

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte



Curso de Mestrado em Psicogerontologia

**Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e
Regulação Emocional em Cuidadores Formais
de Idosos na Valência Lar. Um Estudo
Exploratório**

Maria Manuela Soares Coelho

Gandra, 17 de Junho de 2011

**Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e
Regulação Emocional em Cuidadores Formais
de Idosos na Valência Lar. Um Estudo
Exploratório**

Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, apresentada no
Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob a Orientação da
Professora Doutora Vera Margarida Seabra de Almeida

Maria Manuela Soares Coelho

RESUMO

No actual contexto, inserido numa sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais importante compreender o profissional prestador de cuidados de idosos em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social.

O presente trabalho pretende caracterizar o cuidador formal de idosos na valência Lar, nas suas vertentes sócio-demográfica, qualidade de vida física e mental, qualidade do ambiente laboral e estratégias de regulação emocional. Investigamos também a ideia de que a qualidade de vida destes profissionais está relacionada com as restantes variáveis, particularmente com o ambiente laboral.

Para tal, recorreu-se a uma amostra constituída por 93 participantes prestadores de cuidados formais a idosos na Valência Lar dentro de uma Instituição. Aplicaram-se os seguintes instrumentos: Work Environment Scale (Wes, versão Portuguesa), o Questionário de Estado de Saúde (Mos - SF₃₆) e o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, versão Portuguesa).

Os resultados obtidos revelaram que a qualidade de vida se encontra amplamente relacionada com o contexto laboral em que o cuidador se encontra inserido, quer nas variáveis mais individuais do indivíduo, quer no ambiente vivido na Instituição onde trabalha.

Encontramos também que a estratégia de regulação emocional mais utilizada por estes participantes foi a reavaliação cognitiva. Ambas as estratégias de regulação são mais utilizadas nos cuidadores formais de idosos do que na população em geral, o que evidencia uma maior necessidade de adaptação emocional face aos desafios profissionais com que se deparam.

Propomos que estes efeitos se explicam pelo facto de o indivíduo viver dentro de vários meios que se influenciam mutuamente. A qualidade de vida, aparece assim, como indicador agregador de vários indicadores de saúde mental, física e social estando sujeito a alterações em função do ambiente do indivíduo, neste caso em particular do meio laboral.

Palavras - chave: qualidade de vida, ambiente laboral, regulação emocional, cuidador formal, idosos, valência lar

ABSTRACT

In today's world, part of a contemporary society, it is increasingly important to understand the professionals who take care of the elderly in every dimension: psychological, physical and social.

This study aim is to describe the formal care-taker of the elderly in an institution, both in their socio-demographical characteristics, mental and physical quality of life, work environment quality and emotional regulation strategies. Also, we studied the idea that these professionals' quality of life is deeply related with the remaining variables, but mostly with work environment.

We have collected a sample of 93 caregivers of the elderly in a Institution. The participants answered to the following instruments: Work Environment Scale (WES, Portuguese Version), MOS - SF₃₆ – Portuguese Version and the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ, Portuguese Version).

The results showed that quality of life is related to work context, both in its individual and environmental variables. We also found that cognitive reappraisal was the most used strategy in these participants. Both strategies are more used in this sample than in the Portuguese population, which shows a bigger necessity for emotional adaptation to work challenges.

We propose that these effects are explained by the fact that individuals live inside many spheres that influence each other. Quality of life, is an indicator that aggregates other indicators of mental, social and physical health and it is subject to variations according to these environments, particularly the work environment in our study.

Key-words: quality of life, emotional regulation, formal caregiver, elderly, institution

Agradecimentos

A realização de um estudo desta natureza resulta de muito empenho, dedicação e de um longo, contínuo e sistemático período de aprendizagem por parte de quem se propõe a executá-lo. No entanto, a consecução deste estudo só foi possível com o apoio de um grupo de pessoas e entidades que se tornaram parte integrante deste processo. A estas reitero os meus mais veementes agradecimentos.

- À minha orientadora, Professora Doutora Vera Almeida pela orientação, disponibilidade e paciência manifestadas;
- À Directora Geral de Serviços da Santa Casa da Misericórdia de Espinho, D. Eulália Sá, pela confiança em mim depositada através da autorização para a recolha de dados na Instituição que dirige;
- A todos os funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Espinho que participaram neste estudo;
- Às minhas colegas de mestrado pela partilha de dados que enriqueceram este estudo;
- À minha filha Ana pela sua ajuda preciosa;
- Ao meu marido e filhas Inês e Ana pela paciência e compreensão demonstrada face a uma nova gestão de tempo;
- À minha querida mãe, que incondicionalmente sempre me apoiou e confortou nos momentos mais difíceis;
- À minha irmã e cunhado Pedro pela troca de ideias e disponibilidade manifestadas;
- A todos aqueles que, de alguma forma, pelas suas palavras de coragem, incentivo e gestos de amizade contribuíram para a realização deste estudo.

Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	iv
Índice	v
Lista de Tabelas	vii
Lista de Siglas	viii
Introdução	1
I- Envelhecimento e Políticas Sociais em Portugal.....	3
1.1. Envelhecimento Demográfico. A Globalidade da Problemática.....	3
1.2. Políticas Sociais de Envelhecimento	5
1.3. Estrutura e Respostas Sociais Face ao Envelhecimento	7
II- Cuidados Formais na Terceira Idade.....	10
2.1. A Qualidade de Vida nos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade.....	10
2.2. Ambiente Laboral, Formação e Perfil Funcional dos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade	13
III- Regulação Emocional nos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade	16
3.1. Regulação Emocional, História e Definição Conceptual	16
3.2. Estratégias de Regulação Emocional.....	18
IV- Metodologia do Estudo Exploratório.....	21
4.1. Objectivos e Questões de Investigação.....	21
4.2. Amostra.....	21
4.2.1 Selecção da Amostra	21
4.2.2. Caracterização da Amostra	22
4.3. Instrumentos.....	26
4.3.1. Ficha Sócio-demográfica e Profissional	27

4.3.2. Medical Outcomes Study-Short-Form Health survey (Mos - SF ₃₆ , Ware, 1986).	27
4.3.3. WES (Escala de Ambiente Laboral)	28
4.3.4. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)	30
4.4. Procedimentos.....	31
4.4.1. Recolha de Dados.....	31
4.4.2. Tratamento de Dados	32
4.4.3. Desenho do Estudo.....	32
V. Resultados do Estudo Exploratório	33
5.1. Caracterização da qualidade de vida do cuidador formal de idosos	33
5.2. Caracterização da regulação emocional no cuidador formal de idosos	34
5.3. Caracterização da qualidade do ambiente laboral no cuidador formal de idosos	36
5.4. Estudo correlacional entre as variáveis.....	37
5.4.1. Relação entre qualidade de vida e regulação emocional.....	37
5.4.2. Relação entre qualidade de vida e qualidade do ambiente laboral.....	38
5.4.3. Relação entre qualidade de vida e características socio-demográficas e profissionais	40
VI. Discussão e Conclusões do Estudo Exploratório	41
Referências Bibliográficas	47
Anexos	
Anexo A – Protocolo de Avaliação, que inclui a caracterização sóciodemográfica e profissional; o questionário de Estado de Saúde MOS SF-36, Ware 1986; WES (Escala de Ambiente Laboral); o questionário de Regulação Emocional (Gross & John, 2003), adaptado para a população Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008);	
Anexo B – Pedido de autorização às Instituições para recolha da amostra	
Anexo C – Consentimento Informado	
Anexo D – Artigo	
Anexo E – Resumo para submissão	

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra total relativamente ao sexo.

Tabela 2 – Distribuição da amostra total relativamente à idade.

Tabela 3 – Distribuição da amostra total relativamente ao estado civil.

Tabela 4 – Distribuição da amostra total relativamente à zona de residência.

Tabela 5 – Distribuição da amostra total relativamente à distância de casa ao local de trabalho.

Tabela 6 – Distribuição da amostra total relativamente ao meio de transporte utilizado no percurso casa – emprego.

Tabela 7 – Distribuição da amostra total relativamente à escolaridade concluída.

Tabela 8 – Distribuição da amostra total relativamente à categoria profissional.

Tabela 9 – Distribuição da amostra total relativamente às gratificações da profissão.

Tabela 10 – Distribuição da amostra total relativamente aos desgastes da profissão.

Tabela 11 – Especificação da Work Environment Scale.

Tabela 12 – Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio – Padrão para as dimensões que compõem o questionário SF₃₆ na amostra.

Tabela 13 – Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio – Padrão para os 10 itens da Escala de Regulação Emocional na amostra.

Tabela 14 – Amostra, Média e Desvio – Padrão para os 10 itens da Escala de Regulação Emocional para a População Portuguesa.

Tabela 15 – Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio – Padrão para as três dimensões da Escala de Ambiente Laboral.

Tabela 16 – Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e as dimensões da Escala de Regulação Emocional.

Tabela 17 – Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e as dimensões da Escala de Ambiente Laboral.

Tabela 18 – Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e a Idade, Anos de Escolaridade, Anos de Serviço na Categoria e Anos de Serviço na Instituição.

Lista de Siglas

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

ANMP – Associação Nacional de Municípios Portugueses

DC – Dor Física

DE – Desempenho Emocional

DF – Desempenho Físico e Emocional

DP – Desvio-Padrão

ERQ – Emotion Regulation Questionnaire

FF – Função Física

FS – Função Social

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social

MFAP – Ministério das Finanças e Administração Pública

MMSE – Mini Mental State Examination

Mos-SF₃₆ – Medical Outcomes Study - short – form health survey

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PCHI – Programa de Conforto Habitacional para Idosos

QRE – Questionário de Regulação Emocional

Q.V. – Qualidade de Vida

RC – Reavaliação Cognitiva

RCHI – Rendimento Solidário para Idosos

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Apoio Domiciliário

SAPA – Programa de Atribuição de Produtos de Apoio Social

SE – Supressão Emocional

SM – Saúde Mental

SG – Saúde em Geral

VT – Vitalidade

WES – Work Environment Scale

Introdução

O envelhecimento da população é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas, tendo vindo a gerar-se nos últimos anos um interesse crescente pelas questões que com ele se relacionam. Como refere Fontaine (2000), os efeitos do tempo são irreversíveis, embora, devido aos progressos da medicina, à melhoria das condições de vida e elevação cultural, assistimos hoje a uma diminuição da mortalidade em todos os grupos etários e um aumento da esperança média de vida.

Trata-se de um facto novo e universal que coloca ao governo, às famílias e à sociedade em geral uma série de desafios políticos, económicos e sociais. No tocante a esta nova realidade surgiram especialidades relacionadas com esta temática como a gerontologia, a psicogeriatrics, a gerontopsiquiatria ou a geriatria. Em consequência, torna-se cada vez mais importante a abordagem do tema cuidar de quem cuida.

Cuidar é na realidade ter uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento com o ser cuidado. Neste sentido, torna-se necessário dar ênfase ao estudo de todas as especificidades relacionadas com o cuidador e com o próprio acto de cuidar, pois delas também dependem a qualidade de vida do cuidador. É por isso importante compreender o profissional prestador de cuidados em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social, sendo impreterível enquanto sociedade e família reconhecer e valorizar o desempenho destes profissionais. Não são raras as vezes que estes prestam cuidados de forma incansável sem que, no entanto, o seu esforço seja devidamente reconhecido.

Índices significativos de mortalidade e de aparecimento de doenças nestes profissionais cada vez mais jovens, apontam para a urgência de medidas de ordem preventiva, uma vez que cerca de um terço da vida de cada um é passada no seu local de trabalho. Todas estas situações têm consequências na prestação de serviços e na qualidade do serviço prestado (Sessa et al., 2008).

Exercer funções sob pressão, lidar com a doença, com a dor, com o sofrimento faz parte do quotidiano duma equipa de cuidadores de idosos e o desgaste emocional a que estes indivíduos se encontram sujeitos, torna-se também num factor de extrema relevância na regulação de emoções no exercício da sua função. Daí que, a forma como cada profissional desta área gere as suas emoções, deve ser tida em linha de conta quando se trata de avaliar a qualidade de vida e desempenho profissional deste grupo de indivíduos. Assim sendo, a qualidade de vida de qualquer cuidador é altamente influenciada pelo ambiente de trabalho e interfere na regulação das emoções de cada um.

Estamos, por isso, perante factos que interferem com a forma de pensar, sentir, agir e de relacionamento interpessoal. É neste contexto que surge a motivação desta tese no sentido de estudar a relação entre qualidade de vida, ambiente laboral e regulação emocional em específico dos cuidadores formais de idosos na valência Lar.

Este trabalho divide-se em seis capítulos e encontra-se estruturado em duas partes: uma de contextualização teórica que corresponde ao primeiro, segundo e terceiro capítulos e outra de pesquisa empírica, abrangendo os restantes quatro capítulos; sendo que na contextualização teórica procuramos fundamentar a investigação que descrevemos na segunda.

O primeiro capítulo aborda o tema do Envelhecimento e Políticas Sociais Portuguesas relacionadas com o mesmo. Nele são abordadas algumas questões relacionadas com o envelhecimento, consequências demográficas, sociais, económicas e políticas daí resultantes.

No segundo capítulo faz-se referência aos cuidados formais na terceira idade, definindo-se o conceito de cuidador, a noção de qualidade de vida e ambiente laboral do prestador formal de cuidados de idosos, assim como se referenciam alguns aspectos importantes que com ele se relacionam.

O terceiro capítulo aborda o domínio da regulação emocional, onde são tratados os aspectos relacionados com a forma como cada cuidador regula as suas emoções face às situações com que se depara no exercício da sua actividade profissional e os factores que se encontram envolvidos nessa mesma gestão de emoções.

O quarto capítulo descreve a metodologia do estudo empírico desta dissertação. Neste, apresentam-se os objectivos e questões definidas para esta investigação, descreve-se e caracteriza-se a amostra, são apontados e descritos os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos efectuados, assim como o desenho deste estudo de natureza exploratória.

No quinto capítulo apresentam-se os dados em estudo. Este capítulo encontra-se dividido em duas partes. Numa primeira parte em que são apresentados os dados referentes ao estudo descritivo, que constitui o primeiro objectivo da nossa investigação e uma segunda parte em que se apresentam os dados referentes ao estudo correlacional, respeitante ao segundo objectivo da investigação.

No sexto capítulo, apresentamos a discussão e as conclusões desta investigação.

I. Envelhecimento e Políticas Sociais em Portugal

O aumento da esperança média de vida está associado a um número cada vez maior de pessoas com 65 ou mais anos de idade, frequentemente acompanhadas por um aumento de situações patológicas e de dependência e por uma solicitação cada vez maior de serviços, quer a nível de saúde, como de apoio social. Nos últimos anos tem-se dado grande importância à criação de estruturas e serviços de apoio à terceira idade, mostrando-se cada vez mais pertinente a sua actuação. No entanto muitas das necessidades dos idosos continuam sem solução. Nesta revisão teórica procuramos clarificar algumas questões relacionadas com o fenómeno do envelhecimento, consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas que daí advêm.

1.1. Envelhecimento demográfico. A globalidade da problemática

Um dos traços estruturais marcantes das sociedades contemporâneas mais desenvolvidas é sem dúvida o fenómeno do envelhecimento da população (Capucha, 2005). Haverá poucas realidades tão universais como o envelhecimento das populações, também denominado envelhecimento demográfico. Este é um fenómeno social actual com consequências sociais e económicas e com repercussões na saúde e bem-estar individual das pessoas surgindo como consequência da modificação da estrutura etária da população (Lage, 2006). Assim podemos falar de envelhecimento de topo se observarmos um aumento relativo da população idosa no topo da pirâmide, e de envelhecimento de base quando se observa uma descida relativa da população jovem na base da pirâmide (Malaínho, 2006).

O envelhecimento demográfico surge a partir da segunda metade do século XX nas sociedades desenvolvidas. É sem dúvida, um dos fenómenos sociais mais relevantes do século XX e início do século XXI, longe ainda de atingir o seu apogeu. Isto permite-nos afirmar que a terceira idade é uma invenção do século XX, pois muito embora tenha havido sempre pessoas idosas todas as épocas, o seu número era reduzido (Levet, 1998).

O envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar em Portugal. Entre 1990 e 2001, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística de 2002, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e por um aumento de 140% da população idosa. De acordo com os censos de 2001, foram recenseados 1 702 120 indivíduos idosos, o que corresponde a 16,4% da população em geral e destes 59% são mulheres. A percentagem de famílias com, pelo menos, um idoso é de 32,5% . Dentro

destas, 50,5% são idosos a viverem sós e 48,1% correspondem a casais de idosos (INE, 2002). Ainda segundo a mesma fonte de dados, o índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) em Portugal é de 102, sendo o Alentejo a região mais envelhecida, com um índice de envelhecimento de 163, seguida do Centro e Algarve com 130 e 128, respectivamente. As Regiões Autónomas dos Açores e Madeira são as mais jovens do país, com valores de 60 nos Açores e 72 na Madeira. Prevê-se ainda que por volta de 2020 as pessoas com mais de 65 anos representarão 18,1% da população portuguesa (INE, 2007). Em todo o mundo, estima-se que seja a faixa etária acima dos 80 anos, a que mais rapidamente se expande na população idosa. Assiste-se assim ao aparecimento do duplo envelhecimento “... é o facto dos idosos estarem não apenas a aumentar, como também, eles próprios, a envelhecer...” (Pestana, 2003). A este propósito há ainda quem afirme que o século XX é o “século da modernização da população portuguesa” (Rosa & Vieira, 2003). Uma análise atenta da estrutura etária da população portuguesa permite-nos também verificar que as mulheres vivem em média mais sete anos que os homens, estando implicados nesta vantagem selectiva vários factores como o efeito de Cohorte relativo às situações de guerra; o aumento dos comportamentos de risco de saúde, para o sexo masculino; ainda a maior propensão destes para doenças cardiovasculares; a possibilidade de uma verdadeira vantagem biológica baseada no género feminino (Moritz et al., 1990; Finch et al., 1996; OMS, 2007.,cit in Fernandes, 2008). Assim, assiste-se a uma forte feminização do envelhecimento. Paradoxalmente, embora a esperança de vida dos homens seja inferior à das mulheres, a percentagem de anos que aqueles podem esperar viver sem incapacidade de qualquer tipo é, geralmente, superior à das mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2001).

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, estar a par da sua heterogeneidade e dos compassos assíncronos que o podem caracterizar (Herman Hess, 1946., cit in Ribeiro, 2006). O envelhecimento é tido como uma etapa do ciclo vital, sendo que, idealmente deve ser vivida de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Uma visão deficitária e estereotipada do envelhecimento impede-nos de pensar no aumento da população idosa como um capital social de experiência, história e conhecimentos acumulados.

De igual forma, envelhecer pode implicar alguns riscos para a saúde mental e o bem-estar, como a perda de apoio social, da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas como a demência. De facto “maiores probabilidades de sobrevivência (...) têm consequências ao nível das relações sociais e das biografias individuais não só pelo

facto de as trajectórias serem agora mais longas, como pelas perturbações que vão ocorrendo ao longo das idades de vida” (Fernandes, 1999).

Actualmente, vivem-se momentos de incerteza, numa época marcada por grandes alterações estruturais na sociedade cujas consequências para o tempo futuro são extremamente difíceis de prever. As transformações sociais e o aumento do envelhecimento constituem factos decisivos para que socialmente a velhice seja considerada um problema social e merecedor de atenção pelos diversos órgãos com poder de decisão ao nível das políticas sociais. Com efeito, o envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema merecedor de especial atenção pelas sociedades contemporâneas. Encontramo-nos hoje inseridos numa sociedade que não foi concebida para o idoso e onde se perderam os hábitos sociais e familiares de cuidar e estimular o “avô” ou a “avó”. A perda dessas práticas sociais e o isolamento que daí advém dá-se o nome de desfamiliarização (Lenoir cit in Gil, 1999). Não são proporcionadas condições favoráveis à pessoa idosa e as gerações mais jovens revelam-se muitas vezes incapazes de acolher com dignidade os seus progenitores (Bize & Vallier, 1985).

