

Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, crl

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Departamento de Psicologia



Mestrado em Psicogerontologia

**RELAÇÃO DO AMBIENTE LABORAL PERCEPCIONADO PELOS
CUIDADORES FORMAIS COM A REGULAÇÃO EMOCIONAL E COM OS
SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NAS
UNIDADES DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

VERA LÚCIA PRIEGUE FERREIRA

Gandra, 2011



VERA LÚCIA PRIEGUE FERREIRA

**RELAÇÃO DO AMBIENTE LABORAL PERCEPCIONADO PELOS
CUIDADORES FORMAIS COM A REGULAÇÃO EMOCIONAL E COM OS
SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NAS
UNIDADES DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para a obtenção do Grau de Mestre em Psicogerontologia, sob a Orientação da Professora Doutora Maria Manuela da Silva Leite e Co-Orientação da Professora Doutora

Maria dos Prazeres da Silva Gonçalves.

Gandra, 2011

DEDICATÓRIA

*Naquela tarde, ainda tiveste força para me dizer que este era um dos teus sonhos... Aí senti que
sabias quem eu era e que ainda me conhecias...*

*Deus não permitiu que em vida pudesses ver-me a terminar esta etapa, mas sei que o teu carinho
de Mãe jamais me abandonará...*

*E mesmo que tenhas partido nesta recta final, sei que foste tu que me deste coragem para não
desistir e assim, realizar este nosso sonho...*

*Dedico-te todo este trabalho, assim como todos os dias da minha vida e agradeço-te por cada
palavra, cada gesto e ensinamento que me permitiram ser o que hoje sou...*

Porque nesse dia me disseste que eu vou ser para sempre a tua menina...

A Ti, Mãe Lu... Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Todo este trabalho traduz um longo e contínuo caminho, repleto de momentos de aprendizagem e de esforço físico e emocional. Mas, tudo isto apenas se tornou possível graças ao apoio e encorajamento de várias pessoas, que se tornaram fundamentais no desenvolvimento e término desta etapa. E porque nunca é demais repetir palavras verdadeiras, *é a todos vós que vos dirijo os meus sinceros agradecimentos:*

Um obrigada especial à minha família: aos meus pais, *Madalena e Armindo*, pela possibilidade que me deram de poder continuar os meus estudos e seguir o meu sonho; aos meus irmãos, *Miguel e Tiago*, e cunhadas, *Daniela e Verinha*, por estarem sempre presentes sem nunca me terem negado ajuda, mesmo nos momentos mais difíceis; e à *Sameiro*, minha segunda mãe, amiga e confidente, pelos momentos de escuta, quando me encontrava sem coragem.

À Prof^a. Doutora *Maria Manuela Leite*, minha Orientadora, pela disponibilidade, compreensão e rigor com que me orientou este último ano e, pelos momentos de partilha de experiências e conhecimentos, fundamentais para a concretização da presente dissertação.

À Prof^a. Doutora *Maria dos Prazeres Gonçalves*, minha Co-Orientadora, pelo profissionalismo e conhecimentos que sempre me transmitiu, nomeadamente a nível estatístico, pela dedicação e disponibilidade essenciais nos momentos de fraqueza, mas sobretudo, por não me deixar desistir quando senti que não tinha mais forças.

A todos os *Cuidadores Formais* da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, um sincero obrigada pela disponibilidade em participar voluntariamente nesta investigação, tendo sido imprescindível a ajuda da Enfermeira Directora, *Madalena Filgueiras* no momento da recolha dos dados junto dos Cuidadores Formais.

À *Filipa Marques*, minha colega de curso e Amiga, por todo o trabalho realizado em conjunto, pelo complemento constante na minha formação, pela compreensão nos momentos mais delicados, pelos momentos de alegria partilhados ao longo destes anos e, acima de tudo, pela amizade.

Ao meu grande Amigo *João*, por tudo o que és para mim, obrigada por cada palavra, por todo o incentivo e ajuda e por me conheceres tão bem e perceberes quando preciso de ti.

A ti *Caty*, minha irmã de coração, ao *Rui* e ao *Machado*, por todos os ensinamentos ao longo de uma vida, por acreditarem sempre que eu era capaz e pelas tardes de escuta e momentos de desabafo que me permitiram continuar... Existem momentos nas nossas vidas que nos impedem de sorrir, mas sabemos que a *Lu* agora está bem e que jamais nos abandonará... Obrigada pelo vosso amor, sem vocês nada disto seria possível!

Ao meu afilhado *Pedro*, simplesmente porque fazes parte de mim e porque graças a ti pude aprender a *prestar cuidados* a um ser frágil e meigo como tu, graças a ti pude saber o que significa a palavra *cuidar*, que nada mais é que uma entrega de amor a alguém que nos dá tantas alegrias... Prometo estar sempre contigo!

À minha Professora de Inglês, *Suzi* pela ajuda incondicional na tradução de alguns textos para a realização da presente dissertação, pela disponibilidade, carinho e amizade.

Uma palavra de carinho aos meus amigos de Voluntariado da Pediatria do IPO, *Ana*, *Mané*, *Balbina*, *Joana*, *Aninha* e *Rui*, por compreenderem sempre a forma como tantas vezes chegava ao Voluntariado preocupada com esta dissertação, pelo esforço que sempre fizeram para me entender e pelas palavras de carinho nos momentos certos. Assim, vale a pena Acreditar!

À minha *Estrela-Guia*, simplesmente por tudo o que fazes por mim... por me orientares sempre pelo caminho mais assertivo e mais verdadeiro... E claro, ao teu *amorzinho* pelas horas intermináveis que privou da tua companhia quando eu precisava de ti... Adoro-vos... Pra sempre!

E, finalmente a ti, *Carlos*... Por estares perto de mim, por me deixares fazer parte da tua vida e da vida do *Gonçalinho*, por juntos aprendermos a cuidar, a tolerar, a compreender e a aceitar as contrariedades da vida. Por acreditares em mim, nas minhas capacidades e nos meus sonhos, por nunca, em momento algum, me deixares desanimar... Pelas palavras de conforto e carinho e pelo esforço que sempre fazes para que tudo esteja sempre *ao nosso jeito*...

Gandra, 4 de Abril de 2011

RESUMO

O conceito de clima organizacional tem sido alvo de grandes investigações em saúde, devido à influência da satisfação laboral na saúde e bem-estar do proletariado, podendo conduzir à somatização de conflitos laborais, dependendo da forma como se posiciona face às relações com os colegas de trabalho e com os supervisores. Conscientes da importância do ambiente laboral, e na ausência de estudos deste cariz no âmbito das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, o presente estudo, teve como objectivo principal avaliar a percepção dos Cuidadores Formais sobre o ambiente laboral, correlacionando-a com a regulação emocional essencial à gestão de emoções resultantes do confronto diário com a condição de fragilidade e vulnerabilidade dos doentes, que se aliam por vezes a sentimentos de impotência, podendo conduzir ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

A nossa amostra é constituída por 41 Cuidadores Formais das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, aos quais foram administrados um *Questionário Sócio-Demográfico e Profissional* e três instrumentos de avaliação: *Escala de Ambiente Laboral* (Louro, 1995); *Questionário de Regulação Emocional* (Machado Vaz & Martins, 2008); e *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (Canavarro, 1999). Os resultados obtidos revelam-nos que globalmente, os Cuidadores apresentam percepções bastantes positivas acerca do ambiente laboral, evidenciando correlações estatisticamente significativas com algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais. Foi também possível verificar que, estes Cuidadores utilizam preferencialmente a *reavaliação cognitiva*, como estratégia de regulação emocional, em detrimento da *supressão emocional* e que, apesar de existirem correlações estatisticamente significativas entre a percepção do ambiente laboral e a presença de sintomas psicopatológicos, os Cuidadores não manifestam sintomatologia psicopatológica com significado clínico.

Concluimos assim que, existe uma relação entre a percepção do ambiente laboral, a regulação emocional e a saúde mental dos Cuidadores Formais, justificando a pertinência das investigações e intervenções neste domínio, no sentido da sua promoção.

Palavras-Chave: Cuidadores Formais; Ambiente Laboral; Regulação Emocional; Sintomatologia Psicopatológica.

ABSTRACT

The concept of the organizational climate has been the target of many investigations in health, due to the influence of work satisfaction in the health and welfare of the proletariat. This factor, may or may not influence the health and well-being of the Formal Caregiver, or even lead to an act or instance of being somatic, this also depends on how he/she relates to his/her colleagues and supervisors at work. On this above basis, this research, has as it's main aim to evaluate the Caregivers perception on his work environment, correlating with ones emotions regulation, of such feelings that may be of impotence during his daily tasks as well as the existence of possible psychopathological symptoms.

The participants of our research are made up of 41 Formal Caregivers from the “*Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende*”, each one of them were asked to answer these questionnaires: “*Questionário Sócio-Demográfico e Profissional*”, “*Escala de Ambiente Laboral*” (Louro, 1995), “*Questionário de Regulação Emocional*” (Machado Vaz & Martins, 2008) e “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*” (Canavarro, 1999). The global results obtained present positive perceptions about their working environment, demonstrating statistically significant correlation with some of the socio-demographic and professional variables. It was also possible to verify that this Formal Caregivers used mainly reappraisal as strategy to emotional regulation instead of suppression. Even though, there are statistically significant correlations between the perception of the work environment and the presence of psychopathological symptoms, the Formal Caregivers do not manifest psychopathological that are considered to be clinical.

We conclude that there is a relationship between the perception of wok environment, emotional regulation and mental health of Formal Caregivers, justifying the appropriateness of investigations and interventions in this field in order to promote them.

Keywords: Formal Caregivers; Work Environment; Emotional Regulation; Psychopathological Symptoms.

LISTA DE ABREVIATURAS

BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CCI	Cuidados Continuados Integrados
DP	Desvio Padrão
ERQ	<i>Emotion Regulation Questionnaire</i>
EC CI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISS	Instituto da Segurança Social
M	Média
Máx	Máximo
Mín	Mínimo
N	Número Total
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCME	Santa Casa da Misericórdia de Esposende
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UC	Unidade de Convalescença
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UICCI	Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
WES	<i>Work Environment Scale</i>
(%)	Percentagem

ÍNDICE GERAL

Dedicatória	<i>i</i>
Agradecimentos	<i>ii</i>
Resumo	<i>iv</i>
Abstract	<i>v</i>
Lista de Abreviaturas	<i>vi</i>
Índice Geral	<i>vii</i>
Índice de Figuras	<i>ix</i>
Índice de Quadros	<i>x</i>
Introdução	1

PARTE A – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	4
1.1. Enquadramento da RNCCI em Portugal	4
1.2. Tipologia da RNCCI	6
1.3. População-Alvo e Perfil dos Utentes	9
1.4. Cuidados Continuados e Prestação de Cuidados	10
CAPÍTULO II – CLIMA ORGANIZACIONAL EM SAÚDE	13
2.1. Clima Organizacional e Regulação Emocional dos Cuidadores Formais	15
2.2. Clima Organizacional e Saúde Psíquica dos Cuidadores Formais	16

PARTE B – INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO III – OBJECTIVOS E MÉTODO	19
3.1. Objectivos e Questões de Investigação	19
3.2. Participantes	20
3.2.1. Método de Amostragem	20
3.2.2. Selecção dos Participantes	20
3.2.3. Caracterização da Amostra	20
3.3. Protocolo de Avaliação	24
3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Profissional	24

vii

3.3.2. Escala de Ambiente Laboral	25
3.3.3. Questionário de Regulação Emocional	27
3.3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos	29
3.4. Procedimento	32
3.4.1. Aspectos Éticos	32
3.4.2. Recolha de Dados	33
3.4.3. Métodos de Análise Estatística	33
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
4.1. Análise da Percepção dos Cuidadores Formais sobre o seu Ambiente Laboral (WES)	35
4.2. Análise Correlacional entre a WES e as Variáveis Sócio-Demográficas e Profissionais	35
4.3. Análise da Regulação Emocional nos Cuidadores Formais (ERQ)	37
4.4. Análise Correlacional entre a WES e o ERQ nos Cuidadores Formais	37
4.5. Análise da Sintomatologia Psicopatológica nos Cuidadores Formais (BSI)	38
4.6. Análise Correlacional entre a WES e o BSI nos Cuidadores Formais	39
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1. Percepção dos Cuidadores Formais sobre o seu Ambiente Laboral (WES)	40
5.2. Relação entre a WES e as Variáveis Sócio-Demográficas e Profissionais	41
5.3. Regulação Emocional nos Cuidadores Formais (ERQ)	42
5.4. Relação entre a WES e o ERQ nos Cuidadores Formais	43
5.5. Sintomatologia Psicopatológica nos Cuidadores Formais (BSI)	44
5.6. Relação entre a WES e o BSI nos Cuidadores Formais	44
Limitações da Investigação e Sugestões para Estudos Futuros	48
Conclusão	49
Bibliografia	51
Anexos	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Tipologia da RNCCI (UMCCI, 2009)	7
------------------	----------------------------------	---

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Medidas descritivas (N e %) das variáveis sócio-demográficas	21
Quadro 2. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) das variáveis sócio-demográficas	21
Quadro 3. Medidas descritivas (N e %) das variáveis clínicas	22
Quadro 4. Medidas descritivas (N e %) das variáveis profissionais	23
Quadro 5. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) das variáveis profissionais	24
Quadro 6. Valores de consistência interna da WES na nossa amostra e na versão de Louro (1995)	27
Quadro 7. Valores de consistência interna do ERQ na nossa amostra e na versão de Machado Vaz (2009)	29
Quadro 8. Valores de consistência interna do BSI na nossa amostra e na versão de Canavarro (1999)	32
Quadro 9. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos na WES	35
Quadro 10. Estudo correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as subescalas da WES e as variáveis sócio-demográficas e profissionais	36
Quadro 11. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos na ERQ na nossa amostra e na versão de Machado Vaz (2009)	37
Quadro 12. Estudo correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as subescalas da WES e as dimensões do ERQ	38
Quadro 13. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos no BSI, comparativamente com os valores da versão de Canavarro (1999)	38
Quadro 14. Estudo correlacional (do tipo <i>Pearson</i>) entre as subescalas da WES e as Dimensões do BSI	39

INTRODUÇÃO

As organizações que prestam serviços de saúde actuam numa dinâmica complexa, caracterizada por avanços tecnológicos constantes, assim como, pela presença de gestores cada vez mais exigentes na qualidade dos serviços prestados, objectivando uma organização mais eficaz e racional na utilização dos seus recursos financeiros e humanos. Não obstante, os Cuidadores Formais possuem um papel preponderante nestas organizações, contribuindo com as suas competências profissionais, para assim, dar respostas às exigências da instituição. Assim, o clima vivenciado pelos Prestadores de Cuidados Formais no local de trabalho influencia, não só o potencial de actividade profissional realizada com os utentes, mas também a forma como os Cuidadores se sentem motivados e satisfeitos com o funcionamento da organização. Pois, para que estes profissionais manifestem autonomia e segurança nas suas tarefas laborais, necessitam de um ambiente de trabalho satisfatório (Schneider, Bowen, Ehrhart & Holcombe, 2000), que lhes promova bem-estar físico, emocional e psíquico.

Até ao final do século XX, os investigadores consideravam que os processos emocionais apenas tinham um papel secundário no desenvolvimento humano. No entanto, ao longo das duas últimas décadas e, cientes da elevada influência destes processos no funcionamento e adaptação do ser humano, a investigação para identificar as diferentes estratégias de regulação emocional visando a adaptação eficaz ao contexto laboral onde exercem a sua profissão, tem-se centralizado sobretudo, no estudo de duas estratégias decorrentes do processo emocional: a *reavaliação cognitiva* (estratégia que ocorre antes da resposta emocional estar totalmente activada); e a *supressão emocional* (estratégia que ocorre após a activação da emoção). Estas estratégias de regulação emocional evoluem no sentido de uma melhor integração dos Cuidadores Formais, à medida que lidam com desafios desenvolvimentais. Um funcionamento inadequado no processo emocional poderá levar o Cuidador a uma menor capacidade para lidar com os seus desafios diários e, conseqüentemente, manifestar uma resposta desadaptativa à situação (Barrett, 2006).

Por sua vez, a presença cada vez mais constante de sintomas psicopatológicos nos Cuidadores Formais, constitui-se uma temática de crescente interesse científico, revelando assim, maior sensibilidade na compreensão e prática de elevada responsabilidade que estes indivíduos possuem devido à exaustão física, emocional e psíquica que o seu trabalho diário pode provocar. Segundo Nogueira-Martins (2003), embora cada profissão de saúde tenha as suas próprias

características, muitos são os aspectos que Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas, Auxiliares, Assistentes Sociais, entre outros, partilham, nomeadamente o sofrimento psíquico inerente ao trabalho em âmbito hospitalar e, especificamente com utentes dependentes e vulneráveis.

Neste sentido, encetamos um estudo minucioso de revisão bibliográfica, na tentativa de perceber qual o ambiente de trabalho que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados proporciona aos Prestadores de Cuidados Formais, avaliando de que modo é que os mesmos percebem o meio laboral e, identificando qual a estratégia de regulação emocional que mais utilizam para se adaptarem eficazmente a esse contexto, assim como, identificar se os Cuidadores apresentam algum tipo de sintomatologia psicopatológica. Desta forma, subdividimos a presente investigação em duas partes, através das quais visamos apresentar todo o processo de desenvolvimento, análise dos resultados, reflexão e posteriores conclusões.

A primeira parte traduz o resultado final de toda a pesquisa bibliográfica efectuada, constituindo o enquadramento teórico e abrangendo dois capítulos. No Capítulo I, apresentamos a descrição, características e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, objectivando um conhecimento mais aprofundado deste modelo de saúde implementado em Portugal em 2006. Por sua vez, no Capítulo II, abordamos de forma célere o conceito de clima organizacional em saúde, relacionando-o com a capacidade dos Prestadores de Cuidados Formais regularem as suas emoções, assim como, averiguar a possibilidade dos mesmos manifestarem sintomas psicopatológicos, mediante o ambiente de trabalho onde se inserem.

A segunda parte deste estudo dirige-se à investigação propriamente dita, sendo composta por três capítulos: no Capítulo III, encontram-se impressos os objectivos a que nos propusemos, bem como, a metodologia por nós utilizada; no Capítulo IV, serão descritos os resultados obtidos; e, no Capítulo V, expomos uma análise e discussão dos resultados tentando estabelecer uma ponte com os aspectos teóricos referidos na primeira parte deste trabalho.

Antes de terminarmos, consideramos pertinente reunir todas as limitações que nos impediram de ir mais além nesta investigação e, posteriormente encerramos esta dissertação com uma breve conclusão de um longo processo de análise e reflexão.

PARTE A – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**1.1. Enquadramento da RNCCI em Portugal**

Portugal, sob o ponto de vista demográfico, sempre foi um país que durante décadas apresentou elevadas Taxas de Natalidade e de Mortalidade, permitindo o equilíbrio na pirâmide etária. No entanto, na sociedade portuguesa que hoje conhecemos, tal como na maioria dos países europeus, esta pirâmide sofre alterações com a diminuição dos dois fenómenos supracitados que implicam conseqüentemente, a redução da população jovem e o exponencial crescimento da população idosa. Dois grandes sucessos do século XX, que surgiram paralelamente a estes dois fenómenos, são a Esperança Média de Vida e a melhoria do estado de saúde que contribuíram assim, para o envelhecimento da população portuguesa (Paúl & Fonseca, 2005).

Este envelhecimento demográfico, especificamente em Portugal, comporta um conjunto de problemas psicossociais, médicos e económicos, criando na nossa sociedade a necessidade de uma reestruturação, onde o sector da Saúde assume particular destaque (Veríssimo, 2006), pois com o aumento de uma população cada vez mais envelhecida aumentam também as situações de incapacidade e dependência funcional¹, de declínio cognitivo, bem como uma maior prevalência do número de pessoas que sofrem de Doenças Crónicas², correspondendo a $\frac{2}{3}$ das pessoas com mais de 65 anos (Lopes, 2007).

No entanto, perante a emergência de novas necessidades, constatou-se que a nossa sociedade oferecia respostas notoriamente insuficientes (Martins & Melo, 2008), continuando os utentes em situação de dependência, a serem levados para Hospitais. Aquando da alta, a maioria destes utentes encontravam-se numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade, comparativamente ao momento do internamento, devido à inexistência de um trabalho continuado que visasse a sua reinserção familiar e social (Augusto *et al.*, 2002 *cit in* Lopes, 2007).

Em Abril de 2005, desenvolveu-se então, o projecto de um novo modelo de cuidados em Portugal Continental, objectivando estabelecer estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um espaço novo de prestação de cuidados, capaz de dar respostas exequíveis a

¹ «Situação em que se encontra a pessoa que não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária (eg. higiene e alimentação) devido à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza» (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS, I.P.], 2009, p. 12).

² «Doença prolongada cujos sintomas vão piorando, podendo deixar a pessoa incapacitada. Tem um impacto muito negativo sobre o doente e os que o rodeiam (...)» (ISS, I.P., 2009, p. 12).

peessoas que necessitem não só de cuidados médicos, mas também de apoio social. Pretendeu-se criar um sistema de prestações públicas, ajustado às necessidades do utente, onde o mesmo pudesse dispor dos cuidados necessários, no tempo e locais adequados, pelo prestador mais capacitado (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2007a).

Foi neste sentido que foi implementada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho³, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, definindo Cuidados Continuados Integrados [CCI] como o «conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Artigo 3.º, alínea a), p. 3857). A RNCCI prevê assim, dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, preventivo, recuperador e paliativo, envolvendo a participação de vários parceiros sociais, situando-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, preenchendo a lacuna existente entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar (UMCCI, 2007a).

Esta recente resposta da Saúde, pretende implementar unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, direccionados a pessoas em situação de dependência, através de uma tipologia de respostas ajustadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando melhores condições de acesso para o indivíduo com perda de funcionalidade (ou em risco de a perder), através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). Assim, evolui-se de um Modelo Biomédico Tradicional, centrado unicamente na alteração biológica e na doença, para um Modelo Funcional que engloba cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças, nas funções físicas relativas à vida diária, nas funções cognitivas e emocionais e nos cuidados sociais (contexto familiar) (UMCCI, 2007a).

A Rede estabelece como objectivo geral, a prestação de CCI a pessoas que independentemente da idade se encontram em situação de dependência. Contudo, define alguns objectivos específicos, objectivando uma melhor eficácia dos cuidados prestados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 4.º): melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas

³ Publicado em *Diário da República, I Série-A, n.º 109 de 6 de Junho de 2006*.

em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados ao nível da saúde e/ou de apoio social; manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social inerentes à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; e prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de CCI e de Cuidados Paliativos.

