através do Teste Kruskal-Wallis por Profissão e Dimensão.

Tabela 21- Estatísticas de Teste do Teste Kruskal-Wallis por Profissão e Dimensão

| | Qui- quadrado | Gl | Significância Assint. |
|--------------------------------------|------------------|----|--------------------------|
| Neuroticismo | 8.639 | 2 | .013 |
| Psicoticismo | 3.201 | 2 | .202 |
| Extroversao | 1.374 | 2 | .503 |
| Sinceridade | 3.573 | 2 | .168 |
| <i>Coping</i> Ativo | .665 | 2 | .717 |
| <i>Coping</i> Planear | 1.701 | 2 | .427 |
| <i>Coping</i> Sup. Instrumental | 2.743 | 2 | .254 |
| <i>Coping</i> Sup. Emocional | 2.597 | 2 | .273 |
| <i>Coping</i> Religião | 2.771 | 2 | .250 |
| <i>Coping</i> Reint. Positiva | .142 | 2 | .931 |
| <i>Coping</i> Auto- Culpabilização | 1.057 | 2 | .589 |
| <i>Coping</i> Aceitação | .721 | 2 | .697 |
| <i>Coping</i> Exp. Sentimentos | 2.835 | 2 | .242 |
| <i>Coping</i> Negação | 3.097 | 2 | .213 |
| <i>Coping</i> Auto-Distração | 8.737 | 2 | .013 |
| <i>Coping</i> Desinv. Comportamental | .817 | 2 | .664 |
| <i>Coping</i> Uso Substâncias | 1.029 | 2 | .598 |
| <i>Coping</i> Humor | 1.239 | 2 | .538 |

Na Tabela 21, é possível verificar uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão Neuroticismo ($p=.013$) e o *Coping* de Auto Distração ($p=.013$).

No passo seguinte, foram feitas as comparações emparelhadas de Profissão para a Dimensão Neuroticismo, apresentando os resultados na Tabela 22.

Tabela 22- Comparações Emparelhadas de Profissão para a Dimensão Neuroticismo

| Grupo 1 – Grupo 2 | Estatística do teste | Erro Erro | Erro Estatística do teste | Sig. | Adj. Sig. |
|--|----------------------|-----------|---------------------------|------|-----------|
| Outros Especialistas- Enfermeiros | 13.899 | 6.491 | 2.141 | .032 | .097 |
| Outros Especialistas- Pessoal Apoio | -20.688 | 7.222 | -2.864 | .004 | .013 |
| Enfermeiros-Pessoal Apoio | -6.788 | 6.491 | -1.046 | .296 | .887 |

Na Tabela 22 é possível verificar a existência de duas relações estatisticamente significante, entre os “Outros Especialista-Enfermeiros” ($p=.032$) e Outros Especialistas-Pessoal de Apoio($p=.004$).

Tabela 23- Comparações Emparelhadas de Profissão para a Dimensão Coping da Auto Distração

| Grupo 1 – Grupo 2 | Estatística do teste | Erro Erro | Erro | |
|------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|------|
| | | | Estatística do teste | Sig. |
| Enfermeiros-Outros Especialistas | -9.345 | 6.115 | -1.528 | .126 |
| Enfermeiros-Pessoal Apoio | -18.598 | 6.377 | -2.917 | .004 |
| Outros Especialistas-Pessoal Apoio | -9.253 | 7.007 | -1.320 | .187 |

Na Tabela 23 é possível verificar uma relação pertinente entre os profissionais: Enfermeiros e Pessoal de Apoio ($p=.004$).

Verificou-se através de análise realizada, que a Instituição não tem qualquer relação com as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Correlações entre as dimensões de estratégias de coping e os traços de personalidade

Tabela 24- Correlações Não-Paramétricas (rho de Spearman) – Traços de Personalidade e Coping

| | Neuroticismo | Psicoticismo | Extroversão | Sinceridade |
|--------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Ativo | .140 | .126 | -.015 | .020 |
| Planear | .016 | -.107 | -.185 | .140 |
| Suporte Instrumental | -.015 | .073 | -.038 | -.071 |
| Suporte Emocional | .158 | .034 | -.116 | .040 |
| Religião | .132 | -.012 | -.167 | .112 |
| Reinterpretação Positiva | .101 | .203 | -.163 | -.083 |
| Auto- Culpabilização | .098 | .075 | .079 | -.351** |
| Aceitação | -.005 | .156 | -.155 | .270* |
| Expressão de Sentimentos | .007 | -.065 | -.031 | .024 |
| Negação | .350** | .061 | -.097 | -.022 |
| Auto- Distração | .192 | .151 | -.058 | -.134 |
| Desinvestimento Comportamental | .204 | .174 | -.244* | -.051 |
| Uso Substâncias | .014 | .128 | .021 | -.082 |
| Humor | .061 | .099 | .032 | -.080 |

Ao longo da Tabela 24 é possível averiguar, as correlações entre as estratégias de Coping e as dimensões dos Traços de Personalidade. Assim sendo, verificou-se que o Coping Ativo apresenta um valor mais elevado na dimensão Neuroticismo ($p=.146$). O mesmo acontece com o Coping através da Emoção ($p=.158$), Coping através da Negação ($p=.350$) e Auto-Distração ($p=.192$). A dimensão de Psicoticismo demonstra resultados mais altos no Coping através do Suporte Instrumental ($p=.073$),

Coping de Reinterpretação Positiva ($p=.203$), Coping através de Expressão de Sentimentos ($p= -.065$), Uso de Substâncias ($p=.128$) e por fim o Coping através do Humor ($p=.099$). No terceiro Traço de Personalidade, Extroversão, o Coping Planear ($p= -.185$) surge com valores mais altos, tal como o Coping através do Desinvestimento Comportamental ($p= -.224$). Por fim, na última dimensão a Sinceridade, as estratégias que surgem com maior valor é a estratégia de Auto-Culpabilização ($p= -.351$) e Aceitação ($p=.270$).