1.2. Políticas Sociais de Envelhecimento em Portugal

A definição da expressão «política social» encontra-se associada à relação entre o estado e os serviços engendrados especificamente para cumprir objectivos de resolução de problemas sociais (Montagut, 2000). Serve para definir as características dos estados modernos democráticos que definem para si próprios objectivos direccionados para o bem estar das pessoas (Silva, 2006).

O fenómeno do envelhecimento da população começou a sobressair no pós II Guerra Mundial, variando de região para região em termos de ritmo e intensidade, sendo já também uma realidade nos países em vias de desenvolvimento (Almeida, 2010). Este passou a ser encarado como um fenómeno passível de respostas sociais e de preocupação, na transição do século XIX para o século XX, nomeadamente, quando a sua visibilidade se tornou expressão pública por razões demográficas. Até ao século XVIII a velhice era publicamente «invisível» já que : (...) ”A solidariedade para com os idosos era praticamente uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico. Na ausência desta, a velhice desprotegida era atirada para o espaço público, identificada com a mendicidade e recebia, então, algum consolo das instituições de caridade” (Fernandes, 1997).

Em Portugal só na década de setenta do século XX é que as políticas de velhice adquiriram alguma expressão, tendo vindo o decreto-lei nº413/71, de 21 de Setembro alterar

a orgânica do Instituto de Assistência aos Inválidos, que se transformou no Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Acção Social Dependente da Direcção Geral de Assistência Social (Quaresma ,1998).

Segundo o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, só com as mudanças de atitudes, políticas e práticas a todos os níveis, em todos os sectores, será possível concretizar as enormes possibilidades que oferece o Envelhecimento no século XXI.

Acerca de um estudo efectuado em Portugal, sobre Envelhecimento e Políticas Sociais, Portugal constitui em caso notável, quer quanto às suas especificidades, quer quanto ao atraso que só nas últimas décadas começou a ser superado (Capucha, 2005). Importa preparar Portugal para o envelhecimento demográfico em tempos de recessão económica, nomeadamente, a nível do sistema de pensões, dos cuidados de saúde e de educação.

Portugal desenvolveu as suas Políticas Sociais de Envelhecimento assentes num modelo assistencialista, gerido pela Segurança Social no caso dos Serviços Sociais e pelo Ministério da Saúde no caso dos Cuidados Continuados. O seu funcionamento depende uma parte do utente e outra do Orçamento de Estado através de protocolarização com Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), sendo a sua coordenação insuficiente nomeadamente a nível de serviços sociais e serviços hospitalares (Martin, 2008). Este modelo assistencialista, surgiu em 2006. Não obstante, desde 2005 foram desenvolvidas cinco Políticas Sociais de Envelhecimento: o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC); os Modelos de Qualidade para Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário; o Rendimento Solidário para Idosos (RCHI); o Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI). Tratam-se de políticas sociais centralizadas num organismo central nacional que é a Segurança Social. Esta centralização torna mais difícil o desenvolvimento de políticas sociais com programas descentralizados, desenvolvidos no âmbito local, mas com implicações a nível central (Kraam et al., 1993), bem como políticas sociais mais flexíveis, com maior interligação entre o sistema formal e informal e com os papéis das entidades reguladores a serem menos burocratizados (Martin & Lopes, 2008). No entanto, a Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP, 2007) e o Ministério das Finanças e Administração Pública (MFAP, 2008) enfatizam a probabilidade de que o desenvolvimento de políticas sociais para a terceira idade venha a passar, a curto prazo, para a responsabilidade do poder local. Actualmente, surge já esta tendência no PCHI, em que o fundo financeiro é estatal e a sua gestão passará pelas autarquias, com a participação de respectiva Rede Social na escolha dos beneficiários.

Associada a esta tendência, surge a aposta em equipamentos institucionais (Lares de Idosos, Programas de Cuidados Continuados de Internamento) ao invés de programas comunitários (Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Programa de Cuidados Continuados Comunitários). Toda esta dinâmica é controversa por contradizer as recomendações da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU, 2002). Assim, a forma como a RNCC e o projecto PARES se desenvolve é baseada num modelo de promoção de respostas de internamento. Senão vejamos o caso da RNCC que cresceu em termos de internamento através da Unidade de Convalescença, Unidades de Média Duração, Unidades de Longa Duração e a Unidades de Cuidados Paliativos, e não em programas comunitários como é o caso dos Cuidados Continuados Domiciliários e dos Cuidados Paliativos Domiciliários (Martin & Lopes, 2008). Ainda sobre as políticas sociais para a terceira idade, também as recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) propõem como estratégia o desenvolvimento de respostas que tendam a manter a pessoa idosa no seu domicílio normal, o que, segundo as normas das Políticas Sociais do Envelhecimento actualmente vigentes em Portugal, tal não acontece.

1.3. Estrutura e Respostas Sociais face ao Envelhecimento

“A complexidade do problema do envelhecimento a nível social requer antes de mais, superar os pré-juízos e reducionismos com que se trata este tema” (Ribeirinho, 2005). Torna-se por isso importante, a organização de serviços que contribuam para a criação duma política orientada para a valorização do percurso de vida dos idosos, em particular através da construção de um ambiente seguro e com qualidade, adequado às suas necessidades, garantindo-lhes todos os seus direitos sociais e de cidadania.

Em 2002, na sequência da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, foi estipulado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como meta para a primeira década do século XXI, o Envelhecimento Activo, com o lema “Demos anos à vida, precisamos dar vida aos anos”.

Este reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas baseado nos Princípios de Independência, Participação, Dignidade, Assistência e Auto-Realização (“Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, 1991) leva-nos à tomada de consciência para uma nova realidade, que é a de que as pessoas idosas são cada vez mais saudáveis e mais instruídas e sê-lo-ão ainda mais no futuro. Assim, surge a necessidade do desenvolvimento e dinamização de respostas cada vez mais adequadas às suas exigências e expectativas,

quebrando-se com a intenção do passado que apenas procurava responder às necessidades mais básicas.

São várias as soluções de apoio desenvolvidas no nosso país face ao envelhecimento visando a sua inclusão em diversos programas de acção e medidas aplicadas de forma coordenada e consistente, com o objectivo da participação activa dos mais idosos na sociedade; do acesso e permanência dos idosos no mundo laboral; da criação de um sistema de aprendizagem ao longo da vida e promoção do envelhecimento activo; da adequação das respostas e esquemas de protecção social às mutações demográficas e sociais; da promoção de uma vida mais autónoma e com maior qualidade; da promoção da solidariedade intergeracional e, por último, do alargamento da rede de equipamentos e serviços de apoio e integração a comunidades de pertença (Fangueiro, 2008).

Basicamente são três as soluções de apoio face ao envelhecimento em Portugal: a família que constitui a Rede Informal de Cuidados, os Serviços Formais de Prestação de Cuidados ao Domicílio e as Instituições. Relativamente à família, a prestação de cuidados é normalmente efectuada pelo conjuge e/ou no caso de impossibilidade ou ausência, pelos descendentes ou por parentes naturais, podendo ainda ser assegurada, em conjunto, por vários membros da família.

No respeitante aos Serviços Formais de Prestação de Cuidados ao Domicílio, estes envolvem o Apoio Domiciliário (SAD), o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Dependência. Este tipo de respostas sociais têm como características principais serem um “ programa individualizado e de carácter preventivo e de reabilitação no qual se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que consistem na atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar nas relações com o meio” ... “com o objectivo básico de favorecer o incremento da autonomia pessoal no seu meio social de vida” (Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, s/d).

Quanto às Instituições, estas são equipamentos que prestam serviços de carácter permanente, inserindo-se nesta categoria os Lares de Idosos e as Residências Geriátricas, ou, então, de carácter temporário, caso dos Centros de Dia, dos Centros de Noite, dos Centros de Convívio, das Universidades Seniores, das Unidades de Apoio Integrado e dentro destas, os Hospitais. São constituídas por pessoal profissional, que presta uma série de serviços minimamente estruturados e padronizados em centros especializados (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009). Estes equipamentos sociais podem ser desenvolvidos por sociedades ou empresários em nome individual, acordos de cooperação e gestão, IPSS ou

equiparadas, entidades privadas que desenvolvem actividades de apoio social (despacho normativo de 75/92 de 20 de Maio; despacho normativo de 31/2000 de 31 de Maio).

Paralelamente às soluções referidas, existem ainda alguns programas e medidas transversais específicas para os idosos, a saber: Atendimento e Acompanhamento, Linha Nacional de Emergência Social, Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (Progride), Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados, Sistema de Atribuição de Produtos / Ajudas Técnicas, Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PSHI), Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio Social (SAPA), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Via Segurança Social (808 298 298), Carta Social, Serviço de Verificação de Incapacidade Temporária e Permanente, Serviços de Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais, Protecção Jurídica. (Departamento de Desenvolvimento Social do Instituto de Segurança Social. 2010).

Prevê-se que, num futuro próximo, o aumento da procura destes serviços vai continuar a aumentar; os Centros de Convívio tenderão a diminuir, sendo em alguns casos substituídos pelas Universidades Seniores; os Centros de Dia tenderão a funcionar todos os dias do ano, incluindo fins de semana e feriados; a procura do Serviço de Apoio Domiciliário aumentará bastante; os Lares de Idosos tenderão a diminuir e irão surgir cada vez mais Residências em versões mais reduzidas e com melhores qualidades do que os actuais Lares de Idosos (Quaresma, Barros & Aranha, 2000., cit in Jacob, 2002). Mas, apesar de tudo ... “a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva do indivíduo” (Pimentel, 2001).

II. Cuidados Formais na Terceira Idade

A mudança nas características etárias da população a nível mundial, sobretudo o aumento da população com idades muito avançadas nos últimos decénios e as modificações na estrutura familiar, nomeadamente a saída da mulher para o mercado de trabalho, tornam a abordagem deste tema cada vez mais pertinente.

Em Portugal, país substancialmente envelhecido, os serviços de cuidados formais na terceira idade são ainda em número insuficiente para responder às necessidades dos indivíduos muito idosos (Carvalho, 2008).

Envelhecer é cada vez mais um desafio para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento (Lopes, 2007). Seguindo esta linha de pensamento é de relevante importância o estudo do papel do cuidador formal na manutenção da qualidade de vida do idoso, bem como os problemas advindos dessa tarefa, sendo importante o reconhecimento e a valorização do trabalho destes profissionais quer por parte da sociedade, quer pelas próprias famílias (Schwanke & Feijó, s/d).

Cuidar e ser cuidado é uma actividade indispensável à sobrevivência de qualquer ser humano. Segundo Leite (2006), cuidar é por natureza um acto inerente à condição humana, pois ao longo da nossa vida somos alvo de cuidados, mas também assumimos papel de cuidadores. Daí, a importância a dar à figura do cuidador.

Dentro deste contexto abordaremos algumas questões importantes que poderão exercer influência na prestação de cuidados na terceira idade e no próprio cuidador.

2.1. A Qualidade de Vida nos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade

O termo “cuidador” é definido na Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), como sendo a pessoa, membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas actividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, além de outros serviços exigidos no quotidiano. Born (2006), define “cuidador” como uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro” com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem, resultando numa descoberta de potencialidades múltiplas. Se o cuidador é uma pessoa com treino específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a actividade de cuidar, mediante uma remuneração, é denominado cuidador formal. Se se trata dum familiar, amigo ou vizinho que se encarrega ou assume os cuidados de um dependente, estamos perante um cuidador informal.

Actualmente, a atenção e os cuidados prestados ao idoso pelos cuidadores formais são já uma tradição marcante na realidade do envelhecimento em Portugal, seja pela impossibilidade da família em atender às necessidades dos seus idosos, seja pela falta de condições sócio-económicas, que não permitem manter o idoso na própria casa junto da família, quer por incompatibilidades das sociedades do mundo actual no respeitante à organização laboral e da família, quer ainda pela falta de políticas públicas que visem apoios aos idosos e seus familiares no cumprimento do seu papel (Fragoso, 2008).

Os cuidadores formais apresentam-se assim como actores principais no palco da prestação de cuidados e atenção aos idosos e seus familiares e serão eles o nosso principal foco de atenção e reflexão.

Todos os cuidadores formais, independentemente do seu perfil funcional, por terem uma profissão predominantemente relacionada com o contacto interpessoal exigente, e por isso estarem submetidos a uma contínua exposição de factores de risco de várias naturezas, vêem muitas vezes a sua qualidade de vida ameaçada.

O conceito de qualidade de vida é um conceito moderno e em constante evolução. Como refere Cabral (1992), “As necessidades dos consumidores evoluem de forma natural com dimensão histórica e cultural, fazendo com que aquilo que há anos atrás era considerado como um nível de vida aceitável já não o ser hoje”. É um conceito que só recentemente tem sido aplicado à situação de trabalho; passou a ser um meio para alcançar o engrandecimento do ambiente de trabalho e obtenção de maior produtividade e qualidade do seu resultado (Vissani, Reis, Nogueira, Rocha & Marangoni, 2002). Faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de pessoas cultas ou incultas. Esta popularidade do conceito é, de facto, um dos principais obstáculos à sua discussão científica (Ribeiro, 2009). Como afirma MCGuire (1991), “todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida e é nisso que reside o problema”.

De um modo geral a qualidade de vida é vista como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994., cit in Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Varia por isso com o tempo, é subjectiva e multifactorial. Estes factores podem interferir na Q.V. do cuidador, podendo ir desde a gravidade da doença até a alterações comportamentais que os idosos possam vir a apresentar. Inferimos pois que o desempenho deste papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores, predispondo-os a conflitos. Para se reflectir sobre a Q.V. nos cuidadores é então necessário ter em conta várias perspectivas e múltiplos critérios.

Frequentemente os cuidadores entram em situações de crise, manifestando sintomas como: tensão, fadiga, stress, constrangimento, isolamento, depressão e alteração da auto-estima. Concomitantemente com estas situações podem aparecer problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, acabando estes por interferir na Q.V. do idoso e do cuidador (George & Gwyther, 1986). No geral, a tarefa do cuidador formal é árdua e complexa, variando, no entanto, de pessoa para pessoa, podendo não o ser para todos os cuidadores. Alguns deles podem, inclusive, sentir prazer e conforto quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psíquicos exigidos. Esta apreciação depende de um conjunto de factores que Lazarus designou de pessoais e situacionais (Lazarus & Folkman, 1986). Entre os factores pessoais contam-se a personalidade do cuidador e os seus hábitos comportamentais. Por sua vez, os factores situacionais são externos ao indivíduo, relacionando-se com o tipo de acontecimento, com a cronologia do mesmo, com a imutabilidade, controlo, ambiguidade, potencial da ocorrência ou recorrência da situação, proximidade e tipo de relação afectiva existente entre o idoso e o cuidador (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003). Assim, o conjunto de características sócio-demográficas e pessoais, como idade, sexo, estatuto sócio-económico, escolaridade e o nível de maturidade pessoal, são susceptíveis de influenciar diferentes mecanismos e estratégias de coping¹ (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991; Whitlach, Schur, Noelker, Ejaz & Looman, 2001). De igual forma, as crenças filosóficas e religiosas, o contexto cultural com regras e valores inerente a um património comum, conferem-lhes um nível diferente de saúde e energia (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990). Os factores hereditários também, por sua vez, expõem-nos a diferentes riscos e susceptibilidades. A maneira como são valorizadas as situações e expectativas, o modo como se é preparado para lidar com separações e perdas pessoais, materiais ou económicas constituem influências importantes no exercício da função do cuidador, permitindo diminuir a vulnerabilidade das pessoas em crise, contribuindo desta forma para o aumento do seu auto-conceito. Os factores inerentes ao problema ou doença em si, como a sua cronicidade, limitações e impacto no estado de saúde geral, o grau de dependência a que a patologia pode conduzir e as exigências de cuidados, em especial, o tempo de assistência são também mediadores na Q.V. do cuidador (Moos, 1982; Pearlin et al., 1990). Isto quer dizer que diferentes necessidades requerem diferentes soluções de prestação de cuidados. Por último, os aspectos ou características do ambiente físico e sócio-cultural podem também influenciar nas tarefas adaptativas do cuidador e idoso, bem como a escolha e

¹ O coping é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998)

capacidade das estratégias de coping que utilizam. Estas representam um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de lidar com as exigências específicas que ultrapassam ou excedem os recursos disponíveis (Lazarus, 1991).

2.2. Ambiente Laboral, Formação e Perfil Profissional dos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade

Billings e Moos (1991), definem ambiente laboral como sendo o conjunto de características sociopsicológicas e físicas do ambiente de trabalho do indivíduo, nas quais estão incluídas as atitudes dos trabalhadores em relação às suas tarefas, os sistemas de comunicação organizacional e as relações sociais entre colegas e supervisores. Estas características podem influenciar o trabalhador tanto de forma positiva, como pelo contrário, de forma negativa, reflectindo-a no seu comportamento e portanto, no desempenho da sua função. Abrangem desta forma tanto a área em que o indivíduo exerce a sua actividade, como os sectores anexos nos quais também circula durante o horário de trabalho como: corredores, cozinha, sala de reuniões, etc.

A avaliação que cada indivíduo faz do seu ambiente de trabalho resulta da interacção e conjugação de vários factores, nomeadamente os acontecimentos actuais, a qualidade organizacional do local de trabalho, os valores e crenças individuais (Moos & Shafer, 1987). Ainda de acordo com Moos (1986), os aspectos físicos do local de trabalho como o facto das salas ou escritórios estarem abertos podem até promover a coesão entre trabalhadores. Também a própria estrutura organizacional e os factores pessoais, como a proporção de homens e mulheres, o nível de escolaridade e o estado civil dos indivíduos influem no ambiente de trabalho. Este com o avanço das novas tecnologias, tem vindo a sofrer alterações de forma mais rápida do que a capacidade de adaptação dos trabalhadores (Santos, 2001). Daí ser indiscutível que o ambiente de trabalho é responsável por diferentes graus de stress, existindo também os factores relacionados com a própria actividade do profissional no local de trabalho. Aspectos como a possibilidade de controlo das actividades realizadas pelo próprio, tanto intrínsecamente, em termos de planificação e determinação de procedimentos ou atitudes a tomar, como extrínsecamente, em termos de salários, benefícios e horários são também apontados como influenciadores (Silva, 2007).

A questão da formação dos cuidadores formais de idosos adquire grande pertinência, sendo vital, dado o crescente aumento do número de pessoas idosas no conjunto da população. Algumas destas pessoas, à medida que avançam em idade, atingem situações de dependência total ou parcial, ou mesmo de perda de autonomia. Não basta por si só ter uma

boa organização no local de trabalho e uma política de recursos humanos para se alcançar a qualidade de serviço desejada para este tipo de serviços. Torna-se então necessário a formação dos cuidadores formais com o objectivo de os preparar para a operacionalização de uma grande variedade de actividades, incluindo entre outras a prevenção das perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controlo de factores que interfiram no estado de saúde da população (Moura, Galli, Barbosa & Camargos, 2005). Neste sentido, Silva (1989) reforça que a formação destes profissionais “é um conjunto de práticas educacionais, com a finalidade de ajudá-lo a actuar mais efectiva e eficazmente na sua vida institucional”. Também Chiavenato (1995), ressalta que a formação profissional dos cuidadores é num meio através do qual o trabalhador desenvolve a sua capacidade para desempenhar a função que lhe foi confiada e para a qual ele tinha sido preparado. Antunes et al., (1996) destacam a necessidade de motivação por parte dos trabalhadores para participarem em programas de formação profissional e afirmam que “um profissional insatisfeito e desmotivado pode afectar de forma marcante o clima organizacional de uma unidade hospitalar, induzindo outros membros da equipa a adoptarem uma postura inadequada e pouco eficiente”.