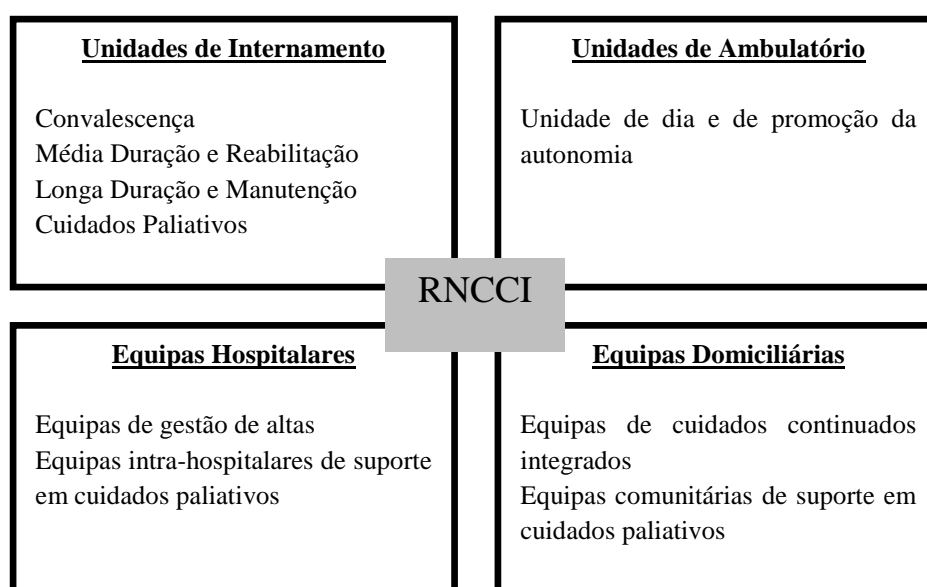
A nível internacional, o Conselho de Europa, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e a Organização Mundial de Saúde sugeriu a alguns países a implementação de sistemas de protecção social, ainda que com diversas diferenças organizacionais, capazes de dar respostas às necessidades actuais neste sector. Muitos foram os países europeus que, no final dos anos 80 e início dos anos 90, iniciaram a implementação destas novas redes de cuidados, visando a cobertura das pessoas idosas e/ou dependentes. Alguns exemplos são: os Países Escandinavos, através de modelos de protecção pública baseados num sistema público de cobertura universal; o Reino Unido, através do modelo para os cuidados de pessoas idosas; a Holanda, com uma rede de cuidados com rácios elevados em cuidados domiciliários, como alternativa à institucionalização das pessoas dependentes; a Espanha (regiões da Catalunha e da Extremadura), através do desenvolvimento de redes de cuidados de saúde e apoio social; a Bélgica, com uma rede extensa de recursos deste tipo; e, por último, a Áustria, o Luxemburgo e a Alemanha, que fazem da protecção e dos cuidados às situações de dependência, um dos pilares do desenvolvimento social, ao mesmo nível das prestações por desemprego, acidentes de trabalho e pensões (UMCCI, 2007a).

1.2. Tipologia da RNCCI

O objectivo primordial aquando da formulação e definição das tipologias da RNCCI foi o de criar respostas específicas e adequadas a cada utente e à sua condição de saúde/doença,

caracterizadas por apresentarem acções terapêuticas de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa (Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], 2007). Assim, e referindo-nos especificamente ao Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta, Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (Figura 1). No presente estudo, apenas as Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados [UICCI] estão a ser estudadas, motivo pelo qual serão as únicas que iremos descrever.

Figura 1. Tipologia da RNCCI (UMCCI, 2009)



A Unidade de Convalescença [UC] é:

«uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. (...) tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. (...) destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão» (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 13.º, p. 3860).

Por sua vez, a Unidade de Média Duração e Reabilitação [UMDR] é:

«uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de

processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. (...) tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação anterior. (...) tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão» (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 15.º, p. 3860).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção [ULDM] define-se como:

«uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. (...) tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos» (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 17.º, p. 3860).

Contudo, é possível um internamento inferior a 90 dias (até 90 dias por ano) numa ULDM, em situações temporais, tais como dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal.

Por último, a Unidade de Cuidados Paliativos [UCP] é *«uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva (...)» (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 19.º, p. 3861).*

Relativamente às estatísticas, podemos observar alguns números que revelam a necessidade de cada vez mais nos debruçarmos sobre esta nova resposta da saúde, devido ao elevado número de utentes referenciados e assistidos na RNCCI. No 1.º Semestre de 2010 foram referenciados 10.251 utentes para a RNCCI, fazendo um total de utentes referenciados desde o seu início, igual a 61.401. Este facto revela-se expectável dado o aumento da oferta da Rede nas suas diferentes tipologias. Por sua vez, o total acumulado de utentes assistidos, cresceu de 40.083 no final de 2009 para 53.267 no final do 1.º Semestre de 2010, traduzindo um aumento de 33% (13.184 utentes). Assim, é possível constatar que dos 61.401 utentes referenciados, 86,8% (53.267 utentes) foram assistidos nas várias tipologias. Destes 53.267 utentes assistidos até ao final do 1.º Semestre, 30,2% (16.071 utentes) foram assistidos na UC, 27,8% (14.830 utentes) na UMDR, 25,2% (13.394 utentes) na ULDM, 6,6% (3.525 utentes) na UCP e 10,2% (5.447 utentes) foram assistidos nas restantes tipologias da RNCCI (UMCCI, 2010).

1.3. População-Alvo e Perfil dos Utentes

As unidades e equipas da RNCCI estão preparadas para receber e prestar cuidados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; pessoas com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial e pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, Artigo 31.º). De uma forma geral, todas as pessoas que se encontrem com perda de autonomia, sejam portadoras de diversos tipos e níveis de dependência e que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social (ECCI, 2007) são fortes candidatas ao ingresso na Rede.

Analisando apenas o perfil dos utentes referenciados para a RNCCI no 1.º Semestre de 2010 podemos observar que: 55% pertencem ao género feminino; 79% dos utentes têm mais de 65 anos de idade e 40% têm mais de 80 anos; a maioria dos utentes são casados, correspondendo 49% dos casos, sendo que 31% são viúvos, 14% são solteiros, 5% são divorciados e 1% dos utentes omitem o seu estado civil; relativamente à escolaridade, 61% dos utentes têm entre 1 a 6 anos de escolaridade, 28% são analfabetos, 9% têm entre 7 a 12 anos de escolaridade e 2% possuem 13 anos ou mais de escolaridade; no que respeita à situação de convivência, 70% dos utentes vivem com a família natural, 21% vivem sozinhos, 4% vivem em Instituições, 3% vivem com a família de acolhimento e 2% não especificam. Comparativamente com anos anteriores, verifica-se que tem ocorrido um aumento do número de utentes que vivem sozinhos, traduzindo que o papel da Rede se revela eficaz em responder a situações de isolamento que comumente têm necessidades de saúde e sociais e que, contrariamente há uma diminuição progressiva de ingresso na Rede dos utentes que vivem com a família. No que concerne à origem do apoio aos utentes referenciados para a RNCCI, verifica-se que os familiares (69%) são o grande grupo de apoio e suporte aos utentes, seguindo-se a ajuda domiciliária (15%), os técnicos de saúde (13%), a empregada doméstica (10%), os técnicos de serviço social (9%), o apoio em centro de dia (7%), sendo que 5% dos utentes apenas recebem apoio dos vizinhos; quanto ao tipo de apoio, observa-se que a alimentação (59%), higiene pessoal (58%), de roupa (58%) e de casa (54%), e o tratamento da medicação (46%) representam os principais apoios, tal como já acontecia em 2009. Importa referir que um mesmo utente pode receber mais do que um tipo de apoio (UMCCI, 2010).

Relativamente ao diagnóstico principal, a patologia cardiovascular, designadamente a *Doença Vascular Cerebral Aguda, mas mal definida* – AVC, constitui o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados para a Rede (20%), seguida da *Fractura do Colo do Fémur* em 10% dos utentes (UMCCI, 2010) e de outras patologias, tais como *Doença Oncológica, Neurológica Degenerativa em Fase Avançada, Doença Respiratória, Cardíaca*, pessoas portadoras da *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida* – SIDA, entre outras. Estas situações clínicas, cada uma na sua idiosincrasia, implicam alterações motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e linguísticas no indivíduo que necessitam ser trabalhadas, estimuladas e, se possível recuperadas, visando restabelecer o mais possível a vida do utente, sendo as UICCI da Rede consideradas respostas adequadas para este tipo de situações.

1.4. Cuidados Continuados e Prestação de Cuidados

Nos termos do n.º 3 do Artigo 40.º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, «*a prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade (...)*». Assim, é perceptível que a prestação de cuidados da RNCCI visa fornecer ao indivíduo e/ou à família/cuidador com determinada necessidade, os melhores cuidados possíveis num contexto específico, associados à perícia profissional de cada elemento integrante da equipa.

Até aos finais do século XIX, grande parte das instituições de saúde apresentavam estruturas de organização totalmente desorganizadas, várias fontes de poder e valores quantitativos centrados unicamente na produtividade, revelando ao longo do tempo serem factores inadaptáveis ao bom crescimento e desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde. Foram vários os sinais que traduziram este facto, como os escassos recursos financeiros, profissionais que prestavam cuidados notoriamente desmotivados e insatisfeitos e o aumento das taxas de absentismo destes profissionais, consequentes do seu esgotamento físico e emocional. Assim, estávamos perante um serviço de saúde custoso, mas desumanizado, centrado na técnica e na doença. Contudo, a procura de níveis cada vez mais satisfatórios da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas do dia-a-dia resultantes da carência de recursos humanos e financeiros, afecta todos os profissionais de saúde, motivando-os para a exploração de novas formas de organização da prestação de cuidados (Costa, 1999).

Foi neste sentido que, a Rede investiu numa estruturação de novas formas de trabalho, organizando os serviços e os profissionais que prestam cuidados de saúde, permitindo um funcionamento coordenado e exímio. Os cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares da Rede são pluridimensionais, ou seja, são orientados para a promoção da qualidade de vida e da autonomia do utente, assim como para a participação dos utentes e da sua família no seu processo de reabilitação. Daí a importância dada ao papel dos Cuidadores Formais e das entidades prestadoras, trabalhando em equipa, com o intuito de obter mais e melhores resultados no que diz respeito às necessidades dos utentes e à satisfação dos prestadores de cuidados, assegurando assim a articulação e a continuidade dos cuidados continuados (Esteves, 2008). Assim, a Rede assenta na multidisciplinaridade, ou seja, possui uma actuação completa entre diferentes especialidades profissionais e, na interdisciplinaridade, onde todos os profissionais que trabalham numa mesma equipa definem objectos comuns para prestarem cuidados formais.

Ser prestador de cuidados é uma tarefa que implica equilíbrio entre fusão, proximidade e distanciamento, tarefa esta que, o indivíduo vai assimilando ao longo do tempo com a experiência pessoal e profissional. Ser Cuidador Formal exige ser testemunha de várias perdas no utente que se encontra em situação de dependência, facto este que promove níveis de ansiedade mais elevados, pois são confrontados diariamente com situações que mais ninguém quer ver (Sebag-Lanoë, 1992 *cit in* Lemaire, 2006). Os Cuidadores Formais que trabalham com o utente devem assumir a responsabilidade de proporcionar às pessoas em situação de fragilidade física, emocional e social, bem como às suas famílias, as capacidades e as competências necessárias para lidarem com as novas situações de vida, desenvolvendo aspectos como maturidade, capacidade de controlo mental e emocional, competências para enfrentar e gerir factores *stressantes*, tentando equilibrar sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos que vão surgindo ao longo da sua prática profissional (Fretz, 1991 *cit in* Roncon & Menezes, 1993). No entanto, esta tarefa exige que se obedeça a dois princípios.

Em primeiro lugar, a necessidade de existirem equipas de profissionais diversificados, como é o caso da RNCCI que inclui profissionais no âmbito da saúde e da acção social, com a finalidade de complementarem os seus conhecimentos, assegurando assim a prestação de cuidados médicos, de enfermagem, de fisioterapia e de terapia ocupacional, actividades de estimulação e manutenção, apoio psicossocial, cuidados de higiene, alimentação e conforto, animação

sociocultural, educação para a saúde, bem como apoio nas actividades básicas e instrumentais da vida diária do utente (UMCCI, 2007b).

E em segundo lugar, revela-se premente conhecer como se define o ambiente de trabalho destes Cuidadores Formais, pois segundo Martins, Oliveira, Silva, Pereira e Sousa (2004), um conhecimento mais aprofundado neste âmbito pode contribuir para a melhoria do bem-estar dos Prestadores de Cuidados, bem como, para a optimização do seu desempenho profissional.

Tendo presente este objectivo, consideramos pertinente conhecer mais sobre este meio de trabalho em Saúde onde os Cuidadores Formais se inserem, optando por, no capítulo seguinte, fazermos uma breve contextualização teórica de quais as influências que este ambiente pode ter na percepção dos Cuidadores e, de que maneira é que os mesmos encaram as situações inerentes à sua prática profissional.

CAPÍTULO II – CLIMA ORGANIZACIONAL EM SAÚDE

Após uma revisão da literatura sobre o conceito *Clima Organizacional*, apercebemo-nos da dificuldade inerente à sua definição. No entanto, a maior parte das definições apresentam um ponto em comum, relativamente à ideia de existirem percepções partilhadas pelos indivíduos sobre o meio organizacional onde se inserem, sendo estas percepções influenciadas pela interacção entre os colegas de trabalho, assim como pela motivação e participação dos mesmos nas actividades laborais (Neal, Griffin & Hart, 2000). Neste sentido, Tamayo (2004), defende que o clima organizacional se refere à maneira como os empregados percebem e interpretam o seu ambiente organizacional nas suas várias dimensões (eg. estrutura, liderança, comunicação, apoio/controlo da organização), dando assim a conhecer que não se trata apenas de uma percepção individual, mas sim de um conjunto de percepções referentes a todos os colaboradores de determinada organização. Contudo, estas percepções (individuais ou colectivas) podem ser diferentes, mediante a circunstância em que estão a ser relatadas, pois segundo Luz (2003), as percepções dos empregados sobre o seu ambiente organizacional variam consoante o estado de espírito de cada um, em determinado momento da sua vida.

Assim, estudar o conceito de clima organizacional revela-se um acto complexo, por este se considerar uma variável que está comumente presente na percepção dos próprios membros da organização e nas características organizacionais da mesma (Schneider et al., 2000). Não obstante, é imperioso avaliar como é que os indivíduos percebem o seu ambiente laboral, pois passam grande parte do seu dia-a-dia no seu local de trabalho. Tal constatação traduz a necessidade que esse ambiente laboral seja acolhedor e promotor de bem-estar, permitindo a realização de actividades em condições físicas e emocionais adequadas. Todavia, em muitos locais de trabalho acontece o contrário, dando-se maior ênfase aos níveis de produtividade da instituição, do que às necessidades dos seus trabalhadores (Sales, Lemos, Aguiar & Caldas, 2010). Assim, a prática da actividade profissional, por ser considerada uma actividade própria do indivíduo e uma acção indispensável para o seu desenvolvimento pessoal e colectivo, incluindo valores, princípios e restrições da própria personalidade, pode tornar-se não só uma fonte de bem-estar, mas também em muitos dos casos, promotora de mal-estar para o mesmo (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

É por este motivo que, actualmente se observa uma maior preocupação relativamente ao bem-estar dos prestadores de cuidados em instituições de saúde, pois devido à competitividade na definição e realização de objectivos entre os membros de uma mesma equipa e à flexibilidade decorrente da insegurança profissional e da avaliação da mesma, o profissional pode estar vulnerável e assim, colocar em risco a sua integridade física, mental e emocional. Outros aspectos como, aprender a lidar com situações diversas de instabilidade emocional, alterações constantes no contexto laboral, a sobrecarga de trabalho imposta por algumas instituições para atingir metas propostas pelas mesmas, os conflitos que inevitavelmente surgem entre os colegas de trabalho, assim como, as próprias regras institucionais, contribuem para uma avaliação da percepção que cada trabalhador possui do seu ambiente laboral (Ferreira, Gonçalves & Coimbra, 2008).

Para um funcionamento adequado das instituições de saúde, estas necessitam que os seus profissionais sejam detentores de competências e conhecimentos capazes de dar resposta às necessidades dos utentes (Mintzberg, 2004), daí a importância que se tem dado à formação dos profissionais. Contudo, para que estes desempenhem as suas funções de forma exímia, precisam que a organização de saúde onde estão inseridos possua uma identidade própria, com valores e princípios próximos dos profissionais que lá trabalham. Segundo Albert, Ashforth e Dutton (2000), é no contexto de trabalho que o indivíduo se define enquanto profissional na área da saúde, na medida em que, adquire prática profissional que lhe permite progredir na carreira. No mesmo sentido, Bartel (2001), afirma que elevados níveis de identificação com a organização onde profissional se insere, permite que o mesmo desenvolva sentimentos de bem-estar e conforto e assim, percepcione o seu local de trabalho como um ambiente satisfatório à sua prática profissional.

Em algumas instituições de saúde, os prestadores de cuidados são portadores de elevada autonomia para realizarem a sua prática profissional, tendo uma relação directa de prestação de cuidados com o utente e agindo independentemente dos seus colegas de trabalho. No entanto, este facto implica que os profissionais utilizem métodos complexos de prática profissional em contextos laborais exigentes, uma vez que, são responsáveis em grande medida pelo cuidado prestado ao utente e conseqüentemente, pela sua recuperação (Mintzberg, 2004). Assim, a percepção que os Cuidadores Formais têm do seu ambiente laboral depende do apoio que este sente no seu contexto de trabalho, quer por parte dos colegas de serviço, quer pelo apoio

manifestado por parte dos supervisores relativamente ao exercício das suas funções (Paulin, Ferguson & Bergeron, 2006). Os autores consideram assim que, as características de trabalho dos profissionais, o suporte do supervisor e o apoio dos colegas se constituem elementos imprescindíveis na avaliação da percepção que os Cuidadores têm sobre o seu ambiente laboral.

Importa também referir que o facto dos prestadores de cuidados percepcionarem o seu ambiente de trabalho como agradável, faz com que os mesmos estejam mais atentos ao cuidado que prestam ao utente e assim, possam contribuir satisfatoriamente para a recuperação do mesmo, avaliando positivamente a instituição no que respeita ao seu funcionamento organizacional (Dietz, Pugh & Wiley, 2004).

2.1. Clima Organizacional e Regulação Emocional dos Cuidadores Formais

A prestação de cuidados envolve, na maioria dos casos, um compromisso a longo prazo, o qual desgasta os recursos físicos e emocionais do prestador de cuidados. Houve na última década, um aumento de desordens emocionais nos prestadores de cuidados de saúde, uma vez que estes se confrontam diariamente com adversidades difíceis de ultrapassar, tais como fadiga, depressão e isolamento (Peterson, Demerouti, Bergstrom, Asberg & Nygren, 2008). Por este motivo, é dada alguma relevância às emoções vivenciadas pelos Cuidadores Formais, visando compreender se estas influenciam a percepção que os mesmos têm do seu ambiente laboral e, conseqüentemente no seu bem-estar. Assim, as emoções são definidas como um conjunto de fenómenos cerebrais claramente diferenciados do pensamento, com as suas bases neuroquímicas e fisiológicas próprias (Greenberg, 2002 *cit in* Machado Vaz, 2009), que preparam o indivíduo para agir mediante determinado estímulo interno ou externo (Kring & Bachorowski, 1999), permitindo a sua diferenciação de outros constructos (eg. sentimento, afecto, estados de humor). Revela-se então, pertinente compreender se as emoções que o indivíduo experiencia permitem adaptá-lo eficazmente, ou não, ao contexto onde está inserido, de acordo com as suas características pessoais. Neste sentido Barrett (2006), diferencia as emoções positivas – geradoras de bem-estar para o sujeito, sinalizando-o e protegendo-o para alcançar objectivos e satisfazer necessidades, das emoções negativas – associadas ao desconforto no indivíduo, não permitindo a satisfação das suas necessidades.

A percepção positiva ou negativa do Cuidador Formal acerca do seu ambiente laboral está intimamente relacionada com a avaliação e a atribuição de um significado dado aos agentes organizacionais, dando-se desta forma uma activação emocional, à qual o trabalhador atribui um significado, mediante o contexto em que se insere, as características passadas e as suas próprias características, resultando uma experiência emocional. Após esta vivência, o trabalhador define quais as estratégias e comportamentos a adoptar, objectivando uma regulação emocional eficaz (Barrett, 2006), ou seja, o trabalhador implementa estratégias para regular as suas emoções, podendo optar pela sua expressão ou supressão (Machado Vaz, Vasco, Greenberg & Vaz, 2010). A regulação emocional define-se como um conjunto de processos através dos quais, o sujeito influencia as emoções que vivencia, o momento em que estão a ocorrer e a sua amplitude (Gross, 1998). Assim, o sujeito tenta regular as suas respostas emocionais, adequando-as às suas necessidades e permitindo a adaptação à situação presente. Para uma regulação emocional satisfatória, é imprescindível que o sujeito distinga as suas emoções, compreenda a sua função e reflecta sobre elas, para poder decidir se as quer expressar ou suprimir (Gross, 2002). Pelo contrário, uma regulação emocional ineficaz origina consequências emocionais, cognitivas e comportamentais, capazes de colocar em risco a adaptação do sujeito à situação actual (Garber & Dodge, 1991 *cit in* Machado Vaz, 2009). A reavaliação cognitiva e a supressão emocional são duas das estratégias de regulação emocional mais importantes.

A *reavaliação cognitiva* envolve alteração no significado atribuído à situação, influenciando a forma como o indivíduo experiencia a sua emoção (Gross, 2002). Alguns estudos têm demonstrado que esta estratégia conduz o indivíduo a uma diminuição da experiência e expressão emocional negativa (Gross, 1998). Por sua vez, a *supressão emocional*, baseia-se em tentativas para diminuir o comportamento de expressão emocional, tendo consequências negativas a nível social e cognitivo. O facto de ocorrer tardiamente no processo emocional exige que o indivíduo adquira esforços contínuos, os quais podem gerar mal-estar para si mesmo (Gross, 2002).

2.2. Clima Organizacional e Saúde Psíquica dos Cuidadores Formais

A saúde psíquica no trabalhador está relacionada com os níveis de conflito que ocorrem devido às representações, conscientes ou inconscientes, que o Cuidador faz das relações que

estabelece com os seus colegas de trabalho e com a própria instituição (Wisner, 1994 *cit in* Lima, 2008). Segundo Lima (2008), a saúde mental dos profissionais de saúde, constitui-se uma temática de crescente interesse científico. O autor, considera que é fundamental investigar, sinalizar e solucionar o sofrimento psíquico, e as psicopatologias que podem advir do contexto de trabalho, devido ao dano nas relações entre os colegas, na relação de desconfiança, criando comportamentos paranóides que aumentam o distanciamento nas relações e, conseqüentemente a competitividade, devido à necessidade constante por parte de alguns Cuidadores de serem reconhecidos profissionalmente.