Na Tabela 24 verifica-se que as correlações mais evidentes são entre o Neuroticismo e a subscala do *Coping*: Negação (.350), bem como a Extroversão e o Desinvestimento Comportamental (-.244). Por sua vez, na Mentira foram encontradas duas correlações: com o *Coping* de Auto-Culpabilização (-.351) e o *Coping* de Aceitação (.270).

Discussão dos Resultados

Apresentamos, agora, os resultados obtidos no âmbito do presente estudo, contrapondo-os com diversos estudos acerca da temática.

Como primeiro objetivo encontrava-se definido: caracterizar os Cuidadores Formais das UCCI e dos CP, em função das variáveis socio profissionais. Verificou-se que a maioria dos inquiridos são do sexo Feminino (79.3%). Vários estudos demonstram que o Género Feminino é predominante na área do “cuidar”, como, por exemplo, no estudo efetuados na RNCCI (Rato, Rando e Rodrigues, 2010), onde 85.4% dos trabalhadores são mulheres. Relativamente à idade, no nosso estudo verifica-se que a maioria cuidadores formais tem idades compreendidas entre os “30 e 32” (26.4%) anos, seguido do grupo etário “27-29” (19.5%). Os nossos dados vão de encontro ao estudo feito por Rato, Rodrigues e Rando (2010), onde mais de metade dos cuidadores formais encontram-se na faixa etária inferior até aos 35 anos. No que diz respeito à Escolaridade, maior parte dos nossos inquiridos possui a Licenciatura (58.6%), o mesmo se verificando no estudo de Rato et al (2010), onde 51.8% possui a Licenciatura como habilitação literária. Ainda no presente estudo, verifica-se que prevalece a profissão de enfermagem (44.8%) comparativamente a outros profissionais e a pessoal de apoio. No estudo feito pelos autores Rato et al (2010), verifica-se o mesmo resultado (32.4%).

No que concerne às questões “Recebeu formação na área da demência?” e “Recebeu formação na área dos cuidados continuados a utentes?”, em ambas as questões a maioria dos inquiridos responderam positivamente (65.5% ; 67.8%).

Na continuação deste estudo e para dar resposta ao objetivo dois foi aplicado o questionário EPQR-S como forma avaliar os Traços de Personalidade dos respondentes. Assim fez-se, uma primeira análise das respostas ao respetivo questionário, por ambos os géneros. Os resultados obtidos foram que no Traço Neuroticismo, o género feminino (M=4.362) demonstra ser mais neurótico que o género masculino (M=3.055). Um estudo realizado por Correia (2014), demonstra valores semelhantes para o género feminino (M=5.23).

No que concerne o Psicoticismo, este apresenta os valores mais elevados para o género Masculino (M=2.88), ou seja, os homens demonstram ser mais psicóticos que as mulheres (M=2.37). Os nossos resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Correia (2014), onde o autor abordou a temática dos Traços de

Personalidade, Estados Emocionais e Condução em ambos os sexos, onde os homens apresentam valores mais elevados que as mulheres (M=2.65). Já no Traço da Extroversão, mais uma vez, é o género Masculino que sobressai (M=9.94). Os homens demonstram maiores níveis de extroversão que o género Feminino (M=8.98). Porém, no estudo de Correia (2014), são as mulheres que demonstram ser mais extrovertidas (M=8.66).

No último Traço de Personalidade, a Sinceridade, as mulheres apresentam resultado superiores (M=8.31) aos homens (M=7.66). As mulheres, segundo o nosso estudo, demonstram ser mais sinceras que o género oposto. O mesmo acontece no estudo de Correia (2014), onde as mulheres surgem com uma Média superior à dos Homens (M=7.45; M=7.37). No entanto, Yousef e Al-Houfey (2014), encontraram resultados opostos, com os respondentes do sexo masculino a terem uma pontuação superior neste traço.

Como forma a avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos Cuidadores Informais, foi aplicado o questionário Brief-Cope aos respetivos inquiridos. Assim sendo, fez-se um cruzamento entre as 14 estratégias de *coping* e o Género. Obtivemos os seguintes resultados: denota-se que Género Masculino utiliza em maior escala a Reinterpretação Positiva (M=2.25), a Aceitação (M=2.13), o *coping* através da Expressão de Sentimentos (M= 1.80) e *coping* de Humor (M=2.02), ou seja, utilizam o humor como forma de lidar com o fator de stress. Estes resultados vão ao encontro do estudo efetuado por Santos (2011), onde o *coping* através da Reinterpretação Positiva, surge com 67%.