É com alguma frequência que se afirma que o futuro de uma nação passa pela educação e formação que é ministrada aos seus cidadãos e que só através de uma formação lógica e coordenada, é possível atingir os níveis de qualidade e competitividade actualmente impostos pela sociedade.

No caso dos prestadores formais de cuidados na terceira idade, estes não são excepção e necessitam duma formação inicial e contínua que lhes dê competências e saberes para o exercício da sua função. Sendo esta uma profissão com grande cariz relacional, é importante o saber ser, o saber estar e o saber fazer. Este conjunto de saberes que o indivíduo “deve teoricamente dominar para ter um emprego” é o que Le Bortef (1995), denominou por perfil profissional.

O perfil profissional de um trabalhador deve-lhe permitir o seu rápido reconhecimento como tal em qualquer local ou organização, sendo que a sua construção requer uma análise circunstanciada do trabalho, incluindo a identificação, descrição dos materiais, dos equipamentos, dos processos e das relações funcionais e hierárquicas e das relações e funções pessoais durante o trabalho (Jacob, 2002).

Em relação aos prestadores formais de cuidados na terceira idade, estes devem obedecer a um certo perfil profissional, porque quem exerce as suas funções com idosos tem obrigatoriamente que ter competências específicas. A especificidade do trabalho realizado por

estes profissionais reside no facto destes estarem constantemente sujeitos a mudanças sociais, sendo por isso necessário não só entendê-las, como aprender a geri-las. Trata-se de uma profissão marcada pela urgência da resolução de problemas, na sua grande maioria casos com grande escassez de recursos, difícil, mal remunerada que só deve ser desempenhada por quem tenha vocação. Normalmente estas pessoas têm baixa formação académica e profissional (Jacob, 2002).

Em Portugal, normalmente estes serviços sociais para idosos são prestados pelas IPSS, pertencendo estas Instituições ao sector da Economia Social. Existe um grande número de designações para estes profissionais que cuidam dos idosos, apesar das funções e competências requeridas serem as mesmas. Estes realizam essencialmente tarefas como: alimentar, lavar, cuidar, estimular e acarinhar o idoso, a higiene das instalações e equipamentos, tratamento e distribuição de roupas e medicamentos.

Normalmente nos locais onde estes profissionais exercem funções, quem administra não está a par das modernas técnicas de gestão de recursos humanos. Assim, os funcionários de tais Instituições não intervêm na organização do trabalho, nem tão pouco são premiados ou sancionados consoante o seu desempenho .

Uma abordagem holística do processo de envelhecimento implica uma intervenção e envolvimento sistémico de todos os intervenientes implicados no acto de cuidar, nomeadamente o idoso, a família, os cuidadores formais, os técnicos, a estrutura organizacional e a própria comunidade onde o idoso se encontra inserido (Fragoso, 2008).

Torna-se então necessário humanizar as práticas de cuidados aos idosos, assim como a formação de cuidadores formais e urgente readaptação da estrutura organizacional das Instituições que prestam cuidados e suporte aos idosos e suas famílias.

III. Regulação Emocional nos Prestadores de Cuidados Formais na Terceira Idade

Devido à influência que os processos emocionais têm no desenvolvimento e na adaptação do homem, a necessidade de compreensão das emoções começou a suscitar interesse, constituindo-se ao longo das últimas décadas uma estrutura sólida para o seu estudo (Greenberg, 2002). Em consequência disso, os processos emocionais têm vindo a assumir-se como principais motivadores da cognição, acção, interacção social e desenvolvimento (Barrett, 1998; Lewis & Haviland., 1993 cit in Mascolo & Graffin, 1998).

Ser capaz de diferenciar as emoções, compreender a sua função e reflectir sobre as mesmas, são competências fundamentais para uma boa regulação emocional, permitindo aos indivíduos decidir o que querem expressar ou suprimir (Gross, 2002).

A regulação emocional é nos prestadores de cuidados formais de idosos um fenómeno clínico importante pelas implicações que tem não só do ponto de vista individual como social. Neste capítulo procuramos clarificar algumas questões relacionadas com este conceito.

3.1. Regulação Emocional, História e Definição Conceptual

O actual estudo das emoções, dada a abrangência e complexidade do construto emoção, tem vindo a ser frequentemente utilizado na investigação com diferentes definições, enfatizando-se a necessidade de o definir e diferenciar de outros construtos emocionais (Vaz, 2008).

Falar de regulação emocional conduz-nos a um conceito muito próximo ou mesmo intrínseco à própria regulação emocional que é a emoção. Actualmente as emoções são definidas como fenómenos cerebrais, amplamente diferenciados do pensamento, que contêm as suas próprias bases neuroquímicas e fisiológicas (Greenberg, 2002) preparando o organismo para a acção em respostas a um determinado estímulo interno ou desafio ambiental (Kring & Bachorowski, 1999). As emoções são, por isso, o somatório de vários processos entre si como sentimento, episódios emocionais, estados de humor, afecto e não um construto (Vaz, 2010). Surgem quando ocorre um estímulo que é avaliado pelo indivíduo como significativo. O estudo da regulação emocional tem a sua origem nas teorias psicodinâmicas em que o conceito de regulação da ansiedade se constitui como pressuposto inicial (Gross, 2002., cit in Almeida, 2006).

Também os estudos de Lazarus & Folkman (1984), sobre stress e coping contribuíram para o estudo da regulação emocional. Estes enfatizam os processos de coping adaptativos e conscientes, focalizando mais a sua atenção nas variáveis situacionais do que nas variáveis do indivíduo, ao invés da concepção psicanalítica. Nesta linha de pensamento distinguem-se as estratégias de coping focadas na resolução do problema e as estratégias de coping focadas na emoção, estas procurando diminuir a experiência emocional negativa. Embora estas últimas se possam confundir com as concepções contemporâneas da regulação emocional, as estratégias de coping e regulação emocional apresentam-se como dois conceitos distintos. As estratégias de coping focalizam-se apenas na expressão e na regulação das emoções negativas, contrariamente ao que acontece com a regulação emocional que defende que tanto as emoções negativas como as positivas podem ser reguladas, assim como a expressão emocional e a experiência emocional (Almeida, 2006).

O estudo específico no domínio da regulação emocional é ainda recente, tendo-se verificado um crescimento exponencial na Investigação dos processos de regulação emocional, sendo que a título de exemplo, a Psyc INFO tinha na sua lista 650 citações com a expressão “regulação emocional” (Gross, 2008) e em Janeiro de 2009 já é possível encontrar 1510 citações (Vaz, 2008).

Actualmente, define-se regulação emocional como sendo um conjunto de processos através dos quais o indivíduo influencia as emoções que experiencia, o momento da sua ocorrência e a sua expressão (Gross, 1998). Assim como as emoções são processos constituídos por vários componentes que se modificam ao longo do tempo, também a regulação emocional é possível de sofrer alterações em diversos componentes, concretamente na dinâmica da emoção (Thompson, 1990., cit in Gross, 2002), na respectiva latência, tempo de activação, magnitude, duração e tipo de respostas no domínio comportamental, experiencial e fisiológico (Gross, 1998).

A regulação emocional engloba assim um conjunto de estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais comportamentos numa determinada resposta emocional, podendo ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional como: fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social (Gross, 1999). Está directamente relacionada com a auto-estima, auto-conhecimento, empatia e capacidade de adaptação, sendo estes importantes factores preditivos para o sucesso de um indivíduo na vida. São os processos de regulação emocional que ajudam o indivíduo na comunicação, na construção das relações interpessoais, no trabalho, na vida profissional, na resolução de problemas e na motivação.

Assim, a capacidade de regulação emocional é altamente influenciada pelo conhecimento emocional que o indivíduo possui.

3.2- Estratégias de Regulação Emocional

Qualquer indivíduo para actuar de forma emocionalmente adaptada, necessita de aprender a regular quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 199., cit in Greenberg, 2002), decidindo expressar ou não as suas emoções (Gross, 2002). No geral, acredita-se que ventilar ou expressar as emoções é bom para a saúde, enquanto o oposto é prejudicial para a saúde.

De uma forma geral podemos distinguir as estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes e as estratégias de regulação emocional focadas na resposta; as primeiras estão relacionadas com as acções que são despoletadas antes da resposta ser activada e as segundas referem-se às acções que se desenvolvem depois da emoção ter sido gerada (Gross, 2002).

Abordaremos apenas no nosso estudo, estas duas estratégias globais de regulação emocional temporalmente distintas a nível do processo emocional: a reavaliação cognitiva como processo de regulação emocional centrada na resposta (Gross & John, 2002; 1998) e a supressão emocional como estratégia de regulação emocional antecedente (Gross & John, 2002; 1998). Qualquer uma destas duas estratégias são estratégias de regulação emocional moduladas através da modificação cognitiva, a qual consiste na mudança do significado que o indivíduo atribui à situação, com impacto na emoção experienciada pelo indivíduo (Gross, 2002; John & Gross, 2007).

A investigação para a compreensão das diferenças individuais da regulação emocional e consequências da implementação de uma ou outra estratégia emocional tem sido efectuada através de vários estudos laboratoriais e da utilização do Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003), tendo este sido também o instrumento utilizado por nós no nosso estudo, para a avaliação da regulação das emoções dos cuidadores formais no exercício das suas funções.

Os autores Gross e John (2002), nas diversas investigações laboratoriais que efectuaram, concluíram que a nível afectivo e social a supressão emocional e a reavaliação cognitiva têm consequências afectivas e sociais diferentes. A nível afectivo a supressão emocional cria um sentimento de discrepância entre o que foi experienciado e o que o indivíduo mostra aos outros, levando a emoções negativas acerca de si próprio, aumentando assim a alienação do indivíduo perante os outros e consequentemente impedindo o

desenvolvimento de relações emocionalmente próximas (John & Gross, 2004., cit in John & Gross, 2007). Ao mesmo tempo a supressão emocional está também associada a níveis reduzidos de experiências e expressões emocionais positivas. Mais concretamente os indivíduos que frequentemente suprimem as suas emoções, sentem-se menos satisfeitos com a vida, tendo uma auto-estima mais baixa e por isso são menos optimistas. Estes indivíduos com valores mais elevados na supressão emocional apresentam também pior memória (Richards & Gross, 2000., cit in Gross, 2008).

Relativamente à reavaliação cognitiva, a nível afectivo, tal como a supressão emocional esta diminui a expressão emocional, mas ao invés da supressão, a reavaliação cognitiva não tem qualquer efeito a nível cardiovascular ou electrodermal (Gross & John, 2000). A utilização da reavaliação cognitiva está também relacionada com a experiência e expressão emocionais positivas. Assim estes indivíduos apresentam-se como indivíduos mais satisfeitos com a sua vida, mais optimistas e com maior estima, demonstrando maior adequabilidade aos desafios ambientais, maior maturidade, auto-aceitação e objectivos de vida mais definidos, assim como são indivíduos com correlações positivas nas relações com os outros (Gross & John, 2003). Em relação à supressão emocional a utilização da reavaliação cognitiva não tem quaisquer efeitos na memória (Richards & Gross, 2000., cit in Gross, 2008).

A nível social, a supressão emocional diminui quer a expressão de emoções positivas quer a utilização de emoções negativas. Desta forma o individuo não partilha as suas emoções, o que resulta num baixo suporte social e numa menor integração no grupo de pares. A nível de relações de intimidade, parceiros de indivíduos que utilizam a supressão emocional relatam um menor conforto na interação (Butler et al., 2003 cit in Gross , 2008). A reavaliação cognitiva ao contrário, aumenta a experiência e expressão emocional positivas. Estes indivíduos socialmente, têm uma maior probabilidade de partilhar com os outros as suas emoções quer as positivas quer as negativas e têm relações de amizade mais próximas (Gross & John , 2003).

Em jeito de conclusão a regulação emocional torna-se mais adaptativa com a idade e o controlo emocional evolui com a idade (Carstensen 1995., cit in Gross ,1998); em adultos as dificuldades de regulação emocional estão associadas a problemas clínicos como perturbações de ansiedade e perturbações de humor (Barlow 1986., cit in Gross, 1998), abuso de álcool (Sayette, 1993., cit in Gross 1998) e ingestão compulsiva de alimentos (Lingswiles, Crowther & Stephens, 1989., cit in Gross 1998); dificuldades de regulação emocional são preditivas de

uma menor competência social e de menos aceitação pelos pares (Eisenberg & Fabes., cit in Gross,1998).

A regulação emocional desempenha assim um papel preponderante no estabelecimento, motivação e organização do comportamento adaptativo, prevenindo níveis de stress elevados e um comportamento desadaptativo aquando da experiencição de emoções desadaptativas.

IV. Metodologia do Estudo Exploratório

4.1. Objectivos e Questões da Investigação

A pertinência do nosso estudo centra-se na escassez de estudos a este nível em Portugal e no crescente interesse pela pesquisa e necessidade de reconhecer a realidade humana e relacional do mundo laboral, a qualidade de vida e a regulação das emoções ao nível dos cuidadores formais de idosos. Em termos genéricos o presente estudo teve como objectivos: por um lado caracterizar os prestadores de cuidados formais de idosos em algumas Instituições na valência Lar, a nível sócio-demográfico e profissional, a existência de patologia orgânica, variáveis psicológicas, comportamentos de saúde, e alguns dados referentes ao exercício da profissão; por outro, procurar explorar a relação existente entre a qualidade de vida, a regulação emocional e o ambiente de trabalho destes indivíduos.

Neste sentido, direccionamos o nosso estudo de investigação partindo de três questões básicas:

Questão 1

Terá o ambiente de trabalho influência na qualidade de vida do cuidador formal de idosos?

Questão 2

Haverá relação entre a forma como o cuidador formal de idosos regula as suas emoções e a sua qualidade de vida?

Questão 3

Estará a qualidade de vida do cuidador formal de idosos relacionado com as suas características sócio-demográficas e profissionais?

4.2. Amostra

4.2.1 Selecção da Amostra

A selecção dos participantes da nossa amostra foi proveniente dos distritos de Aveiro, Braga e Porto. O critério de selecção dos mesmos teve por base o local de estágio das várias colegas de mestrado em Psicogerontologia e assim numa maior facilidade de recolha e obtenção de uma amostra mais significativa. Foram seleccionados 93 indivíduos.

Tratou-se de uma amostra do tipo não-probabilística ou de conveniência, uma vez que foi uma amostra de informantes estratégicas recolhidas pelo investigador (Ribeiro, 1999).

Como critérios de inclusão foram definidos tratarem-se de indivíduos do sexo masculino ou feminino prestadores de cuidador formais a idosos na valência Lar dentro de uma Instituição.

A nossa amostra atravessou por isso vários níveis hierárquicos, sendo por isso uma amostra com dispersão organizacional e heterogeneidade de funções.

4.2.2. Caracterização da amostra

Dados sóciodemográficos

Participaram neste estudo 93 cuidadores formais de idosos, dos quais 5 eram do sexo masculino e 88 do sexo feminino (cf. Tabela 1). Todos os participantes exerciam funções na valência Lar.

Tabela 1 – Distribuição da amostra total relativamente ao sexo

Sexo	N	%
Masculino	5	5.38
Feminino	88	94.62
Total	93	100.00

A idade dos participantes variava entre os 21 e os 62 anos, com a maior concentração nas faixas etárias dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 45 anos (cf. Tabela 3). A idade média era de 38.47 anos (desvio-padrão = 10.40 (DP)).

Tabela 2 – Distribuição da amostra total relativamente à idade

	N	%
18-24 anos	5	5.38
25-34 anos	26	27.96
35-44 anos	26	27.96
45-54 anos	25	26.88
55-64 anos	7	7.53
Não responde	4	4.30
Total	93	100.00

Quanto ao estado civil dos 93 cuidadores formais de idosos participantes, 28 (30,11%) eram solteiros, 49 (52,69%) eram casados, 5 (5,38%) viviam em união de facto, 5 (5,38%) eram divorciados, 3 (3,23%) estavam separados, 2 (2,15%) eram viúvos e 1 (1,18%)

participante recusou-se a responder (cf. Tabela 3). Cerca de 89,2% dos participantes viviam com a família e 64,5% tinham filhos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra total relativamente ao estado civil

	N	%
Solteiro(a)	28	30.11
Casado(a)	49	52.69
União de Facto	5	5.38
Divorciado(a)	5	5.38
Separado(a)	3	3.23
Viúvo(a)	2	2.15
Não responde	1	1.08
Total	93	100

A maior parte dos participantes da amostra (55,91%) residiam em área urbana e (39,78%) em área rural.

Relativamente à distância de casa ao local de trabalho, 77,42% viviam a uma distância entre 0-10km, 15,05% a uma distância entre 10-15km, 1,08% a uma distância > a 50km e 6,45% não responderam.

Quanto ao meio de transporte utilizado no percurso casa-emprego, 67 dos 93 participantes deslocavam-se em viatura própria, 8 utilizavam transportes públicos e 16 utilizavam outro método de deslocação- ir a pé para o emprego (cf. Tabela 4, 5 e 6).

Tabela 4 – Distribuição da amostra total relativamente à zona de residência

	N	%
Rural	37	39.78
Urbana	52	55.91
Não responde	4	4.30
Total	93	100,00

Tabela 5 – Distribuição da amostra total relativamente à distância de casa ao local de trabalho

	N	%
0-10Km	72	77.42
10-50Km	14	15.05
>50Km	1	1.08
Não responde	6	6.45
Total	93	100.00

Tabela 6 – Distribuição da amostra total relativamente ao meio de transporte utilizado no percurso casa-emprego

	N	%
Público	9	9.68
Próprio	67	72.04
Outro	16	17.20
Não responde	1	1.08
Total	93	100.00

Quanto à escolaridade concluída, 24 (25,81%) participantes concluíram o 12º ano, 21 (22,58%) concluíram o 9º ano, 13 (13,98%) tinham uma licenciatura ou outro grau académico superior, 11 (11,3%) participantes não preencheram este campo, 6 (6,45%) concluíram o ensino primário, 1 tinha completado o 1º ano do ciclo básico (1,085), 8 (8,06%) tinham o 6º ano, 2 (2,15%) completaram o 2º ciclo e 6 (6,45%) frequentaram o ensino secundário até ao 10º ano mas não concluíram o 2º ciclo, tendo apenas um o concluído (1,085%) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra total relativamente à escolaridade concluída

	N	%
Ensino primário concluído	6	6,45
5º ano	1	1,08
6º ano	8	8,60
7º ano	2	2,15
9º ano	21	22,58
10º ano	6	6,45
11º ano	1	1,08
12º ano	24	25,81
Ensino superior	13	13,98
Não responde	11	11,83
Total	93	100,00

Relativamente à presença ou ausência de doença e comportamentos de saúde dos participantes da amostra, 81 não registavam qualquer doença, e dos 12 participantes que registavam alguma doença, 3 sofriram de doença psicológica e 9 de doença física. Destes 12 participantes, 11 recorriam a psicofármacos à data da recolha dos dados.