A realidade laboral actual, caracterizada pelas regras, exigências, pressões, conflitos, entre colegas de serviço, e/ou superiores, aliado aos problemas políticos, sociais e económicos da nossa sociedade, poderá potenciar o aparecimento de sintomatologia psicopatológica nos Prestadores de Cuidados Formais (Lima, 2008), influenciando naturalmente, a forma como estes vão perceber o meio laboral onde estão inseridos.

No decorrer da pesquisa sobre o ambiente laboral em saúde, constatamos que as investigações realizadas se centram no funcionamento hospitalar, dos centros de saúde e dos serviços de urgência, por estes se caracterizarem pelos elevados níveis de cansaço, carga horária, responsabilidades e rapidez na tomada de decisões, devido ao confronto diário da vida com a morte. Para além disso, representam as instituições de saúde mais solicitadas pelos utentes. Todavia, a implementação da RNCCI em Portugal, parece-nos, no nosso entender merecedora de uma avaliação do seu contexto laboral, percebida por aqueles que dão a cara por esta nova resposta da saúde, ou seja, os Prestadores de Cuidados Formais.

A fragilidade e dependência dos utentes das UICCI, aliadas aos objectivos definidos pela RNCCI, implicam que o Cuidador revele maturidade, controlo mental, emocional e habilidade para suportar sentimentos de incapacidade, impotência, fadiga e ansiedade. Importa assim, avaliar a percepção que os Cuidadores têm sobre este contexto de trabalho, nos seus aspectos positivos e negativos, bem como, avaliar se estes profissionais utilizam estratégias de regulação emocional eficazes para se distanciarem destas problemáticas, e assim, preservarem a sua saúde mental.

PARTE B – INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO III – OBJECTIVOS E MÉTODO

3.1. Objectivos e Questões de Investigação

Apesar da relevância que o ambiente laboral das UICCI onde os Cuidadores Formais exercem a sua prática profissional, ser considerada crucial para o seu bem-estar físico e psicológico e, conseqüentemente para um pleno exercício das suas funções, esta temática não tem sido alvo de grandes investigações. Deste modo e, dada a inexistência de estudos neste âmbito, optámos por incidir a nossa investigação na percepção dos Cuidadores sobre o ambiente laboral, correlacionando-a com a regulação das emoções que esses mesmos Cuidadores apresentam diante das situações de impotência inerentes ao seu dia-a-dia, bem como, a existência de possíveis sintomas psicopatológicos. Assim, a presente investigação assentou num estudo exploratório⁴, descritivo e correlacional, baseado numa abordagem metodológica quantitativa, uma vez que a análise incidiu sobre o conteúdo dos vários questionários administrados aos Cuidadores Formais.

Assim, fundamentando-nos no suporte teórico e empírico encontrado na revisão da literatura e, em consonância com os objectivos que definimos, partimos de um conjunto de questões de investigação para as quais tentamos obter resposta com os dados do nosso estudo, que passamos a enunciar.

Questão 1: Será que os Cuidadores Formais percebem o ambiente laboral de modo positivo?

Questão 2: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e as variáveis sócio-demográficas e profissionais?

Questão 3: Será que os Cuidadores Formais utilizam mais a *reavaliação cognitiva* ou a *supressão emocional* como estratégia de regulação emocional?

Questão 4: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e as estratégias de regulação emocional utilizadas?

Questão 5: Será que os Cuidadores Formais apresentam sintomatologia psicopatológica com significado clínico?

Questão 6: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica dos mesmos?

⁴ Tipo de investigação utilizada quando existe pouco conhecimento sobre determinada temática, com o objectivo de conhecer melhor os fenómenos envolvidos e/ou descobrir novas questões a seu respeito, podendo o mesmo gerar investigações futuras (Pais Ribeiro, 2010).

3.2. Participantes

3.2.1. Método de Amostragem

Tendo presente as limitações intrínsecas na realização de investigações no âmbito da saúde, considera-se pertinente recorrer a amostras *não probabilísticas*, denominadas também de *intencionais* (Smith, 1975 cit in Pais Ribeiro, 2010) ou *convencionais* (Dommermuth, 1975 cit in Pais Ribeiro, 2010), em que a «*amostra é escolhida por conveniência do investigador*» (p.43). Na investigação que aqui se apresenta, considera-se que este método de amostragem foi o que mais se adequou à selecção dos participantes, uma vez que a recolha da amostra decorreu especificamente na UICCI da Santa Casa da Misericórdia de Esposende [SCME], em função da categoria profissional e do local de trabalho dos Cuidadores Formais.

3.2.2. Selecção dos Participantes

A amostra é constituída pelos Cuidadores Formais das UICCI da SCME, que prestam cuidados continuados e integrados, de saúde e de apoio social, a pessoas em situação de dependência e vulnerabilidade, onde apenas existem dois tipos de Unidades de Internamento – UC e UMDR, havendo rotatividade de todos os Cuidadores Formais pelas duas unidades. Assim, a presente investigação incidiu apenas nestas duas tipologias de internamento. Para a selecção dos participantes, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Prestarem cuidados directos de saúde e de apoio social aos utentes das UICCI da SCME;
- Exercerem funções nas UICCI da SCME há pelo menos 12 meses até ao dia da distribuição do protocolo de avaliação;
- Não terem sido transferidos de serviço, no momento da distribuição do protocolo de avaliação.

Contudo, apesar de todos os Cuidadores Formais da UICCI da SCME ($N=69$) cumprirem os critérios de inclusão, 28 deles não participaram nesta investigação, por motivos alheios a nós. Assim, a nossa amostra é constituída por 41 participantes.

3.2.3. Caracterização da Amostra

No que diz respeito às **variáveis sócio-demográficas** (Quadro 1), verifica-se que a amostra é constituída por 41 Cuidadores Formais, 35 do género feminino (85,4%) e 6 do género

masculino (14,6%), a maioria são casados (46,3%) ou solteiros (39,0%). Grande parte dos participantes vivem com a família (92,7%), enquanto apenas 7,3% vivem sozinhos. Relativamente à zona de residência, os Cuidadores Formais distribuem-se por meios rurais (43,9%) e meios urbanos (56,1%), vivendo maioritariamente entre 0-10Km (75,6%) de distância do local de trabalho e usando, quase todos, o transporte próprio (82,9%) para se deslocarem.

Quadro 1. Medidas descritivas (N e %) das variáveis sócio-demográficas

		<i>N</i>	<i>(%)</i>
Género	Masculino	6	14,6
	Feminino	35	85,4
	Total	41	100
Estado Civil	Solteiro(a)	16	39,0
	Casado(a)	19	46,3
	União de Facto	2	4,9
	Divorciado(a)	2	4,9
	Separado(a)	0	0
	Viúvo(a)	2	4,9
	Total	41	100
Com Quem Vive?	Sozinho(a)	3	7,3
	Família	38	92,7
	Total	41	100
Zona de Residência	Rural	18	43,9
	Urbana	23	56,1
	Total	41	100
Distância do Local de Trabalho	0-10Km	31	75,6
	10-50Km	9	22,0
	>50Km	1	2,4
	Total	41	100
Transporte Utilizado	Público	0	0
	Próprio	34	82,9
	Outro	7	17,1
	Total	41	100

No que concerne à idade, a amostra é composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos ($M=35,20$; $DP=11,20$), possuindo em média 13,24 anos de formação ($DP=4,35$). Em relação ao número de filhos, variam entre 0 e 4 ($M=0,90$; $DP=1,14$) (Quadro 2.).

Quadro 2. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) das variáveis sócio-demográficas

	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	41	20	62	35,20	11,20
Anos de Escolaridade	41	4	18	13,24	4,35
Número de Filhos	41	0	4	0,90	1,14

Nas **variáveis clínicas**, ao analisamos a presença de alguma patologia no Cuidador Formal, constatamos que 82,9% não sofre de nenhuma doença. Contudo, os que respondem afirmativamente distribuem-se pelas doenças músculo-esqueléticas (7,3%), respiratórias (4,9%),

cardiovasculares e gastrointestinais, com a mesma percentagem (2,4%). Em 3 participantes, dos 7 com presença de alguma patologia, esta desencadeou-se depois de iniciar a actividade profissional actual. No que respeita à toma de medicação antidepressiva e/ou ansiolítica, podemos verificar que nenhum dos participantes toma este tipo de medicação (Quadro 3).

Quadro 3. Medidas descritivas (N e %) das variáveis clínicas

		N	(%)
Tipo de Doença	Músculo-Esqueléticas	3	7,3
	Cardiovasculares	1	2,4
	Respiratórias	2	4,9
	Gastrointestinais	1	2,4
	Psicológicas	0	0
	Outra	0	0
	Total	7	17,1
	Sem Doença	34	82,9
Quando apareceu?	Antes de iniciar a actividade profissional	2	4,9
	Depois de iniciar a actividade profissional	39	95,1
	Total	41	100
Toma Medicação Antidepressiva e/ou Ansiolítica?	Sim	0	0
	Não	41	100

Ao analisarmos o Quadro 4 – **variáveis profissionais**, verificamos que os 41 participantes pertencem a 10 **categorias profissionais** distintas, havendo maior prevalência de Enfermeiros (36,6%), seguindo-se as Auxiliares dos Serviços Gerais (24,4%), Fisioterapeutas (14,6%), Auxiliares de Acção Médica (7,3%), Médicos (4,9%), Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Técnico Alimentar, todos com a mesma representatividade (2,4%). Grande parte deles trabalham por turnos (75,6%) e não acumulam outras funções profissionais (63,4%). Quando nos debruçamos sobre a questão «*Se tivesse oportunidade, mudaria de profissão/emprego?*», percebemos que a maioria dos Cuidadores Formais (85,4%) respondeu «*Não*».

Relativamente ao **aspecto mais gratificante da profissão/emprego**, encontramos uma panóplia de opiniões que vão desde o «*Auxílio na recuperação e promoção da qualidade de vida do utente*» (29,3%), «*Relações Interpessoais com utentes/Profissionais*» (19,5%), «*Reconhecimento Profissional*» (14,6%), «*Realização Pessoal e Profissional*» (7,3%) e «*Trabalho em Equipa*» (4,9%). Contudo, salienta-se que, 10 Cuidadores Formais não responderam a esta questão (24,4%).

No que se refere ao **aspecto mais desgastante**, verificou-se que o «*Desgaste físico, emocional/psicológico e social*» foi o que obteve maior frequência (34,1%), seguindo-se o

«Trabalho por turnos» (9,8%), «Conflitos de Funções» e «Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação», com a mesma percentagem (7,3%), assim como a «Carga horária elevada/Excesso de trabalho» e «Condições de trabalho inadequadas» (4,9%) e o «Insucesso na recuperação do utente» (2,4%). No entanto, importa referir que 12 participantes não responderam a esta questão (29,3%).

Quadro 4. Medidas descritivas (N e %) das variáveis profissionais

		<i>N</i>	<i>(%)</i>
Categoria Profissional	Médico(a)	2	4,9
	Enfermeiro(a)	15	36,6
	Psicólogo(a)	1	2,4
	Assistente Social	1	2,4
	Fisioterapeuta	6	14,6
	Terapeuta Ocupacional	1	2,4
	Terapeuta da Fala	1	2,4
	Auxiliar de Acção Médica	3	7,3
	Auxiliar dos Serviços Gerais	10	24,4
	Técnico(a) Alimentar	1	2,4
	Total	41	100
Trabalha por Turnos?	Sim	31	75,6
	Não	10	24,4
	Total	41	100
Acumula Funções?	Sim	15	36,6
	Não	26	63,4
	Total	41	100
Mudança de Profissão/Emprego	Sim	6	14,6
	Não	35	85,4
	Total	41	100
Aspecto mais Gratificante da Profissão/Emprego	Realização Pessoal e Profissional	3	7,3
	Reconhecimento Profissional	6	14,6
	Auxílio na recuperação/promoção da qualidade de vida do utente	12	29,3
	Trabalho em Equipa	2	4,9
	Relações Interpessoais com utentes /Profissionais	8	19,5
	Total	31	75,6
	Missing (não responderam)	10	24,4
Aspecto mais Desgastante da Profissão/Emprego	Carga horária elevada/Excesso de trabalho	2	4,9
	Conflitos de Funções	3	7,3
	Desgaste físico, emocional/psicológico e social	14	34,1
	Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação	3	7,3
	Trabalho por turnos	4	9,8
	Insucesso na recuperação do utente	1	2,4
	Condições de trabalho inadequadas	2	4,9
Total	29	70,7	
Missing (não responderam)	12	29,3	

Relativamente aos **anos de serviço na sua profissão/emprego**, os Cuidadores Formais apresentam um mínimo de 1 ano e um máximo de 39 anos ($M=7,68$; $DP=8,95$), mas especificamente nesta unidade, trabalham em média há cerca 2,54 anos ($DP=1,16$), tendo em consideração que a mesma iniciou o seu funcionamento em 2006 (Quadro 5).

Quadro 5. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) das variáveis profissionais

	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Anos de Serviço nesta Categoria Profissional	41	1	39	7,68	8,95
Anos de Serviço nesta UCCI	41	1	4	2,54	1,16

No que diz respeito às **variáveis de lazer**, dos 41 Cuidadores Formais apenas 27 têm uma actividade de lazer (65,9%). Desses 27 Cuidadores Formais, 63,4% praticam essa actividade semanalmente, enquanto apenas 2,4% o faz quinzenalmente.

3.3. Protocolo de Avaliação

Quando se fala em investigação é necessário recorrer a algumas técnicas de recolha de dados (eg. observação do comportamento, entrevista, questionário de auto-preenchimento), com o objectivo de criar variáveis relevantes para a prática psicológica (Pais Ribeiro, 2010). Para esta investigação foi delineado um Protocolo de Avaliação (Anexo A) que constituiu o Consentimento Informado, um Questionário Sócio-Demográfico e Profissional elaborado por nós e três instrumentos de avaliação.

3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Profissional

O questionário supracitado elaborado por nós é constituído por 32 questões (23 fechadas e 9 abertas) e tem como objectivo a recolha de um conjunto de variáveis importantes para o estudo em questão, que não se encontram contempladas nos outros três instrumentos de avaliação. Assim, o questionário encontra-se dividido em quatro partes de recolha de dados: **variáveis sócio-demográficas** (questões de 1-11), que visam obter dados relativos ao género, idade, estado civil, anos de escolaridade, composição do agregado familiar e zona de residência; **variáveis clínicas** (questões de 12-17), que objectivam recolher informações sobre a presença de alguma doença no Cuidador Formal, especificando quando o seu aparecimento, e se toma medicação antidepressiva e/ou ansiolítica; **variáveis profissionais** (questões de 18-30), que pretendem levantar dados

relativos à categoria profissional, ao tempo de serviço da sua profissão/emprego e na UICCI referida, saber qual o regime de trabalho, se trabalha por turnos, se acumula a sua função com outras funções, se mudaria de profissão/emprego caso tivesse oportunidade e qual o aspecto mais gratificante/desgastante da sua profissão/emprego; e, por último, as **variáveis de lazer** (questões 31 e 32), que têm como intuito averiguar se o Cuidador Formal exerce alguma actividade de lazer e com que frequência a faz.

3.3.2. Escala de Ambiente Laboral

A *Work Environment Scale* [WES] – Forma Real tem sido amplamente utilizada no desenvolvimento organizacional, não só com profissionais em contextos sociais, mas também com profissionais em âmbitos clínicos e de saúde (Queirós, 2005), motivo pelo qual achamos pertinente a sua inclusão nesta investigação. A WES desenvolvida por Moos e Insel (1974) e adaptada para a população portuguesa por Louro (1995), visa avaliar o clima organizacional de vários tipos de unidades de trabalho, centralizando-se nas relações entre empregados/empregados, empregados/supervisores e na unidade básica da estrutura organizacional e seu funcionamento, ou seja, pretende medir as percepções de cada Cuidador Formal acerca do seu local de trabalho. É uma escala dicotómica⁵, constituída por 90 itens, distribuídos por 10 subescalas com 9 itens cada uma. No entanto, como estas 10 subescalas apresentam alguma similaridade entre elas, Moos (1986 *cit in* Louro, 1995) agrupou-as em 3 dimensões⁶:

- **Relacionamento** – *envolvimento* (1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81), *coesão entre colegas* (2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82) e *apoio do supervisor* (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83) – avalia o nível de empenho e coesão dos profissionais, e o apoio e incentivo por parte da direcção/administração.

- **Desenvolvimento Pessoal** – *autonomia* (4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84), *orientação para a tarefa* (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85) e *pressão no trabalho* (6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86) – avalia em que medida os profissionais são incentivados a se tornarem auto-suficientes, a importância dada ao bom planeamento, a eficiência e cumprimento das tarefas, e a pressão e urgência sentidas no local de trabalho.

⁵ O respondente tem de escolher forçosamente «entre duas respostas claramente antagónicas (...) Verdadeiro e Falso» (Pais Ribeiro, 2010, p. 91).

⁶ No entanto, Moos no Manual da WES não faz nenhuma referência ao estudo psicométrico das dimensões, apenas lhes dá nome (Louro, 1995).

- **Sistemas de Manutenção e Mudança** – *clareza* (7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87), *controlo* (8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88), *inovação* (9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89) e *conforto físico* (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90) – avalia a clareza dos objectivos, normas e políticas de organização, as regras e pressões como forma de controlo, a importância da mudança e inovação, e a comodidade do espaço físico.

A WES – Forma Real foi administrada de forma individual e auto preenchida por cada Cuidador Formal e todos os itens foram pontuados, para cada subescala com a pontuação máxima 9 (assinando resposta *verdadeira*) e mínimo 0 (assinando resposta *falsa*). Os 90 itens são então, cotados como 0 (resposta *falsa*) e 1 (resposta *verdadeira*), existindo alguns itens cotados de forma invertida. A pontuação média pode ser calculada para todos os membros de cada grupo de trabalho e para cada subescala (Moos & Insel, 1974 *cit in Louro, 1995*).

Vamos reportar-nos apenas às características psicométricas da versão portuguesa da WES, analisadas através de um estudo efectuado com 308 empregados de 20 grupos de trabalho, distribuídos por várias zonas geográficas de Portugal e Regiões Autónomas (Açores e Madeira). Para o estudo da validade de constructo foram realizadas algumas correlações de onde salientamos as correlações item/subescala, com correlações superiores a 0,20 em todos os itens com o total da sua subescala, comprovando a homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada subescala, e as correlações subescalas/dimensões, onde é possível afirmar que existe «*uma certa evidência para a validade de conteúdo de cada dimensão, ou seja, uma certa homogeneidade de conteúdo das subescalas dentro de cada dimensão*» (Louro, 1995, p. 118). A análise factorial das componentes principais realizada para os 40 subtestes revelou 9 factores com significado estatístico, que no seu conjunto explicam 57% da variância total dos resultados obtidos (Louro, 1995).

Os estudos psicométricos desta versão revelam que o *alpha de Cronbach* (consistência interna) para as 10 subescalas varia entre 0,54 e 0,74. Segundo Louro (1995), os coeficientes de fidelidade encontrados para as 10 subescalas não são os ideais (limite mínimo igual 0,80); contudo, Kline (1986 *cit in Louro, 1995*) defende que um coeficiente igual a 0,70 para este tipo de escalas é razoável, pois cada subescala contém apenas 9 itens. O coeficiente de fidelidade para as medidas multidimensionais revelou que a totalidade da escala apresenta boa fidelidade (0,91), revelando homogeneidade da escala na sua globalidade (Louro, 1995).

Na leitura dos resultados da WES – versão portuguesa, Louro (1995) conclui que a escala apresenta melhores resultados nas subescalas do que nas diferentes dimensões, resultados estes que vão de encontro aos resultados de Moos (1986 *cit in* Louro, 1995), deste modo no nosso estudo faremos apenas referência às subescalas. Uma breve interpretação dos resultados permite afirmar que, valores elevados nas subescalas *envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, clareza, inovação e conforto físico* traduzem uma boa percepção sobre o ambiente laboral e, por sua vez, valores elevados nas subescalas *pressão no trabalho e controlo* reflectem uma percepção menos positiva do ambiente de trabalho.

- **Avaliação da consistência interna da WES na nossa amostra**

Objectivando avaliar a consistência interna da WES na nossa amostra de Cuidadores Formais, procedeu-se à determinação dos coeficientes de *alpha de Cronbach*, para as diferentes subescalas (α varia entre 0,84 e 0,88). Os resultados obtidos são indicadores de uma boa consistência interna (cf. 3.4.3.) e, por conseguinte, da sua fidelidade, indo de encontro aos resultados obtidos por Louro (1995) (Quadro 6).

Quadro 6. Valores de consistência interna da WES na nossa amostra e na versão de Louro (1995)

	<i>alpha de Cronbach</i> (nossa amostra)	<i>alpha de Cronbach</i> (Louro, 1995)
Envolvimento	0,85	0,70
Coesão entre Colegas	0,84	0,73
Apoio do Supervisor	0,86	0,71
Autonomia	0,86	0,69
Orientação para a Tarefa	0,85	0,57
Pressão no Trabalho	0,88	0,60
Clareza	0,85	0,70
Controlo	0,86	0,54
Inovação	0,85	0,64
Conforto Físico	0,86	0,74

3.3.3. Questionário de Regulação Emocional

Uma vez que é exequível a utilização do *Emotion Regulation Questionnaire* [ERQ] em diferentes domínios de investigação, nomeadamente em Psicologia e em Saúde (Machado Vaz, 2009), decidimos administrar este instrumento aos Cuidadores Formais, com o objectivo de identificar e compreender as diferentes implicações da utilização de duas estratégias de regulação emocional – *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional*, no seu local de trabalho, assumindo-se estas como variáveis importantes em diversos domínios do desenvolvimento humano. E ainda por

ser um instrumento com um pequeno número de itens, de aplicação simples, facilitando a rápida recolha de dados. O ERQ elaborado por Gross e John (2003), traduzido e validado para a população portuguesa por Machado Vaz e Martins (2008), tem como objectivos avaliar estratégias de regulação emocional e compreender as diferenças individuais na utilização dessas estratégias em situações específicas, procurando compreender também as implicações da utilização de diferentes estratégias de regulação emocional em indivíduos com percursos adaptativos e desadaptativos. Este questionário é avaliado segundo uma escala de *Likert* (de 1 a 7)⁷, sendo constituído por 10 itens distribuídos por 2 dimensões (Gross & John, 2003):

- **Reavaliação Cognitiva** – relaciona-se com uma maior experienciação/expressão de emoções positivas e menos experienciação/expressão de emoções negativas, sugerindo um perfil afectivo positivo do indivíduo, isto é, esforça-se mais para lidar com as suas situações emocionais (itens 1, 3, 7, 8 e 10).