No presente estudo verificamos relações estatisticamente significantes entre um conjunto de variáveis socioprofissionais e traços de personalidade e estratégias de *coping*.

Como forma de dar resposta ao terceiro objetivo, realizou-se um cruzamento de dados entre as respostas dadas pelos inquiridos no Questionário EQP-R-S e *Brief-COPE*, com os respetivos dados Socioprofissionais.

Em termos das relações com o género encontramos relações com o *coping* Suporte Instrumental (p=.022), Suporte Emocional (p=.006) e Religião (p=.010), com as respondentes do sexo feminino a obter pontuações superiores, sendo que no *coping* através da Aceitação (p=.006) são os respondentes do sexo masculino a ter pontuações mais altas. Ptacek, Smith e Dodge (1994), identificaram que jovens mulheres utilizavam mais estratégias de *coping* orientadas pela emoção o que se

verifica no nosso estudo com as diferenças estatisticamente significantes encontradas entre o género feminino e um maior uso da estratégia de *coping* através do Suporte Emocional ($p=.006$) e Religião ($p=.010$). Stone e Neale (1984) concluíram que os respondentes do sexo masculino utilizavam estratégias de *coping* através da Aceitação, o que corrobora com os resultados aqui obtidos.

Para os resultados encontrados no que diz respeito à relação entre a escolaridade e o *coping* através da Religião, não se encontraram estudos em que estas variáveis tenham sido correlacionadas.

Em termos da profissão exercida, esta demonstrou ter uma relação estatisticamente significativa com o Neuroticismo ($p=.013$), sendo que os Enfermeiros demonstram pontuações mais altas para este traço quando comparados com os Outros Especialistas. Dado que a heterogeneidade na categoria Pessoal de Apoio ser alta, não foi possível encontrar outros estudos para corroborar ou contrapor os resultados encontrados. No entanto, em relação aos Enfermeiros, Yousef e Al-Houfey (2014) concluíram que, no seu estudo entre estudantes de enfermagem, o neuroticismo era predominante entre as estudantes do sexo feminino, o que poderá explicar o elevado nível de neuroticismo entre os Enfermeiros no presente estudo dado que dos 39 Enfermeiros, 27 são do género feminino.

Bakker, Van Der Zee, Lewig e Dollard (2006), concluíram que pessoas com níveis mais altos de neuroticismo utilizam mais as estratégias de *coping* baseadas na negação e auto-distração, tendo-se verificado, em relação à negação, o mesmo neste estudo.

Proposta de Intervenção/Fundamentação

Os fatores de personalidade e as estratégias de coping têm sido estudados na área da Psicologia como elementos importantes relacionados à saúde dos profissionais e o seu consequente impacto nos cuidados de saúde que prestam aos utentes e família.

As evidências descrevem que todos os fatores de personalidade parecem exercer impacto na saúde física, contudo, percebe-se que o fator Neuroticismo tem efeitos negativos na saúde e tem sido relacionado a uma série de doenças físicas. Já a Realização parece ser o fator mais relacionado a comportamentos saudáveis em relação à saúde. Dentre os cinco fatores, aquele que tem demonstrado maior relação com problemas de saúde físicos entre adultos é o Neuroticismo (Goodwin, Cox, & Clara, 2006; Neeleman, Sytema & Wadsworth, 2002; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2007; Moreno-Jiménez, Blanco, Rodriguez-Muñoz, & Hernandez, 2007). Pessoas com altas pontuações no fator Neuroticismo são menos capazes de lidar com o stresse, além de experimentarem uma condição crónica de instabilidade emocional (McCrae & John, 1992). Goodwin et al. (2006) afirmam que os mecanismos de associação entre Neuroticismo e doenças físicas ainda não é totalmente conhecido. Segundo estes autores, é possível que níveis elevados de Neuroticismo levem ao desenvolvimento de distúrbios físicos, seja pelo caminho bioquímico ou através de comportamentos que promovam o desenvolvimento de doenças.

Neste sentido propomos um programa de coaching Psicológico ao serviço dos cuidadores formais no contexto em estudo. A prática do Coaching Psicológico pode ser descrita como um processo facilitador que busca incrementar o desempenho, a aprendizagem e o crescimento do ser humano – como indivíduo ou dentro de um grupo. O Coaching Psicológico visa aumentar o nível de satisfação e de bem-estar, o desempenho na vida particular e profissional e reduzir o stresse no trabalho, promovendo melhores resultados e mais sucesso.

O coaching é considerado por Grant (2003), Palmer e Whybrow (2014), uma relação de ajuda focada em objetivos de desenvolvimento profissional e pessoal dos clientes/coachees. Este modelo integrativo de Coaching psicológico tem uma base humanista, assente nos trabalhos de autores como Maslow (1970), Rogers (1980) e Goleman, Boyatzis e McKee (2002), defendendo que os indivíduos têm uma tendência natural para o desenvolvimento visando um funcionamento otimizado e

que as emoções têm uma influência efetiva no potencial humano e conseqüentemente no seu desenvolvimento profissional.

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.

Formato das Sessões

As sessões de coaching poderão decorrer individualmente ou em grupo, numa média de doze sessões com a duração de 1 ou 2 horas cada, com intervalo de duas em duas semanas. A duração da intervenção pode variar mediante as especificidades dos profissionais.