Dados profissionais

No que respeita aos dados profissionais, a categoria profissional mais representada na amostra foi a de auxiliar de acção directa (N=44 participantes), seguindo-se a de auxiliar de serviços gerais (N=12), enfermeiros (N=8), auxiliar de acção médica (N=5), administrativos (N=4), chefes de sector (N=3), recepcionistas (N=2) e animadores sócio-culturais (N=2). Dos restantes 12 participantes, 6 não responderam e os restantes 6 estavam distribuídos por categoria como assistente social (N=1), técnico alimentar (N=1), motorista (N=1), educador social (N=1), encarregado de manutenção (N=1) e estagiária de gerontologia (N=1). (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra total relativamente à categoria profissional

	N	%
Enfermeiro(a)	8	8,60
Assistente social	1	1,08
Auxiliar de acção médica	5	5,38
Auxiliar dos serviços gerais	13	13,98
Técnico(a) alimentar	1	1,08
Motorista	1	1,08
Educador(a) social	1	1,08
Animador(a) sócio-cultural	2	2,15
Auxiliar de acção directa	44	47,31
Administrativo(a)	4	4,30
Recepcionista	2	2,15
Encarregado manutenção	1	1,08
Chefe de sector	3	3,23
Estagiária Gerontologia	1	1,08
Não responde	6	6,45
Total	93	100,00

A maior parte dos participantes da amostra (N=53) estavam ao serviço enquanto cuidadores formais de idosos há mais de 2 anos, tanto no serviço como na Instituição, podendo-se inferir destes dados que a situação profissional dos participantes era por isso

estável. 72% dos participantes trabalhavam em regime normal (35 horas semanais) e 28% trabalhavam por turnos.

Quase um quarto dos participantes (23,7%) mudariam de profissão se lhe fosse dada essa oportunidade. Como principais aspectos gratificantes da profissão apontam, com igual expressão, o auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do idoso bem como a criação e manutenção de relações interpessoais com os utentes e profissionais (27,96%). É ainda de referir a significativa taxa de não-resposta dos participantes a esta questão (26,88%) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra total relativamente às gratificações da profissão

	N	%
Auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do idoso	26	27,96
Relações interpessoais com utentes/ profissionais	26	27,96
Reconhecimento profissional	9	9,68
Realização pessoal e profissional	6	6,45
Trabalho em equipa	1	1,08
Não responde	25	26,88
Total	93	100,00

Os aspectos referidos como desvantajosos relativamente à profissão que desempenham encontram-se relacionados com o desgaste físico e mental (21,51%) e com a dificuldade em lidar com a morte ou com o sofrimento dos utentes (13,98%). Uma percentagem elevada dos participantes não responderam a este item (39,78%) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da amostra total relativamente aos desgastes da profissão

	N	%
Desgaste físico, emocional/psicológico e social	20	21,51
Morte/sofrimento dos utentes	13	13,98
Carga horária elevada/excesso de trabalho	5	5,38
Conflitos de funções	5	5,38
Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação	5	5,38
Não tem reconhecimento profissional	3	3,23
Não tem fins de semana/noites com a família	2	2,15
Trabalho por turnos	1	1,08
Insucesso na recuperação dos utentes	1	1,08

Espaço de trabalho inadequado	1	1,08
Não responde	37	39,78
Total	93	100,00

4.3. Instrumentos

Foi utilizado na nossa investigação um Protocolo de Avaliação (Anexo A) constituído pelos seguintes instrumentos:

- Ficha Sócio-demográfica e Profissional;
- Medical Outcomes Study – short – form health Survey (Mos-SF₃₆, Ware, 1986);
- Work Environment Scale (Moos, 1986 & Louro, 1995);
- Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John 2003);

4.3.1. Ficha Sócio-demográfica e Profissional

Foi constituída para o efeito uma ficha formulada com questões de caracterização dos participantes e situação profissional tais como: sexo, estado civil, agregado familiar, residência, situação profissional, alguns dados clínicos do tipo: existência de doenças físicas, acompanhamento psicológico /psiquiátrico, medicação ansiolítica ou antidepressiva.

Além destes dados, procuramos também avaliar alguns dados referentes ao exercício da profissão como o regime de trabalho (total/parcial), anos de serviço na Instituição, categoria profissional, aspectos gratificantes e não gratificantes referentes à profissão, alterações significativas decorrentes do desempenho da actividade correspondente.

No sentido de facilitar o tratamento estatístico dos dados, algumas destas variáveis foram recodificadas.

4.3.2. Medical Outcomes study - short – form Health survey (Mos- SF₃₆, Ware, 1986)

Foi utilizada a versão portuguesa da Mos-SF₃₆ (Ferreira, 2000b). Este instrumento avalia a saúde relacionada com a qualidade de vida, avaliando o bem-estar subjectivo do indivíduo. Uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos, ligados à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, é considerada uma medida genérica de saúde. É um questionário multidimensional composto por 36 itens que procuram avaliar o tipo de limitações devidas a problemas de saúde. Estes 36 itens cobrem 8 dimensões do estado de saúde. Estas dimensões são avaliadas numa escala de 0 a 100, onde a pontuação mais elevada corresponde a um melhor estado de saúde. Importa referir que se trata duma escala auto-aplicada.

As oito dimensões de saúde abrangidas pelo Mos-SF₃₆ são:

- a) *Função Física (FF)*, esta mede a limitação para executar actividades físicas menores como actividades mais extenuantes e intermédias como subir lanços de escada levantar ou carregar compras, ajoelhar-se inclinar-se, etc. É composta por 10 itens.
- b) *Desempenho Físico e Emocional (DF)*, esta escala mede a limitação na saúde no que respeita ao tipo e quantidade de trabalho executado. Compõe-se de 4 itens.
- c) *Dor Física (DC)*, as escalas de dor representam não só a intensidade, e o desconforto originados pela dor como a sua interferência nas actividades de vida normais. Faz-se representar por 2 itens.
- d) *Saúde em Geral (SG)*, mede a saúde actual, resistência à doença e a aparência saudável. Esta é constituída por 5 itens.
- e) *Vitalidade (VT)*, esta inclui os níveis de energia e fadiga, informando acerca das diferenças de bem-estar. É representada por 4 itens.
- f) *Função Social (FS)*, a escala de função social mede a quantidade e qualidade das actividades sociais, bem como o impacto que os problemas físicos e emocionais têm nas actividades sociais. Compõe-se de 2 itens.
- g) *Desempenho Emocional (DE)*, pretende avaliar o impacto nas actividades diárias e/ou profissionais surgido em consequências de problemas emocionais. Esta é constituída por 3 itens.
- h) *Saúde Mental (SM)*, inclui questões referentes a ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental e o bem-estar psicológico. Esta é composta por 5 itens.

O Mos-SF₃₆ é ainda composto por uma questão que compara as condições de saúde actual com as condições de há um ano atrás.

A selecção deste instrumento para a nossa investigação baseou-se na simplicidade da sua administração, por ser uma medida genérica ampla utilizada tanto para avaliar aspectos positivos da saúde física e mental (bem-estar), como aspectos negativos (doença); e pela sua robustez psicométrica tanto em indivíduos com problemas de saúde, como em indivíduos saudáveis.

4.3.3. Work Environment Scale (Moos, 1986 & Louro, 1995)

Foi usada a versão portuguesa da Work Environment Scale (WES) criada por Moos (1986 a), traduzida e validada para Portugal por Louro em 1995. Destina-se a medir o ambiente laboral. Esta escala é composta 90 itens, subdivididos em 10 subclasses com a implicação de itens cada uma. São elas o *Envolvimento*, *Coesão*, *Apoio*, *Autonomia*, *Orientação para a tarefa* (organização), *Pressão*, *Clareza*, *Controlo*, *Invocação e Conforto Físico* (comodidade), que por sua vez se organizam em 3 dimensões: Relações, Auto-realização e Mobilidade /Mudança (tabela 11).

Tabela11- Especificação da Escala

Dimensões	Plano dos itens	Sub escalas
Relações	1,11,21,31,41,51,61,71,81	Envolvimento
	2,12,22,32,42,52,62,72,82	Coesão entre colegas
	3,13,33,43,53,63,73,83	Apoio do Supervisor
Auto- realização	4,14,24,34, 44, 54, 64, 74,84	Autonomia
	5,15,25,35, 45,55,65,75,85	Orientação para a tarefa
	6,16,26, 36, 46, 56, 66, 76, 86	Pressão no trabalho
Estabilidade / Mudança	7,17,27,37,47,57, 67, 77, 87	Clareza
	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88	Controlo
	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89	Inovação

(Fonte: Moos, 1986)

Na sub-escala *Envolvimento* os itens avaliam o grau de preocupação e entrega do trabalhador às suas actividades; na *Coesão* a ajuda e amabilidade entre colegas de trabalho; no *Apoio* é avaliado o esforço dos líderes para animar e criar um bom ambiente laboral, na *Autonomia* a forma como se estimula a iniciativa e auto-suficiência dos trabalhadores; na *Pressão* avalia-se a urgência e pressão que domina o ambiente laboral; na *Clareza* o conhecimento das tarefas, dos planos e das expectativas diárias, no *Controlo* o uso de regras e pressão para controlar os trabalhadores, na *Inovação* a variedade e mudanças dos enfoques, e no *Conforto Físico* a forma como o ambiente físico contribui para a criação de um ambiente laboral agradável.

No que concerne às dimensões, a dimensão “Relações” avalia o interesse e comprometimento dos trabalhadores e a forma como os directores os apoiam e animam a apoiarem-se uns aos outros. Esta dimensão é configurada pelas sub-escalas *Implicação*, *Coesão* e *Apoio*.

A dimensão “Auto-realização” afere o modo como os trabalhadores são estimulados para serem auto-suficientes e o modo como os directores utilizam as normas e a pressão para controlar os trabalhadores. Esta dimensão integra as sub-escalas *Autonomia*, *Orientação para a Tarefa* e *Pressão*. A dimensão “Estabilidade /Mudança” por sua vez refere-se à importância dada às novas propostas e à inovação, ao conhecimento ou desconhecimento, por parte dos trabalhadores, das suas tarefas diárias e a forma com lhes são explicadas as normas e os planos de trabalho. Fazem parte desta dimensão as sub-escalas *Clareza*, *Controlo*, *Inovação* e *Conforto Físico* (Moos, 1986 a).

A escala “ Work Environment Scale “ datada de 1986 foi escolhida para a nossa investigação por ser de fácil aplicação em termos individuais e colectivos. A formulação dos seus itens num vocabulário simples torna a escala compreendida pela população alvo, mesmo não possuindo nível de escolaridade superior. É possível a sua aplicação colectiva, daí ser possível o seu uso para uma avaliação de um número significativo de indivíduos ou amostras.

4.3.4. Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John 2003)

Foi utilizada a versão Portuguesa do Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), criada por Gross & John (2003), adaptada por Filipa Machado Vaz & Carla Martins para a população Portuguesa em 2008. O ERQ é um questionário que procura avaliar estratégias de regulação emocional e de compreensão das diferenças individuais na utilização dessas estratégias em situações específicas. Para além disso procura compreender as implicações da utilização de

diferentes estratégias de regulação emocional em indivíduos com percursos adaptativos e desadaptativos. Este questionário é constituído por 10 itens subdivididos por duas sub-escalas de regulação emocional, onde cada item avalia apenas uma estratégia de regulação emocional específica. As duas estratégias de regulação emocional abrangidas pelo ERQ são:

- a) A Reavaliação Cognitiva (RC), que compõe os itens 1,3,5,7,8,10 do questionário.
- b) A Supressão Emocional (SE), que compreende os itens 2,4,6,9 do questionário.

Estas duas sub-escalas de regulação emocional são avaliadas numa escala de Likert que vai de 1 a 7, em que 1 corresponde a discordo totalmente, 4 corresponde a não concordo nem discordo será por isso um valor intermédio e 7 corresponde a concordo totalmente. Uma pontuação mais elevada nos itens que avaliam a supressão emocional (SE) indica que se tratam de indivíduos que experimentam menos emoções positivas correspondendo, por isso a uma ausência de esforço para lidar com as emoções. Pelo contrário, uma pontuação elevada nos itens que avaliam a reavaliação cognitiva (RC) significa que se tratam de indivíduos que experimentam mais emoções positivas esforçando-se por isso, para lidarem com as situações.

A escolha deste instrumento de avaliação de regulação emocional no nosso estudo, baseou-se no facto de que, sendo um instrumento com um pequeno número de itens, a sua aplicação seja simples, facilitando-nos assim uma recolha de dados de forma rápida. Por outro lado sendo este instrumento que avalia duas estratégias de regulação emocional, e dado que os processos emocionais são considerados factores determinantes para um percurso adaptativo do sujeito, daí a nossa escolha.

A supressão emocional apresenta correlação positiva com a falta de autenticidade, o que significa que os indivíduos que utilizam frequentemente a supressão estão conscientes da sua falta de autenticidade e enganam de forma intencional os outros acerca das suas verdadeiras emoções, atitudes e crenças (Gross & John, 2003).

4.4. Procedimentos

4.4.1. Recolha de dados

O procedimento levado a cabo para a selecção dos participantes necessários ao nosso estudo iniciou-se por meio de um pedido feito por escrito aos respectivos responsáveis das Instituições onde se procedeu a recolha da amostra (Anexo B). Neste pedido foram referidos os objectivos e vantagens do estudo a ser efectuado. Após a aprovação destes, foram marcados encontros com os cuidadores funcionários das Instituições no sentido de lhes ser pedida a sua colaboração para o nosso estudo, dar-lhes conta dos objectivos, vantagens e importância do mesmo. Assim sendo, devido à impossibilidade material por parte das

Instituições, de reunir os cuidadores no mesmo espaço físico, onde pudesse ser aplicado o protocolo de avaliação, composto pelos vários instrumentos de avaliação a serem utilizados e pelo consentimento informado² (Anexo C), o mesmo foi entregue a cada cuidador dentro de um envelope fechado de modo individual, para que este pudesse responder de acordo com a situação e modo mais favorável tendo em conta sua disponibilidade de horário. No momento da entrega foram esclarecidos sobre o modo como deveriam proceder ao registo das suas respostas no protocolo e esclarecidos quanto aos demais procedimentos de resposta. Foi-lhes pedido que respondessem com naturalidade e honestidade. Garantiu-se total confidencialidade da informação contida nas respostas e no tratamento de dados. Após a recolha da amostra, procedeu-se ao tratamento e análise estatística dos dados.

4.4.2. Tratamento de dados

Para o tratamento estatístico de dados para o presente estudo recorreremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS[®]), Versão 18.00. Recorreu-se não só à estatística descritiva, para uma melhor compreensão dos dados, como também à estatística correlacional.

Segundo os autores Pestana e Gagueiro (2008), a estatística apresenta-se como um instrumento matemático fundamental para se proceder à recolha, organização, apresentação, análise e interpretação de dados.

A caracterização desta amostra, relativamente às diferentes variáveis, teve por base a análise descritiva com cálculo de frequências (percentagens), de medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) e de uma medida de tendência central (média).

No que concerne à análise correlacional, recorreu-se ao teste paramétrico de correlação de Pearson r , uma vez que a amostra segue uma distribuição normal nas medidas em teste, tem homogeneidade de variância e o efectivo do grupo é 93 participantes (Pestana & Gagueiro, 2008).

Quanto à análise de diferenças de médias, foi utilizado o teste t de Student e para a análise de variância, uma ANOVA One-way para amostras independentes (nos comparativos entre grupos) e emparelhadas (nos comparativos entre variáveis).

² O consentimento informado é um documento que expressa a livre vontade do paciente em participar em investigações e estudos. Tal significa que a pessoa deve possuir a capacidade legal para dar o seu consentimento, tendo o poder de livre escolha sem qualquer tipo de influência externa como fraude, pressão, engano entre outros, sendo que o sujeito deve ter total conhecimento de todo o procedimento. (Ribeiro, 2002).

4.4.3. Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo de natureza exploratória descritiva transversal. Constituiu, por isso, numa análise descritiva de caracterização dos dados da amostra recolhidos num único momento. Pretendeu também analisar as relações estatísticas entre variáveis (correlações) tal como elas existem naturalmente na amostra (Ribeiro, 1999).

V. Resultados do Estudo Exploratório

5.1. Caracterização da qualidade de vida do cuidador formal de idosos

Os 36 itens do questionário de estado geral de saúde Mos-SF₃₆ foram recodificados de acordo com os procedimentos definidos para a população portuguesa. A pontuação dos itens sofreu em alguns itens, transformações do tipo inversão de valores nos itens das dimensões *DC*, *SG*, *VT*, *FS* e *SM*. Posteriormente foram calculados os valores para cada um dos 8 indicadores do estado de saúde. A pontuação final de cada escala foi calculada através da fórmula (Soma da pontuação dos itens da escala invertidos e recalibrados – Mínima pontuação possível) / (Máxima pontuação possível – Mínima pontuação possível) *100. Os valores obtidos através da fórmula correspondem à percentagem total da pontuação possível.

Na nossa amostra o questionário apresenta boa consistência interna, tanto na relação item-escala, como nas relações inter-item e inter-escala. O menor valor de *alpha* encontrado foi de .65 na escala da *Vitalidade*. Na tabela 12, podemos analisar os dados dos diferentes domínios do questionário Mos-SF₃₆ da média obtida para cada dimensão do questionário.

As diferenças entre as dimensões são significativas para todas as comparações à exceção do par de dimensões *Função Física* (M= 88,77%; desvio-padrão (DP) = 14,91) e *Desempenho Emocional* (M= 87,59%; DP = 20,68). De todo o modo salientam-se a existência de elevados valores de desvios-padrão em todas as subescalas, o que revela uma amostra com um estado de saúde muito heterogéneo, dentro do mesmo grupo em análise (cuidadores formais de idosos na valência Lar).

Os valores mais elevados foram obtidos na *Função Física*, *Desempenho Físico e Emocional*, *Função Social* e *Saúde Mental*, todos com pontuações acima dos 75%. Os pontos mais problemáticos na saúde dos cuidadores formais de idosos residiram na *Dor Corporal* (M= 70,65%; DP = 23,15), na *Saúde Geral* (M=70,81%; DP = 14,97) e na *Vitalidade* (M= 72,08%; DP = 19,61). Estes valores estão abaixo dos encontrados para a totalidade da população Portuguesa, revelando assim um maior desgaste físico deste grupo de profissionais (cf. Tabela 12).

No que respeita à dimensão Mudança de Saúde, verificamos que a larga maioria dos participantes refere estar “sensivelmente igual” ao ano anterior, com um percentual de 66,7%. 12,9% referem estar “pior” e 2,2% “muito pior”. 10,8% notou “algumas melhoras” e 6,5%

refere estar “muito melhor”. No geral, é superior a percentagem de pessoas que viram o seu estado de saúde melhorar (17,4%) nos 12 meses anteriores do que piorar (15,2%).

Tabela 12 – Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio-Padrão para as dimensões que compõem o questionário SF-36

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Função Física	91	35,71	100,00	88,77	14,91
Desempenho Físico	87	18,75	100,00	85,15	19,93
Dor Corporal	92	00,00	100,00	70,65	23,15
Saúde Geral	92	18,75	100,00	70,81	14,97
Vitalidade	90	12,50	100,00	72,08	19,61
Função Social	91	12,50	100,00	81,59	21,27
Desempenho Emocional	88	00,00	100,00	87,59	20,68
Saúde Mental	90	15,00	100,00	81,47	18,34

5.2. Caracterização da regulação emocional no cuidador formal de idosos

A segunda medida que recolhemos foi a *regulação emocional*. Solicitámos aos participantes que indicassem o seu grau de concordância com 10 questões, através do Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Para o efeito, deveriam indicar a posição que melhor reflectia a sua experiência, por meio de uma escala de 7 pontos (1 = Discordo Totalmente; 7 = Concordo Totalmente). A avaliação da regulação emocional resultou da média dos 10 itens do QRE e dividiu-se em 2 sub-escalas, a de reavaliação cognitiva e a de supressão emocional. Os valores de consistência interna da escala eram elevados (o *alpha de Cronbach* para os 10 itens foi de .73). A escala revela boa dispersão e poder diferenciador entre os participantes, com elevados desvios-padrão em alguns dos itens, com particular relevância nos itens de supressão emocional.