- **Supressão Emocional** – está relacionada com uma maior probabilidade de experienciar mais emoções negativas e experienciar/expressar menos emoções positivas, correspondendo por isso a uma ausência de esforço para lidar com as suas emoções (itens 2, 4, 5, 6 e 9).

O resultado de cada uma das dimensões pode variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 35. Segundo Gross e John (2003), valores médios mais elevados numa das dimensões avaliadas pelo ERQ, significam que o indivíduo usa com mais frequência essa mesma estratégia de regulação emocional.

Na versão portuguesa do ERQ e, com o objectivo de avaliar a replicabilidade do modelo de dois factores da versão original, os autores (Machado Vaz & Martins, 2008 *cit in* Machado Vaz, 2009) procederam a uma análise de componentes principais, seguida de rotação *varimax*, analogamente a Gross e John (2003). Foram extraídos dois factores explicativos de 49,64% da variância. Ao estabelecerem uma análise comparativa entre os itens de cada dimensão do ERQ, da versão original e da versão portuguesa, os autores verificaram que apenas um item não se integra na mesma dimensão. O item 5 «*Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo*», que na escala original pertence à dimensão *reavaliação cognitiva*, na versão portuguesa enquadra-se na

⁷ São apresentadas algumas afirmações às quais «os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância de acordo com uma escala de intensidade (...) 1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo Muito, 3 – Discordo, 4- Não Concordo Nem Discordo, 5 – Concordo, 6 – Concordo Muito, 7 – Concordo Totalmente» (Pais Ribeiro, 2010, p. 88).

dimensão *supressão emocional*. Relativamente à consistência interna, foram obtidos valores de *alpha de Cronbach* de 0,76 para a dimensão *reavaliação cognitiva* e 0,65 para a dimensão *supressão emocional*, revelando níveis aceitáveis de homogeneidade (Machado Vaz & Martins, 2008 *cit in* Machado Vaz, 2009).

- **Avaliação da consistência interna do ERQ na nossa amostra**

Com o objectivo de avaliar a fidelidade do ERQ na nossa amostra, calculamos o *alpha de Cronbach*, tendo obtido valores de 0,73 para as duas dimensões, atestando a razoável consistência interna (cf. 3.4.3.) do mesmo. Calculamos igualmente o *alpha de Cronbach* para as diferentes questões. De uma forma geral, os valores obtidos apresentam-se ligeiramente superiores comparativamente com os da autora, à excepção da questão 6 (0,77 na nossa amostra e 0,80 na versão de Machado Vaz, 2009) (Quadro 7).

Quadro 7. Valores de consistência interna do ERQ na nossa amostra e na versão de Machado Vaz (2009)

	<i>alpha de Cronbach</i> (nossa amostra)	<i>alpha de Cronbach</i> (Machado Vaz, 2009)
1. Quando quero sentir mais <i>emoções</i> positivas (como alegria ou contentamento), <i>mudo o que estou a pensar</i> .	0,76	0,72
3. Quando quero sentir menos <i>emoções negativas</i> (como tristeza ou raiva), <i>mudo o que estou a pensar</i> .	0,77	0,72
7. Quando quero sentir mais <i>emoções positivas</i> , eu <i>mudo a forma como estou a pensar</i> acerca da situação.	0,76	0,70
8. Eu controlo as <i>minhas emoções</i> modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.	0,77	0,71
10. Quando quero sentir menos <i>emoções negativas</i> , <i>mudo a forma como estou a pensar</i> acerca da situação.	0,77	0,71
Reavaliação Cognitiva	0,73	0,76
2. Guardo as <i>minhas emoções</i> para mim próprio.	0,76	0,57
4. Quando estou a sentir <i>emoções positivas</i> , tenho cuidado para não as expressar.	0,76	0,60
5. Quando estou perante uma situação <i>stressante</i> , forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.	0,78	0,53
6. Eu controlo as minhas <i>emoções não as expressando</i> .	0,77	0,80
9. Quando estou a experienciar <i>emoções negativas</i> , faço tudo para não as expressar.	0,76	0,63
Supressão Emocional	0,73	0,65

3.3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Apesar do *Brief Symptom Inventory* [BSI] não permitir a formulação de um diagnóstico psicopatológico no indivíduo, se administrado sozinho, têm sido efectuados inúmeros estudos internacionais em diversas áreas da saúde, administrando este inventário (Canavarro, 2007).

Assim, a sua inclusão nesta investigação revelou-se pertinente com a finalidade de avaliar a saúde mental dos participantes. O BSI desenvolvido por Derogatis (1982), adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999), tem como objectivo avaliar a presença de sintomas e perturbação psicopatológica em doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente e/ou a quaisquer outros doentes, assim como a pessoas da população em geral (com idade superior a 13 anos).

Este inventário é avaliado segundo uma escala de *Likert* (0 a 4)⁸, onde o participante deve responder em que grau é que determinado problema o afectou nos últimos sete dias, sendo constituído por 53 itens que se encontram distribuídos por 9 dimensões de sintomatologia (Derogatis, 1993 *cit in* Canavarro, 2007): **Somatização** – reflecte o mal-estar que resulta da percepção do funcionamento somático (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); **Obsessões-Compulsões** – inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36); **Sensibilidade Interpessoal** – traduz sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, autodepreciação, hesitação, desconforto e timidez, aquando da comparação com outras pessoas (itens 20, 21, 22 e 42); **Depressão** – reflecte um grande número de indicadores de depressão clínica, como sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50); **Ansiedade** – contempla sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, assim como nervosismo, tensão e apreensão (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49); **Hostilidade** – inclui pensamentos, emoções e comportamentos que caracterizam o estado afectivo negativo da cólera (itens 6, 13, 40, 41 e 46); **Ansiedade Fóbica** – sendo esta definida como uma resposta de medo persistente, irracional e desproporcionado em relação ao estímulo que conduz a um comportamento de evitamento, a mesma centra-se em manifestações do comportamento fóbico mais disruptivas (itens 8, 28, 31, 43 e 47); **Ideação Paranóide** – representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo (eg. hostilidade, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia, suspeição e delírios) (itens 4, 10, 24, 48 e 51); e, **Psicoticismo** – abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia (eg. alucinações e controlo do

⁸ São apresentadas algumas afirmações às quais «os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância de acordo com uma escala de intensidade (...) 0 – Nunca, 1 – Poucas Vezes, 2 – Algumas Vezes, 3 – Muitas Vezes, 4- MUITÍSSIMAS VEZES» (Pais Ribeiro, 2010, p. 88).

pensamento), fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à psicose (itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Todavia, existem 4 itens do BSI (11, 25, 39 e 52) que, embora contribuam para as dimensões acima descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas. Devido a critérios estatísticos, estes itens não deveriam ser incluídos no inventário mas, dada a sua importância clínica, são considerados nas pontuações dos seguintes Índices Globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional (Derogatis, 1993 *cit in* Canavarro, 2007): Índice Geral de Sintomas [IGS]⁹; Índice de Sintomas Positivos¹⁰ e Total de Sintomas Positivos¹¹. No nosso estudo, optámos unicamente pela utilização do IGS, uma vez que este se trata de um índice sumário que permite avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos indivíduos, sendo constituído pelo conjunto de itens do BSI que apresentam saturações elevadas nas dimensões em avaliação (Canavarro, 2007).

Relativamente à cotação do BSI, para obter pontuações para as 9 dimensões psicopatológicas, basta somar os valores (0-4) obtidos em cada item, referentes a cada dimensão. Esta soma deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à respectiva dimensão. No que respeita ao cálculo do IGS, deverá somar-se as pontuações de todos os itens e posteriormente, dividir-se pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco). Mediante uma visão clínica, a análise das pontuações obtidas nas 9 dimensões do BSI fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que pode estar a perturbar mais o indivíduo, enquanto que a leitura dos resultados dos Índices Globais permite avaliar, ainda que de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentado (Canavarro, 2007).

Na presente investigação foi utilizada a versão do BSI adaptada para a população portuguesa, realizada num estudo com 404 participantes da população em geral e 147 participantes emocionalmente perturbados (Canavarro, 1999 *cit in* Canavarro, 2007). As características psicométricas deste inventário nesta versão traduzem níveis satisfatórios de consistência interna para as 9 dimensões, variando o *alpha de Cronbach* entre 0,72 e 0,80 (à excepção das dimensões *ansiedade fóbica* e *psicoticismo*, que apresentam valores ligeiramente abaixo, $\alpha=0,62$). No que concerne às correlações obtidas entre cada item e a nota global da

⁹ «(...) representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados» (Canavarro, 2007, p. 307).

¹⁰ «(...) oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados» (Canavarro, 2007, p. 307).

¹¹ «(...) representa o número de queixas somáticas apresentadas» (Canavarro, 2007, p. 307).

dimensão, verificou-se que estas variam entre 0,29 e 0,79, permitindo concluir que este inventário apresenta uma boa homogeneidade dos itens.

- **Avaliação da consistência interna do BSI na nossa amostra**

Com a finalidade de avaliar a consistência interna do BSI na nossa amostra de Cuidadores Formais, calculamos o *alpha de Cronbach*. Os resultados (Quadro 8) oscilaram entre 0,90 e 0,92, sendo indicativos de muito boa consistência interna (cf. 3.4.3.) e, por conseguinte, de uma óptima fidelidade.

Quadro 8. Valores de consistência interna do BSI na nossa amostra e na versão de Canavarro (1999)

	<i>alpha de Cronbach</i> (nossa amostra)	<i>alpha de Cronbach</i> (Canavarro, 1999)
Somatização	0,91	0,80
Obsessões-Compulsões	0,90	0,77
Sensibilidade Interpessoal	0,90	0,76
Depressão	0,90	0,73
Ansiedade	0,90	0,77
Hostilidade	0,91	0,76
Ansiedade Fóbica	0,92	0,62
Ideação Paranóide	0,91	0,72
Psicoticismo	0,90	0,62

3.4. Procedimento

3.4.1. Aspectos Éticos

Quando trabalhamos em investigação há a obrigatoriedade de termos presente aspectos éticos inerentes à própria investigação, que orientam a nossa actividade no campo científico. E, uma vez que a Psicologia aquando da sua aplicação em contexto clínico, acrescenta uma dimensão interdisciplinar e multiprofissional à investigação, esta obrigatoriedade torna-se ainda mais imprescindível (Pais Ribeiro, 2010). Foi no seguimento desta necessidade que foi pedida autorização formal à instituição onde se procedeu à recolha dos Cuidadores Formais – SCME, tendo sido também entregue o consentimento informado a todos os participantes.

Relativamente à instituição, depois de analisar os objectivos propostos para esta investigação, bem como todo o protocolo de avaliação, aceitou que fosse efectuada a recolha de dados. No protocolo de avaliação entregue a cada Cuidador Formal, para além de conter todos os instrumentos de avaliação, incluiu também o Consentimento Informado, onde se encontravam descritas informações importantes sobre a natureza da investigação. No entanto, quando os

Cuidadores Formais foram abordados, foi-lhes explicado verbalmente todo o protocolo, dando oportunidade aos mesmos para esclarecerem algumas dúvidas.

3.4.2. Recolha de Dados

No que concerne à recolha dos Cuidadores Formais para esta investigação, os mesmos foram abordados por nós pessoalmente na UICCI da SCME, no seu horário de serviço. Foi necessário obter uma lista de todos os profissionais que prestam cuidados directamente ao utente ($N=69$), fornecida pela Enfermeira Directora da UICCI, sem a qual não seria possível gerir de forma exequível os turnos de todos eles. Assim, após a sua análise, organizamo-nos de maneira a que todos fossem abordados.

Depois de serem explicados os objectivos da investigação, todos os Cuidadores Formais aceitaram participar no estudo, embora nem todos tenham sido contactados ($N=15$), devido a factores incontornáveis (eg. baixa médica). Aos que aceitaram fazer parte desta investigação ($N=54$) e assim, contribuírem para o aprofundamento do tema em questão, foi-lhes entregue um envelope com o protocolo de avaliação, tendo sido pedido que o entregassem fechado, garantindo a sua confidencialidade e anonimato. Tanto o Questionário Sócio-Demográfico e Profissional, como os três instrumentos de avaliação foram preenchidos pelo Cuidador Formal, fora do horário de serviço, para que tal não influenciasse a prestação de cuidados ao utente e o normal funcionamento da UICCI. Em média, os Cuidadores Formais demoravam cerca de 1 a 2 semanas a entregarem o protocolo. Importa ainda referir que nem todos que aceitaram participar no estudo o concretizaram, isto é, alguns Cuidadores ($N=13$) não entregaram o protocolo de avaliação, dando explicações alheias a nós, facto que contribui para a demora deste processo de recolha de dados. Assim, após a recolha de todos os protocolos preenchidos ($N=41$), passamos à análise e tratamento dos dados, com o objectivo de descrever os resultados e formular as conclusões.

3.4.3. Métodos de Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recorreremos ao Software Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS], versão 19.0 do Windows 2007, criando uma base onde foram introduzidos e analisados todos os dados recolhidos. O tratamento dos dados e a apresentação dos resultados foi realizado de acordo com as questões de investigação por nós

colocadas. Neste sentido, ao longo da nossa análise de dados recorreremos a diferentes técnicas. Sendo assim explicitaremos algumas características métricas dos questionários WES, ERQ e BSI por nós utilizados, no sentido de avaliar a sua fidelidade, bem como apresentaremos algumas medidas descritivas dos mesmos (mínimo, máximo, média e desvio padrão).

A fidedignidade constitui uma característica crucial de qualquer sistema de avaliação. Este conceito diz respeito ao grau de consistência verificável entre medidas múltiplas de uma variável. Assim, em relação à consistência interna, esta define-se como a proporção da variabilidade nas respostas, consequência de diferenças nos indivíduos da amostra, ou seja, as respostas diferem não pela dificuldade do teste mas pelas diferentes performances dos indivíduos (Pestana & Gageiro, 2008). A literatura sugere diversos procedimentos para aferir a propriedade em causa. Um dos métodos mais utilizados para determinar o grau de fidedignidade das escalas é o cálculo do coeficiente de *alpha de Cronbach*. Ainda segundo Pestana e Gageiro (2008), valores de *alpha* superiores a 0,9 revelam muito boa consistência interna; boa entre 0,8 e 0,9; razoável entre 0,7 e 0,8; fraca entre 0,6 e 0,7; e inadmissível se o *alpha* for inferior a 0,6.

Para verificar a associação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do seu ambiente laboral, avaliada pela WES, com a regulação emocional (ERQ) e com a possível presença de sintomas psicopatológicos (BSI), calculamos o coeficiente de correlação de *Pearson*. A interpretação dos resultados obtidos assenta nas directrizes transmitidas por Pestana e Gageiro (2008), através das quais, valores de *r* inferiores a 0,2 indicam-nos a existência de associações muito baixas ou muito fracas; de 0,2 a 0,39, baixas ou fracas; 0,4 a 0,69, moderadas; 0,7 a 0,89, altas; e superiores a 0,9 são consideradas muito elevadas, sendo o valor 1 indicador de uma correlação perfeita.

Relativamente à interpretação estatística dos resultados, serão utilizados níveis de significância de 5% ($p < 0,05$), 1% ($p < 0,01$), e 0% ($p < 0,001$), permitindo-nos desta forma garantir que os mesmos, não serão produto do acaso.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Análise da Percepção dos Cuidadores Formais sobre o seu Ambiente Laboral (WES)

Com o objectivo de compreendermos como é que os Cuidadores Formais percebem o seu ambiente de trabalho, procedemos à determinação da pontuação das diferentes subescalas da WES. Através da análise do Quadro 9 e, com base no ponto médio¹² da WES para as diferentes subescalas, verificamos que todas elas apresentam valores médios acima do ponto médio da subescala, à excepção da subescala *pressão no trabalho* ($M=4,05$; $DP=2,52$), que apresenta um valor médio ligeiramente abaixo. Estes valores revelam que os Cuidadores Formais percebem o seu ambiente laboral de modo bastante positivo. Contudo, os valores médios na subescala *controlo* ($M=6,10$; $DP=1,136$), apresentam-se ligeiramente acima do ponto médio da subescala, o que traduz percepções menos positivas para com a instituição, ou seja, os Cuidadores percebem que a instituição utiliza bastantes regras e pressões para os manter sob controlo.

Quadro 9. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos na WES

		<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Dimensão Relacionamento	Envolvimento	41	2	9	7,20	1,79
	Coesão entre Colegas	41	1	9	5,83	2,48
	Apoio do Supervisor	41	1	8	5,05	1,95
Dimensão Desenvolvimento Pessoal	Autonomia	41	2	9	5,95	1,56
	Orientação para a Tarefa	41	3	9	6,68	1,74
	Pressão no Trabalho	41	0	9	4,05	2,52
Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança	Clareza	41	2	9	6,54	2,05
	Controlo	41	3	9	6,10	1,48
	Inovação	41	1	9	5,66	2,39
	Conforto Físico	41	2	9	6,68	1,94

4.2. Análise Correlacional entre a WES e as Variáveis Sócio-Demográficas e Profissionais

Para avaliar a relação existente entre as diferentes subescalas da WES e as variáveis sócio-demográficas e profissionais, calculamos o coeficiente de correlação de *Pearson*. Através da análise do Quadro 10, constata-se que todas as subescalas da WES se correlacionam de modo negativo fraco a moderado com a variável **idade**, assumindo significado estatístico com as subescalas: *apoio do supervisor* ($r= -0,357$, $p<0,05$); *autonomia* ($r= -0,546$, $p<0,01$); *orientação para a tarefa* ($r= -0,369$, $p<0,05$); *controlo* ($r= -0,324$, $p<0,05$) e *inovação* ($r= -0,3330$, $p<0,05$).

¹² Corresponde ao máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala (9) a dividir por dois, logo o ponto médio é igual 4,5 (Louro, 1995).

No que diz respeito à variável **anos de escolaridade** esta correlaciona-se de modo positivo muito fraco a moderado com todas as subescalas da WES, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade dos Cuidadores, maiores serão os valores das diferentes subescalas. Contudo, esta associação apenas é estatisticamente significativa nas subescalas: *envolvimento* ($r= 0,552$, $p<0,01$); *coesão entre colegas* ($r= 0,549$, $p<0,01$); *autonomia* ($r= 0,343$, $p<0,05$); *orientação para a tarefa* ($r= 0,450$, $p<0,01$) e *inovação* ($r= 0,440$, $p<0,05$). Quando analisamos a correlação entre as diferentes subescalas da WES e a variável **distância de casa ao local de trabalho**, verificamos que as subescalas *apoio do supervisor*, *clareza* e *conforto físico* associam-se de modo negativo muito fraco com a distância de casa ao local de trabalho, sem todavia atingir significado estatístico; as restantes subescalas associam-se de modo positivo muito baixo a baixo, sendo que a subescala *controlo* apresenta uma associação estatisticamente significativa ($r= 0,335$, $p<0,05$). Os **anos de serviço nesta actividade profissional** apenas se correlacionam de modo significativo com a subescala *autonomia* ($r= -0,337$, $p<0,05$), sendo esta associação negativa fraca, ou seja, quanto mais anos de prática profissional, menos encorajados são os cuidadores por parte da instituição a serem auto-suficientes e a tomarem as suas decisões. Ao analisamos a variável **anos de serviço nesta UICCI**, verificamos que esta se correlaciona de modo negativo, moderado e significativo com a subescala *autonomia* ($r= -0,446$, $p<0,01$), sendo que a correlação com as restantes subescalas varia entre positiva e negativa muito fraca, sem todavia atingir significado estatístico.

Quadro 10. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre as subescalas da WES e as variáveis sócio-demográficas e profissionais

WES \ VSDP	Idade	A Escol.	Dist. C-T	A Act.P	A UICCI
E	-0,232	0,552 **	0,163	0,096	-0,039
CC	-0,149	0,549 **	0,018	0,197	0,067
AS	-0,357*	0,255	-0,142	-0,193	-0,254
At	-0,546 **	0,343 *	0,081	-0,337 *	-0,466 **
OT	-0,369 *	0,450 **	0,043	0,017	0,012
PT	-0,211	0,165	0,306	-0,264	0,178
Cl	-0,236	0,223	-0,071	-0,055	-0,113
C	-0,324 *	0,291	0,335 *	-0,201	-0,002
I	-0,330 *	0,440 **	0,162	-0,026	-0,040
CF	-0,153	0,172	-0,090	-0,095	-0,233

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Subescalas da WES: E – envolvimento; CC – coesão entre colegas; AS – apoio do supervisor; At – autonomia; OT – orientação para a tarefa; PT – pressão no trabalho; Cl – clareza; C – controlo; I – Inovação; CF – conforto físico.

VSDP – variáveis sócio-demográficas e profissionais; A Escol. – anos de escolaridade; Dist. C-T – distância de casa ao local de trabalho; A Act.P – anos de serviço nesta actividade profissional; A UICCI – anos de serviço nesta UICCI.

4.3. Análise da Regulação Emocional nos Cuidadores Formais (ERQ)

Ao analisarmos o Quadro 11, referente às medidas descritivas do ERQ na nossa amostra, comparativamente com as medidas descritivas de referência (Machado Vaz, 2009), verificamos que em termos médios a dimensão *reavaliação cognitiva* apresenta valores mais elevados do que a dimensão *supressão emocional*. Neste sentido, podemos considerar que os nossos Cuidadores Formais experimentam e expressam mais emoções positivas e menos emoções negativas.

Verificamos igualmente que na dimensão *reavaliação cognitiva*, todos os itens da mesma apresentam valores médios muito similares (entre 4,63 e 5,05). Quanto à dimensão *supressão emocional*, realça-se o facto da questão 4. («Quando estou a sentir emoções positivas, tenho o cuidado para não as expressar») revelar um valor médio nitidamente inferior ($M=2,56$; $DP=1,82$), comparativamente aos restantes itens desta dimensão.