Ferramenta 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). É um questionário psicométrico baseado na Teoria de Jung dos tipos psicológicos, reformulada e desenvolvida por Katharine Cook Briggs e Isabel Briggs Myers. Com mais de 50 anos de investigação e desenvolvimento, o MBTI é uma das ferramentas mais utilizadas a nível mundial no domínio do autoconhecimento, desenvolvimento de líderes e de equipas, estando traduzido em mais de 30 línguas e contabilizando,

anualmente, mais de 3,5 milhões de aplicações. Este questionário avalia preferências individuais e não traços de personalidade, aptidões ou competências (Myers, 2000; Myers & Kirby, 2000; Myers, et al., 2003; Passmore, Rawle-Cope, Gibbes, & Holloway, 2006). O conceito de preferência refere-se ao modo que as pessoas privilegiam na execução de uma determinada atividade ou tarefa.

O Coaching Psicológico enquanto processo de autoconhecimento e desenvolvimento profissional e pessoal assenta numa relação de ajuda, balizada nas descobertas da Psicologia sobre o funcionamento do ser humano na sua complexidade biopsicossocial, portanto, uma abordagem mais eclética da tradicionalmente utilizada, por exemplo, em processos de aconselhamento de carreira. Nesse sentido, o coach é capaz de ajustar métodos, práticas e ferramentas à especificidade e objectivos de cada coachee, criando condições facilitadoras da aprendizagem e, conseqüentemente, de mudança, comparativamente, com outro tipo de abordagens.

Resumindo os cuidadores formais poderão otimizar as suas carterísticas pessoais e profissionais o que por sua vez irá ter impacto na melhoria dos cuidados prestados. Neste mundo contemporâneo, globalizado e multicêntrico, esta flexibilidade adaptativa é uma mais-valia diferenciadora nos cuidados de saúde ao individuo e sua família.

Conclusões e considerações finais

O presente estudo teve como objetivos principais a caracterização de uma amostra de cuidadores formais, bem como a análise das relações entre as variáveis em causa, nomeadamente, estratégias de *coping* e traços de personalidade. Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de cuidadores formais em três instituições do norte de Portugal, atendendo a pessoas cujo grau de autonomia e capacidade é variado. Foram ainda realizadas análises de comparação de grupos, tendo por base as variáveis sociodemográficas reportadas, nomeadamente, idade, sexo, habilitações e variáveis profissionais, anos de serviço; função que desempenha e se recebeu formação.

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 87 participantes (45 de Bragança, 12 de Miranda do Douro e 30 de Vizela) cuidadores formais, desempenhando as mais variadas funções, sendo a amostra maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 26 e mais de 37 anos de idade.

Os resultados da análise estatística confirmaram que determinadas características sociodemográficas e profissionais influenciam as estratégias de *coping* e os traços de personalidade dos indivíduos.

Assim sendo, é possível verificar que o género influencia a escolha da estratégia de coping. Onde as mulheres recorrem mais ao Coping através do Suporte Instrumental e Emocional, bem como ao Coping através da Religião. Por sua vez, o género oposto recorre mais vezes ao Coping através da Aceitação. Posto isto, denota-se que as mulheres têm mais necessidade de apoio mural e procuram mais informação e conselhos acerca da fonte de stress. Demonstram voltar-se mais para a religião, como forma de aliviar o stress. Já o género masculino, aceita de uma forma natural o stress.

Para além do género, a idade também influencia a escolha das Estratégias de Coping. Verifica-se que o Coping através da Expressão de Sentimentos é a estratégia mais utilizada. No grupo etário, surge o Traço de personalidade: expressão que se encontra direcionada para o relacionamento com o próximo.

Ao longo do estudo foi possível verificar uma ligação entre o Coping através Auto-Distração, ou seja, o sujeito foca-se em outras atividades para desviar a mente do problema, com a Neuroticismo. O Traço de Personalidade Neuroticismo, encontra-se associado à depressão e ansiedade. No presente estudo, é possível averiguar que os

profissionais que demonstram ser mais neuróticos são “Outros Especialistas”. O Coping através da Auto-Distração surge em maior escala nos profissionais como os Enfermeiros e Pessoal de Apoio.

No decorrer do estudo foi possível analisar, diversas relações entre as Estratégias de Coping e os Traços de Personalidade. Nomeadamente, entre o Neuroticismo e Coping através da Negação, existe uma recusa em acreditar na existência do stress. Bem como entre a Extroversão e o Desinvestimento Comportamental. O Traço da Sinceridade encontra-se relacionado com o Coping através da Auto-Culpabilização e Aceitação.

Assim sendo, é possível afirmar que este estudo foi ao encontro dos objetivos formulados.

Referências Bibliográficas

- Allik, J., & McCrae, R. R. (2002). A five-factor theory perspective. In *The five-factor model of personality across cultures* (pp. 303-322). Springer US.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*.
- Allport, G. W. (1966). Traits revisited. *American psychologist*, 21(1), 1.
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2008). Estudo Exploratório com a Versão Experimental Portuguesa do Questionário de Personalidade de Eysenck-Forma Revista (EPQ-R). In *Actas da XIII Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos"*.
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck-Forma Revista (EPQ-R). *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica*, 2, 213-231.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). Copyright. Recuperado em: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-50.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 729.
- Bergeret, J. (1997) *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bessa, L. A. S. (2011). *Personalidade e procura de sensações*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Jurídica. Universidade Fernando Pessoa.
- Costa, E. & Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 2(XXIV), 189-199.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory: Manual, form S and form R*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13(6), 653-665.
- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau*, 2(4), 01-13.

