

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte



Liliana Cristina Alves Guimarães

Qualidade de vida dos Prestadores de Cuidados de idosos em Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário: Influências das Emoções e do Ambiente Laboral

Maio, 2011



Liliana Cristina Alves Guimarães

**Qualidade de Vida dos Prestadores de Cuidados de idosos em
Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário: Influências
das Emoções e do Ambiente Laboral**

Tese de Mestrado em Psicogerontologia

**Trabalho efectuado sob orientação da
Professora Dra. Manuela Leite**

Índice

Introdução	5
Capítulo 1 - Centro de Dia e Apoio Domiciliário: Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade	8
1.1.– Envelhecimento e necessidades de apoio	8
1.2. Centro de dia	9
1.2.1. Objectivos	9
1.2.2. Destinatários	10
1.2.3. Funcionamento	10
1.3. Serviço de Apoio Domiciliário	11
1.3.1 Objectivos	11
1.3.2 Destinatário	11
1.3.3 Funcionamento	12
Capítulo 2. Do cuidar aos Cuidadores	14
2.1 Cuidar	14
2.2. Cuidador	15
2.2.1. Cuidadores Informais	16
2.2.2. Cuidadores Formais	16
2.3 Aspectos Negativos na Arte de Cuidar	18
Capítulo 3. Qualidade de Vida	20
3.1 Conceito de Qualidade de Vida	20
3.2. Personalidade e Qualidade de vida	22
3.3. Qualidade de vida Laboral	24
3.4. Qualidade de vida dos cuidadores	27
3.5 Investigação da Qualidade de vida	27
Capítulo 4. Ambiente Laboral	29
4.1. Definição de ambiente laboral	29
4.2. Clima organizacional	29
4.3. Satisfação no trabalho	29
4.4. Ambiente laboral e Saúde	30
4.5. Danos ou aspectos negativos no trabalho	31
4.5.1. Stress	31

4.5.2 Conflito trabalho/família	31
Capítulo 5. Regulação emocional	33
5.1 Emoção	33
5.1.1 Definição de emoção	33
5.1.2 Processos emocionais	33
5.2 – Regulação Emocional	35
5.2.1. Definição de Regulação emocional	35
5.2.2 Modelo de regulação emocional de Gross	36
Capítulo 6. Metodologia	40
6.1 Introdução	40
6.2 Objectivos	40
6.3 Caracterização Sociodemográfica da amostra	40
6.4 Instrumentos	45
6.4.1. Questionário Sócio demográfico e Profissional	45
6.4.2 Questionário da Regulação emocional (Emotion Regulation Questionnaire de Gross & John, 2003)	45
6.4.3 Questionário de Estado de saúde (Medical Outcomes Study Short- Form 36 (MOS SF-36))	49
6.4.4. Wes – escala de ambiente laboral (Work Environment Scale)	49
6.5 Procedimentos	51
Capítulo – 7. Análise dos resultados	52
7.1 Introdução	52
7.2. Resultados	52
7.3 Análise Correlacional	54
7.3.1. Relação entre a Qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais	54
7.3.2. Relação entre a Qualidade de vida e Ambiente Laboral	54
7.3.3. Relação entre a Qualidade de vida e Regulação Emocional	56
Capítulo 8 - Discussão dos resultados	57
Conclusão	62
Bibliografia	64
Anexos	69

Índice Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra total relativamente às características sociodemográficas	41
Tabela 2 – Distribuição da amostra total relativamente às características sociodemográficas	41
Tabela 3 – Distribuição da amostra relativamente às características Profissionais	42
Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente às características Profissionais	43
Tabela 5 – Distribuição da amostra relativamente às características Profissionais	44
Tabela 6. - Alpha de Crombach do questionário ERQ	47
Tabela 7 - Alpha de Crombach do questionário MOS-36	49
Tabela 8- Alpha de Crombach do questionário do Ambiente Laboral (WES)	50
Tabela 9 – Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no MOS-36	52
Tabela 10 - Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no Questionário WES	53
Tabela 11 - Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no Questionário ERQ	54
Tabela 12 – Análise Correlacional entre a variável Sociodemográficas e as dimensões do questionário MOS- SF 36	54
Tabela 13- Análise correlacional as dimensões do questionário MOS-36 e as dimensões do questionário WES	55
Tabela 14- Análise correlacional as dimensões do questionário MOS-36 e as dimensões do questionário ERQ	56

Qualidade de vida dos prestadores de cuidados de idosos em Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário: influencias das emoções e do ambiente laboral.