Quadro 11. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos no ERQ na nossa amostra e na versão de Machado Vaz (2009)

	Nossa Amostra					(Machado Vaz, 2009)	
	N	Mín	Máx	M	DP	M	DP
ERQ. 1	41	1	7	4,63	1,76	4,38	1,82
ERQ. 3	41	1	7	4,90	1,58	4,31	1,81
ERQ. 7	41	1	7	5,05	1,45	4,30	1,70
ERQ. 8	41	1	7	4,66	1,67	4,26	1,65
ERQ. 10	41	2	7	4,93	1,40	4,41	1,65
Reavaliação Cognitiva	41	15	35	24,17	4,70	21,60	6,40
ERQ. 2	41	1	7	4,00	1,86	3,83	1,87
ERQ. 4	41	1	7	2,56	1,82	2,76	1,77
ERQ. 5	41	1	7	5,39	1,48	4,55	1,82
ERQ. 6	41	1	7	3,93	1,66	3,25	4,30
ERQ. 9	41	1	7	4,73	1,92	4,03	1,76
Supressão Emocional	41	9	35	20,61	4,97	13,80	4,90

4.4. Análise Correlacional entre a WES e o ERQ nos Cuidadores Formais

Com o objectivo de analisarmos qual a relação existente entre o ambiente laboral e a regulação emocional, procedemos ao cálculo da correlação de *Pearson* entre as subescalas da WES e as dimensões do ERQ. Os resultados mostram (Quadro 12) que, no que diz respeito à dimensão *reavaliação cognitiva*, esta se associa de modo positivo fraco e muito fraco com as subescalas *apoio do supervisor* e *inovação*, ou seja, quanto maior o apoio do supervisor e maior a capacidade para inovar, maior a expressão de emoções positivas por parte dos Cuidadores. Todavia esta associação não é estatisticamente significativa. As restantes subescalas da WES associam-se de modo negativo muito fraco a fraco, não significativo com a dimensão *reavaliação*

cognitiva. A dimensão *supressão emocional*, tal como a dimensão *reavaliação cognitiva*, não se correlaciona significativamente com nenhuma das subescalas do ambiente laboral. Associa-se de modo negativo muito fraco com todas as subescalas, excepto com as subescalas *apoio do supervisor*, *inovação* e *conforto físico* com as quais se associa de modo positivo muito fraco.

Quadro 12. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre as subescalas da WES e as dimensões do ERQ

WES \ ERQ	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
Envolvimento	-0,218	-0,123
Coesão entre Colegas	-0,068	-0,087
Apoio do Supervisor	0,245	0,028
Autonomia	-0,135	-0,298
Orientação para tarefa	-0,134	-0,223
Pressão no Trabalho	-0,070	-0,238
Clareza	-0,153	-0,114
Controlo	-0,110	-0,086
Inovação	0,197	0,056
Conforto Físico	-0,010	0,075

4.5. Análise da Sintomatologia Psicopatológica nos Cuidadores Formais (BSI)

Ao analisarmos o tipo de psicopatologia que mais perturba os Cuidadores Formais e, tendo em consideração as pontuações médias obtidas por Canavarro (1999 *cit in* Canavarro, 2007) (Quadro 13), verificamos que nenhuma das dimensões do BSI apresenta valores clínicos significativos, visto que as pontuações médias obtidas em todos os sintomas se encontram abaixo do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional. No que diz respeito ao grau de *distress* psicológico, dado pelo IGS, os resultados revelam um valor médio de 0,49, ($DP=0,30$) indicativo de um óptimo bem-estar psicológico por parte dos Cuidadores.

Quadro 13. Medidas descritivas (N, Mín, Máx, M e DP) relativas aos resultados obtidos no BSI, comparativamente com os valores da versão de Canavarro (1999)

	Valores obtidos na nossa amostra					Valores obtidos por Canavarro (1999)	
	N	Mín	Máx	M	DP	M	DP
Somatização	41	0	1,29	0,37	0,36	0,57	0,92
Obsessões-Compulsões	41	0	2,17	0,70	0,51	1,29	0,88
Sensibilidade Interpessoal	41	0	2,25	0,59	0,51	0,96	0,73
Depressão	41	0	1,83	0,52	0,51	0,89	0,72
Ansiedade	41	0	1,00	0,44	0,28	0,94	0,77
Hostilidade	41	0	2,20	0,49	0,43	0,89	0,78
Ansiedade Fóbica	41	0	0,60	0,17	0,20	0,42	0,66
Ideação Paranóide	41	0	2,40	0,83	0,56	1,06	0,79
Psicoticismo	41	0	1,20	0,31	0,33	0,67	0,61
IGS	41	0	1,25	0,49	0,30	0,84	0,48

4.6. Análise Correlacional entre a WES e o BSI nos Cuidadores Formais

O Quadro 14 apresenta as correlações obtidas através do coeficiente de correlação de *Pearson*, entre as subescalas da WES e as dimensões do BSI. Através dos resultados obtidos verificamos que, a WES apenas se correlaciona com o *IGS* de forma moderada, negativa e significativa na subescala *controle* ($r = -0,310$, $p < 0,05$), ou seja, quanto maior a pressão da administração menor o bem-estar psicológico dos Cuidadores. A dimensão *somatização* do BSI apresenta uma associação negativa, fraca e significativa com a subescala *controle* ($r = -0,320$; $p < 0,05$) e moderada com a subescala *inovação* ($r = -0,444$; $p < 0,01$). As dimensões *ansiedade*, *psicoticismo*, *depressão* e *sensibilidade interpessoal* não se correlacionam de modo significativo com nenhuma das subescalas da WES. A dimensão *obsessões-compulsões* apenas se correlaciona de modo positivo, fraco e significativo com a subescala *apoio do supervisor* ($r = -0,327$; $p < 0,05$), o que significa que quanto mais a administração apoia os trabalhadores e os encoraja a apoiarem-se mutuamente, mais pensamentos indesejáveis sentem os mesmos. A dimensão *hostilidade* apresenta níveis de associação positivos, baixos e significativos com as subescalas *apoio do supervisor* ($r = 0,337$; $p < 0,05$) e *inovação* ($r = 0,380$; $p < 0,05$). A dimensão *ansiedade fóbica* associa-se de modo negativo, baixo e significativo com a subescala *inovação* ($r = -0,399$; $p < 0,05$), ou seja, quanto maior o ênfase atribuído à mudança menores os níveis de *ansiedade fóbica*. A dimensão *ideação paranóide* apresenta uma correlação negativa, fraca e significativa apenas com a subescala *pressão no trabalho* ($r = -0,329$; $p < 0,05$), menos pressão no trabalho significa mais comportamentos egocêntricos, medo da perda de autonomia, grandiosidade, entre outros.

Quadro 14. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre as subescalas da WES e as dimensões do BSI

BSI WES	IGS	S	A	P	OC	H	AF	D	IP	SI
E	-0,146	-0,277	-0,241	-0,034	0,100	0,254	-0,097	0,235	-0,055	0,120
CC	0,084	-0,079	-0,073	0,186	0,286	0,153	0,163	0,246	0,231	0,179
AS	0,121	-0,097	-0,229	0,172	0,327 *	0,337 *	-0,025	0,123	0,026	0,110
At	-0,130	-0,183	-0,132	-0,153	-0,023	0,071	-0,142	0,252	0,056	0,150
OT	0,011	-0,072	-0,124	0,039	0,211	0,165	0,043	0,213	0,099	0,291
PT	-0,219	-0,276	-0,119	0,104	-0,074	0,167	-0,024	0,080	-0,329*	0,114
CI	-0,080	-0,110	-0,262	-0,162	0,001	-0,056	-0,130	0,043	0,010	-0,151
C	- ,310 *	-0,320 *	-0,190	-0,129	0,045	0,142	-0,114	0,229	-0,182	0,066
I	-0,273	-0,444 **	-0,279	-0,146	-0,144	0,380 *	-0,399 **	0,056	-0,152	-0,060
CF	-0,164	-0,280	-0,269	-0,065	0,083	0,211	-0,186	0,279	-0,097	-0,090

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Subescalas da WES: E – envolvimento; CC – coesão entre colegas; AS – apoio do supervisor; At – autonomia; OT – orientação para a tarefa; PT – pressão no trabalho; CI – clareza; C – controle; I – Inovação; CF – conforto físico.

Índice do BSI: IGS – índice geral de sintomas

Dimensões do BSI: S – somatização; A – ansiedade; P – psicoticismo; OC – obsessões-compulsões; H – hostilidade; AF – ansiedade fóbica; D – depressão; IP – ideação paranóide; SI – sensibilidade interpessoal.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos realizar uma integração compreensiva e reflexiva dos resultados que foram expostos anteriormente, sustentando-nos nos resultados da investigação sobre o tema abordados na primeira parte deste trabalho. Os objectivos a que nos propusemos e as questões por nós definidas constituirão a nossa linha de orientação para esta discussão, sendo que comentaremos os resultados pela mesma ordem que foram apresentados no capítulo precedente.

5.1. Percepção dos Cuidadores Formais sobre o seu Ambiente Laboral (WES)

Baseando-nos na literatura existente acerca do ambiente laboral, que indica o local de trabalho como veículo promotor (ou não) do bem-estar dos trabalhadores (Sales, Lemos, Aguiar & Caldas, 2010), achámos pertinente analisar a percepção que os Cuidadores Formais da UICCI têm acerca do seu ambiente laboral, tendo-se efectuado esta avaliação através da WES.

Os resultados revelam de um modo geral, uma percepção positiva e satisfatória acerca do seu local de trabalho, uma vez que, estes apresentam em média, pontuações elevadas ao nível das subescalas que se relacionam com percepções positivas do ambiente laboral, especificamente: *envolvimento; coesão entre colegas; apoio do supervisor; autonomia; orientação para a tarefa; clareza; inovação e conforto físico*. Salienta-se que, os resultados obtidos ao nível das subescalas *envolvimento, orientação para a tarefa e conforto físico*, destacam-se das restantes subescalas, podendo-se subentender que os Cuidadores percebem o ambiente físico, como promotor de um ambiente de trabalho agradável. No que diz respeito à subescala *pressão no trabalho*, os resultados por nós obtidos (valores médios baixos), corroboram os resultados das restantes subescalas, visto que o grau em que a pressão do trabalho e a urgência no tempo dominam o meio social onde trabalham é percebido como baixo.

Relativamente à subescala *controlo*, obtivemos valores ligeiramente mais elevados, o que representa que os Cuidadores consideram que a UICCI utiliza regras e pressões de modo a controlar os seus trabalhadores, podendo conduzir a percepções menos positivas do ambiente de trabalho. De acordo com Monteiro e Barros-Duarte (2008), o apoio institucional em detrimento de um clima de controlo, facilita o envolvimento dos trabalhadores. Todavia, estes resultados isoladamente, não contribuem para uma percepção global negativa do ambiente laboral e da própria unidade.

Em suma, a avaliação positiva do ambiente laboral evidenciada pela nossa amostra, poderá advir das novas políticas de saúde implementadas pela RNCCI (prestação de cuidados de saúde mais humanizados e multidisciplinares) e/ou pelo facto de a unidade onde se recolheu a amostra ser bastante recente, contribuindo eventualmente para o desenvolvimento de elevadas expectativas por parte dos profissionais de saúde.

5.2. Relação entre a WES e as Variáveis Sócio-Demográficas e Profissionais

O estudo correlacional entre a WES e a **idade**, sugere que a percepção dos Cuidadores Formais acerca do ambiente laboral nas subescalas *apoio do supervisor*, *autonomia*, *orientação para a tarefa*, *controlo* e *inovação* associa-se de modo negativo, fraco a moderado e significativo com a variável idade. Isto significa, que os Cuidadores mais jovens evidenciam um maior incentivo por parte da administração ao apoio entre colegas, um maior encorajamento por parte da administração a serem auto-suficientes e a tomarem as suas próprias decisões, um maior ênfase no planeamento, eficiência e realização do trabalho, e utilização de mais regras e pressões por parte da administração, bem como são mais enfatizadas as experiências variadas e as mudanças. Esta positividade por parte dos Cuidadores mais jovens na avaliação do ambiente laboral, comparativamente aos mais velhos, poderá relacionar-se com as elevadas expectativa profissionais e a precariedade laboral, que caracterizam o início de uma carreira profissional.

No que concerne à **escolaridade**, níveis superiores de escolaridade, associam-se de modo positivo, moderado e significativo com uma maior preocupação e envolvimento nas actividades laborais, maior apoio entre colegas, maior encorajamento para serem auto-suficientes e tomarem as suas próprias decisões, maior ênfase no bom planeamento eficiência e realização do trabalho, assim como, maior ênfase à variedade, mudança e novas aproximações. Desta forma, maiores níveis de escolaridade associam-se a percepções mais positivas do ambiente laboral. Curiosamente, os nossos resultados não corroboram os resultados obtidos por Sessa, Kioroglo, Varallo e Bruscato (2008), que constataram que quanto maior a escolaridade maiores as expectativas profissionais, o que consequentemente leva a percepções menos positivas do ambiente laboral.

A **distância de casa ao local de trabalho**, correlaciona-se se forma proporcional com a utilização de regras e pressões, por parte da administração, para manter os Cuidadores sob

controlo. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de que, quanto mais longe vive um Cuidador maior a probabilidade de se atrasar e daí perceberem que a administração impõe regras e exerce mais pressão.

A subescala *autonomia*, correlaciona-se de forma inversamente proporcional e significativa com os **anos de serviço nesta actividade profissional**, ou seja, quanto mais anos de prática profissional menos encorajados são os Cuidadores a serem auto-suficientes e a tomarem as suas próprias decisões. Na nossa perspectiva, estes resultados poderão dever-se ao facto de a administração considerar que a experiência profissional deverá ser promotora de auto-suficiência e capacidade de tomada de decisão. Desta forma, a experiência profissional e o profissionalismo adquirido ao longo dos anos de trabalho, reduzem a necessidade de encorajamento por parte dos superiores.

Também a subescala *autonomia* se correlaciona de forma inversa com os **anos de serviço nesta UICCI**, o que significa que o facto de os Cuidadores trabalharem há mais anos na unidade implica menos encorajamento para os próprios serem auto-suficientes e tomarem as suas próprias decisões. Estes resultados corroboram os anteriores, demonstrando que a familiaridade com um serviço reduz a necessidade de esforço dos comportamentos dos Cuidadores, por parte dos superiores.

5.3. Regulação Emocional nos Cuidadores Formais (ERQ)

Considerando as estratégias de regulação emocional, especificamente a *reavaliação cognitiva* evidenciada pelos Cuidadores Formais, verificamos que estes apresentam valores médios elevados, o que denota que esta estratégia é frequentemente utilizada pelos Cuidadores, sendo uma estratégia que conduz a uma diminuição da experiência e expressão emocional negativa (Gross, 1998).

Quanto à *supressão emocional*, verificamos que em média é menos utilizada pelos Cuidadores, sendo que nesta dimensão destaca-se o facto da questão “*quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar*” apresentar um valor médio nitidamente inferior comparativamente com as restantes questões da dimensão. Salienta-se que, de acordo com Gross e John (2003), a utilização da *supressão emocional*, diminui quer a expressão de emoções positivas, quer a utilização de emoções negativas.

Em suma, os resultados revelados pelos nossos Cuidadores ao nível da regulação emocional, poderão representar uma resposta adaptativa às situações stressantes com as quais se deparam no seu dia-a-dia, tendo em consideração que a UICCI, constitui-se indubitavelmente, como uma fonte geradora de stress e ansiedade. A não utilização de estratégias que permitam ao Cuidador contornar/adaptar-se às adversidades, poderá colocar em risco não só o seu desempenho profissional, mas também, o seu processo de regulação emocional.

5.4. Relação entre a WES e o ERQ nos Cuidadores Formais

Quando efectuámos o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre as diferentes subescalas da WES e as dimensões do ERQ, verificamos que as correlações existentes oscilam entre positivas e negativas muito fracas, sem todavia assumirem significado estatístico. Assim, as subescalas *apoio do supervisor* e *inovação* associam-se de modo positivo muito fraco com a *reavaliação cognitiva*, o que significa que quanto mais os Cuidadores sentirem que são apoiados pelo seu supervisor e incentivados à variedade e mudança, mais expressam emoções positivas, facilitando a sua adaptação ao contexto laboral. As restantes subescalas correlacionam-se de modo negativo com a dimensão *reavaliação cognitiva*. Assim, quanto mais regras e pressões utilizar a administração e mais urgência impuser na realização das tarefas, menor é a capacidade evidenciada pelos Cuidadores, para a reavaliação da situação. Neste sentido, Pereira e Sousa (2010), referem que a satisfação com o ambiente laboral decorre da avaliação que o Cuidador faz do mesmo, ou seja, da congruência entre o que deseja e o que os recursos organizacionais lhe permitem obter. Decorrente deste processo, o cuidador define as estratégias e comportamentos a adoptar para uma eficaz regulação emocional (Barrett, 2006).

No que diz respeito à *supressão emocional*, verificamos que esta se correlaciona de modo positivo com as subescalas *apoio do supervisor*, *inovação* e *conforto físico*, ou seja, quanto mais apoiados e encorajados se sentirem os Cuidadores por parte da administração, mais enfatizada for a sua capacidade de variedade e mudança e mais sentirem o ambiente laboral como agradável, maior a *supressão emocional*. Verificamos igualmente que, quanto menor a *coesão entre colegas* e menor o *envolvimento* com o trabalho, mais os Cuidadores utilizam a *supressão emocional*. Resta salientar que, se por um lado, a utilização da *supressão emocional* diminui a expressão de emoções desadaptativas, por outro lado, impede o indivíduo de partilhar as suas emoções, o que

consequentemente se reflecte numa menor integração no grupo de pares (Richards & Gross, 2002).

5.5. Sintomatologia Psicopatológica nos Cuidadores Formais (BSI)

No que se refere à sintomatologia psicopatológica nos Cuidadores e, de acordo com os resultados do BSI, verificamos que as pontuações obtidas em todas as dimensões se encontram abaixo do limiar a partir do qual é considerado como tendo significado clínico. Todavia, podemos inferir através dos nossos resultados que a *ideação paranóide* e as *obsessões-compulsões* foram as dimensões que evidenciaram níveis médios superiores, comparativamente com as restantes.

A entrada no mundo laboral é um importante momento de transição na vida de um indivíduo, proporcionando-lhe o confronto com uma nova realidade e desafios, podendo constituir-se como um evento stressante, em que para o ultrapassar de modo positivo é fundamental o encorajamento por parte dos superiores. Só com espírito de iniciativa e decisão é que se poderá fazer face a acontecimentos inesperados. Neste âmbito, Ferreira, Gonçalves e Coimbra (2008), referem que as actuais exigências dos contextos de trabalho marcados pela competitividade e realização de objectivos, pela incerteza e avaliação de desempenhos, colocam novos desafios ao sistema pessoal e relacional dos trabalhadores, tais como mudanças sistemáticas do contexto, conflitos de interesse que vão emergindo no grupo de trabalho, bem como com as regras e objectivos organizacionais, podendo despoletar comportamentos de medo de perda de autonomia e de natureza indesejada.

5.6. Relação entre a WES e o BSI nos Cuidadores Formais

Na perspectiva de Dejours (2000), as investigações recentes em psicopatologias ao nível dos Cuidadores, referem que o trabalho pode constituir-se em simultâneo como uma fonte de saúde e bem-estar, e como fonte geradora de instabilidade física e psíquica. Não obstante, a forma como o indivíduo interpreta o ambiente circundante está intimamente relacionada com o seu psiquismo e com o seu sistema de valores. Neste contexto, mesmo os acontecimentos felizes podem provocar instabilidade, sendo contudo, mais comum perante situações negativas e de impotência, muitas vezes inerentes ao ambiente laboral.

No nosso estudo, verificámos existir uma correlação negativa, fraca e significativa entre o *IGS* e o *controlo*, o que significa que, quanto menos regras e pressão utilizar a administração, maior a intensidade do mal-estar experienciado pelos Cuidadores. A dimensão *somatização* correlaciona-se no mesmo sentido com as subescalas *controlo* e *inovação*, o que significa que quanto menos regras e pressão utiliza a administração, e menos enfatizar a variedade e mudança, maior a percepção por parte dos Cuidadores de um mal-estar em termos somáticos. Apesar de numa primeira análise, estes resultados poderem parecer contraditórios, podem em nossa opinião, ser interpretados no sentido de que, os Cuidadores podem associar a menor pressão, menos regras e menos incentivo à mudança por parte da administração, como uma falta de interesse no seu empenho e dedicação, o que conseqüentemente se poderá reflectir em quadros psicossomáticos. Esta constatação é sustentada pelo estudo realizado por Dejours e Abdouchely (1994), segundo os quais uma mesma situação pode ser percebida de modo completamente diferente por dois Cuidadores, podendo ser geradora de stress para um e de bem-estar para outro. Este stress pode ter como consequência a manifestação de um quadro psicossomático.

A dimensão *obsessões-compulsões*, relaciona-se de modo positivo, fraco e significativo com a subescala *apoio do supervisor* tal como, com a dimensão *hostilidade*, ou seja, um maior apoio e encorajamento por parte da administração poderá aumentar no Cuidador sentimentos e impulsos obsessivos e incontroláveis, bem como, comportamentos de cariz afectivo negativo. O Cuidador poderá eventualmente perceber o apoio e encorajamento por parte da administração como um acto de “perseguição” ao seu desempenho na actividade profissional, reagindo deste modo de forma mais hostil e agressiva.

A dimensão *hostilidade*, ainda se correlaciona de modo positivo, fraco e significativo com a subescala *inovação*, ou seja, quanto mais enfatizada é a capacidade de variedade, mudança e novas aproximações por parte dos Cuidadores, mais estes evidenciam pensamentos, emoções e comportamentos negativos. Estes resultados poderão ser justificados analogamente aos anteriores.

A dimensão *ansiedade fóbica*, correlaciona-se de modo negativo, fraco e significativo com a subescala *inovação*, o que significa que quanto menos enfatizada é a capacidade de variedade, mudança e novas aproximações por parte dos Cuidadores, mais estes apresentam um quadro de ansiedade, nervosismo e tensão. Os Cuidadores da UICCI, poderão eventualmente encarar esta falta de incentivo à variedade e mudança como um descrédito nas suas capacidades para

encetarem novas tarefas e fazerem face a novos desafios, o que conseqüentemente se repercute num acréscimo de ansiedade. Segundo Motta (2002), a mente humana é repleta de dados e de julgamentos, onde se formam associações, sendo que as reacções de medo e ansiedade podem promover enganos e pré-conceitos. O processamento de informações é afectado por diversos factores internos e externos à mente humana, que alteram não só a percepção do meio circundante, mas também, a valorização do mesmo, conduzindo muitas vezes a comportamentos ansiogénicos.

Quanto à dimensão *ideação paranóide*, esta associa-se de modo negativo, fraco e significativo com a subescala *pressão no trabalho*, o que significa que à medida que diminui o grau e a urgência no desempenho das tarefas laborais, aumenta o comportamento paranóide, sendo este manifesto por um funcionamento cognitivo perturbado em que o medo da perda de autonomia é uma constante.

No nosso entender, o facto dos Cuidadores da UICCI evidenciarem sintomatologia paranóide, mesmo sem assumir significado clínico, poderá manifestar-se nos mesmos por sentimentos ambivalentes de desagrado perante a administração, levando-os a pensar que o facto de haver uma menor urgência na execução das tarefas (comparativamente a outras instituições de saúde) estará relacionado com a delegação das tarefas em terceiros e, concomitantemente num sentimento de descrédito nas suas capacidades.