Na tabela 13 podemos consultar as estatísticas descritivas obtidos para os 10 itens e para as 2 sub-escalas, onde verificamos que a estratégia de regulação emocional mais utilizada pelos participantes no estudo foi a reavaliação cognitiva, significativamente superior à supressão emocional. Esta dimensão está geralmente associada à experimentação e expressão de emoções mais positivas ao contrário do que acontece na supressão emocional, que a nível afectivo cria um sentimento de discrepância entre o que foi experienciado e o que o indivíduo mostra aos outros, levando a emoções negativas acerca de si próprio. Ao mesmo

tempo está também associada a níveis reduzidos de experiências e expressões emocionais positivas

Tabela 13: Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio-padrão para os 10 itens da Escala de Regulação Emocional na amostra

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.	82	1	7	4,98	1,89
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio.	83	1	7	4,51	1,87
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.	81	1	7	5,15	1,71
4. Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.	82	1	7	2,82	2,07
5. Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.	82	1	7	4,91	1,81
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.	83	1	7	3,80	1,85
7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	82	1	7	4,90	1,74
8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.	81	1	7	4,79	1,63
9. Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.	83	1	7	4,76	1,79
10. Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	81	1	7	5,31	1,50
Escola Reavaliação Cognitiva	83	4	42	29,49	7,66
Escola Supressão Emocional	83	4	28	15,84	5,14

Para efeitos comparativos são apresentados os resultados encontrados na aferição do estudo para a população portuguesa (Vaz, 2009) (cf. Tabela 14).

Na nossa amostra a tendência é semelhante à encontrada na população portuguesa, onde a reavaliação cognitiva foi também significativamente mais utilizada (Vaz, 2009). No entanto, em ambas as escalas obtiveram-se pontuações significativamente superiores às

encontradas na população portuguesa (menor $F_{82} = 7.52$; $p < .001$), com particular ênfase na reavaliação cognitiva.

Tabela 14: Amostra, Média e Desvio-Padrão para os 10 itens da escala de Regulação Emocional para a População Portuguesa

	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.	4,38	1,82
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio.	3,83	1,87
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.	4,31	1,81
4. Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.	2,76	1,77
5. Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.	4,55	1,82
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.	3,25	4,3
7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	4,3	1,7
8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.	4,26	1,65
9. Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.	4,03	1,76
10. Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.	4,41	1,65
Escala Reavaliação Cognitiva	21,6	6,4
Escala Supressão Emocional	13,8	4,9

5.3. Caracterização da qualidade do ambiente laboral no cuidador formal de idosos

Avaliamos também a qualidade do ambiente de trabalho (α de Cronbach = .68) que os participantes percecionavam acerca do seu próprio ambiente laboral.

Aos participantes foi solicitado que indicassem a sua concordância com as afirmações apresentadas, através das duas opções de resposta (*Verdadeiro* ou *Falso*). A qualidade do ambiente de trabalho corresponde à média das respostas aos 90 itens da escala.

A organização dos itens está de acordo com o esperado pela teoria, e obtivemos valores elevados de consistência interna nas suas três dimensões constituintes: *Dimensão Relacionamento* (α de Cronbach = .86), *Dimensão Desenvolvimento Pessoal* (α de Cronbach = .65) e *Sistemas de Manutenção e Mudança* (α de Cronbach = .81). Confirmamos, também, a organização dos itens em 10 subescalas, com valores de *alpha* compreendidos entre os .55 para *Controlo* e os .81 para *Envolvimento*.

Os valores da escala revelaram uma atitude positiva em relação ao ambiente laboral, dado que a comparação dos valores médios obtidos em cada dimensão com o ponto médio da escala foi positivamente diferente para as dimensões *Envolvimento*, *Orientação para a Tarefa*, *Clareza*, *Controlo* e *Conforto Físico*.

Todavia, as dimensões *Apoio do Supervisor*, *Pressão no Trabalho* e *Inovação* estavam ligeiramente, mas significativamente abaixo do ponto médio da escala. Consistente com os resultados obtidos na dimensão da qualidade de vida, os cuidadores formais de idosos acusaram maior desgaste em aspectos relacionados com o desempenho das suas funções.

Tabela 15 – Amostra, Mínimo, Máximo, Média e Desvio – Padrão para as três dimensões da Escala de Ambiente Laboral

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Envolvimento	93	1	10	6,75	2,21
Coesão entre colegas	93	1	9	5,15	2,00
Apoio do Supervisor	93	0	9	4,76	2,29
Dimensão Relacionamento	93	3	26	16,66	5,56
Autonomia	93	0	8	5,05	2,10
Orientação para a Tarefa	93	3	9	7,07	1,34
Pressão no Trabalho	93	1	9	4,90	2,08
Dimensão Desenvolvimento Pessoal	93	10	23	17,02	2,86
Clareza	93	0	9	6,51	2,24
Controlo	93	2	9	6,19	1,57
Inovação	93	0	9	4,92	2,04
Conforto Físico	93	1	9	6,32	2,25
Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança	93	9	34	23,95	5,70
Total	93	30	78	57,63	11,21

5.4. Estudo correlacional entre as variáveis

5.4.1. Relação entre qualidade de vida e regulação emocional

Uma análise correlacional entre a qualidade de vida e respectivas dimensões que a constituem (*Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde em Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental*), e as dimensões da regulação emocional (reavaliação cognitiva e supressão emocional), permitiram obter a seguinte tabela de correlações:

Tabela 16 - Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e as dimensões da Escala de Regulação Emocional

		Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
Reavaliação Cognitiva	r	-0,02	-0,22*	-0,15	-0,11	-0,17	-0,19*	-0,20*	-0,10
Supressão Emocional	r	0,02	0,01	-0,14	-0,07	0,00	-0,07	0,02	-0,05
	N	83	81	82	83	82	82	81	83

* - Correlação tendencialmente significativa ao nível de significância $p < .10$

De facto, as duas escalas não estão significativamente relacionadas, à excepção da reavaliação cognitiva, que parece estar relacionada, embora com um baixo valor de r , com as dimensões de *Desempenho Físico* e com a *Função Social* e *Desempenho Emocional*. Em todos os casos a relação foi negativa, isto é, uma elevada utilização da reavaliação cognitiva estava relacionada com baixos valores de *Desempenho Físico*, *Função Social* e *Desempenho Emocional*.

5.4.2. Relação entre qualidade de vida e qualidade do ambiente laboral

A análise das correlações entre a qualidade de vida e as suas respectivas dimensões constituintes, e as dimensões de qualidade do ambiente laboral, permitiram obter as seguintes conclusões:

Pode constatar-se que pelos valores descritos na tabela 17, a qualidade de vida parece estar muito relacionada com o ambiente laboral, ao contrário do que acontecia com a regulação emocional. Com particular expressão, aparece a *Pressão no Trabalho*, que está relacionada muito significativamente ($p < .01$) com todas as dimensões do Estado de Saúde do Mos-SF₃₆. Os elevados valores de *Pressão no Trabalho*, relacionam-se com os baixos

valores em todas as dimensões do Mos-SF₃₆ dos cuidadores formais de idosos na valência Lar, existindo por isso uma relação negativa.

Boas condições físicas no local de trabalho também impactam significativamente os valores obtidos nas dimensões do Mos SF₃₆. Congruentemente, as pessoas que têm um local de trabalho confortável têm valores superiores de *Função Física*, menos *Dores Corporais* e maior *Vitalidade*.

A dimensão *Relacionamento do WES* (que inclui envolvimento com a função, coesão entre colegas e apoio do supervisor) obtém valores de *r* superiores. Ou seja, boas relações interpessoais no local de trabalho estão associadas a valores mais elevados de *Função Social*, *Desempenho Físico*, *Desempenho Emocional*, *Vitalidade*, mas sobretudo de *Saúde Mental* do Mos- SF₃₆

Tabela 17 – Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e as dimensões da Escala de Ambiente Laboral

	Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
Envolvimento	0,17	0,47*	0,23	0,21	0,33*	0,35*	0,29*	0,42*
Coesão entre colegas	0,16	0,3*	0,07	0,21	0,2	0,35*	0,28*	0,35*
Apoio do Supervisor	0,09	0,25	0,2	0,19	0,17	0,32	0,3	0,3
Dimensão								
Relacionamento	0,16	0,4*	0,2	0,24	0,28*	0,4*	0,34*	0,42*
Autonomia	0,04	0,24	0,02	0,2	0,12	0,3*	0,23	0,33*
Orientação para a Tarefa	-0,02	0,16	-0,07	0,1	-0,07	0,07	0,19	0,01
Pressão no Trabalho	-0,3*	-0,42*	-0,34*	-0,34*	-0,45*	-0,46*	-0,29*	-0,47*
Dimensão								
Desenvolvimento								
Pessoal	-0,2	-0,06	-0,26	-0,06	-0,28*	-0,08	0,05	-0,1
Clareza	0,19	0,33*	0,07	0,21	0,26	0,22	0,23	0,27
Controlo	0,03	0,06	-0,19	-0,13	-0,07	-0,16	-0,07	-0,17
Inovação	0,07	0,12	0	0,13	0,11	0,05	0,05	0,14
Conforto Físico	0,31*	0,27	0,28*	0,26	0,36*	0,24	0,09	0,15
Dimensão Sistemas de								
Manutenção e								
Mudança	0,23	0,3*	0,08	0,2	0,26	0,16	0,13	0,17

* - Correlação tendencialmente significativa ao nível de significância $p < .10$

5.4.3. Relação entre qualidade de vida e características sócio-demográficas e profissionais

Para aferir a relação entre a qualidade de vida dos participantes e as suas características sócio-demográficas utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis contínuas e uma ANOVA one-way para as variáveis discretas.

Tabela 18 – Relação existente entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida e a Idade, Anos de escolaridade, Anos de serviço na categoria e Anos de serviço na unidade.

		Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
Idade	r	-0,20	0,07	0,08	0,05	0,17	0,12	0,10	0,08
	N	87	83	88	88	86	87	84	88
Escolaridade	r	0,13	0,00	0,05	0,03	-0,24*	-0,10	-0,06	-0,05
	N	80	76	81	81	79	80	77	77
Anos ao Serviço na Categoria	r	-0,25*	0,03	-0,04	-0,14	0,00	-0,01	0,01	-0,01
	N	86	83	86	86	85	85	84	88
Anos ao Serviço na Unidade	r	-0,18	0,10	0,00	-0,07	0,27*	0,12	0,05	0,01
	N	85	81	85	85	84	84	82	88

Uma análise de variância não revela diferenças significativas na qualidade de vida em função do género, do estado civil, do agregado familiar, da presença de filhos, do meio de residência, da distância de casa ao trabalho e da realização de actividades de lazer, isto é, estas variáveis não se revelaram importantes para a qualidade de vida da nossa amostra.

Por outro lado, encontramos para algumas dimensões do SF-36, efeitos das restantes variáveis. Assim e para a *Função Física*, encontramos efeitos no tipo de transporte utilizado no percurso casa-emprego ($F2, 87 = 3.87, p = .025$), presença de doença ($F1, 89 = 19.46, p < .001$), utilização de psicofármacos ($F1, 89 = 19.46, p < .001$), trabalho por turnos ($F1, 86 = 7.55, p = .007$) e desejo de mudar de profissão ($F1, 88 = 4.50, p = .037$).

Para o *Desempenho Físico* encontramos efeitos no tipo de transporte utilizado no percurso casa-emprego ($F2, 83 = 3.43, p = .037$), na utilização de psicofármacos ($F1, 85 =$

26.79, $p < .001$), no desejo de mudar de profissão ($F1, 84 = 11.42, p = .001$) e na necessidade de reajuste da vida profissional por motivos laborais ($F1, 79 = 7.56, p = .007$)

VI. Discussão e Conclusões do Estudo Exploratório

Neste capítulo analisamos e discutimos os resultados obtidos no nosso estudo. Começamos por referir algumas considerações sobre questões metodológicas pertinentes a este estudo e relacionadas com a recolha da amostra e com os procedimentos utilizados. Posteriormente, apresentamos a discussão dos resultados. Finalmente terminamos este capítulo com uma breve conclusão.

Ao longo da nossa investigação surgiram algumas dificuldades, sendo que a mais sentida prendeu-se com a morosidade no preenchimento do protocolo de avaliação. No entanto, apesar dos cuidadores serem instruídos no sentido de serem verdadeiros nas suas respostas e de se assegurar o carácter anónimo e sigiloso dos dados, foi de salientar uma percentagem relevante de não – resposta a alguns itens do protocolo, nomeadamente nas respostas abertas. Tal facto pode ficar a dever-se tanto à extensão do protocolo, como ao receio do comprometimento, essencialmente nos itens em que os participantes deviam opinar acerca do próprio local de trabalho. Por outro lado, o preenchimento em contexto laboral poderá ter tido influência sobre a qualidade das respostas com mais “desejabilidade social”. Outra questão com que nos deparamos foi a dificuldade que representou a adesão dos participantes ao preenchimento do protocolo, provavelmente motivada pela excessiva carga horária acumulada com os afazeres domésticos, já que a grande maioria dos participantes eram do sexo feminino, casados e com filhos. Cabe também referir que a análise do nosso estudo esteve limitada por se tratar de um estudo exploratório, ou seja, visando a caracterização de um grupo que ainda não foi amplamente estudado.

Para comentarmos os resultados encontrados optamos por organizar as principais conclusões separadamente para cada uma das variáveis estudadas.

Relativamente à qualidade de vida no cuidado formal de idosos sintetizamos as principais conclusões:

- i) a amostra revela um estado de saúde muito heterogéneo, dentro do mesmo grupo de análise revelando, por isso, diferentes percepções dos indivíduos acerca da sua qualidade de vida. Como refere MCGuire (1991), “todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida e é nisso que reside o problema”;
- ii) os pontos mais problemáticos referentes à saúde dos participantes com valores inferiores a 75%, abaixo dos valores encontrados para a população Portuguesa, residiram na *Dor*

Corporal, na *Saúde em Geral* e na *Vitalidade*. Tais factos podem ficar a dever-se a um conjunto de vários factores como a maturidade pessoal do cuidador, o tipo e cronologia do acontecimento, o controlo, a imutabilidade, ambiguidade e recorrência da situação e proximidade e tipo de relação afectiva entre idoso e cuidador. Noutra sentença vão os resultados mais elevados para estas dimensões encontrados por Ferreira (2000), no seu estudo em relação à totalidade da população Portuguesa. Consta-se por isso que este grupo de profissionais revela um maior desgaste físico em relação à população em geral. O facto da *Dor Corporal* apresentar valores inferiores à média, e sobretudo porque os participantes têm uma idade média jovem, é preocupante. Este resultado pode indiciar que as funções exercidas por estes são demasiado pesadas, ou podem não estar a ser realizadas da forma mais correcta. É também um possível indicador do esforço necessário para lidar com este tipo de utentes, dada que a existência de incapacidade física em grande parte destes idosos é dada como certa.

iii) A carga física e psíquica dos prestadores de cuidados formais em idosos institucionalizados é bastante elevada, podendo inferir-se tal facto a partir das respostas dadas espontaneamente pelos participantes quando questionados sobre os aspectos menos positivos das suas funções. No entanto, no geral estes não referem pioria do estado de saúde quando comparado com o mesmo período do ano anterior, concluindo-se por isso que esta situação é recorrente e tem já alguma antiguidade.

Relativamente à caracterização da regulação emocional no cuidador formal de idosos, salientamos as principais conclusões:

i) a estratégia de regulação emocional mais utilizada pelos participantes foi sem dúvida a reavaliação cognitiva. Este resultado revela que estamos, por isso, perante indivíduos que experimentam mais emoções positivas e que se esforçam para lidarem com as situações. Ao mesmo tempo surgem como indivíduos mais positivos nas relações com os outros, mais optimistas e com maiores capacidades de adequabilidade face aos desafios ambientais com que são confrontados no exercício das suas funções.

ii) comparativamente aos resultados obtidos na aferição do estudo, para a população Portuguesa efectuados por Vaz (2008), na nossa amostra a tendência é semelhante. Contudo, no nosso estudo, em ambas as estratégias de regulação emocional, os valores foram significativamente superiores aos encontrados para a população Portuguesa essencialmente no que diz respeito à reavaliação cognitiva. Estes dados vão no sentido de que a nossa amostra parece ser constituída por indivíduos dotados de elevada capacidade para vencerem desafios e com objectivos de vida bem definidos.

iii) quanto à supressão emocional, a nosso ver, a maior utilização desta estratégia em relação à população no geral pode prender-se com várias situações. De acordo com Vaz (2008), este mecanismo de supressão emocional é mais utilizado em mulheres. A profissão de cuidador, não só no caso de cuidadores formais de idosos, mas também de crianças, doentes ou incapacitados parece estar muito ligada à variável género, uma vez que educadores de infância, enfermeiros, professores, etc são maioritariamente do sexo feminino. Este grupo têm alta afinidade com a nossa amostra, composta em 95% por mulheres, o que pode explicar este valor menos elevado. A sua utilização neste contexto pode ser também elevada pela necessidade destes profissionais lidarem com o sentimento de perda e a frustração com o insucesso na recuperação dos utentes dos lares onde trabalham.

No que concerne à caracterização da qualidade de ambiente laboral no cuidador formal de idosos, os resultados apontam para as seguintes conclusões:

i) os valores obtidos na escala de ambiente laboral revelaram que estes indivíduos têm uma atitude positiva face ao ambiente de trabalho, tendo-se nesse sentido encontrado valores elevados para as subescalas *Orientação para a Tarefa, Envolvimento e Clareza*. Estamos, por isso, perante indivíduos com um grau elevado de preocupação e entrega à sua actividade laboral, por isso conscientes das suas responsabilidades. Em sentido oposto aparecem os resultados obtidos para as sub-escalas *Apoio do Supervisor, Pressão no Trabalho e Inovação*. Os baixos valores obtidos para estas sub-escalas, nomeadamente para o *Apoio do Supervisor* revelam por si só, o pouco esforço dos líderes para criarem um bom ambiente laboral. Em grande parte das vezes os cuidadores são pouco premiados pelo seu desempenho, tanto por parte de quem os lidera, como pelos próprios utentes e familiares destes. Em relação aos baixos valores encontrados na subescala *Pressão no Trabalho*, estes vão no sentido de que são indivíduos com baixas possibilidades de controlo das suas actividades em termos de planificação e determinação de procedimentos ou atitudes a tomar, sendo pouco intervenientes na organização das suas tarefas. Quanto à subescala *Inovação*, englobada na dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança da Escala de Ambiente Laboral (WES) os resultados sugerem que as tarefas destes indivíduos são rotineiras e não permitem inovação, já que estes podem ser sancionados se não seguirem os procedimentos e regras pré-estabelecidas para cada situação em particular por parte de quem os lidera. Estes estarão, assim, pouco preparados para mudar e variar.