A Qualidade de Vida tem sido alvo de vários estudos no âmbito dos profissionais de saúde. Contudo poucos são os que fazem referencia aos cuidadores formais de pessoas idosas.

Com o envelhecimento da população Portuguesa, surgem mais respostas sociais para a 3ª idade e conseqüentemente aumenta o número de prestadores de cuidados. O conceito de Qualidade de Vida é bastante subjectivo e não se refere só à ausência de doença, mas também a um bem-estar físico, mental e social do individuo.

Deste modo, este estudo teve como objectivo contribuir para a avaliação da Qualidade de Vida dos cuidadores formais de idosos em contexto Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, através da caracterização da mesma e da sua relação com o Ambiente Laboral e com a Regulação Emocional.

A amostra, constituída por 36 cuidadores formais, foi recrutada em Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário dos concelhos de Santa Maria da Feira, Vila Nova de Gaia e Maia. Permitiram caracterizar a Qualidade de Vida, o Ambiente Laboral e a Regulação Emocional e verificar que relações existem. Foram utilizados 4 instrumentos para a recolha de dados, Questionário Sociodemográfico e profissional, Escala do Estado de Saúde (MOS SF-36), Questionário da Regulação Emocional (ERQ) e o Questionário do Ambiente Laboral (WES).

Os principais resultados mostram que os cuidadores possuem uma Qualidade de Vida razoável e que existe relação entre Qualidade de Vida e o Ambiente Laboral, estatisticamente significativa, enquanto que os resultados mostram que não existe relação estatisticamente significativa entre a Qualidade de Vida e a Regulação Emocional.

Quality of life of caregivers of older people in Day Centers and Home Care Services: influences of emotions and the work environment.

Quality of life has been the subject of several studies as part of health professionals.

However there are few that make reference to formal caregivers of elderly people.

With the aging of the Portuguese population, there are more social responses to the 3rd age and consequently increases the number of caregivers.

The concept of quality of life is very subjective and does not refer only to the absence of disease but also a good physical, mental and social health of the individual.

Thus, this study aimed to contribute to the assessment of quality of life of caregivers in the context of formal elderly Day Care Centre and Home Support Service, through the characterization of it and its relationship with the Work Environment and with Emotional Regulation .

The sample consisted of 36 formal caregivers, was recruited in Day Centers and Home Care Services of municipalities of Santa Maria da Feira Vila Nova de Gaia and Maia.

Allowed to characterize the Quality of Life, Work Environment and Emotional Adjustment and verify that there are relationships. We used four instruments to collect data, and professional Sociodemographic Questionnaire, Health Status Scale (MOS SF-36), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and the Work Environment Scale (WES).

The main results show that caregivers have a reasonable quality of life and there is a relationship between Quality of Life and Environment Employment statistically significant, while the results show no statistically significant relationship between the Quality of Life and Emotional Regulation.

Introdução

“As pessoas de idade, quando já não podem fazer a sua vida pessoal sozinhas, têm que recorrer a alguém para as ajudar nessas tarefas. São pessoas que merecem uma atenção com um olhar redobrado a qualquer momento de maior agitação.”

Liliana Guimarães

Com o crescimento da população envelhecida em Portugal, existe a necessidade de se criarem respostas sociais que colmatem as necessidades destes. Para isso também são necessárias pessoas que estejam disponíveis para prestarem os cuidados necessários a estes indivíduos.

Um dos principais objectivos das unidades de apoio à terceira idade, e por conseguinte dos cuidadores formais que nelas trabalham é a promoção da qualidade de vida dos idosos. Contudo, não nos podemos esquecer que a prestação contínua de cuidados pode colocar em risco a qualidade de vida dos próprios cuidadores. Apesar disso, verifica-se que a literatura se debruça quase exclusivamente sobre a problemática dos cuidadores informais (familiares), e quando aborda os formais, dedica-se aos técnicos superiores de saúde (e.g. médicos e enfermeiros)

Neste contexto, torna-se pertinente abordar a qualidade de vida dos cuidadores formais no âmbito institucional geriátrico, uma vez que, à semelhança de todos os outros, também são vulneráveis às consequências negativas da prestação de cuidados, tais como a dificuldade em lidar com o sofrimento dos outros, o sentimento de impotência, o conflito trabalho-família, assim como as depressões.