- Dinis, A., Gouveia, J. P., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas–Versão Reduzida. *Psychologica*, (54), p-175.
- emocional nas Organizações*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Routledge & K. Paul.
- Eysenck, H. J. (1959). *Manual of the Maudsley personality inventory*. University of London Press.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality* (3rd ed.). London: Methuen.
- Eysenck, H. J. (2001). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1964). An improved short questionnaire for the measurement of extraversion and neuroticism. *Life sciences*, 3(10), 1103-1109.
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Félix, A. F. D. S. (2013). *Cuidados paliativos: concretização na comunidade*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Figueirinha, D., Marques, I., & Simões, J. A. (2012). Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados. *Revista Portuguesa de Bioética*, 16, 103-106.
- Fischer, G. & Tarquinio, C. (2006) . *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fiske, M. (1982). Challenge and defeat: Stability and change in adulthood. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, 529-543.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.

- Fonseca, A., Simões, A., & Eysenck, S. B. (1991). Um estudo intercultural da personalidade: Comparação de adultos portugueses e ingleses no EPQ. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 25(2), 187-203.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fradique, E. M. D. S. (2010). *Efectividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade de Lisboa.
- Francis, L. J. (1991). Personality and attitude towards religion among adult churchgoers in England. *Psychological Reports*, 69(3), 791-794.
- Friedman, H., & Schustack, M. (2004). Teorias da Personalidade. *Da teoria clássica à pesquisa moderna*.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Os Novos Líderes – A Inteligência*
- Gomez, R., Holmberg, K., Bounds, J., Fullarton, C., & Gomez, A. (1999). Neuroticism and extraversion as predictors of coping styles during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 27(1), 3-17.
- Gonçalves, A. I. R. (2013). *Estudo da adequação da rede nacional de cuidados continuados integrados às necessidades da população—o conhecimento da realidade como instrumento de apoio à gestão* (Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde .
- Goodwin, R. D., Cox, B. J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of behavioral medicine*, 29(3), 229-238.
- Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(3), 253-263.
- Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de vida, estratégias de coping, burnout, sobregarga e sintomas psicopatológicos numa amostra de cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado.
- Hansenne, M. (2005). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Jacob, L. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idoso*. Viseu: Psicossoma.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- LIPP, M. N. (2014). O percurso do stress: Suas etapas. <http://www.estrresse.com.br/publicacoes/o-percurso-do-stress-suas-etapas>. Acesso em Maio de 2017.
- Lundin, R. (1972). *Abnormal Personality*-Butcher, Jn.
- Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., da Graça Vinagre, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala Brief COPE para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 300-313.
- Martínez, E., & Barreto, M. P. (2002). Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. *Dias M, Durá E: Territórios da Psicologia Oncológica, Climepsi Editores, Lisboa, 1*, 527-545.
- Martins, M. D. C., & Melo, J. M. (2008). Cuidados continuados... uma aposta para o futuro!. *Millenium*, 103-106.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60(2), 175-215.
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., & Yik, M. S. (1996). Universal Aspects of Chinese Personality. *The Psychology of the Chinese People*, 189-207.
- Meireles, S. C. D. S. (2016). *Burnout em cuidadores formais de idosos*. Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Editora Lusociência.
- Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei no 101/2006. *Diário da República*, 3856-3865.
- Ministros, C. (2012). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. *Mundo saúde (1995)*, 105-118.
- Moreno-Jiménez, B., Blanco, B. L., Rodríguez-Muñoz, A., & Hernández, E. G. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of psychosomatic research*, 62(1), 39-46.
- Myers, I. B. (2000). *Introduction to Type* (6th edition). Mountain View, CA: CPP, Inc.

- Myers, I. B., Mccaulley, M. H., Naomi, L. Q., & Hammer, A. L. (2003). *MBTI Manual*. Mountain View, California: CPP, Inc.
- Myers, K. D., & Kirby, L. K. (2000). Introduction to Type Dynamics and Development – exploring the next level of type. Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Neeleman, J., Sytéma, S., & Wadsworth, M. (2002). Propensity to psychiatric and somatic ill-health: evidence from a birth cohort. *Psychological medicine*, 32(5), 793-803.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomini, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação psicológica*, 8(1).
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19(4), 491-502.
- Palma, M. T. M. M. (2012). *A prossecução dos estudos: O papel da personalidade na tomada de decisão* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) ISPA-Instituto Universitário.
- Palmer, S., & Whybrow, A. (Eds.). (2014). *Handbook of coaching psychology: A guide for practitioners*. Sussex: Routledge.
- Passmore, J., Rawle-Cope, M., Gibbes, C., & Holloway, M. (2006). MBTI types and executive coaching. *The Coaching Psychologist*, 2 (3), 6-14.
- Passos, M. F., & Laros, J. A. (2014). O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade: Revisão de literatura. CEP, 70910, 900.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Pearson, P. R., & Francis, L. J. (1989). The dual nature of the Eysenckian lie scales: are religious adolescents more truthful?. *Personality and individual differences*, 10(10), 1041-1048.
- Prata, L. I. N. (2014). *Burnout, coping e qualidade de vida profissional do cuidador formal em contexto de reabilitação* (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Universidade de Aveiro.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430