Em relação à análise correlacional entre as várias variáveis, nomeadamente no que concerne à relação existente entre qualidade de vida e regulação emocional, podemos concluir pelos resultados obtidos que:

i) existe baixa relação entre a qualidade de vida e as estratégias de regulação emocional. No entanto, ainda que ténue, existe uma relação negativa entre as dimensões *Desempenho Físico*, *Função Social* e *Desempenho Emocional* do Questionário (Mos - SF₃₆, Ware, 1986) e a estratégia de regulação emocional, reavaliação cognitiva do Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003).

A análise da relação entre qualidade de vida e ambiente laboral sugere que:

i) a qualidade de vida está intimamente relacionada com o ambiente laboral, ao contrário do que acontecia com a regulação emocional. Todas as dimensões do Questionário do Estado de Saúde (Mos - SF₃₆, Ware, 1986) estão significativamente relacionadas com as dimensões da Escala de Ambiente Laboral (Moos, 1986 & Louro, 1995), cabe realçar que de maneira significativamente negativa com a subescala *Pressão no Trabalho*. Estes profissionais percebem grande controlo não só da parte dos seus supervisores, de quem acabam por depender, esperando dos seus trabalhadores os melhores resultados, como também dos próprios utentes e de uma forma indirecta, da parte dos familiares que esperam sempre “mais e mais”.

A elevada *Pressão no Trabalho* pode constituir, assim, um factor de risco para a qualidade de vida destes indivíduos.

ii) as condições físicas no local de trabalho nas quais se incluem de acordo com Moos (1986), o facto das salas ou escritórios estarem abertos, podem até promover a coesão entre os indivíduos, influenciando, assim, de modo positivo nas tarefas adaptativas do cuidador e do próprio idoso. Pelos resultados obtidos, podemos inferir que a nossa amostra revelou estar inserida num local de trabalho com boas condições físicas, apresentando valores significativamente positivos nas dimensões *Função Física*, *Dor Corporal* e *Vitalidade*.

iii) a dimensão Relacionamento da escala de ambiente laboral, apesar de ter implicações positivas significativas com as dimensões *Vitalidade*, *Função Social* e *Desempenho Emocional* da Escala de Estado de Saúde, está relacionada de uma maneira particularmente positiva com a dimensão *Saúde Mental* desta mesma escala. Significa que os participantes da nossa amostra têm boas relações sociais com os colegas e supervisores no seu local de trabalho, indicando tratar-se de indivíduos com algum controlo emocional e comportamental e, sobretudo, bem-estar psicológico.

Em relação às variáveis sócio-demográficas e profissionais e o seu impacto na qualidade de vida, verificamos que:

i) as características individuais são muito importantes na explicação das diferenças existentes a nível da qualidade de vida. Particularmente, as variáveis que intrínsecamente se relacionam

com o exercício da profissão, como é o caso da planificação e determinação de procedimentos ou atitudes a tomar. Estas são as mais importantes e que têm maior poder descritivo. Também a presença ou ausência de doença e a utilização de psicofármacos, são aspectos que influenciam significativamente o estado de saúde e, por isso, a qualidade de vida. Isto leva a crer que um aumento do encargo com os afazeres profissionais conduz a uma menor qualidade de vida.

ii) encontramos diferenças significativas para as variáveis meio de transporte, trabalho por turnos, desejo de mudar de profissão, necessidade de alteração de rotinas diárias para satisfazer os compromissos profissionais, regime de trabalho (parcial/total/acrescido) e acumulação de funções. Em todas estas variáveis, as conclusões vão no mesmo sentido: um aumento do encargo com os afazeres profissionais leva a uma menor qualidade de vida. As variáveis mais preditivas, dentro destas, são o desejo de mudar de profissão e o facto de lhes serem exigidas modificações na sua vida pessoal. Estes resultados vão de encontro ao já referido, aquando da análise do ambiente laboral, em que vimos que maior satisfação e motivação no trabalho, leva a uma atitude mais positiva na vida em geral.

A título conclusivo, parecem ser pois os cuidadores formais de idosos que melhor classificam os seus serviços os que têm uma atitude mais positiva e saudável em relação a todas as medidas relacionadas com o trabalho, podendo concluir-se que são os que melhor se adaptam às condições e exigências do trabalho. Tais conclusões vão ao encontro das que a autora Soares (2010) encontrou no seu estudo relacionado com a Exaustão Emocional Dos Cuidadores De Doentes Oncológicos.

Como perspectivas futuras parece-nos relevante replicar o estudo num número mais abrangente de instituições, para se confirmar a validade dos dados já recolhidos e reforçar a amostra com o objectivo de tornar consistentes os dados tendencialmente significativos que encontramos, por exemplo, no Questionário de Regulação Emocional.

Por outro lado, gostaríamos de incluir no nosso estudo outro tipo de Instituições que não apenas Lares ou Misericórdias públicas, e avançar com a análise a, por exemplo, Residências Geriátricas. As variáveis de ambiente laboral variam muito de Instituição para Instituição, pelo que é necessária a inclusão do maior número possível de contextos, para não nos cingirmos ao estudo de apenas alguns casos particulares.

Parece-nos também pertinente incluir outras valências de cuidados formais em idosos, nomeadamente Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Centro de Dia, e efectuar uma análise comparativa para perceber, do ponto de vista do cuidador formal, se há impacto na sua qualidade de vida.

Por último, e dado que os resultados mostraram elevada *Pressão no Trabalho* e dificuldade na gestão das emoções, faz sentido a implementação de um programa de promoção do bem-estar no trabalho que dote os profissionais de estratégias para melhorar a qualidade de vida e o próprio desempenho profissional. Para uma melhor eficácia de um programa nestes moldes poder-se-ia recorrer a uma análise transversal, ou seja à aplicação do mesmo protocolo após a intervenção, de modo a podermos aferir o efeito do programa sobre os profissionais.

Para finalizar, esperamos ter contribuído para uma compreensão mais aprofundada das características e necessidades do cuidador formal de idosos na valência lar. Ancoramos este trabalho na crença de que o profissional vive num ambiente complexo, composto por várias esferas pessoais e profissionais interdependentes e que a mudança numa das esferas levará a mudanças nas restantes componentes da sua vida. Acreditamos com este estudo ter oferecido algum contributo para a caracterização deste grupo de profissionais, bem como salientar a importância de monitorizar e agir sobre as suas emoções, vida profissional e ambiente laboral, com vista a uma qualidade de vida satisfatória que sem dúvida se reflectirá na qualidade da prestação de cuidados ao idoso institucionalizado.

Referências Bibliográficas

- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão Emocional: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Minho: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Alegra, M., Reis, M., Alves, A., Afonso, R., & Pereira, C. (2009). *Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (RAM)*. “Viver mais, Viver melhor”, p.47-51. Madeira: Edição SRAS
- Antoniuzzi, A., Dell’Aglia, D., Bandeira, D. (1998) O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Antunes, A. V., & Sant’ann. L. R. (1996). Satisfação e Motivação no Trabalho do Enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49 (3), 425-434.
- Associação Nacional de Municípios Portugueses. (2007). *Transferência de Competências: Acção Social*. Documento aprovado no XVII Congresso da Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP). Ponta Delgada: ANMP
- Applying Psychology in Business: the handbook for managers and human resource professionals*.
Lexington, M. A: D. C Health.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1991). *Understanding and improving climates*, In J. W. Jones, B. D. Steffy & D. W. Bray, (p.p. 552-562).
- Bize, P. R., & Vallier, C. (1985). *Uma Vida Nova: A Terceira Idade*. Lisboa: Verbo.
- Blanco, E. H. (2007). Envelhecimento e doença. In E. H. Blanco (Eds.), *Síndromes Geriátricas* (pp. 1-9). Alges: Lundbeck.
- Born, T. (2006). *Seminário Velhice Fragilizada. A formação de cuidados: acompanhamento e avaliação*. São Paulo: SESCSP.

- Cabral, F. S. (1992). O que é a qualidade de vida. Perspectiva económica. *Cadernos de Bioética*. Coimbra: Centro de Estudos de bioética, 4, 14-20.
- Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Oeiras: Celta Editora.
- Carvalho, M. (2008). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. In *Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social*, 17-25.
- Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos*. 3ª edição. São Paulo: Edição Compacta.
- Comissão Das Comunidades Europeias. (2001). *O Futuro dos Cuidadores de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira*. Bruxelas. Retrieved May, 15, 2010 from <http://ec.europa.eu/prelex/detaildossierreal.cfm?CL=pt&DosId=170000>
- Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Retrieved May, 2, 2010 from <http://www.dgs.pt>.
- Fangueiro, C. (2008). Respostas sociais para pessoas idosas. *Revista Rediteia*, 41, 47-48.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. A. (1999). Envelhecimento Demográfico – As Transformações da Modernidade, *Cidade Solidária*, 3, 16-21.
- Fernandes, L. (2006). A doença do envelhecimento. *Revista Rediteia*, 41, 56.
- Ferreira, P. (2000 a). Criação da versão portuguesa do Mos –SF36 , Parte I – Adaptação Cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do Mos -SF36 , Parte II – Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5 (3), 52.
- George, I. K., & Gwyther, I. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gil., Martins, A. (1999). Redes de Solidariedade intergeracional na velhice. *Cadernos de Política Social, Associação dos Profissionais de Serviço Social*, 1, 95.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion – focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation. Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation process: implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). *Questionário de Regulação Emocional*. Adaptado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008).
- I. Martin. (2010). As Máscaras do Envelhecimento. II Jornadas de Gerontologia Social, Braga, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica de Braga.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Portugal em números*. Lisboa: INE.

- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento e de Recursos Humanos, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Health and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality*, 72 (4), 687-726.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In Gross (2007), *Handbook of emotion regulation*, (p.p. 351-372). New York: Guilford.
- Kennedy – Moore, E., & Watson, J. (1999). *Expression emotion: Myths, realities and therapeutic strategies*. New York: the Guilford Press.
- Kring, A. M. & Bachorowski, J. A. (1999). Emotion and Psychopathology. *Cognition and emotion*, 13 (5), 575-599.
- Lage, J. (2008). Cuidados Informais na Velhice – o apoio familiar. *Revista Rediteia*, 41, 41.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A tow-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46 (4), 181-189.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud*. Barcelona: Martinez Roca.
- Leite, M. M. (2006). *Impacto da demência de Alzheimer no conjugue prestador de cuidados*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Le Bortef, L. G. (1995). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Editions d'Organisations.

- Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lobo, F., & Fernández, D. (s/d). *Escala de Clima Social no Trabalho. Validação em organizações portuguesas*, Braga: Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa de Braga.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25 (1), 41.
- Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale (WES), à população portuguesa*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações, Lisboa: Instituto Universitário da Universidade Lisboa.
- M. Almeida. (2010). As Máscaras do Envelhecimento. II Jornadas de Gerontologia Social, Braga, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica de Braga.
- Malaínho, A. (2008). Envelhecimento demográfico em Portugal. *Revista Rediteia*, 41, 31.
- Martin, I., & Lopes, E. (2008). Políticas Gerontológicas. *Revista Rediteia*, 41, 44-45.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Formais. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148
- McGuire, A. M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In M. R. Trimble (Edt). *Women and epilepsy*. Chischester: John Wiley & Sons.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública (2008). Orçamento de Estado, Relatório. Lisboa: Ministério das Finanças e da Administração Pública.
- Montagut, T. (2000). *Política Social: una introducción*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Moos, R. (1986). Work Environment Scale Manual. In *Psychology Press*. California: Palo Alto.
- Moos, R. H. (1982). *Coping with physical illness, 2: New perspectives*. New York and London: Plenum Medical Book Company.

- Moos, R. H. (1986). Work as an human context, *In* M. S. Paleak and R. O. Pereoff, *Psychology and work: productivity, change and employment*, 9-52. Washington, DC: American Psychological Association.
- Moos, R. H., & Schafer, J. A. (1987). Evaluating health care work settings: A holistic conceptual framework. *Psychology and Health*, 1, 97-122.
- Moura, L., Galli, F., Barbosa, J., & Camargos, A. (2005). Treinamento para cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista Anais do 8º Encontro de Extensão da UFM*. Brasil – Belo Horizonte.
- Organização Mundial das Nações Unidas (2002). Comunicação com o título *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. 8-12 Abril, 2002.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. *In* C. Paúl & A. M. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearlin, I., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress process: an overview of concepts and their measure. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pestana & Nóbrega, N. (2003). *Trabalhadores Mais Velhos: lítc Públicas e Práticas Empresariais*. Lisboa: MSST – DGERT.
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel & Luísa (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Quaresma, M. L. (1998). Política de Velhice. Análise e Perspectivas. *Revista de Psicologia*. 2, 227-237.

- Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, saúde & doenças*, 3 (1), 11-22.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da Saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus., & C. Nunes (coords). *Bem Estar e Qualidade de Vida* (p.p.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, O. (2006). O equilíbrio psíquico do idoso e a dinâmica. *Revista Rediteia* 41, 54.
- Rosa, M. J., & Vieira, C. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*. 37 (1), 191.
- Santos, P. R. (2001). *Estudo do Processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica, carga de trabalho e factores de risco à saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Schwanke, C., & Feijó, A. (s/d). Cuidando de cuidadores de idosos. *Revista bio14 VI*. Retrieved January, 11, 2010 from <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio14v1/simposios/simposio06.htm> .
- Sessa, M., Kioroglo, P., Varalho, S., & Bruscatto, W. (2008). Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipa de saúde. *Ras*. 10 (39), 51-60.
- Silva, J. L. (2007). *Estress e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

- Silva, M. J. P. (1989). *Educação Continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Silva, M. (2006). *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice – um estudo no Norte de Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Soares, J. (2010). *Exaustão Emocional Dos Cuidadores De Doentes Oncológicos. Eficácia de uma Intervenção de grupo*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Sociedade Española de Geriatria y Gerontologia. (s/d). *Seccion de Ciências Sociales e de Comportamiento – Grupo de Estudio de Ayuda a Domicilio, Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares*. España.
- Vaz, F. (2008). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado na Área do Conhecimento em Psicologia Clínica, Minho, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Vissani, A., Reis, L., Nogueira, L., Rocha, M., & Marangori, O. (2002). *Qualidade de Vida no trabalho*. Pesquisa apresentada no 2º período do curso de Administração, Minas Gerais: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Wall, K., José, J. S., & Correia, S. V. (2001). *Child Care and Elder Care in Multi Career Families*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Whitlatch, C., Schur, D., Noelker, L., Ejaz, F., & Looman, W. (2001). The stress process of family caregiving in institutional settings. *The Gerontologist*. 4 (4), 462-473.

Anexo A

Protocolo de Avaliação da “Qualidade de Vida e Exaustão Emocional em Cuidadores Formais de Idosos nas Misericórdias – um Estudo Exploratório”

Responsáveis pelo Projecto de Investigação:

Maria Manuela Soares Coelho

Prof. Dra. Manuela Leite (Coordenadora)

Prof. Dra. Vera Almeida (Orientadora)

No âmbito da realização de mestrado em Psicogerontologia no Instituto Superior da Ciências de Saúde – Norte, estamos a realizar um estudo que tem por objectivo avaliar a Qualidade de Vida e Exaustão Emocional em Cuidadores Formais de Idosos nas Misericórdias. Salientamos a importância que este estudo terá para a compreensão mais alargada desta temática e para a melhoria dos cuidados nesta área específica.

As respostas serão apenas utilizadas para fins de investigação, sendo confidenciais.

Ficha Sócio-Demográfica e Profissional

Instituição: _____ Data: ____/____/____

Sector: _____

Dados Sócio-Demográficos

Cargo ocupado na Instituição: _____ Sexo: M F

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto Divorciado
Separado Viúvo

Agregado Familiar

Com quem vive: Com os Pais Com os Filhos Família Alargada Sozinho

Tem filhos: Não Sim

Idades: 0-5 5-10 10-20 >20

Residência

Zona de Residência: Rural Urbana

Distância do Local de Trabalho: 0-10km 10-50km >50km

Forma como se Desloca: Transporte Próprio Transporte Público Outro

Qual: _____

Actividades com que ocupa o Tempo Livre

Tem alguma actividade de lazer? Sim Não

Desporto Música Cinema Teatro Outro _____

Qual a frequência? Semanal Quinzenal Mensal >Mensal

Dados Clínicos

Tem alguma Doença Física? Sim _____ Não

Psicológica/Psiquiátrica? Sim _____ Não

Está a ser acompanhado por Psicólogo/Psiquiatra? Sim Não

Há quanto tempo? _____

Toma Antidepressivos ou Ansiolíticos? Sim Não

Quais? _____

Dados Profissionais

Anos de serviço nesta categoria profissional: Número de anos _____

Anos de serviço nesta Instituição? _____

Categoria Profissional: Administrativo Assistente Social Enfermeiro(a)

Encarregado Geral do Sector Auxiliar Geriátrica Empregada de Serviços

Gerais Recepcionista Outra: _____

Regime de Trabalho: Parcial (20-24h/sem) Normal (35h/sem)

Acrescido (42h/sem)

Trabalho por turnos: Sim Não

Acumula esta função com outras? Sim Não Qual? _____

Está neste serviço por opção? Sim Não

No último ano faltou ao serviço: Nunca Raramente Algumas vezes Bastantes vezes

Se pudesse deixaria o serviço onde trabalha? Sim Não

Como classificaria a actividade que desempenha neste serviço?

Menos Boa? Satisfatória? Boa? Muito Boa?

Teve que fazer modificações na sua vida para desempenhar esta actividade?

Sim Não Quais? _____

Que aspecto lhe tem custado mais no exercício da sua profissão?

Que aspecto lhe tem gratificado mais no exercício da sua profissão?

Acontecimentos de vida, no último ano, que tenham levado a níveis particularmente elevados de stress: Sim Não

Se sim, quais? _____

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos-lhe que leia com atenção cada questão e mesmo que não tenha uma certeza quanto à resposta a escolher,

Para as questões 1 e 2, por favor coloque um círculo à volta do algarismo que melhor descreve a sua saúde.

1. Em Geral, diria que a sua saúde é:

Óptima.....

1

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor

..... 1

Com algumas melhoras

3. As questões que se seguem referem-se a actividades que executa no seu dia-a-dia. Pretendemos saber se a sua saúde o/a limita nessas actividades e, se sim, quanto.

(Por favor assinale em cada linha com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua situação)

Sim,	Sim,	Não,
muito	um pouco	nada

	limitado/a		limitado/a		
limitado/a					
a. Actividades intensas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos intensos.	1	2	3		
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3		
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia.	1	2	3		
d. Subir vários lanços de escada.	1	2	3		
e. Subir um lanço de escadas.	1	2	3		
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3		
g. Andar mais de 1 Km.	1	2	3		
h. Andar várias centenas de metros.	1	2	3		
i. Andar uma centena de metros.	1	2	3		
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.	1	2	3		
4. Durante as últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias, como consequência do seu estado de saúde físico, algum ou alguns dos problemas apresentados a seguir?					
<i>(Por favor assinale em cada linha com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua situação)</i>					
Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria.	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em exercer o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a), algum dos problemas apresentados a seguir ?

(Por favor assinale em cada linha com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua situação)

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria.	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.	1	2	3	4	5

Para cada uma das questões 6, 7 e 8, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada 1
 Pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores músculo-esqueléticas?

Nenhumas 1
 Muito fracas 2
 Ligeiras 3
 Moderadas 4
 Fortes 5
 Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que estas dores interferiram no seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

(Por favor assinale em cada linha com um círculo o algarismo que melhor descreve a forma como se sentiu)

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sentiu-se cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Sentiu-se muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Sentiu-se com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Sentiu-se esgotado/a?	1	2	3	4	5
h. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5
i. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram as suas actividades sociais (tais como visitar amigos, ou familiares próximos...)?