Poderemos então sintetizar as respostas obtidas perante as questões de investigação formuladas anteriormente (cf. 3.1.) da seguinte forma:

- Os Cuidadores Formais revelaram percepções bastante positivas do ambiente laboral;
- Verificamos a existência de relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e algumas das variáveis sócio-demográficas e profissionais, especificamente: a variável **idade** correlaciona-se de modo negativo, fraco a moderado e significativo com as subescalas *apoio do supervisor*, *autonomia*, *orientação para a tarefa*, *controlo* e *inovação*; a variável **escolaridade** correlaciona-se de modo positivo, baixo a moderado e significativo com as subescalas *envolvimento*, *coesão entre colegas*, *autonomia*, *orientação para a tarefa* e *inovação*; a variável **distância de casa ao local de trabalho** correlaciona-se de modo positivo, baixo e significativo com a subescala *controlo*; a variável **anos de serviço nesta actividade profissional**

correlaciona-se de modo negativo, baixo e significativo com a subescala *autonomia*; a variável **anos de serviço nesta UICCI** correlaciona-se de modo negativo, moderado e significativo com a subescala *autonomia*;

- Os Cuidadores Formais apresentaram níveis superiores na *reavaliação cognitiva*, o que revela que esta estratégia de regulação emocional é preferencialmente utilizada comparativamente com a *supressão emocional*;

- Apesar de verificarmos a existência de relações, quer positivas, quer negativas entre a percepção dos Cuidadores Formais do ambiente laboral (WES) e as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos mesmos (ERQ), estas não são estatisticamente significativas;

- Os Cuidadores Formais não revelaram sintomatologia psicopatológica com significado clínico;

- Verificamos a existência de relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e algumas das dimensões do BSI, nomeadamente: a dimensão *somatização* correlaciona-se de modo negativo, fraco a moderado e significativo com as subescalas *controlo* e *inovação*; a dimensão *obsessões-compulsões* correlaciona-se de modo positivo, baixo e significativo com a subescala *apoio do supervisor*; a dimensão *hostilidade* correlaciona-se de modo positivo, baixo e significativo com as subescalas *apoio do supervisor* e *inovação*; a dimensão *ansiedade fóbica* correlaciona-se de modo negativo, baixo e significativo com a subescala *inovação*; a dimensão *ideação paranóide* correlaciona-se de modo negativo, fraco e significativo com a subescala *pressão no trabalho*; por sua vez, o *IGS* correlaciona-se de modo negativo, baixo e significativo com a subescala *controlo*.

LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

A presente investigação apresenta no entanto, algumas limitações que no nosso entender, devem ser referidas com o objectivo de alertar investigações futuras. Aquela que consideramos ser a limitação mais importante prende-se com o tamanho reduzido da nossa amostra, que poderá ter condicionado os resultados obtidos, não nos permitindo extrapolar os mesmos e assim, aprofundar mais a investigação neste âmbito. Foram constantes as dificuldades no processo de recolha da amostra que conseqüentemente, se reflectiu no tamanho da mesma. Assim, os principais obstáculos com os quais nos deparamos neste processo foram:

- A selecção inicial de quatro UICCI para a recolha da amostra, que, apesar da disponibilidade inicial de todas, somente a SCME permitiu a prossecução do nosso estudo;
- O facto da maioria dos Cuidadores serem Enfermeiros (trabalho por turnos), dificultou que todos eles fossem contactados por nós, pois alguns deles apenas fazem o turno da noite;
- Nem todos os Cuidadores se demonstraram disponíveis para participar nesta investigação e, alguns deles, apesar de lhes ter sido entregue o protocolo, acabaram por não o devolver;

Uma outra limitação da nossa investigação deve-se ao facto de não ter sido possível a realização de estudos comparativos entre géneros, pois a nossa amostra é maioritariamente feminina, os quais se poderiam ter revelado interessantes. Também não nos foi permitido comparar resultados entre os vários grupos profissionais, sendo a amostra constituída maioritariamente por Enfermeiros. No entanto, segundo Williams (2005), esta amostra pode ser explicada pelo facto de serem os Enfermeiros o maior grupo prestador de cuidados de saúde e um dos que mais responsabilidades tem pela prestação dos mesmos, pois é o único grupo profissional que está 24 horas por dia com o utente, daí aí a sua prevalência neste meio.

Teria sido do mesmo modo pertinente comparar a percepção do meio laboral nas duas unidades de internamento – UC e UMDR, mas devido à rotatividade dos Cuidadores Formais pelas mesmas, tal estudo não foi possível realizar.

Para além disso, consideramos que para futuras investigações, centradas na percepção laboral desta nova resposta de saúde e suas implicações nos Cuidadores Formais, seria interessante alargar a amostra, incluindo as percepções dos doentes e dos administradores/supervisores, pois só assim se obtém uma avaliação global do funcionamento de uma organização.

CONCLUSÃO

Chegado o momento de encerrar o nosso trabalho, parece-nos natural tecermos algumas considerações sobre o percurso que atravessámos, desde a origem das nossas dúvidas e questões até às dúvidas e questões que hoje se nos colocam.

As Organizações de Saúde e, mais recentemente as UICCI existem para servir os doentes, isto é, para compreender e satisfazer as necessidades de uma população dependente e vulnerável, prestando-lhes os cuidados necessários nas mais vastas áreas e fornecendo um serviço de qualidade e humanizado. Para que isso seja possível, exige-se que exista um elevado desempenho profissional. Deste modo, se os Cuidadores Formais desempenharem as suas funções num ambiente laboral favorável à sua prática, seguramente irão desenvolver um efeito benéfico não só sobre o paciente, conduzindo a comportamentos de ligação que inevitavelmente poderão evitar futuras complicações e minimizar gastos em saúde, mas também, eles próprios irão evidenciar melhores níveis de bem-estar em termos psicológicos e, conseqüentemente expressarão e vivenciarão mais emoções positivas.

Cientes de que os Cuidadores Formais das UICCI se constituem como pilares determinantes para a eficácia organizacional, podendo ter um efeito muito significativo no desempenho e sucesso da própria UICCI, tornou-se premente analisar o que é que está na base de um bom ambiente laboral. A este propósito, Paulin, Ferguson e Bergeron (2006), dão ênfase à importância da criação de condições de trabalho que permitam aos Cuidadores Formais desempenhar as suas funções num ambiente laboral agradável, que lhes propicie boas condições físicas e humanas.

Assim sendo e, considerando a escassez de estudos em Cuidados Continuados, talvez por esta ainda ser uma medida que se encontra em fase de avaliação por parte dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, o nosso estudo objectivou a compreensão não só das percepções dos Cuidadores Formais do ambiente laboral da UICCI, mas também, a análise da associação com as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos mesmos e com a sintomatologia psicopatológica potencialmente evidenciada.

A revisão da literatura por nós efectuada sugere que o trabalho realizado nas UICCI, devido ao seu carácter multidisciplinar e interdisciplinar se constitui como um veículo facilitador e promotor, tanto ao utente como ao Prestador de Cuidados Formais, de condições favoráveis à

recepção dos cuidados e à prática dos mesmos. Constatamos que neste processo, o Cuidador Formal se depara com um leque de exigências e experiências para as quais não estava preparado, o que em certos casos leva ao despoletar de certo tipo de sintomatologia psicopatológica e ao uso de estratégias de regulação emocional de modo a adaptarem-se ao contexto.

Os resultados do nosso estudo mostram que, de um modo geral, os Cuidadores Formais revelam percepções bastante positivas acerca do ambiente laboral nas UICCI da SCME. Verificamos igualmente, que a *reavaliação cognitiva* se constitui como a principal estratégia de regulação emocional utilizada pelos Cuidadores, levando à expressão e experienciação de mais emoções positivas em detrimento das emoções negativas. Isto significa que, estes Cuidadores se esforçam emocionalmente para lidarem com as situações de impotência pelas quais tantas vezes passam no decorrer da sua actividade profissional nestas UICCI, visando uma adaptação eficaz ao contexto laboral. Por outro lado, o facto dos Cuidadores Formais percepcionarem o ambiente laboral como bastante positivo parece assumir-se como tendo um papel protector na sintomatologia psicopatológica evidenciada pelos mesmos, uma vez que, esta não assume significado clínico em nenhuma das dimensões.

Resta-nos finalizar, enfatizando que todo este processo de pesquisa, análise e discussão se tornou edificante e educativo, na medida em que nos permitiu obter um conhecimento aprofundado nesta temática. A recompensa mais marcante foi perceber que a nossa sociedade dispõe de um serviço de saúde que está continuamente em formação, não só em função do bem-estar dos utentes, mas principalmente pela importância que é dada a quem presta cuidados, permitindo a RNCCI a possibilidade de uma prestação mais humanizada e eficaz. No entanto, não podemos negligenciar outros serviços de saúde, onde os profissionais se mostram verdadeiramente desmotivados e cansados física e emocionalmente.

Assim, a velha máxima de que é necessário «*cuidar de quem cuida*» revela-se, no nosso entender, cada vez mais indispensável. Foi neste sentido que este estudo se considerou pertinente, pois todos os nossos esforços devem ser centralizados no seu bem-estar e, conseqüentemente na percepção do meio laboral como satisfatória. A homenagem que vos presto é simples: é digno o vosso trabalho, pois apesar da remuneração, nada paga a fadiga física, mental e emocional de uma prestação de cuidados dedicada e humana.

BIBLIOGRAFIA

- Albert, S., Ashforth, B. E. & Dutton, J. E. (2000). Organizational identity and identification: charting new waters and building new bridges. *Academy of Management Review*, 25 (1), 13-17.
- Barrett, L. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.
- Bartel, C. (2001). Social comparisons in boundary-spanning work: effects of community outreach on members' organizational identity and identification. *Administrative Science Quarterly*, 46, 379-413.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em, M. H. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.). *Avaliação Psicológico – Instrumentos validados para a população portuguesa*, (vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Costa, J. S. (1999). Métodos de Prestação de Cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*. [on-line]. [Consult. 12-01-2011]. Disponível em, <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, publicado em *Diário da República, I Série-A, n.º 109*. (2006). Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Dejours, C. A. (2000). *Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. (5ª ed.). São Paulo: Cortez/Oboré.
- Dejours, C. & Abdouchely, E. (1994). Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. Em, C. Dejours, E. Abdoucheli e C. Jayet. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dietz, J., Pugh, S. D. & Wiley, J. W. (2004). Service climate effects on customer attitudes: na examination of boundary conditions. *Academy of Management Journal*, 47 (1), 81-92.
- Esteves, P. (2008). RNCCI – Nova resposta no sistema de saúde. [on-line] [Consult. 22-09-2010]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*. Lisboa: ECCI.

-
- Ferreira, H. M. M. G., Gonçalves, C. M. & Coimbra, J. L. (2008). O impacto do contexto de trabalho na auto-eficácia profissional. [on-line]. [Consult. 2010-03-16]. Disponível em, <http://www.psicologia.com.pt>.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and Response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 224-237.
- 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 processes: implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2009). *Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Segurança Social.
- Kring, A. M. & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and emotion*, 13 (5), 575-599.
- Lemaire, G. (2006). A exaustão dos enfermeiros ao domicílio assalariado. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. (1ª ed., pp. 177-186). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, L. M. P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46.
- Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada. Lisboa: ISPA.
- Lima, L. M. A. C. (2008). O Sofrimento Psíquico e as Psicopatologias Laborais em Face das Novas Relações de Trabalho – Uma abordagem introdutória. *Reuna – Belo Horizonte*, (vol. 13, nº 1, pp. 11-18).
- Luz, R. (2003). *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Machado Vaz, F. J. S. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Tese de Mestrado – Área de Conhecimento em Psicologia Clínica, Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga.

- Machado Vaz, F., Vasco, A. B., Greenberg, L. & Vaz, J. M. (2010). Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (pp. 697-708). Universidade do Minho, Braga.
- Martins, M. C. A. & Melo, J. M. C. D. (2008). Cuidados Continuados... Uma aposta para o futuro! *Millenium Spectrum*, 103. [on-line]. [Consult. 2010-09-22]. Disponível em, <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium34/7.pdf>.
- Martins, M. C. F., Oliveira, B., Silva, C. F., Pereira, K. C. & Sousa, M. R. (2004). Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, (vol. 4, nº 1, pp. 37-60). Florianópolis.
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Monteiro, E. M. & Barros-Duarte, C. (2008). Prevenção em segurança do trabalho: a influência do clima organizacional no clima de segurança. [on-line]. [Consult. 2011-03-16]. Disponível em, <https://bdigital.ufp.pt>.
- Motta, P. R. M. (2002). Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas. *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 8-11. Lisboa: Portugal.
- Murcho, N., Jesus, S. N. & Pacheco, E. (2008). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: Um estudo empírico. Em, S. N. Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, (pp. 656-672). Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Neal, A., Griffin, M. A. & Hart, P. M. (2000). The Impact os Organizational Climate on Safety Climate and Individual Behavior. *Safety Science*, 34, 99-109.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, (vol. 1, nº 1, pp. 56-68). Belo Horizonte.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic.
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulin, M., Ferguson, R. J. & Bergeron, J. (2006). Service climate and organizational commitment: the importance of customer linkages. *Journal of Business Research*, 59, 906-915.

- Pereira, J. P. & Sousa, D. M. (2010). Controlo emocional, Satisfação no Trabalho e Qualidade de Vida. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (pp. 1204-1219). Universidade do Minho, Braga.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Asberg, M. & Nygren, A. (2008). Work Characteristics and Sickness Absence in Burnout and Nonburnout Groups: A Study of Swedish Health Care Workeres. *International Journal of Stress Management*, (vol. 15, nº 2, 153-172).
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Richards, J. M. & Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (3), 410-424.
- Roncon, J. & Menezes, I. (1993). Consulta Psicológica Comunitária e Terceira Idade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9: 29-36.
- Sales, A. M., Lemos, I. L. Aguiar, A. P. & Caldas, M. T. (2010). O Cuidador Cuidado: A Experiência de Cuidar de quem Cuida. *Neurobiologia*, 73 (1).
- Schneider, B., Bowen, D. E., Ehrhart, M. G. & Holcombe, K. M. (2000). The climate for service. Em, N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderon e M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate*, Califórnia: Sage Publications, Thousand Oaks, (pp.21-36).
- Sessa, R. M., Kioroglo, P. S., Varallo, S. M. & Bruscatto, W. L. (2008). Influência da ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. *RAS*. (vol. 10, nº 39, pp. 51-60).
- Tamayo, A. (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007a). *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-09-22]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007b). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. [on-

line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2011-01-28]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

Veríssimo, M. T. (2006). Actividade física e envelhecimento. Em, H. Firmino, *Psicogeriatría* (1ª ed., pp. 83-94). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Williams, L. (2005). Impact of nurses' job satisfaction on organizational trust. *Health Care Management Review*, 30 (3), 203-211.

ANEXOS

Protocolo de Investigação

Estando neste momento a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia no ISCS-Norte acerca da Percepção do Ambiente Laboral dos Cuidadores Formais das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, vimos por este meio, pedir a sua colaboração para participar neste estudo. Gostaríamos de salientar a importância que este estudo terá para a compreensão e melhoria dos cuidados específicos nesta área. Queremos assegurar que a participação neste estudo é anónima e voluntária, sendo garantida a confidencialidade no tratamento estatístico de todos os dados obtidos.

Declaro que tomei conhecimento e concordo em participar,

As Alunas Estagiárias,

A Coordenação do Mestrado,

Questionário Sócio-Demográfico e Profissional

Dados Sócio-Demográficos

1. Idade:

2. Sexo: M F

3. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) União de Facto
Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

4. Anos de Escolaridade: _____

Composição do Agregado Familiar

5. Com quem vive? Sozinho(a)

Família

6. Nº de elementos: _____

7. Tem filhos? Sim

Não

8. Nº de filhos: _____

Residência

9. Zona de Residência: Rural Urbana

10. Distância do local de trabalho:

0-10Km

10-50Km

>50Km

11. Forma como se desloca para o local de trabalho:

Transporte Público

Transporte Próprio

Outro

Dados Clínicos

12. Sofre de alguma doença? Sim

Não

13. Qual?

Problemas Músculo-Esqueléticos

Problemas Cardiovasculares

Problemas Respiratórios

Problemas Gastrointestinais

Problemas Psicológicos

Outro

14. Se respondeu sim, iniciou-se:

Antes de iniciar a actividade profissional

Depois de iniciar a actividade profissional

15. No último ano faltou ao serviço por baixa médica? Sim

16. Período de tempo: _____ Não

17. Toma Antidepressivos e/ou Ansiolíticos? Sim

Não

Dados Profissionais

18. Categoria profissional: _____

19. Anos de serviço nesta categoria: _____

20. Anos de serviço nesta Unidade: _____

21. Regime de Trabalho: Parcial Normal Acrescido

22. Trabalho por turnos: Sim Não

23. Acumula esta função com outras funções? Sim 24. Especificar: _____

Não

25. Se tivesse oportunidade mudaria de Profissão/Emprego? Sim Não

26. Teve que fazer algumas modificações na sua vida devido à sua Profissão/Emprego? Sim

Não

27. Se respondeu sim, considera-as prejudiciais para si ou para a sua família?

Sim

Não

28. Especificar: _____

29. Das opções que se seguem, qual considera mais gratificante na sua Profissão/Emprego?

1. Realização Pessoal e Profissional

2. Reconhecimento Profissional

3. Auxílio na recuperação e na promoção da qualidade de vida do utente

4. Trabalho em equipa

5. Relações interpessoais com os utentes/profissionais

30. Das opções que se seguem, qual considera mais desgastante na sua Profissão/Emprego?

1. Carga horária elevada/excesso de trabalho

2. Conflitos de funções

3. Desgaste físico, emocional/psicológico e social

4. Não colaboração dos utentes/familiares no seu processo de recuperação

5. Trabalho por turnos

6. Insucesso na recuperação dos utentes

7. Condições de trabalho inadequadas

Tempos Livres

31. Tem alguma actividade de lazer?

Sim

Não

32. Se respondeu sim, qual a frequência?

Semanal

Quinzenal

Mensal

> Mensal

WES – Escala de Ambiente Laboral

(Moos & Insel, 1974; traduzida e validada por Louro, 1995)

Instruções: As afirmações seguintes são acerca do local de trabalho. 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 emprego 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 o possível 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 seu 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 as 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 muitos 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.

Obrigado pela sua colaboração!

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos**(Derogatis, 1982; traduzido e validado por Canavarro, 1999)**

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma, marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Em que medida foi incomodado pelos sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1	Nervosismo ou tensão interior					
2	Desmaios ou tonturas					
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7	Dores sobre o coração ou no peito					
8	Medo na rua ou praças públicas					
9	Pensamentos de acabar com a vida					
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11	Perder o apetite					
12	Ter um medo súbito sem razão para isso					
13	Ter impulsos que não podem controlar					
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16	Sentir-se sozinho					
17	Sentir-se triste					
18	Não ter interessa por nada					
19	Sentir-se atemorizado					
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22	Sentir-se inferior aos outros					
23	Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24	Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si					
25	Dificuldade em adormecer					
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

27	Dificuldade em tomar decisões					
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29	Sensação de falta de ar					
30	Calafrios ou afrontamentos					
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32	Sensação de vazio na cabeça					
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36	Ter dificuldades em se concentrar					
37	Falta de forças em partes do corpo					
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45	Ter ataques de terror ou pânico					
46	Entrar facilmente em discussão					
47	Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48	Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50	Sentir que não tem valor					
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52	Ter sentimentos de culpa					
53	Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça					

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO B

RELAÇÃO DO AMBIENTE LABORAL PERCEPCIONADO PELOS CUIDADORES FORMAIS COM A REGULAÇÃO EMOCIONAL E COM OS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: ESTUDO EXPLORATÓRIO NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Vera Priegue¹

Maria Manuela da Silva Leite²

Maria dos Prazeres da Silva Gonçalves³

Vera Margarida Seabra de Almeida⁴

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

¹ Aluna do Mestrado em Psicogerontologia do Departamento de Psicologia do ISCS-N.

² Coordenadora do Mestrado de Psicogerontologia do ISCS-N e Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia do ISCS-N.

³ Professora Auxiliar do Departamento de Ciências do ISCS-N.

⁴ Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia do ISCS-N.

RESUMO

O conceito de clima organizacional tem sido alvo de grandes investigações em saúde, devido à influência da satisfação laboral na saúde e bem-estar do proletariado, podendo conduzir à somatização de conflitos laborais, dependendo da forma como se posiciona face às relações com os colegas de trabalho e com os supervisores. Conscientes da importância do ambiente laboral, e na ausência de estudos deste cariz no âmbito das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, o presente estudo, teve como objectivo principal avaliar a percepção dos Cuidadores Formais sobre o ambiente laboral, correlacionando-a com a regulação emocional essencial à gestão de emoções resultantes do confronto diário com a condição de fragilidade e vulnerabilidade dos doentes, que se aliam por vezes a sentimentos de impotência, podendo conduzir ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

A nossa amostra é constituída por 41 Cuidadores Formais das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende, aos quais foram administrados um *Questionário Sócio-Demográfico e Profissional* e três instrumentos de avaliação: *Escala de Ambiente Laboral* (Louro, 1995); *Questionário de Regulação Emocional* (Machado Vaz & Martins, 2008); e *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (Canavarro, 1999). Os resultados obtidos revelam-nos que globalmente, os Cuidadores apresentam percepções bastantes positivas acerca do ambiente laboral, evidenciando correlações estatisticamente significativas com algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais. Foi também possível verificar que, estes Cuidadores utilizam preferencialmente a *reavaliação cognitiva*, como estratégia de regulação emocional, em detrimento da *supressão emocional* e que, apesar de existirem correlações estatisticamente significativas entre a percepção do ambiente laboral e a presença de sintomas psicopatológicos, os Cuidadores não manifestam sintomatologia psicopatológica com significado clínico.

Concluimos assim que, existe uma relação entre a percepção do ambiente laboral, a regulação emocional e a saúde mental dos Cuidadores Formais, justificando a pertinência das investigações e intervenções neste domínio, no sentido da sua promoção.

Palavras-Chave: Cuidadores Formais; Ambiente Laboral; Regulação Emocional; Sintomatologia Psicopatológica.

ABSTRACT

The concept of the organizational climate has been the target of many investigations in health, due to the influence of work satisfaction in the health and welfare of the proletariat. This factor, may or may not influence the health and well-being of the Formal Caregiver, or even lead to an act or instance of being somatic, this also depends on how he/she relates to his/her colleagues and supervisors at work. On this above basis, this research, has as it's main aim to evaluate the Caregivers perception on his work environment, correlating with ones emotions regulation, of such feelings that may be of impotence during his daily tasks as well as the existence of possible psychopathological symptoms.