- Rato, H., Rodrigues, M., & Rando, B. (2010). Estudo de Caracterização do Capital Humano do Pessoal da RNCCI.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Ribeiro, P. A. D. S. (2014). *Resiliência, Coping e Autocompaixão em Cuidadores Formais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.) Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28.
- Rodrigues, S. M. L. (2009). *A educação para a saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: um estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros* (Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde). Universidade do Minho, Instituto em Educação e Psicologia.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rondina, R., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol*, 33(5), 592-601.
- Ruviaro, M., & Bardagi, M. P. (2010). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói*, (33), 194.
- Santos, C. A. M. D. (2011). *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados: o idoso, a alta e a capacidade funcional*. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais. Braga.
- Santos, D. M. D. (2011). *Burnout, estratégias de Coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga. Braga
- Sanzovo, C. É., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 24(2), 227-238.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. *Advances in experimental social psychology*, 21, 303-346.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2002). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Segurança Social (2017). Recuperado em: <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Seixo, C. S. D. P. P. (2015). *Transmissão de más notícias em contexto de cuidados continuados integrados*. Relatório de Estágio em Cuidados Continuados. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Bragança
- Senden, D. A., Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. D., Terroso, L. B., & Argimon, I. I. (2013). Análise da personalidade de profissionais da área da saúde: um estudo pelo teste Palográfico. *Aletheia*, (42), 62-70.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias; 3ª edição revista e aumentada*. Lisboa: Dinalivro, Distribuidora Nacional de Livros, LDA, Edição de Autor.
- Serra, A. S. V., & Gomes, F. A. (1973). Resultados da aplicação do "Maudsley Personality Inventory" a uma amostra portuguesa de indivíduos normais. *Coimbra Médica*, 20, 859-873.
- Silva, C. S. B. M. (2016). *Qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress dos cuidadores formais de uma unidade de cuidados continuados integrados do Alentejo*. Dissertação de Mestrado em 2º Ciclo de Estudos de Gerontologia. Instituto Politécnico e Portalegre, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde. Portalegre
- Silva, I. B., & Nakano, T. D. C. (2011). Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.
- Simonetti, J. & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista Escola Enfermagem USP*, 42(1), 19-25.
- Sisto, F. F., Oliveira, S. M. S., de Oliveira, K. L., Bartholomeu, D., Oliveira, J. C. S., & Costa, O. R. S. (2004). Escala de traços de personalidade para crianças e aceitação social entre pares. *Interação em Psicologia*, 8(1), 15-24.

- Sordes-Ader, F., Fsian, H., Esparbès, S., & Tap, P. (1996). Stratégies de coping et désirable sociale. *Aprendizagem e desenvolvimento*, 4(15/16), 165-173.
- Sousa, M., e Baptista, C. (2011). Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios - segundo Bolonha. Lisboa: Pactor.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 892.
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 47-56.
- Taquemori, L. Y., & Sera, C. T. N. (2008). Interface intrínseca: equipe multiprofissional. Ayer R, coordenador. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Caderno CREMESP, 55-7.
- Vaz Serra, A. (1984). O sentido clínico da expectativa. *Psiquiatria Clínica*, 5 (3), 107-117.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas.
- Vaz-Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J. F. (1980). Resultado da aplicação do Eysenk personality inventory a uma amostra da população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.
- Verissimo, R. (2001). Personalidade: Conhecer as pessoas.
- Waldow, V. R. (2008). Atualização do cuidar. *Aquichan*, 8(1), 85-96.
- Yousef, H. R., & Al-Houfey, A. A. (2014). Compatibility of Personality Traits with the Profession for Faculty of Nursing Students At Assiut University. *Br J Educ*, 2(3), 44-56.

Anexos

Anexo I – Pedido de autorização para a realização do estudo nas instituições



Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srº

Provedor da Santa da Misericórdia de Bragança

Venho por este meio solicitar a colaboração desta prestigiada instituição no trabalho de investigação “**Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: Coping e Traços de Personalidade**”, inserida no Mestrado de Cuidados Continuados pelo Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde. Solicito a Vª Exª que se digne autorizar a recolha de dados na instituição, junto aos diversos profissionais que constituem a equipa de Cuidados Continuados. A recolha de dados será feita através de três questionários: **Questionário sociodemográfico e profissional:** recolha de dados da área sociodemográfica e profissional; **Brief COPE**, é um instrumento de autopreenchimento constituído por 28 itens agrupados em 14 escalas, que pretende avaliar as estratégias de Coping e **EPQ-R-S:** é constituído por um grupo de quarenta e oito itens de resposta dicotómica (sim ou não) que permitem avaliar as três dimensões básicas da personalidade. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais, visto que não existe uma identificação dos participantes.

Através deste trabalho pretende-se caracterizar com as variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI; analisar os traços de personalidade e coping destes profissionais; e verificar se existem associações significativas entre estas variáveis.

Todos os dados recolhidos são para uso único desta investigação, zelando pelo anonimato dos participantes.