- Sempre 1
 A maior parte das vezes 2
 Algumas vezes..... 3
 Poucas vezes..... 4
 Nunca 5
 Muito fortes 6

11. Por favor diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale em cada linha com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua situação)

	Absolutamente verdadeiro	Verdadeiro	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração!

Wes – Escala de Ambiente Laboral

(Moos, 1986 & Louro, 1995)

Instruções:

As afirmações seguintes são acerca do local onde trabalha. As afirmações têm como objectivos aplicarem-se a todos os ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe ou à pessoa ou pessoas a quem o empregado reporta. Decida quais as afirmações que são verdadeiras para o seu ambiente de trabalho e quais as que são falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, faça um X por cima da letra. V. O mesmo para a letra F.

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

- V F 1. O trabalho é realmente desafiador.
- V F 2. As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade.
- V F 3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados.
- V F 4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade.
- V F 5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho.
- V F 6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar.
- V F 7. Por vezes, as coisas estão bastante desorganizadas.
- V F 8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento das políticas e regulamentos.
- V F 9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas.
- V F 10. Às vezes está demasiado calor.
- V F 11. Não existe grande espírito de grupo.
- V F 12. O ambiente é um tanto impessoal.
- V F 13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem.
- V F 14. Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem.
- V F 15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência.
- V F 16. Parece haver sempre urgência para tudo.
- V F 17. As actividades são bem planeadas.

- V F 18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem.
- V F 19. As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova.
- V F 20. A iluminação é extremamente boa.
- V F 21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo.
- V F 22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras.
- V F 23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados.
- V F 24. Os empregados são encorajados a tomar as suas próprias decisões.
- V F 25. As coisas raramente são deixadas para amanhã.
- V F 26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar.
- V F 27. As normas e os regulamentos são um tanto vagas e ambíguas.
- V F 28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham.
- V F 29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma ideia nova.
- V F 30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham.
- V F 31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização.
- V F 32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho.
- V F 33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados.
- V F 34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer coisas.
- V F 35. Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho.
- V F 36. Ninguém trabalha demasiado.
- V F 37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas.
- V F 38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados.
- V F 39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes.
- V F 40. Este local tem uma aparência moderna e com estilo.
- V F 41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem.
- V F 42. As pessoas são geralmente sinceras em relação aquilo que sentem.
- V F 43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância.
- V F 44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema.
- V F 45. Ter muito trabalho feito é importante para as pessoas.
- V F 46. Não existe pressão pelo tempo.

- V F 47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados, são-lhes geralmente explicados.
- V F 48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos.
- V F 49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo.
- V F 50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.
- V F 51. Poucas pessoas se oferecem voluntariamente.
- V F 52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos.
- V F 53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento.
- V F 54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes.
- V F 55. Dá-se ênfase “Ao trabalho antes da brincadeira”.
- V F 56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho.
- V F 57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que é exactamente suposto fazerem.
- V F 58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção.
- V F 59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas.
- V F 60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar.
- V F 61. É um local de trabalho animado.
- V F 62. Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem.
- V F 63. Os supervisores esperam demasiado dos empregados.
- V F 64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam relacionadas com o seu trabalho.
- V F 65. Os empregados trabalham demasiado.
- V F 66. Pode-se trabalhar calmamente e ainda assim realizar o trabalho.
- V F 67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados.
- V F 68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados.
- V F 69. As coisas tendem a manter-se sempre na mesma.
- V F 70. Às vezes há bastantes correntes de ar.
- V F 71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário.
- V F 72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais.
- V F 73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores.
- V F 74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores.

- V F 75. As pessoas parecem ser bastante ineficientes.
- V F 76. Existem sempre prazos para ser cumpridos.
- V F 77. As normas e políticas estão constantemente a mudar.
- V F 78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes.
- V F 79. Existe uma atmosfera fresca e nova no local de trabalho.
- V F 80. O equipamento está geralmente bem adaptado.
- V F 81. O trabalho é geralmente muito interessante.
- V F 82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas.
- V F 83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal.
- V F 84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho.
- V F 85. Existe uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho.
- V F 86. As pessoas têm de fazer muitas vezes trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto.
- V F 87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados.
- V F 88. Se um empregado chega tarde, pode compensar o trabalho ficando até mais tarde.
- V F 89. As coisas parecem estar sempre a mudar.
- V F 90. As salas são bem ventiladas.

Anexo B

Exmo (a). Sr. Provedor(a) da Santa Casa da Misericórdia de Espinho

No âmbito da realização do mestrado em Psicogerontologia no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, vimos por este meio solicitar autorização para que a(s) aluna(s) que se encontra(m) a estagiar na vossa instituição possam recolher os dados relativos à investigação que pretendemos levar a cabo subordinada à temática «Qualidade de vida, exaustão emocional em cuidadores informais- um estudo exploratório». Salientamos a importância que este estudo terá para a compreensão mais alargada desta temática e para a melhoria dos cuidados nesta área específica. Queremos salientar que a participação neste estudo é voluntária e anónima, sendo garantida a confidencialidade no tratamento estatístico de todos os dados.

Aguardamos deferimento

Atenciosamente

A comissão coordenadora do mestrado em Psicogerontologia

Flávia Almeida

Anexo C

Consentimento Informado

Estando neste momento a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia acerca da Qualidade de Vida e Exaustão Emocional em Cuidadores Formais de Idosos nas Misericórdias, vimos, neste sentido, pedir a sua colaboração para participar neste estudo.

Gostaríamos de salientar a importância que este estudo terá para a compreensão mais alargada desta temática e para a melhoria dos cuidados nesta área específica. Queremos salientar que a participação neste estudo é voluntária e anónima, sendo garantida a confidencialidade no tratamento estatístico de todos os dados.

Maria Manuela Soares Coelho

Prof. Dra. Manuela Leite (Coordenadora)

Prof. Dra. Vera Almeida (Orientadora)

Declaro que tomei conhecimento e concordo em participar

Anexo D

Running head: QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR FORMAL EM LARES

Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e Regulação Emocional em Cuidadores Formais de
Idosos na Valência Lar. Um Estudo Exploratório

Maria Manuela S. Coelho, Vera Margarida S. Almeida, Manuela Maria S. Leite

Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Resumo

No actual contexto, inserido numa sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais importante compreender o profissional prestador de cuidados de idosos em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social.

Neste sentido foi nosso objectivo procurar explorar a relação existente entre a qualidade de vida, a regulação emocional e o ambiente de trabalho destes sujeitos. Para tal, recorreu-se a uma amostra constituída por 93 sujeitos prestadores de cuidados formais a idosos na Valência Lar dentro de uma Instituição. Aplicaram-se os seguintes instrumentos: Work Environment Scale (Wes, versão Portuguesa), o Questionário de Estado de Saúde (Mos- SF₃₆) e o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, versão Portuguesa). O Questionário do Estado de Saúde na nossa amostra revelou boa consistência interna, tanto na relação item – escala, como inter – item e inter – escala. Também estes valores revelaram-se elevados para o ERQ, bem como para as três dimensões constituintes do Wes. Os instrumentos revelaram-se, por isso, adequados ao nosso estudo. Os resultados obtidos revelaram que a qualidade de vida se encontra amplamente relacionada com o contexto laboral em que o cuidador se encontra inserido e que a estratégia de regulação emocional mais utilizada por estes sujeitos foi a reavaliação cognitiva.

Palavras – chave: qualidade de vida, ambiente laboral, regulação emocional, cuidador formal, idosos, valência lar

Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e Regulação Emocional em Cuidadores Formais de Idosos na Valência Lar. Um Estudo Exploratório.

O envelhecimento da população é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas, tendo vindo a gerar-se nos últimos anos um interesse crescente pelas questões que com ele se relacionam.

Trata-se de um facto novo e universal que coloca ao governo, às famílias e à sociedade em geral uma série de desafios políticos, económicos e sociais.

Em consequência, torna-se cada vez mais importante a abordagem do tema cuidar de quem cuida.

Cuidar é na realidade ter uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento com o ser cuidado. Neste sentido, torna-se necessário dar ênfase ao estudo de todas as especificidades relacionadas com o cuidador e com o próprio acto de cuidar, pois delas também dependem a qualidade de vida do cuidador. É por isso importante compreender o profissional prestador de cuidados em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social, sendo impreterível enquanto sociedade e família reconhecer e valorizar o desempenho destes profissionais.

Exercer funções sob pressão, lidar com a doença, com a dor, com o sofrimento faz parte do quotidiano numa equipa de cuidadores de idosos e o desgaste emocional a que estes indivíduos se encontram sujeitos, torna-se também num factor de extrema relevância na regulação de emoções no exercício da sua função. Daí que, a forma como cada profissional desta área gere as suas emoções, deve ser tida em linha de conta quando se trata de avaliar a qualidade de vida e desempenho profissional deste grupo de indivíduos. Assim sendo, a

qualidade de vida de qualquer cuidador é altamente influenciada pelo ambiente de trabalho e interfere na regulação das emoções de cada um.

Estamos, por isso, perante factos que interferem com a forma de pensar, sentir, agir e de relacionamento interpessoal.

Nos últimos anos tem-se dado grande importância à criação de estruturas e serviços de apoio à terceira idade, mostrando-se cada vez mais pertinente a sua actuação. No entanto muitas das necessidades dos idosos continuam sem solução.

Actualmente, vivem-se momentos de incerteza, numa época marcada por grandes alterações estruturais na sociedade cujas consequências para o tempo futuro são extremamente difíceis de prever. As transformações sociais e o aumento do envelhecimento constituem factos decisivos para que socialmente a velhice seja considerada um problema social e merecedor de atenção pelos diversos órgãos com poder de decisão ao nível das políticas sociais. Com efeito, o envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema merecedor de especial atenção pelas sociedades contemporâneas. Encontramo-nos hoje inseridos numa sociedade que não foi concebida para o idoso e onde se perderam os hábitos sociais e familiares de cuidar e estimular o “avô” ou a “avó”. A perda dessas práticas sociais e o isolamento que daí advém dá-se o nome de desfamiliarização (Lenoir; cit in Gil, 1999). Não são proporcionadas condições favoráveis à pessoa idosa e as gerações mais jovens revelam-se muitas vezes incapazes de acolher com dignidade os seus progenitores (Bize & Vallier, 1985).

Em Portugal só na década de setenta do século XX é que as políticas de velhice adquiriram alguma expressão, tendo vindo o decreto-lei nº413/71, de 21 de Setembro alterar a orgânica do Instituto de Assistência aos Inválidos, que se transformou no Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Acção Social Dependente da Direcção Geral de Assistência Social (Quaresma, 1998).

Segundo o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, só com as mudanças de atitudes, políticas e práticas a todos os níveis, em todos os sectores, será possível concretizar as enormes possibilidades que oferece o Envelhecimento no século XXI.

Portugal desenvolveu as suas Políticas Sociais de Envelhecimento assentes num modelo assistencialista, gerido pela Segurança Social no caso dos Serviços Sociais e pelo Ministério da Saúde no caso dos cuidados continuados. O seu funcionamento depende uma parte do utente e outra do Orçamento de Estado através de protocolarização com Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), sendo a sua coordenação insuficiente nomeadamente a nível de serviços sociais e serviços hospitalares (Martin ,2008). Este modelo assistencialista, surgiu em 2006.

Basicamente são três as soluções de apoio face ao envelhecimento em Portugal: a família, que constitui a Rede Informal de Cuidados, os Serviços Formais de Prestação de Cuidados ao Domicílio e as Instituições.

Prevê-se que, num futuro próximo, o aumento da procura destes serviços vai continuar a aumentar. Mas, apesar de tudo ... “a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva do indivíduo” (Pimentel, 2001).

Em Portugal, país substancialmente envelhecido, os serviços de cuidados formais na terceira idade são ainda em número insuficiente para responder às necessidades dos indivíduos muito idosos (Carvalho, 2008).

Envelhecer é cada vez mais um desafio para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento (Lopes, 2007).

Segundo Leite (2006), cuidar é por natureza um acto inerente à condição humana, pois ao longo da nossa vida somos alvo de cuidados, mas também assumimos papel de cuidadores.

Daí, a importância a dar à figura do cuidador.

Born (2006), define “cuidador” como uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro” com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem, resultando numa descoberta de potencialidades múltiplas. Se o cuidador é uma pessoa com treino específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a actividade de cuidar, mediante uma remuneração, é denominado cuidador formal. Se se trata dum familiar, amigo ou vizinho que se encarrega ou assume os cuidados de um dependente, estamos perante um cuidador informal.

Actualmente, a atenção e os cuidados prestados ao idoso pelos cuidadores formais são já uma tradição marcante na realidade do envelhecimento em Portugal.

Todos os cuidadores formais, independentemente do seu perfil funcional, por terem uma profissão predominantemente relacionada com o contacto interpessoal exigente, e por isso estarem submetidos a uma contínua exposição de factores de risco de várias naturezas, vêm muitas vezes a sua qualidade de vida ameaçada.

O conceito de qualidade de vida é um conceito moderno e em constante evolução. Como refere Cabral (1992), “As necessidades dos consumidores evoluem de forma natural com dimensão histórica e cultural, fazendo com que aquilo que há anos atrás era considerado como um nível de vida aceitável já não o ser hoje”. Como afirma MCGuire (1991), “todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida e é nisso que reside o problema”.

Para se reflectir sobre a Q.V. nos cuidadores é então necessário ter em conta várias perspectivas e múltiplos critérios. Assim, o conjunto de características sócio-demográficas e pessoais, como idade, sexo, estatuto sócio-económico, escolaridade e o nível de maturidade pessoal, são susceptíveis de influenciar diferentes mecanismos e estratégias de coping (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991; Whitlach, Schur, Noelker, Ejaz & Looman, 2001). De igual forma, as crenças filosóficas e religiosas, o contexto cultural com regras e valores inerente a um património comum, conferem-lhes um nível diferente de saúde

e energia (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990). Por último, os aspectos ou características do ambiente físico e sócio-cultural podem também influenciar nas tarefas adaptativas do cuidador e idoso, bem como a escolha e capacidade das estratégias de coping que utilizam.

Estas características podem influenciar o trabalhador tanto de forma positiva, como pelo contrário, de forma negativa, reflectindo-a no seu comportamento e portanto, no desempenho da sua função.

Torna-se então necessário a formação dos cuidadores formais com o objectivo de os preparar para a operacionalização de uma grande variedade de actividades, incluindo entre outras a prevenção das perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controlo de factores que interfiram no estado de saúde da população (Moura, Galli, Barbosa & Camargos, 2005). Neste sentido, Silva (1989) reforça que a formação destes profissionais “é um conjunto de práticas educacionais, com a finalidade de ajudá-lo a actuar mais efectiva e eficazmente na sua vida institucional”.

É com alguma frequência que se afirma que o futuro de uma nação passa pela educação e formação que é ministrada aos seus cidadãos e que só através de uma formação lógica e coordenada, é possível atingir os níveis de qualidade e competitividade actualmente impostos pela sociedade.

Os prestadores formais de cuidados na terceira idade, devem obedecer a um certo perfil profissional, porque quem exerce as suas funções com idosos tem obrigatoriamente que ter competências específicas.

Uma abordagem holística do processo de envelhecimento implica uma intervenção e envolvimento sistémico de todos os intervenientes implicados no acto de cuidar, nomeadamente o idoso, a família, os cuidadores formais, os técnicos, a estrutura organizacional e a própria comunidade onde o idoso se encontra inserido (Fragoso, 2008).

Torna-se então necessário humanizar as práticas de cuidados aos idosos, assim como a formação de cuidadores formais e urgente readaptação da estrutura organizacional das Instituições que prestam cuidados e suporte aos idosos e suas famílias.

Os processos emocionais têm no desenvolvimento e na adaptação do homem, a necessidade de compreensão das emoções.

Ser capaz de diferenciar as emoções, compreender a sua função e reflectir sobre as mesmas, são competências fundamentais para uma boa regulação emocional, permitindo aos indivíduos decidir o que querem expressar ou suprimir (Groos, 2002).

A regulação emocional é nos prestadores de cuidados formais de idosos um fenómeno clínico importante pelas implicações que tem não só do ponto de vista individual como social.

A regulação emocional engloba assim um conjunto de estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais comportamentos numa determinada resposta emocional, podendo ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional como: fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social (Gross, 1999). Está directamente relacionada com a auto-estima, auto-conhecimento, empatia e capacidade de adaptação, sendo estes importantes factores preditivos para o sucesso de um indivíduo na vida. São os processos de regulação emocional que ajudam o indivíduo na comunicação, na construção das relações interpessoais, no trabalho, na vida profissional, na resolução de problemas e na motivação.

Assim, a capacidade de regulação emocional é altamente influenciada pelo conhecimento emocional que o indivíduo possui.

Qualquer indivíduo para actuar de forma emocionalmente adaptada, necessita de aprender a regular quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 199; cit in Greenberg, 2002), decidindo expressar ou não as suas emoções (Gross,

2002). No geral, acredita-se que ventilar ou expressar as emoções é bom para a saúde, enquanto o oposto é prejudicial para a saúde.

Em jeito de conclusão a regulação emocional torna-se mais adaptativa com a idade e o controlo emocional evolui com a idade (Carstensen 1995; cit in Gross ,1998); em adultos as dificuldades de regulação emocional estão associadas a problemas clínicos como perturbações de ansiedade e perturbações de humor (Barlow 1986 ; cit in Gross, 1998), abuso de álcool (Sayette, 1993; cit in Gross 1998) e ingestão compulsiva de alimentos (Lingswiles, Crowther & Stephens ,1989; cit in Gross 1998); dificuldades de regulação emocional são preditivas de uma menor competência social e de menos aceitação pelos pares (Eisenberg & Fabes; cit in Gross,1998).

A regulação emocional desempenha assim um papel preponderante no estabelecimento, motivação e organização do comportamento adaptativo, prevenindo níveis de stress elevados e um comportamento desadaptativo aquando da experiencição de emoções desadaptativas.

Método

Participantes

A pertinência do nosso estudo centra-se na escassez de estudos a este nível em Portugal e no crescente interesse pela pesquisa e necessidade de reconhecer a realidade humana e relacional do mundo laboral, a qualidade de vida e a regulação das emoções ao nível dos cuidadores formais de idosos. Em termos genéricos o presente estudo teve como objectivos: por um lado caracterizar os prestadores de cuidados formais de idosos em algumas Misericórdias na valência Lar, a nível sócio-demográfico e profissional, a existência de patologia orgânica, variáveis psicológicas, comportamentos de saúde, utilização dos cuidados de saúde, e alguns dados referentes ao exercício da profissão; por outro, procurar explorar a relação existente entre a qualidade de vida, a regulação emocional e o ambiente de trabalho destes sujeitos.

Foram alvo deste estudo 93 cuidadores formais de idosos do sexo feminino e masculino pertencentes à valência Lar em Misericórdias dos distritos de Aveiro, Braga e Porto. A selecção dos mesmos foi efectuada com base no local de estágio das várias mestrandas de Psicogerontologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte. Foram definidos como critérios de inclusão tratarem-se de indivíduos do sexo feminino ou masculino prestadores de cuidados formais a idosos na valência Lar dentro duma Instituição.

A nossa amostra foi maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (94.62%), em que a idade média de idade foi de 38.47 anos (DP=10.40), sendo que 52.69% dos participantes eram casados e tinham filhos, 55.91% residiam em área urbana, e todos eles tinham cumprido escolaridade mínima.