The participants of our research are made up of 41 Formal Caregivers from the “*Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende*”, each one of them were asked to answer these questionnaires: “*Questionário Sócio-Demográfico e Profissional*”, “*Escala de Ambiente Laboral*” (Louro, 1995), “*Questionário de Regulação Emocional*” (Machado Vaz & Martins, 2008) e “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*” (Canavarro, 1999). The global results obtained present positive perceptions about their working environment, demonstrating statistically significant correlation with some of the socio-demographic and professional variables. It was also possible to verify that this Formal Caregivers used mainly reappraisal as strategy to emotional regulation instead of suppression. Even though, there are statistically significant correlations between the perception of the work environment and the presence of psychopathological symptoms, the Formal Caregivers do not manifest psychopathological that are considered to be clinical.

We conclude that there is a relationship between the perception of wok environment, emotional regulation and mental health of Formal Caregivers, justifying the appropriateness of investigations and interventions in this field in order to promote them.

Keywords: Formal Caregivers; Work Environment; Emotional Regulation; Psychopathological Symptoms.

INTRODUÇÃO

Tamayo (2004), defende que o clima organizacional se refere à maneira como os empregados percebem e interpretam o seu ambiente de trabalho nas suas várias dimensões (eg. estrutura, liderança, comunicação, apoio/controlo da organização), dando assim a conhecer que não se trata apenas de uma percepção individual, mas sim de um conjunto de percepções referentes a todos os colaboradores de determinada organização. Assim, estudar o conceito de clima organizacional revela-se um acto complexo, por este se considerar uma variável que está comumente presente na percepção dos próprios membros da organização e nas características organizacionais da mesma (Schneider, Bowen, Ehrhart & Holcombe, 2000). Revela-se então necessário que esse ambiente laboral seja acolhedor e promotor de bem-estar, permitindo a realização de actividades em condições físicas e emocionais adequadas. Todavia, em muitos locais de trabalho acontece o contrário, dando-se maior ênfase aos níveis de produtividade da instituição, do que às necessidades dos seus trabalhadores (Sales, Lemos, Aguiar & Caldas, 2010). Assim, a prática da actividade profissional, por ser considerada uma actividade própria do indivíduo e uma acção indispensável para o seu desenvolvimento pessoal e colectivo, pode tornar-se não só uma fonte de bem-estar, mas também em muitos dos casos, promotora de mal-estar para o mesmo (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

É por este motivo que, actualmente se observa uma maior preocupação relativamente ao bem-estar dos prestadores de cuidados em instituições de saúde, pois devido à competitividade na definição e realização de objectivos entre os membros de uma mesma equipa e à flexibilidade decorrente da insegurança profissional e da avaliação da mesma, o profissional pode estar vulnerável e assim, colocar em risco a sua integridade física, mental e emocional. Outros aspectos como, aprender a lidar com situações diversas de instabilidade emocional, alterações constantes no contexto laboral, a sobrecarga de trabalho imposta por algumas instituições para atingir metas propostas pelas mesmas, os conflitos que inevitavelmente surgem entre os colegas de trabalho, assim como, as próprias regras institucionais, contribuem para uma avaliação da percepção que cada trabalhador possui do seu ambiente laboral (Ferreira, Gonçalves & Coimbra, 2008).

Em algumas instituições de saúde, os prestadores de cuidados são portadores de elevada autonomia para realizarem a sua prática profissional, tendo uma relação directa de prestação de cuidados com o utente e agindo independentemente dos seus colegas de trabalho. No entanto, este facto implica que os profissionais utilizem métodos complexos de prática profissional em contextos laborais exigentes, uma vez que, são responsáveis em grande medida pelo cuidado prestado ao utente e conseqüentemente, pela sua recuperação (Mintzberg, 2004). Assim, a percepção que os Cuidadores Formais têm do seu ambiente laboral depende do apoio que este sente no seu contexto de trabalho, quer por parte dos colegas de serviço, quer pelo apoio

manifestado por parte dos supervisores relativamente ao exercício das suas funções (Paulin, Ferguson & Bergeron, 2006). Os autores consideram assim que, as características de trabalho dos profissionais, o suporte do supervisor e o apoio dos colegas se constituem elementos imprescindíveis na avaliação da percepção que os Cuidadores têm sobre o seu ambiente laboral.

A prestação de cuidados envolve, na maioria dos casos, um compromisso a longo prazo, o qual desgasta os recursos físicos e emocionais do prestador de cuidados. Por este motivo, é dada alguma relevância às emoções vivenciadas pelos Cuidadores Formais, visando compreender se estas influenciam a percepção que os mesmos têm do seu ambiente laboral e, conseqüentemente no seu bem-estar. A percepção positiva ou negativa do Cuidador Formal acerca do seu ambiente laboral está intimamente relacionada com a avaliação e a atribuição de um significado dado aos agentes organizacionais, dando-se desta forma uma activação emocional, à qual o trabalhador atribui um significado, define quais as estratégias e comportamentos a adoptar, objectivando uma regulação emocional eficaz (Barrett, 2006).

A saúde psíquica no trabalhador está relacionada com os níveis de conflito que ocorrem devido às representações, conscientes ou inconscientes, que o Cuidador faz das relações que estabelece com os seus colegas de trabalho e com a própria instituição (Wisner, 1994 *cit in* Lima, 2008). Segundo Lima (2008), a saúde mental dos profissionais de saúde, constitui-se uma temática de crescente interesse científico. O autor, considera que é fundamental investigar, sinalizar e solucionar o sofrimento psíquico, e as psicopatologias que podem advir do contexto de trabalho, devido ao dano nas relações entre os colegas, na relação de desconfiança, criando comportamentos paranóides que aumentam o distanciamento nas relações e, conseqüentemente a competitividade, devido à necessidade constante por parte de alguns Cuidadores de serem reconhecidos profissionalmente.

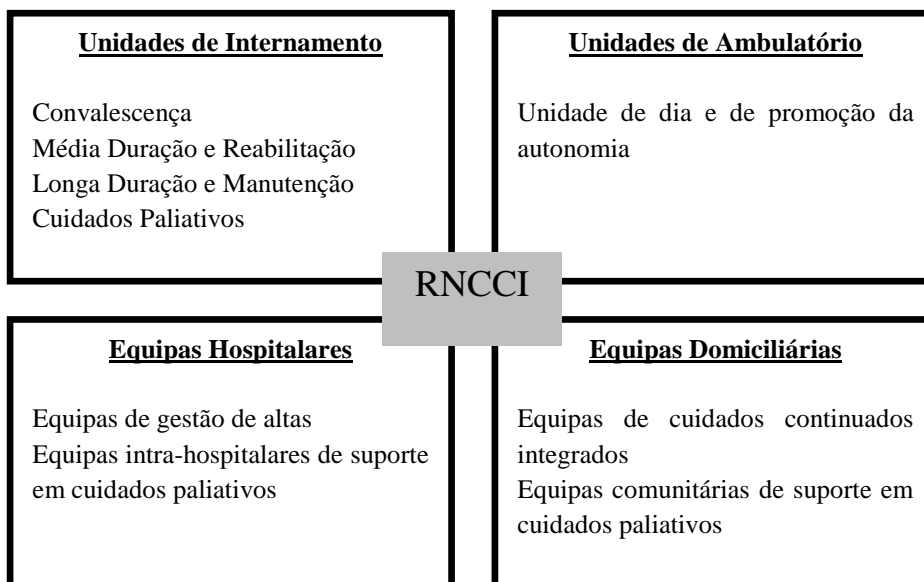
No decorrer da pesquisa sobre o ambiente laboral em saúde, constatamos que as investigações realizadas se centram no funcionamento hospitalar, dos centros de saúde e dos serviços de urgência, por estes se caracterizarem pelos elevados níveis de cansaço, carga horária, responsabilidades e rapidez na tomada de decisões, devido ao confronto diário da vida com a morte. Todavia, a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] em Portugal, parece-nos, no nosso entender merecedora de uma avaliação do seu contexto laboral, percebida por aqueles que dão a cara por esta nova resposta da saúde, ou seja, os Prestadores de Cuidados Formais. No entanto, necessitamos aprofundar o nosso conhecimento no funcionamento desta nova forma de prestar cuidados.

A RNCCI foi implementada em Portugal pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, e define Cuidados Continuados Integrados [CCI] como o «conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia

melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Artigo 3.º, alínea a), p. 3857). A RNCCI prevê assim, dispor de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, preventivo, recuperador e paliativo, envolvendo a participação de vários parceiros sociais, situando-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, preenchendo a lacuna existente entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar (UMCCI, 2007).

O objectivo geral da RNCCI visa a prestação de CCI a pessoas que independentemente da idade se encontram em situação de dependência. Esta prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta, Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (Figura 1). No presente estudo, apenas as Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados [UICCI] estão a ser estudadas.

Figura 1. Tipologia da RNCCI (UMCCI, 2009)



Nos termos do n.º 3 do Artigo 40.º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, «*a prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade (...)»*. Assim, é perceptível que a prestação de cuidados da RNCCI visa fornecer ao indivíduo e/ou à família/cuidador com determinada necessidade, os melhores cuidados possíveis num contexto específico, associados à perícia profissional de cada elemento integrante da equipa. Constatamos assim que, a Rede investiu numa estruturação de novas formas de trabalho, organizando os serviços e os profissionais que prestam cuidados de saúde, permitindo um funcionamento coordenado e exímio. Os cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares da Rede são pluridimensionais, ou seja, são orientados para a promoção da qualidade de vida e da autonomia

do utente, assim como para a participação dos utentes e da sua família no seu processo de reabilitação. Daí a importância dada ao papel dos Cuidadores Formais e das entidades prestadoras, trabalhando em equipa, com o intuito de obter mais e melhores resultados no que diz respeito às necessidades dos utentes e à satisfação dos prestadores de cuidados, assegurando assim a articulação e a continuidade dos cuidados continuados (Esteves, 2008).

Ser prestador de cuidados é uma tarefa que implica equilíbrio entre fusão, proximidade e distanciamento, tarefa esta que, o indivíduo vai assimilando ao longo do tempo com a experiência pessoal e profissional. Ser Cuidador Formal exige ser testemunha de várias perdas no utente que se encontra em situação de dependência, facto este que promove níveis de ansiedade mais elevados, pois são confrontados diariamente com situações que mais ninguém quer ver (Sebag-Lanoë, 1992 *cit in* Lemaire, 2006). Os Cuidadores Formais que trabalham com o utente devem assumir a responsabilidade de proporcionar às pessoas em situação de fragilidade física, emocional e social, bem como às suas famílias, as capacidades e as competências necessárias para lidarem com as novas situações de vida, desenvolvendo aspectos como maturidade, capacidade de controlo mental e emocional, competências para enfrentar e gerir factores *stressantes*, tentando equilibrar sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos que vão surgindo ao longo da sua prática profissional (Fretz, 1991 *cit in* Roncon & Menezes, 1993). No entanto, esta tarefa exige que se obedeça a dois princípios.

Assim, a fragilidade e dependência dos utentes das UICCI, aliadas aos objectivos definidos pela RNCCI, implicam que o Cuidador revele maturidade, controlo mental, emocional e habilidade para suportar sentimentos de incapacidade, impotência, fadiga e ansiedade. Importa assim, avaliar a percepção que os Cuidadores têm sobre este contexto de trabalho, nos seus aspectos positivos e negativos, bem como, avaliar se estes profissionais utilizam estratégias de regulação emocional eficazes para se distanciarem destas problemáticas, e assim, preservarem a sua saúde mental.

MÉTODO

Objectivos e Questões de Investigação

Dada a inexistência de estudos em Cuidadores Formais das UICCI, optámos por incidir a nossa investigação na avaliação da percepção dos Cuidadores sobre o ambiente laboral, correlacionando-a com a regulação das emoções que estes podem manifestar diante das situações de impotência laborais, bem como, a existência de possíveis sintomas psicopatológicos. Assim, fundamentando-nos no suporte teórico apresentado na revisão da literatura e, em consonância com os objectivos supracitados, partimos de um conjunto de questões de investigação para as quais tentamos obter resposta com os dados do nosso estudo, que passamos a enunciar.

Questão 1: Será que os Cuidadores Formais percebem o ambiente laboral de modo positivo?

Questão 2: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e as variáveis sócio-demográficas e profissionais?

Questão 3: Será que os Cuidadores Formais utilizam mais a *reavaliação cognitiva* ou a *supressão emocional* como estratégia de regulação emocional?

Questão 4: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e as estratégias de regulação emocional utilizadas?

Questão 5: Será que os Cuidadores Formais apresentam sintomatologia psicopatológica com significado clínico?

Questão 6: Será que existe relação entre a percepção que os Cuidadores Formais têm do ambiente laboral e a sintomatologia psicopatológica dos mesmos?

Participantes

Participaram na investigação 41 Cuidadores Formais da UICCI (UC e UMDR) da SCME, que prestam cuidados continuados e integrados, de saúde/apoio social, a pessoas em situação de dependência e que praticam a sua actividade profissional há pelo menos 1 ano nesta unidade.

A amostra é constituída por 35 Cuidadores do género feminino (85,4%) e 6 do género masculino (14,6%), com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos ($M=35,20$; $DP=11,20$); a maioria são casados (46,3%) ou solteiros (39,0%); grande parte vive com a família (92,7%), enquanto apenas 7,3% vivem sozinhos; os Cuidadores distribuem-se por meios rurais (43,9%) e meios urbanos (56,1%), vivendo maioritariamente entre 0-10Km (75,6%) de distância do local de trabalho e usando, quase todos, o transporte próprio (82,9%) para se deslocarem; quanto à escolaridade, os participantes possuem em média 13,24 anos de formação ($DP=4,35$).

A nível profissional, os 41 participantes pertencem a 10 **categorias profissionais** distintas, havendo maior prevalência de Enfermeiros (36,6%), seguindo-se Auxiliares dos Serviços Gerais (24,4%), Fisioterapeutas (14,6%), Auxiliares de Acção Médica (7,3%), Médicos (4,9%), Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Técnico Alimentar, todos com a mesma representatividade (2,4%). A maior parte deles trabalham por turnos (75,6%). Os Cuidadores consideram que o **aspecto mais gratificante da profissão/emprego** é o «*Auxílio na recuperação e promoção da qualidade de vida do utente*» (29,3%), sendo que o **aspecto mais desgastante** aponta para o «*Desgaste físico, emocional/psicológico e social*» (34,1%). Relativamente aos **anos de serviço na profissão/emprego**, os Cuidadores apresentam um mínimo de 1 ano e um máximo de 39 anos

($M=7,68$; $DP=8,95$), embora **nesta unidade**, trabalhem em média há cerca 2,54 anos ($DP=1,16$), tendo em consideração que a mesma iniciou o seu funcionamento em 2006.

Instrumentos

Questionário Sócio-Demográfico e Profissional

Este questionário foi elaborado por nós, objectivando a recolha de um conjunto de variáveis importantes para o estudo, que não se encontravam contempladas nos outros instrumentos de avaliação, permitindo a recolha de dados sócio-demográficos (eg. género, idade, estado civil, escolaridade, agregado familiar, zona de residência) e profissionais (eg. categoria profissional, tempo de serviço da profissão/emprego e na UICCI referida, trabalho por turnos, aspecto mais gratificante/desgastante da profissão/emprego).

Escala de Ambiente Laboral

Com o objectivo de avaliarmos a percepção dos Cuidadores Formais sobre o ambiente laboral, utilizamos a *Work Environment Scale* [WES] – Forma Real, desenvolvida por Moos e Insel (1974) e adaptada para a população portuguesa por Louro (1995). É uma escala dicotómica, constituída por 90 itens, distribuídos por 10 subescalas (*envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, pressão no trabalho, clareza, controlo, inovação e conforto físico*) com 9 itens cada uma, agrupadas em 3 dimensões (*relacionamento, desenvolvimento pessoal e sistemas de manutenção e mudança*).

No que respeita à cotação da WES, o máximo de pontos que cada indivíduo pode obter em cada subescala é 9 (*verdadeira*) e o mínimo 0 (*falsa*), sendo os 90 itens cotados como 0 (resposta *falsa*) e 1 (resposta *verdadeira*), existindo alguns itens cotados de forma invertida (Louro, 1995).

As características psicométricas da versão portuguesa da WES revelam uma validade satisfatória (correlações item/subescala superiores a 0,20) e um *alpha de Cronbach* (consistência interna) para as 10 subescalas a variar entre 0,54 e 0,74, admitindo a boa fidelidade da escala. (Louro, 1995). Ao calcularmos o *alpha de Cronbach*, na nossa amostra de Cuidadores Formais, para as diferentes subescalas, verificamos que o *alpha* varia entre 0,84 e 0,88. Estes resultados são indicadores de uma boa consistência interna e, por conseguinte, da sua fidelidade, indo de encontro aos resultados de Louro (1995).

Questionário de Regulação Emocional

Para avaliar qual a estratégia que os Cuidadores mais utilizam visando uma adaptação eficaz à situação presente, utilizamos o *Emotion Regulation Questionnaire* [ERQ], elaborado por Gross e John (2003), traduzido e validado para a população portuguesa por Machado Vaz e Martins (2008). Este questionário é avaliado segundo uma escala de *Likert* (de 1 a 7), sendo

constituído por 10 itens distribuídos por 2 dimensões (*reavaliação cognitiva* e *supressão emocional*).

Relativamente à cotação, o resultado de cada uma das dimensões pode variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 35. Segundo Gross e John (2003), valores médios mais elevados numa das dimensões avaliadas pelo ERQ, significam que o indivíduo usa com mais frequência essa mesma estratégia de regulação emocional.

No que concerne aos estudos psicométricos na versão portuguesa do ERQ, foram obtidos valores de *alpha de Cronbach* de 0,76 para a dimensão *reavaliação cognitiva* e 0,65 para a dimensão *supressão emocional*, revelando níveis aceitáveis de homogeneidade (Machado Vaz & Martins, 2008 *cit in* Machado Vaz, 2009). Foi realizada uma análise comparativa entre os itens de cada dimensão, da versão original e da versão portuguesa, onde verificaram que o item 5 «*Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo*», na escala original pertence à dimensão *reavaliação cognitiva*, e na versão portuguesa enquadra-se na dimensão *supressão emocional*. Com o objectivo de avaliar a fidelidade do ERQ na nossa amostra, calculamos o *alpha de Cronbach*, tendo obtido valores de 0,73 para as duas dimensões, atestando a razoável consistência interna instrumento. Calculamos igualmente o *alpha de Cronbach* para as diferentes questões. De uma forma geral, os valores obtidos apresentam-se ligeiramente superiores comparativamente com os da autora.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Com a finalidade de avaliar a presença de sintomas psicopatológicos nos Cuidadores Formais, utilizamos o *Brief Symptom Inventory* [BSI], desenvolvido por Derogatis (1982), e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Este inventário é avaliado segundo uma escala de *Likert* (0 a 4), onde o participante deve responder em que grau é que determinado problema o afectou nos últimos sete dias, constituído por 53 itens distribuídos por 9 dimensões de sintomatologia (*somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo*), e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas, total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos), sendo estes, avaliações sumárias de perturbação emocional. No nosso estudo, optámos unicamente pela utilização do IGS, por este se tratar de um índice sumário que permite avaliar de forma geral os sintomas apresentados pelos indivíduos, constituído pelo conjunto de itens do BSI que apresentam saturações elevadas nas dimensões em avaliação (Canavarro, 2007).

Relativamente à cotação do inventário, para obter pontuações para as 9 dimensões psicopatológicas, basta somar os valores (0-4) obtidos em cada item, referentes a cada dimensão. Esta soma deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à respectiva dimensão. Para calcular o IGS, deverá somar-se as pontuações de todos os itens e posteriormente, dividir-se pelo

número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco). Mediante uma visão clínica, a análise das pontuações obtidas nas 9 dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que pode estar a perturbar o indivíduo, enquanto a leitura dos resultados dos índices globais permite avaliar o nível de sintomas psicopatológicos (Canavarro, 2007).

No que respeita aos dados psicométricos da versão portuguesa do BSI, avaliados num estudo com 404 participantes da população em geral e 147 participantes emocionalmente perturbados, verificaram-se níveis satisfatórios de consistência interna para as 9 dimensões, variando o *alpha de Cronbach* entre 0,72 e 0,80 (à excepção das dimensões *ansiedade fóbica* e *psicoticismo*, que apresentam valores ligeiramente abaixo). No que concerne às correlações obtidas entre cada item e a nota global da dimensão, verificou-se que estas variam entre 0,29 e 0,79, permitindo concluir que este inventário apresenta uma boa homogeneidade dos itens (Canavarro, 2007). Para avaliarmos a consistência interna do BSI na nossa amostra de Cuidadores, calculamos o *alpha de Cronbach*, onde obtemos resultados a variar entre 0,90 e 0,92, indicativos de muito boa consistência interna e, por conseguinte, de uma óptima fidelidade.

Procedimento

Seleção dos Participantes e Recolha de Dados

Inicialmente, foi pedida autorização formal à SCME a qual, depois de analisar os objectivos propostos para esta investigação, bem como, todo o protocolo de avaliação aceitou que fosse efectuada a recolha de dados junto dos Cuidadores Formais. Posteriormente, foi entregue a cada Cuidador o protocolo de avaliação, constituído pelo Consentimento Informado e por todos os instrumentos de avaliação, tendo sido pedido que o entregassem fechado, garantindo a sua confidencialidade e anonimato. Após a recolha de todos os protocolos preenchidos, passamos à análise e tratamento dos dados, com o objectivo de descrever os resultados e formular as conclusões.

Métodos de Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recorreremos ao Software Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS], versão 19.0 do Windows 2007, criando uma base onde foram introduzidos e analisados todos os dados recolhidos. Em primeiro lugar, efectuamos uma análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) para caracterizarmos a nossa amostra e, posteriormente para descrever a percepção do ambiente laboral, as estratégias de regulação emocional e a sintomatologia psicopatológica dos Cuidadores Formais. Com o objectivo de estabelecer uma análise correlacional entre a percepção do ambiente laboral e as diferentes variáveis, recorreremos ao coeficiente da correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

Através da análise da Tabela 1 e, com base no ponto médio da WES para as diferentes subescalas (igual a 4,5), verificamos que todas elas apresentam valores médios elevados, à exceção da subescala *pressão no trabalho* ($M=4,05$; $DP=2,52$), que apresenta um valor médio ligeiramente abaixo. Estes valores revelam que os Cuidadores Formais percebem o seu ambiente laboral de modo bastante positivo. Contudo, os valores médios na subescala *controlo* ($M=6,10$; $DP=1,136$), apresentam-se ligeiramente acima do ponto médio da subescala, o que traduz percepções menos positivas para com a instituição.