Pede deferimento:

A aluna: Marta Filipa Afonso Gomes

Orientadora: Ana Galvão

Bragança, 2017

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srº

Provedor da Santa da Misericórdia de Miranda do Douro

Venho por este meio solicitar a colaboração desta prestigiada instituição no trabalho de investigação “**Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: Coping e Traços de Personalidade**”, inserida no Mestrado de Cuidados Continuados pelo Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde. Solicito a Vª Exª que se digne autorizar a recolha de dados na instituição, junto aos diversos profissionais que constituem a equipa de Cuidados Continuados. A recolha de dados será feita através de três questionários: **Questionário sociodemográfico e profissional:** recolha de dados da área sociodemográfica e profissional; **Brief COPE**, é um instrumento de autopreenchimento constituído por 28 itens agrupados em 14 escalas, que pretende avaliar as estratégias de *Coping* e **EPQ-R-S:** é constituído por um grupo de quarenta e oito itens de resposta dicotómica (sim ou não) que permitem avaliar as três dimensões básicas da personalidade. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais, visto que não existe uma identificação dos participantes.

Através deste trabalho pretende-se caracterizar com as variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI; analisar os traços de personalidade e coping destes profissionais; e verificar se existem associações significativas entre estas variáveis.

Todos os dados recolhidos são para uso único desta investigação, zelando pelo anonimato dos participantes.

Pede deferimento:

A aluna: Marta Filipa Afonso Gomes

Orientadora: Ana Galvão

Bragança, 2017

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srº

Provedor da Santa da Misericórdia de Vizela

Venho por este meio solicitar a colaboração desta prestigiada instituição no trabalho de investigação “**Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: Coping e Traços de Personalidade** inserida no Mestrado de Cuidados Continuados pelo Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde. Solicito a Vª Exª que se digne autorizar a recolha de dados na instituição, junto aos diversos profissionais que constituem a equipa de Cuidados Continuados. A recolha de dados será feita através de três questionários: **Questionário sociodemográfico e profissional:** recolha de dados da área sociodemográfica e profissional; **Brief COPE**, é um instrumento de autopreenchimento constituído por 28 itens agrupados em 14 escalas, que pretende avaliar as estratégias de Coping e **EPQ-R-S:** é constituído por um grupo de quarenta e oito itens de resposta dicotómica (sim ou não) que permitem avaliar as três dimensões básicas da personalidade. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais, visto que não existe uma identificação dos participantes.

Através deste trabalho pretende-se caracterizar com as variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI; analisar os traços de personalidade e coping destes profissionais; e verificar se existem associações significativas entre estas variáveis.

Todos os dados recolhidos são para uso único desta investigação, zelando pelo anonimato dos participantes.

Pede deferimento:

A aluna: Marta Filipa Afonso Gomes

Orientadora: Ana Galvão

Bragança, 2017

Anexo II – Consentimento Informado



No âmbito da tese de Mestrado em Cuidados Continuados, que está a ser realizada na Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Bragança, pela aluna Marta Gomes, sob orientação da Professora Doutora Ana Galvão, e que se intitula **“Cuidadores Formais em Contexto de Cuidados Continuados e Paliativos: Coping e Traços de Personalidade”** vimos por este meio solicitar a colaboração de V. Exas.

Este trabalho tem como objetivo caracterizar com as variáveis sociodemográficas e profissionais os cuidadores formais de algumas Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI; analisar os traços de personalidade e coping destes profissionais; e verificar se existem associações significativas entre estas variáveis (entre si e com as variáveis sociodemográficas e profissionais).

Assim, serão aplicados três instrumentos de recolha de dados:

1. Questionário sociodemográfico e profissional;
2. Brief COPE (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) ;
3. O EPQR-S (Eysenck & Eysenck, 1996);

Desde já informa que todas as informações obtidas serão para uso exclusivo deste estudo e permanecerão anónimas.

Este trabalho foi aprovado pelo provedor da Santa casa Misericórdia de Miranda do Douro e pelo Instituto Politécnico de Bragança.

Grata por toda a colaboração e disponibilidade!

Marta Gomes.

(Bragança, 2017)

Anexo III – Instrumento de recolha de dados : Questionário Socioprofissional

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Qual o seu grau de escolaridade?**

1o Ciclo do ensino básico (4.a classe)

2o Ciclo do ensino básico (5o/6o ano)

3o Ciclo do ensino básico (7o ao 9o ano)

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro: Qual? _____

4. **Qual a sua profissão?**

Médico/a

Enfermeiro/a

Assistente Social

Fisioterapeuta

Terapeuta da Fala

Auxiliar de ação médica

Animador/a Social

Diretor/a Técnico

Administrativo/a

Auxiliar de serviço geral

Copeira

Ajudante de cozinha

Cozinheiro/a

5. Há quantos anos trabalha nesta instituição? _____

6. Quantas horas por dia contacta com os utentes desta instituição?

7. Recebeu formação na área da demência Sim Não

8. Recebeu formação na área dos cuidados continuados a utentes?

Sim Não

Anexo IV – Instrumento de Recolha de Dados : Questionário *Brief-COPE*

Questionário Brief Cope - Carver, 1997; Versão Portuguesa de Ribeiro & Rodrigues, 2004