Instrumentos

Para a realização do nosso estudo foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Work Environment Scale (WES, Versão Portuguesa)

Esta escala destina-se a avaliar a qualidade do ambiente laboral e encontra-se organizada em três dimensões: *Relações*, *Auto-realização* e *Estabilidade/Mudança*, que por sua vez estão divididas em dez subclasses com implicação de itens cada uma. São elas para a dimensão *Relação* o *Envolvimento*, a *Coesão entre colegas* e o *Apoio do Supervisor*. Para a dimensão *Auto-realização* a *Autonomia*, a *Orientação para a tarefa* e a *Pressão no trabalho*. Por fim para a dimensão *Estabilidade/Mudança* o *Controlo* e a *Inovação*.

Esta escala foi escolhida para a nossa investigação por ser de fácil aplicação em termos individuais e colectivos.

- Questionário de Estado de Saúde (Mos SF₃₆)

Este instrumento avalia a saúde relacionada com a qualidade de vida, avaliando o bem-estar subjectivo do indivíduo. É um questionário multidimensional composto por 36 itens que

procuram avaliar o tipo de limitações devidas a problemas de saúde. Estes 36 itens cobrem 8 dimensões do estado de saúde. O Mos-SF₃₆ é ainda composto por uma questão que compara as condições de saúde actual com as condições de há um ano atrás.

A selecção deste instrumento para a nossa investigação baseou-se na simplicidade da sua administração, por ser uma medida genérica ampla utilizada tanto para avaliar aspectos positivos da saúde física e mental (bem-estar), como aspectos negativos (doença); e pela sua robustez psicométrica tanto em indivíduos com problemas de saúde, como em indivíduos saudáveis.

- Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Versão Portuguesa)

O ERQ é um questionário que procura avaliar estratégias de regulação emocional e de compreensão das diferenças individuais na utilização dessas estratégias em situações específicas. Este questionário é constituído por 10 itens subdivididos por duas sub-escalas de regulação emocional, onde cada item avalia apenas uma estratégia de regulação emocional específica. As duas estratégias de regulação emocional abrangidas pelo ERQ são: a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional.

A escolha deste instrumento de avaliação de regulação emocional no nosso estudo, baseou-se no facto de que, sendo um instrumento com um pequeno número de itens, a sua aplicação seja simples, facilitando-nos assim uma recolha de dados de forma rápida.

- Ficha Sócio-demográfica e profissional, constituída para o efeito, formulada com questões de caracterização dos participantes e situação profissional, tais como: sexo, estado civil, agregado familiar, residência, situação profissional, alguns dados clínicos (comportamentos de saúde, utilização dos cuidados de saúde).

A nossa amostra atravessou, por isso, vários níveis hierárquicos, sendo por isso uma amostra com dispersão organizacional e heterogeneidade de funções.

Procedimentos

O procedimento levado a cabo para a selecção dos participantes necessários ao nosso estudo iniciou-se por meio de um pedido feito por escrito aos respectivos responsáveis das Instituições onde se procedeu a recolha da amostra. Neste pedido foram referidos os objectivos e vantagens do estudo a ser efectuado. Após a aprovação destes, foram marcados encontros com os cuidadores funcionários das Instituições no sentido de lhes ser pedida a sua colaboração para o nosso estudo, dar-lhes conta dos objectivos, vantagens e importância do mesmo. Assim sendo, devido à impossibilidade material por parte das Instituições, de reunir os cuidadores no mesmo espaço físico, onde pudesse ser aplicado o protocolo de avaliação, o mesmo foi entregue a cada cuidador dentro de um envelope fechado de modo individual, para que este pudesse responder de acordo com a situação e modo mais favorável tendo em conta sua disponibilidade de horário. No momento da entrega foram esclarecidos sobre o modo como deveriam proceder ao registo das suas respostas no protocolo e esclarecidos quanto aos demais procedimentos de resposta. Foi-lhes pedido que respondessem com naturalidade e honestidade. Garantiu-se total confidencialidade da informação contida nas respostas e no tratamento de dados.

Para o tratamento estatístico de dados para o presente estudo recorreremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS[®]), Versão 18.00. Recorreu-se não só à estatística descritiva, para uma melhor compreensão dos dados, como também à estatística correlacional.

A caracterização desta amostra, relativamente às diferentes variáveis, teve por base a análise descritiva com cálculo de frequências (percentagens), de medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) e de uma medida de tendência central (média).

No que concerne à análise correlacional, recorreu-se ao teste paramétrico de correlação de Pearson r , uma vez que a amostra segue uma distribuição normal nas medidas em teste, tem

homogeneidade de variância e o efectivo do grupo é 93 participantes (Pestana & Gagueiro, 2008).

Quanto à análise de diferenças de médias, foi utilizado o teste t de Student e para a análise de variância (ANOVA One-way) para amostras independentes (nos comparativos entre grupos) e emparelhadas (nos comparativos entre variáveis).

Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo de natureza exploratória descritiva transversal. Constituiu, por isso, numa análise descritiva de caracterização dos dados da amostra recolhidos num único momento. Pretendeu também analisar as relações estatísticas entre variáveis (correlações) tal como elas existem naturalmente na amostra (Ribeiro, 1999).

Resultados

A amostra final apresentou idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos, (M=38.47; DP=10.40), sendo 88 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Mais de metade dos participantes eram casados (52.69%) e residiam em área urbana (55.91%). A maior parte dos participantes utilizavam como meio de transporte no percurso casa-emprego viatura própria. Na sua maioria eram pessoas saudáveis. Todos eles tinham cumprido a escolaridade mínima, sendo que parte considerável da amostra tinha concluído o 12º ano (25.81%). A categoria profissional mais representada foi a de auxiliar de acção directa (N=44). Cerca de 72% dos participantes trabalhavam em regime normal e 28% por turnos. Como aspectos gratificantes da profissão apontavam essencialmente o auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do idoso; como aspectos desvantajosos o desgaste físico e mental; embora uma percentagem significativa dos participantes não tenha respondido a esta questão.

Relativamente aos resultados obtidos para a variável qualidade de vida, salienta-se a existência de elevados valores de desvios-padrão em todas as subescalas do Questionário de Estado Geral de Saúde Mos-SF₃₆, o que revela uma amostra com um estado de saúde muito heterogéneo, dentro do mesmo grupo em análise. Este grupo de profissionais revelou um maior desgaste físico em relação à totalidade da população Portuguesa.

No que concerne à segunda medida que recolhemos, a da regulação emocional, verificamos que a estratégia de regulação emocional mais utilizada pelos participantes da nossa amostra foi a reavaliação cognitiva significativamente superior à supressão emocional. Esta dimensão aparece geralmente associada à experimentação e expressão de emoções mais positivas.

Em relação à avaliação do ambiente laboral dos participantes, os valores obtidos revelaram uma atitude positiva em relação ao ambiente laboral, tendo acusado considerável desgaste em aspectos relacionados com o desempenho das suas funções.

Quanto à relação entre as características individuais e a qualidade de vida, encontramos diferenças significativas em função das variáveis ligadas ao exercício da profissão (meio de transporte, trabalho por turnos, desejo de mudar de profissão, necessidade de alteração de rotinas diárias para satisfazer os compromissos profissionais, regime de trabalho (parcial/total/acrescido) e acumulação de funções) e de variáveis de saúde (presença de doença e da utilização de psicofármacos). O perfil sócio-demográfico (sexo, idade, agregado familiar, presença de filhos, habitat, etc) não revelou quaisquer efeitos significativos sobre a qualidade de vida.

Discussão dos Resultados

Para comentarmos os resultados encontrados optamos por organizar as principais conclusões separadamente para cada uma das variáveis estudadas.

Relativamente à qualidade de vida no cuidado formal de idosos sintetizamos as principais conclusões:

i) a amostra revela um estado de saúde muito heterogéneo, dentro do mesmo grupo de análise revelando, por isso, diferentes percepções dos indivíduos acerca da sua qualidade de vida. Como refere MCGuire (1991), “todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida e é nisso que reside o problema”;

ii) os pontos mais problemáticos referentes à saúde dos participantes residiram na *Dor Corporal*, na *Saúde em Geral* e na *Vitalidade*. Tais factos podem ficar a dever-se a um conjunto de vários factores como a maturidade pessoal do cuidador, o tipo e cronologia do acontecimento, o controlo, a imutabilidade, ambiguidade e recorrência da situação e proximidade e tipo de relação efectiva entre idoso e cuidador. Noutra sentida vão os resultados que Ferreira (2000), encontrou para a totalidade da população Portuguesa no seu estudo. Ao contrário deste, constatamos que este grupo de profissionais revela maior desgaste físico.

iii) O trabalho dos cuidadores formais de idosos institucionalizados é um trabalho desgastante tanto a nível físico como psicológico, e este facto é também referido espontaneamente pelos participantes quando questionados sobre os aspectos menos positivos das suas funções. No entanto, no geral os participantes não referem pioria do estado de saúde quando comparado com o mesmo período do ano anterior, o que parece indicar que esta situação é recorrente e já tem alguma antiguidade.

Relativamente à caracterização da regulação emocional no cuidador formal de idosos, salientamos as principais conclusões:

i) a estratégia de regulação emocional mais utilizada pelos participantes foi sem dúvida a reavaliação cognitiva. Este resultado revela que estamos, por isso, perante indivíduos que experimentam mais emoções positivas e que se esforçam para lidarem com as situações

ii) comparativamente aos resultados obtidos na aferição do estudo, para a população Portuguesa efectuados por Vaz, 2008, na nossa amostra a tendência é semelhante. Contudo, no nosso estudo, em ambas as estratégias de regulação emocional, os valores foram significativamente superiores aos encontrados para a população Portuguesa essencialmente no que diz respeito à reavaliação cognitiva.

iii) quanto à supressão emocional, a nosso ver, a maior utilização desta estratégia do que na população pode prender-se com várias situações. De acordo com Vaz (2008), este mecanismo de supressão emocional é mais utilizado em mulheres, e este valor pode ser explicado pela composição da nossa amostra (95% de mulheres). A sua utilização pode ser também elevada pela necessidade destes profissionais lidarem com o sentimento de perda e a frustração com o insucesso na recuperação dos utentes.

No que concerne à caracterização da qualidade de ambiente laboral no cuidador formal de idosos, os resultados apontam para as seguintes conclusões:

i) os valores obtidos na escala de ambiente laboral revelaram que estes indivíduos têm uma atitude positiva face ao ambiente de trabalho, tendo-se nesse sentido encontrado valores elevados para as subescalas *Orientação para a Tarefa, Envolvimento e Clareza*. Estamos, por isso, perante indivíduos com um grau elevado de preocupação e entrega à sua actividade laboral, por isso conscientes das suas responsabilidades. Em sentido oposto aparecem os resultados obtidos para as dimensões *Apoio do Supervisor, Pressão no Trabalho e Inovação*. Ao baixos valores obtidos para estas dimensões, nomeadamente para o *Apoio do Supervisor* revelam por si só pouco esforço dos líderes para criarem um bom ambiente laboral. Em grande parte das vezes os cuidadores são pouco premiados pelo seu desempenho, tanto por parte de quem os lidera, como pelos próprios utentes e familiares destes. Em relação aos baixos valores encontrados na subescala *Pressão no Trabalho*, estes vão no sentido de que são indivíduos com baixas possibilidades de controlo das suas actividades em termos de

planificação e determinação de procedimentos ou atitudes a tomar, sendo pouco intervenientes na organização das suas tarefas. Quanto á subescala Inovação, englobada na dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança da Escala de Ambiente Laboral (Mos, 1986; Louro, 1995) os resultados sugerem que as tarefas destes indivíduos são rotineiras e não permitem Inovação, já que estas podem ser sancionadas se não seguirem os procedimentos e regras pré-estabelecidas para cada situação em particular por parte de quem os lidera. Estes estarão, assim, pouco preparados para mudar e variar.

Em relação à análise correlacional entre as várias variáveis, nomeadamente a relação entre qualidade de vida e regulação emocional, podemos concluir pelos resultados obtidos que:

i) existe baixa relação entre a qualidade de vida e as estratégias de regulação emocional. No entanto, ainda que ténue, existe relação negativa entre as dimensões Desempenho Físico, Função Social e Desempenho Emocional do Questionário (Mos-SF₃₆, Ware, 1986) e a estratégia de regulação emocional de reavaliação cognitiva do Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John 2003).

A análise da relação entre qualidade de vida e ambiente laboral sugere que:

i) a qualidade de vida está intimamente relacionada com o ambiente laboral. Todas as dimensões do Questionário do Estado de Saúde (Mos-SF₃₆, Ware, 1986) estão significativamente relacionadas com as dimensões da Escala de Ambiente Laboral (Moos, 1986 & Louro, 1995), cabe realçar que de maneira significativamente negativa com a subescala *Pressão no Trabalho*.

ii) as condições físicas no local de trabalho nas quais se incluem de acordo com Moos (1986), o facto das salas ou escritórios estarem abertos, podem até promover a coesão entre os indivíduos, influenciando, assim, de modo positivo nas tarefas adaptativas do cuidador e do próprio idoso. Pelos resultados obtidos, podemos inferir que a nossa amostra revelou estar

inserida num local de trabalho com boas condições físicas, apresentando valores significativamente positivos nas dimensões *Função Física*, *Dor Corporal* e *Vitalidade*.

iii) a dimensão *Relacionamentos* da Escala de Ambiente Laboral, apesar de ter implicações positivas significativas com as dimensões *Vitalidade*, *Função Social* e Desempenho Emocional da Escala de Estado de Saúde, está duma maneira particularmente positiva com a dimensão Saúde Mental. Significa que os participantes da nossa amostra têm boas relações sociais com os colegas e supervisores no seu local de trabalho, indicando tratar-se de indivíduos com algum controlo emocional e comportamental e, sobretudo, bem-estar psicológico.

Em relação às variáveis sócio-demográficas e profissionais e o seu impacto na qualidade de vida, verificamos que as características individuais são muito importantes na explicação das diferenças na qualidade de vida. Particularmente, são mais importantes as variáveis intrínsecamente ligadas ao exercício da profissão que têm maior poder descritivo, apenas com a exceção da presença de doença e da utilização de psicofármacos, que pioram significativamente o estado de saúde e, por isso, a qualidade de vida. Isto leva a crer que um aumento do encargo com os afazeres profissionais leva a uma menor qualidade de vida.

A título conclusivo, parecem ser pois os cuidadores formais de idosos que melhor classificam os seus serviços que têm uma atitude mais positiva e saudável em relação a todas as medidas relacionadas com o trabalho, podendo concluir-se que são os que melhor se adaptam às condições e exigências do trabalho. Tais conclusões vão ao encontro das que a autora Soares (2010) encontrou no seu estudo relacionado com a Exaustão Emocional Dos Cuidadores De Doentes Oncológicos.

Cabe também referir que ao longo do nosso estudo deparámo-nos com algumas dificuldades essencialmente de ordem metodológica. Em concreto a morosidade no preenchimento do protocolo de avaliação; uma percentagem relevante de não – resposta a alguns itens do

protocolo nomeadamente nas respostas abertas; dificuldade na adesão dos participantes no preenchimento do protocolo; análise limitada por se tratar de um estudo exploratório, ou seja, visando a caracterização de um grupo que ainda não foi amplamente estudado. Em face dos resultados obtidos no nosso estudo, sugerimos a implementação de um programa de promoção de bem estar no trabalho que dote estes profissionais de estratégias para melhorar a qualidade de vida e o próprio desempenho profissional.

Referências Bibliográficas

Bize, P. R., & Vallier, C. (1985). *Uma Vida Nova: A Terceira Idade*. Lisboa: Verbo.

Born, T. (2006). *Seminário Velhice Fragilizada. A formação de cuidados: acompanhamento e avaliação*. São Paulo: SESCSP.

Cabral, F. S. (1992). O que é a qualidade de vida. Perspectiva económica. *Cadernos de Bioética*. Coimbra: Centro de Estudos de bioética, 4, 14-20.

Carvalho, M. (2008). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. In *Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social*, 17-25.

Ferreira, P. (2000 a). Criação da versão portuguesa do Mos –SF36 , Parte I – Adaptação Cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5 (3), 52.

- George, I. K., & Gwyther, I. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gil., Martins, A. (1999). Redes de Solidariedade intergeracional na velhice. *Cadernos de Política Social, Associação dos Profissionais de Serviço Social*, 1, 95.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion – focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation. Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). *Questionário de Regulação Emocional*. Adaptado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008).
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A tow-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46 (4), 181-189.

- Leite, M. M. (2006). *Impacto da demência de Alzheimer no conjugue prestador de cuidados*.
Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Porto: Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25 (1), 41.
- Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale (WES), à população portuguesa*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações,
Lisboa: Instituto Universitário da Universidade Lisboa.
- Martin, I., & Lopes, E. (2008). Políticas Gerontológicas. *Revista Rediteia*, 41, 44-45.
- McGuire, A. M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In M. R. Trimble (Edt).
Women and epilepsy. Chischester: John Wiley & Sons.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública (2008). Orçamento de Estado, Relatório.
Lisboa: Ministério das Finanças e da Administração Pública.
- Moura, L., Galli, F., Barbosa, J., & Camargos, A. (2005). Treinamento para cuidadores de
idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista Anais do 8º Encontro de
Extensão da UFM*. Brasil – Belo Horizonte.
- Pearlin, I., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress process: an
overview of concepts and their measure. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.

Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel & Luísa (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.

Quaresma, M. L. (1998). Política de Velhice. Análise e Perspectivas. *Revista de Psicologia*, 2, 227-237.

Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da Saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus., & C. Nunes (coords). *Bem Estar e Qualidade de Vida* (p.p.31-49). Alcochete: Textiverso.

Soares, J. (2010). *Exaustão Emocional dos Cuidadores de Doentes Oncológicos. Eficácia de uma Intervenção de grupo*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Anexo E

Resumo para submissão:

No actual contexto, inserido numa sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais importante compreender o profissional prestador de cuidados de idosos em toda a sua dimensão: psicológica, emocional, física e social.

O presente trabalho pretende caracterizar o cuidador formal de idosos na valência Lar, nas suas vertentes sócio-demográfica, qualidade de vida física e mental, qualidade do ambiente laboral e estratégias de regulação emocional. Investigamos também a ideia de que a qualidade de vida destes profissionais está relacionada com as restantes variáveis, particularmente com o ambiente laboral.

Para tal, recorreu-se a uma amostra constituída por 93 participantes prestadores de cuidados formais a idosos na Valência Lar dentro de uma Instituição. Aplicaram-se os seguintes instrumentos: Work Environment Scale (Wes, versão Portuguesa), o Questionário de Estado de Saúde (Mos- SF₃₆) e o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, versão Portuguesa).

Os resultados obtidos revelaram que a qualidade de vida se encontra amplamente relacionada com o contexto laboral em que o cuidador se encontra inserido, quer nas variáveis mais individuais do indivíduo, quer no ambiente vivido na Instituição onde trabalha.

Encontramos também que a estratégia de regulação emocional mais utilizada por estes participantes foi a reavaliação cognitiva. Ambas as estratégias de regulação são mais utilizadas nos cuidadores formais de idosos do que na população em geral, o que evidencia uma maior necessidade de adaptação emocional face aos desafios profissionais com que se deparam.

Propomos que estes efeitos se explicam pelo facto de o indivíduo viver dentro de vários meios que se influenciam mutuamente. A qualidade de vida, aparece assim, como indicador agregador de vários indicadores de saúde mental, física e social estando sujeito a alterações em função do ambiente do indivíduo, neste caso em particular do meio laboral.

Palavras - chave: qualidade de vida, ambiente laboral, regulação emocional, cuidador formal, idosos, valência lar.