Tabela 1. Medidas descritivas relativas aos resultados obtidos na WES

	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Envolvimento	41	2	9	7,20	1,79
Coesão entre Colegas	41	1	9	5,83	2,48
Apoio do Supervisor	41	1	8	5,05	1,95
Autonomia	41	2	9	5,95	1,56
Orientação para a Tarefa	41	3	9	6,68	1,74
Pressão no Trabalho	41	0	9	4,05	2,52
Clareza	41	2	9	6,54	2,05
Controlo	41	3	9	6,10	1,48
Inovação	41	1	9	5,66	2,39
Conforto Físico	41	2	9	6,68	1,94

Ao analisarmos a Tabela 2, verificamos que em termos médios a dimensão *reavaliação cognitiva* apresenta valores mais elevados do que a dimensão *supressão emocional*. Neste sentido, podemos considerar que os nossos Cuidadores Formais experimentam e expressam mais emoções positivas e menos emoções negativas. Quanto à dimensão *supressão emocional*, realça-se o facto da questão 4. («Quando estou a sentir emoções positivas, tenho o cuidado para não as expressar») revelar um valor médio nitidamente inferior ($M=2,56$; $DP=1,82$), comparativamente aos restantes itens desta dimensão.

Tabela 2. Medidas descritivas relativas aos resultados obtidos no ERQ

	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
ERQ. 1	41	1	7	4,63	1,76
ERQ. 3	41	1	7	4,90	1,58
ERQ. 7	41	1	7	5,05	1,45
ERQ. 8	41	1	7	4,66	1,67
ERQ. 10	41	2	7	4,93	1,40
Reavaliação Cognitiva	41	15	35	24,17	4,70
ERQ. 2	41	1	7	4,00	1,86
ERQ. 4	41	1	7	2,56	1,82
ERQ. 5	41	1	7	5,39	1,48
ERQ. 6	41	1	7	3,93	1,66
ERQ. 9	41	1	7	4,73	1,92
Supressão Emocional	41	9	35	20,61	4,97

Quando analisamos o tipo de psicopatologia que mais perturba os Cuidadores Formais e, tendo em consideração as pontuações médias obtidas por Canavarro (1999 *cit in* Canavarro, 2007) (Tabela 3), verificamos que nenhuma das dimensões do BSI apresenta valores clínicos significativos, visto que as pontuações médias obtidas em todos os sintomas se encontram abaixo do limiar a partir do qual se passa a considerar como perturbação emocional. No que diz respeito ao IGS, os resultados revelam um valor médio de 0,49, ($DP=0,30$) indicativo de um óptimo bem-estar psicológico por parte dos Cuidadores.

Tabela 3. Medidas descritivas relativas aos resultados obtidos no BSI, comparativamente com os valores da versão de Canavarro (1999)

	Valores obtidos na nossa amostra					Valores obtidos por Canavarro (1999)	
	N	Mín	Máx	M	DP	M	DP
Somatização	41	0	1,29	0,37	0,36	0,57	0,92
Obsessões-Compulsões	41	0	2,17	0,70	0,51	1,29	0,88
Sensibilidade Interpessoal	41	0	2,25	0,59	0,51	0,96	0,73
Depressão	41	0	1,83	0,52	0,51	0,89	0,72
Ansiedade	41	0	1,00	0,44	0,28	0,94	0,77
Hostilidade	41	0	2,20	0,49	0,43	0,89	0,78
Ansiedade Fóbica	41	0	0,60	0,17	0,20	0,42	0,66
Ideação Paranóide	41	0	2,40	0,83	0,56	1,06	0,79
Psicoticismo	41	0	1,20	0,31	0,33	0,67	0,61
IGS	41	0	1,25	0,49	0,30	0,84	0,48

Através da análise da Tabela 4, constata-se que algumas subescalas da WES se correlacionam significativamente com a **idade** nas subescalas: *apoio do supervisor* ($r= -0,357$, $p<0,05$); *autonomia* ($r= -0,546$, $p<0,01$); *orientação para a tarefa* ($r= -0,369$, $p<0,05$); *controlo* ($r= -0,324$, $p<0,05$) e *inovação* ($r= -0,3330$, $p<0,05$); com os **anos de escolaridade** nas subescalas: *envolvimento* ($r= 0,552$, $p<0,01$); *coesão entre colegas* ($r= 0,549$, $p<0,01$); *autonomia* ($r= 0,343$, $p<0,05$); *orientação para a tarefa* ($r= 0,450$, $p<0,01$) e *inovação* ($r= 0,440$, $p<0,05$); com a **distância de casa ao local de trabalho** na subescala *controlo* ($r= 0,335$, $p<0,05$); com os **anos de serviço nesta actividade profissional** na subescala *autonomia* ($r= -0,337$, $p<0,05$); e com os **anos de serviço nesta UICCI** também na subescala *autonomia* ($r= -0,446$, $p<0,01$).

Tabela 4. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre a WES e as variáveis sócio-demográficas e profissionais

WES \ VSDP	Idade	A Escol.	Dist. C-T	A Act.P	A UICCI
E	-0,232	0,552 **	0,163	0,096	-0,039
CC	-0,149	0,549 **	0,018	0,197	0,067
AS	-0,357*	0,255	-0,142	-0,193	-0,254
At	-0,546 **	0,343 *	0,081	-0,337 *	-0,466 **
OT	-0,369 *	0,450 **	0,043	0,017	0,012
PT	-0,211	0,165	0,306	-0,264	0,178
Cl	-0,236	0,223	-0,071	-0,055	-0,113
C	-0,324 *	0,291	0,335 *	-0,201	-0,002
I	-0,330 *	0,440 **	0,162	-0,026	-0,040
CF	-0,153	0,172	-0,090	-0,095	-0,233

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Subescalas da WES: E – envolvimento; CC – coesão entre colegas; AS – apoio do supervisor; At – autonomia; OT – orientação para a tarefa; PT – pressão no trabalho; Cl – clareza; C – controlo; I – Inovação; CF – conforto físico. VSDP – variáveis sócio-demográficas e profissionais: A Escol. – anos de escolaridade; Dist. C-T – distância de casa ao local de trabalho; A Act.P – anos de serviço nesta actividade profissional; A UICCI – anos de serviço nesta UICCI.

Ao observarmos a Tabela 5, verificamos que, no que diz respeito à dimensão *reavaliação cognitiva*, esta não se associa de modo estatisticamente significativo com nenhuma das subescalas da WES. Contudo, associa-se de modo positivo fraco e muito fraco com as subescalas *apoio do supervisor* e *inovação* e de modo negativo muito fraco a fraco com as restantes subescalas. A dimensão *supressão emocional*, também não se correlaciona significativamente com nenhuma das subescalas do ambiente laboral, associando de modo negativo muito fraco com todas as subescalas, excepto com o *apoio do supervisor*, *inovação* e *conforto físico* com as quais se associa de modo positivo muito fraco.

Tabela 5. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre a WES e o ERQ

WES	ERQ	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
Envolvimento		-0,218	-0,123
Coesão entre Colegas		-0,068	-0,087
Apoio do Supervisor		0,245	0,028
Autonomia		-0,135	-0,298
Orientação para tarefa		-0,134	-0,223
Pressão no Trabalho		-0,070	-0,238
Clareza		-0,153	-0,114
Controlo		-0,110	-0,086
Inovação		0,197	0,056
Conforto Físico		-0,010	0,075

De acordo com a Tabela 6, verificamos que a WES apenas se correlaciona com o *IGS* de forma moderada, negativa e significativa na subescala *controlo* ($r = -0,310$; $p < 0,05$). A dimensão *somatização* do BSI apresenta uma associação negativa, fraca e significativa com a subescala *controlo* ($r = -0,320$; $p < 0,05$) e moderada com a subescala *inovação* ($r = -0,444$; $p < 0,01$). A dimensão *obsessões-compulsões* apenas se correlaciona de modo positivo, fraco e significativo com a subescala *apoio do supervisor* ($r = -0,327$; $p < 0,05$). A dimensão *hostilidade* apresenta níveis de associação positivos, baixos e significativos com as subescalas *apoio do supervisor* ($r = 0,337$; $p < 0,05$) e *inovação* ($r = 0,380$; $p < 0,05$). A dimensão *ansiedade fóbica* associa-se de modo negativo, baixo e significativo com a subescala *inovação* ($r = -0,399$; $p < 0,05$). A dimensão *ideação paranóide* apresenta uma correlação negativa, fraca e significativa apenas com a subescala *pressão no trabalho* ($r = -0,329$; $p < 0,05$). Por último, as dimensões *ansiedade*, *psicoticismo*, *depressão* e *sensibilidade interpessoal* não se correlacionam de modo significativo com nenhuma das subescalas da WES.

Tabela 6. Estudo correlacional (do tipo *Pearson*) entre a WES e o BSI

BSI WES	IGS	S	A	P	OC	H	AF	D	IP	SI
E	-0,146	-0,277	-0,241	-0,034	0,100	0,254	-0,097	0,235	-0,055	0,120
CC	0,084	-0,079	-0,073	0,186	0,286	0,153	0,163	0,246	0,231	0,179
AS	0,121	-0,097	-0,229	0,172	0,327 *	0,337 *	-0,025	0,123	0,026	0,110
At	-0,130	-0,183	-0,132	-0,153	-0,023	0,071	-0,142	0,252	0,056	0,150
OT	0,011	-0,072	-0,124	0,039	0,211	0,165	0,043	0,213	0,099	0,291
PT	-0,219	-0,276	-0,119	0,104	-0,074	0,167	-0,024	0,080	-0,329*	0,114
CI	-0,080	-0,110	-0,262	-0,162	0,001	-0,056	-0,130	0,043	0,010	-0,151
C	-,310 *	-0,320 *	-0,190	-0,129	0,045	0,142	-0,114	0,229	-0,182	0,066
I	-0,273	-0,444 **	-0,279	-0,146	-0,144	0,380 *	-0,399 **	0,056	-0,152	-0,060
CF	-0,164	-0,280	-0,269	-0,065	0,083	0,211	-0,186	0,279	-0,097	-0,090

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Subescalas da WES: E – envolvimento; CC – coesão entre colegas; AS – apoio do supervisor; At – autonomia; OT – orientação para a tarefa; PT – pressão no trabalho; CI – clareza; C – controle; I – Inovação; CF – conforto físico.

Índice do BSI: IGS – índice geral de sintomas

Dimensões do BSI: S – somatização; A – ansiedade; P – psicoticismo; OC – obsessões-compulsões; H – hostilidade; AF – ansiedade fóbica; D – depressão; IP – ideação paranóide; SI – sensibilidade interpessoal.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando nos debruçamos na avaliação do ambiente laboral por parte dos Cuidadores Formais da UICCI, verificamos que, de um modo geral, os Cuidadores manifestam uma percepção positiva e satisfatória acerca do seu local de trabalho, pois apresentam em média, pontuações elevadas ao nível das subescalas que se relacionam com percepções positivas do ambiente laboral, especificamente: *envolvimento*; *coesão entre colegas*; *apoio do supervisor*; *autonomia*; *orientação para a tarefa*; *clareza*; *inovação* e *conforto físico*. No que diz respeito à subescala *pressão no trabalho*, os resultados por nós obtidos (valores médios baixos), corroboram esta percepção, pois o grau em que a pressão do trabalho e a urgência no tempo dominam o meio social onde trabalham é percebido como baixo. A subescala *controle*, apresenta valores ligeiramente mais elevados, o que traduz que os Cuidadores consideram que a UICCI utiliza regras e pressões de modo a controlar os seus trabalhadores, podendo conduzir a percepções menos positivas do ambiente de trabalho; contudo, estes resultados isoladamente, não contribuem para uma percepção global negativa do meio laboral. Em síntese, esta avaliação positiva do ambiente laboral evidenciada pela nossa amostra, poderá advir das novas políticas de saúde implementadas pela RNCCI e/ou pelo facto da unidade onde se recolheu a amostra ser bastante recente, contribuindo eventualmente para o desenvolvimento de elevadas expectativas por parte dos profissionais de saúde.

Relativamente à regulação emocional, verificamos que os Cuidadores Formais apresentam valores médios elevados na dimensão *reavaliação cognitiva*, o que denota que esta estratégia é frequentemente utilizada pelos Cuidadores, conduzindo a uma diminuição da experiência e expressão emocional negativa (Gross, 1998). No nosso entender, estes resultados poderão representar uma resposta adaptativa às situações stressantes com as quais se deparam no seu dia-a-

dia, tendo em consideração que a UICCI, constitui-se como uma fonte geradora de stress e ansiedade e, a não utilização de estratégias que permitam ao Cuidador contornar/adaptar-se às adversidades, poderá colocar em risco não só o seu desempenho profissional, mas também, o seu processo de regulação emocional.

No que se refere à possível presença de sintomatologia psicopatológica nos Cuidadores e, de acordo com os resultados do BSI, verificamos que as pontuações obtidas em todas as dimensões se encontram abaixo do limiar a partir do qual é considerado como tendo significado clínico, o que nos indica que a nossa amostra, de uma forma geral, apresenta um índice de bem-estar psicológico satisfatório.

O estudo correlacional entre a WES e as variáveis sócio-demográficas revelam-nos que os Cuidadores mais jovens percebem um ambiente laboral mais satisfatório do que os mais velhos, na medida em que sentem mais apoiados por parte da administração e mais incentivados a serem auto-suficientes, podendo este facto relacionar-se com as elevadas expectativas profissionais e a precariedade laboral, que caracterizam o início de uma carreira profissional. Verificamos que maiores níveis de escolaridade associam-se a percepções mais positivas do ambiente laboral. Curiosamente, os nossos resultados não corroboram os resultados obtidos por Sessa, Kioroglo, Varallo e Bruscatto (2008), que constataram que quanto maior a escolaridade maiores as expectativas profissionais, o que conseqüentemente leva a percepções menos positivas do ambiente laboral. A distância de casa ao local de trabalho, correlaciona-se de forma proporcional com a utilização de regras e pressões, por parte da administração, para manter os Cuidadores sob *controlo*, resultado este que poderá ser explicado pelo facto de que, quanto mais longe vive um Cuidador maior a probabilidade de se atrasar e daí perceber que a administração impõe regras e exerce mais pressão. Verificamos também que quanto mais anos de prática profissional menos encorajados são os Cuidadores a serem auto-suficientes e a tomarem as suas próprias decisões. Na nossa perspectiva, estes resultados poderão dever-se ao facto da administração considerar que a experiência profissional deverá ser promotora de auto-suficiência e capacidade de tomada de decisão. Desta forma, a experiência profissional e o profissionalismo adquirido ao longo dos anos de trabalho, reduzem a necessidade de encorajamento por parte dos superiores. Por sua vez, o facto dos Cuidadores trabalharem há mais anos na unidade implica menos encorajamento para os próprios serem auto-suficientes e tomarem as suas próprias decisões. Estes resultados corroboram os anteriores, demonstrando que a familiaridade com um serviço reduz a necessidade de esforço dos comportamentos dos Cuidadores, por parte dos superiores.

Apesar de não termos obtido correlações estatisticamente significativas entre a percepção do ambiente laboral e a *reavaliação cognitiva* nos Cuidadores, podemos verificar que quanto mais os Cuidadores sentirem que são apoiados pelo seu supervisor e incentivados à variedade e mudança, mais expressam emoções positivas, facilitando a sua adaptação ao contexto laboral. Por outro lado, quanto mais regras e pressões utilizar a administração e mais urgência impuser na

realização das tarefas, menor é a capacidade evidenciada pelos Cuidadores, para a reavaliação da situação. No que diz respeito à *supressão emocional*, verificamos que quanto mais os Cuidadores sentirem o ambiente laboral como agradável, maior a *supressão emocional*. Resta salientar que, se por um lado, a utilização da *supressão emocional* diminui a expressão de emoções desadaptativas, por outro lado, impede o indivíduo de partilhar as suas emoções, o que conseqüentemente se reflecte numa menor integração no grupo de pares (Richards & Gross, 2002).

Ao efectuarmos a correlação entre a percepção do ambiente laboral e a presença de sintomas psicopatológicos verificamos que, quanto menos regras e pressão utilizar a administração, maior a intensidade do mal-estar experienciado pelos Cuidadores. Apesar de numa primeira análise, estes resultados poderem parecer contraditórios, podem em nossa opinião, ser interpretados no sentido de que, os Cuidadores podem associar a menor pressão, menos regras e menos incentivo por parte da administração, como uma falta de interesse no seu empenho e dedicação, o que conseqüentemente se poderá reflectir em quadros psicossomáticos. Esta constatação é sustentada pelo estudo realizado por Dejours e Abdouchely (1994), segundo os quais uma mesma situação pode ser percebida de modo completamente diferente por dois Cuidadores, podendo ser geradora de stress para um e de bem-estar para outro. Este stress pode ter como consequência a manifestação de um quadro psicossomático. Por outro lado, um maior apoio e encorajamento por parte da administração poderá aumentar no Cuidador sentimentos e impulsos obsessivos e incontroláveis, bem como, comportamentos de cariz afectivo negativo. O Cuidador poderá eventualmente perceber o apoio e encorajamento por parte da administração como um acto de “perseguição” ao seu desempenho na actividade profissional, reagindo deste modo de forma mais hostil e agressiva.

CONCLUSÃO

As Organizações de Saúde e, mais recentemente as UICCI existem para servir os doentes, isto é, para compreender e satisfazer as necessidades de uma população dependente, prestando-lhes os cuidados necessários nas mais vastas áreas e fornecendo um serviço de qualidade. Para que isso seja possível, exige-se um elevado desempenho profissional. Deste modo, se os Cuidadores Formais desempenharem as suas funções num ambiente laboral favorável à sua prática, seguramente irão desenvolver um efeito benéfico não só sobre o paciente, conduzindo a comportamentos de ligação que inevitavelmente poderão evitar futuras complicações e minimizar gastos em saúde, mas também, eles próprios irão evidenciar melhores níveis de bem-estar em termos psicológicos e, conseqüentemente expressarão e vivenciarão mais emoções positivas.

Cientes de que os Cuidadores Formais das UICCI se constituem como pilares determinantes para a eficácia organizacional, podendo ter um efeito muito significativo no

sucesso da própria UICCI, tornou-se premente analisar o que está na base de um bom ambiente laboral. A este propósito, Paulin, Ferguson e Bergeron (2006), dão ênfase à importância da criação de condições de trabalho que permitam aos Cuidadores Formais desempenhar as suas funções num ambiente laboral agradável, que lhes propicie boas condições físicas e humanas.

Os resultados do nosso estudo mostram que, de um modo geral, os Cuidadores Formais revelam percepções bastante positivas acerca do ambiente laboral nas UICCI da SCME. Verificamos igualmente, que a *reavaliação cognitiva* se constitui como a principal estratégia de regulação emocional utilizada pelos Cuidadores, levando à expressão e experienciação de mais emoções positivas em detrimento das emoções negativas. Isto significa que, estes Cuidadores se esforçam emocionalmente para lidarem com as situações de impotência pelas quais tantas vezes passam no decorrer da sua actividade profissional nestas UICCI, visando uma adaptação eficaz ao contexto laboral. Por outro lado, o facto dos Cuidadores Formais percepcionarem o ambiente laboral como bastante positivo parece assumir-se como tendo um papel protector na sintomatologia psicopatológica evidenciada pelos mesmos, uma vez que, esta não assume significado clínico em nenhuma das dimensões.

Resta-nos finalizar, enfatizando que todo este processo de pesquisa, análise e discussão se tornou edificante e educativo, na medida em que nos permitiu obter um conhecimento aprofundado nesta temática. A recompensa mais marcante foi perceber que a nossa sociedade dispõe de um serviço de saúde que está continuamente em formação, não só em função do bem-estar dos utentes, mas principalmente pela importância que é dada a quem presta cuidados, permitindo a RNCCI a possibilidade de uma prestação mais humanizada e eficaz. No entanto, não podemos negligenciar outros serviços de saúde, onde os profissionais se mostram verdadeiramente desmotivados e cansados física e emocionalmente.

BIBLIOGRAFIA

- Barrett, L. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em, M. H. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.). *Avaliação Psicológico – Instrumentos validados para a população portuguesa*, (vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, publicado em *Diário da República, I Série-A, n.º 109*. (2006). Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

- Dejours, C. & Abdouchely, E. (1994). Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. Em, C. C. Dejours, E. Abdoucheli e C. Jayet. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Esteves, P. (2008). RNCCI – Nova resposta no sistema de saúde. [on-line] [Consult. 22-09-2010]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.
- Ferreira, H. M. M. G., Gonçalves, C. M. & Coimbra, J. L. (2008). O impacto do contexto de trabalho na auto-eficácia profissional. [on-line]. [Consult. 2010-03-16]. Disponível em, <http://www.psicologia.com.pt>.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and Response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 224-237.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Lemaire, G. (2006). A exaustão dos enfermeiros ao domicílio assalariado. Em, M. Delbrouck, *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. (1ª ed., pp. 177-186). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, L. M. A. C. (2008). O Sofrimento Psíquico e as Psicopatologias Laborais em Face das Novas Relações de Trabalho – Uma abordagem introdutória. *Reuna – Belo Horizonte*, (vol. 13, nº 1, pp. 11-18).
- Louro, C. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale à população portuguesa*. Monografia não publicada. Lisboa: ISPA.
- Machado Vaz, F. J. S. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Tese de Mestrado – Área de Conhecimento em Psicologia Clínica, Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga.
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Murcho, N., Jesus, S. N. & Pacheco, E. (2008). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: Um estudo empírico. Em, S. N. Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, (pp. 656-672). Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.

- Paulin, M., Ferguson, R. J. & Bergeron, J. (2006). Service climate and organizational commitment: the importance of customer linkages. *Journal of Business Research*, 59, 906-915.
- Richards, J. M. & Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (3), 410-424.
- Roncon, J. & Menezes, I. (1993). Consulta Psicológica Comunitária e Terceira Idade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9: 29-36.
- Sales, A. M., Lemos, I. L. Aguiar, A. P. & Caldas, M. T. (2010). O Cuidador Cuidado: A Experiência de Cuidar de quem Cuida. *Neurobiologia*, 73 (1).
- Schneider, B., Bowen, D. E., Ehrhart, M. G. & Holcombe, K. M. (2000). The climate for service. Em, N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderon e M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate*, Califórnia: Sage Publications, Thousand Oaks, (pp.21-36).
- Sessa, R. M., Kioroglo, P. S., Varallo, S. M. & Bruscatto, W. L. (2008). Influência da ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. *RAS*. (vol. 10, nº 39, pp. 51-60).
- Tamayo, A. (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-09-22]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [on-line]. Lisboa: UMCCI. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em, <http://www.umcci.min-saude.pt>.