0-Nunca faço isto; 1-Por vezes faço isto; 2-Muitas vezes faço isto; 3-Faço sempre isto

| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. | | | | |
| 2 | Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho). | | | | |
| 3 | Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer. | | | | |
| 4 | Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação. | | | | |
| 5 | Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação. | | | | |
| 6 | Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma. | | | | |
| 7 | Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos). | | | | |
| 8 | Procuo o conforto e compreensão de alguém. | | | | |
| 9 | Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual. | | | | |
| 10 | Rezo ou medito. | | | | |
| 11 | Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva. | | | | |
| 12 | Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer. | | | | |
| 13 | Faço críticas a mim própria/o. | | | | |
| 14 | Culpo-me pelo que está a acontecer. | | | | |
| 15 | Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer. | | | | |
| 16 | Tento aprender a viver com a situação. | | | | |
| 17 | Fico aborrecida/o e expesso os meus sentimentos (emoções). | | | | |
| 18 | Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento. | | | | |
| 19 | Tenho dito para mim próprio: “Isto não é verdade”. | | | | |

| | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|
| 20 | Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo. | | | | |
| 21 | Refugio-me noutras atividades para me distrair da situação. | | | | |
| 22 | Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras. | | | | |
| 23 | Desisto de me esforçar para obter o que quero. | | | | |
| 24 | Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo. | | | | |
| 25 | Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor. | | | | |
| 26 | Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas. | | | | |
| 27 | Enfrento a situação levando-a para a brincadeira. | | | | |
| 28 | Enfrento a situação com sentido de humor. | | | | |

Anexo V – Instrumento de recolha de dados : Questionário de EPQ-R-S

Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R-S).

Eysenck & Eysenck, 1996, versão portuguesa de Almiro & Simões (2014).

Indique se:

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. É uma pessoa que muda muitas vezes de humor ou disposição | | |
| 2. Dá muita importância ao que as outras pessoas pensam | | |
| 3. Considera-se uma pessoa faladora | | |
| 4. Se afirma que fará uma determinada coisa, mantém sempre a promessa, mesmo que isso venha a ser desfavorável para si | | |
| 5. Já alguma vez se sentiu um “desgraçado ou infeliz” sem ter motivos para isso | | |
| 6. Preocupa-se com a possibilidade de vir a ter dívidas | | |
| 7. É uma pessoa bastante animada | | |
| 8. Alguma vez foi ganancioso de modo a ficar com mais do que aquilo que lhe pertencia | | |
| 9. Considera-se uma pessoa irritável | | |
| 10. Tomaria drogas que pudessem ter um efeito estranho ou perigoso | | |
| 11. Gosta de conhecer novas pessoas | | |
| 12. Alguma vez atribuiu as culpas a alguém, mesmo sabendo que a culpa era sua | | |
| 13. Sente os seus sentimentos feridos com facilidade | | |
| 14. Prefere fazer as coisas à sua maneira em vez de se deixar guiar pelas regras | | |
| 15. Consegue, habitualmente, descontrair e divertir-se numa festa animada | | |
| 16. Todos os seus hábitos são bons ou desejáveis | | |
| 17. Sente-se frequentemente farto | | |
| 18. As boas maneiras e a limpeza têm muita importância para si | | |
| 19. Costuma ter a iniciativa em fazer novas amizades | | |
| 20. Já alguma vez ficou com alguma coisa (mesmo que insignificante) que pertencesse a outra pessoa | | |
| 21. Considera-se uma pessoa nervosa | | |
| 22. Acha que o casamento está fora de moda e deveria deixar de existir | | |
| 23. Consegue facilmente animar uma festa monótona | | |
| 24. Já alguma vez partiu ou perdeu algo que pertencia a outra pessoa | | |
| 25. Considera-se uma pessoa preocupada | | |
| 26. Gosta de cooperar com os outros | | |
| 27. Tem tendência para se isolar em situações sociais | | |
| 28. Fica preocupado se souber que há erros no seu trabalho | | |

| | | |
|---|--|--|
| 29. Já alguma vez falou mal, ou de forma maldosa, de alguém | | |
| 30. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa | | |
| 31. Acha que as pessoas ocupam muito tempo com poupanças e seguros para salvaguardar o futuro | | |
| 32. Gosta de se misturar com as pessoas | | |
| 33. Quando era criança foi alguma vez atrevido para os seus pais | | |
| 34. Fica, durante muito tempo, preocupado após uma experiência embaraçosa | | |
| 35. Procura não ser mal educado com as outras pessoas | | |
| 36. Gosta de ter muita animação e alvoroço à sua volta | | |
| 37. Já alguma vez fez batota ao jogo | | |
| 38. Sofre dos “nervos” | | |
| 39. Gostaria que as outras pessoas tivessem medo de si | | |
| 40. Já alguma vez se aproveitou de alguém | | |
| 41. Conserva-se, geralmente, calado quando está com outras pessoas | | |
| 42. Sente-se frequentemente só | | |
| 43. Pensa que é melhor seguir as regras da sociedade do que ir pelo seu próprio caminho | | |
| 44. As outras pessoas consideram-no uma pessoa bastante animada | | |
| 45. Costuma fazer sempre aquilo que diz | | |
| 46. Sente-se muitas vezes perturbado com sentimentos de culpa | | |
| 47. Deixa, algumas vezes, para amanhã o que deve fazer hoje | | |
| 48. Consegue manter uma festa animada | | |