Para além disso, a qualidade de vida dos idosos depende de certa forma da qualidade de vida dos seus cuidadores. Sendo assim, o objectivo crucial desta investigação é avaliar a Qualidade de vida dos Prestadores de cuidados a idosos num âmbito formal, e de que modo esta é influenciada pelas Emoções e pelo Ambiente laboral.

Este trabalho está dividido em 2 partes e 9 capítulos. A primeira parte contextualiza teoricamente a dissertação e a segunda parte, dedica-se exclusivamente à investigação propriamente dita.

Sendo assim, o capítulo 1 dedica-se ao processo de envelhecimento e às respostas sociais na terceira idade, mais especificamente aos Centros de Dia e Serviços e Apoio Domiciliário; o 2, à problemática dos cuidadores; o 3 à Qualidade de Vida; o 4 à Regulação emocional; e o 5 ao ambiente laboral. O capítulo 6 descreve a metodologia; o 7 apresenta os resultados; e o 8 a discussão desses mesmos resultados. A conclusão, encerra todo o trabalho desenvolvido.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo 1 - Centro de Dia e Apoio Domiciliário:

Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade

1.3.– Envelhecimento e necessidades de apoio

O envelhecimento é um processo natural e contínuo, em que é difícil apontar um início para as mudanças estruturais e funcionais, caracterizando-se por uma sucessão de mudanças que pressupõe o ganho ou perda de determinadas funções (Triadó e Villar, 2007).

Triadó e Villar (2007), definem o envelhecimento como uma deterioração funcional, progressiva e generalizada que ocorre com a perda de respostas de adaptação ao risco de aparecimento de doenças associadas à idade, tendo-se verificado um aumento da prevalência das doenças crónicas (e.g. diabetes, hipertensão). Estas doenças para além do carácter crónico, revelam-se muitas vezes incapacitantes, conduzindo os idosos a uma situação de dependência, quer familiar, quer institucional.

Para Ortego e García (2006), o aparecimento das respostas sociais para a assistência aos idosos surge na sequência da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes, tanto a nível físico como mental e da indisponibilidade do sistema familiar (Martín & Rosa, 2006).

Em Portugal, apesar de a família ainda constituir a unidade básica de suporte para todos aqueles que carecem de cuidados, verifica-se que as respostas sociais são muitas vezes o porto de abrigo para muitos idosos, na ausência de suporte familiar, ou como complemento deste mesmo suporte.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, a migração das populações jovens para as zonas litorais e citadinas, aliado a uma reestruturação do sistema familiar (e.g.

aumento dos divórcios, redução do número de filhos), condicionam o apoio familiar disponível. Paralelamente, assiste-se a um aumento do número de idosos a precisar de cuidados, o que levou à criação de instituições que garantissem a prestação de cuidados adequados às necessidades apresentadas pelos idosos (Martín & Rosa, 2006).

As respostas sociais de apoio à terceira idade disponíveis são variadas, podendo ser divididas em dois grupos, tendo em consideração a preservação ou não do ambiente familiar e social do idoso. Neste sentido, encontramos de um lado os Lares de Terceira idade e o Acolhimento familiar a idosos, e do outro os Centros de dia e os Serviços de Apoio Domiciliário [SAD]. Tendo em consideração o objectivo deste estudo, serão apenas exploradas as valências de Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

Estas duas tipologias de respostas sociais de apoio à terceira idade, visam prevenir situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento; promover situações favoráveis à integração sócio familiar, económica e cultural dos idosos, evitando a sua marginalização e isolamento; fomentar a autonomia do idoso incentivando a sua participação na vida da comunidade; valorizar o papel do idoso, como fonte de experiências, saberes e culturas, a serem aproveitadas e preservadas pela sociedade; apoiar os prestadores de cuidados informais; articular os serviços implicados na resolução dos problemas sociais dos idosos (serviços de saúde e de acção social); e promover a solidariedade social entre gerações como base de coesão social. (Martins, 2005).

1.4. Centro de dia

O centro de dia, como a própria designação o indica, é uma estrutura desenvolvida para colmatar as necessidades dos idosos durante o dia, com preservação do seu meio sócio familiar. Neste sentido, através do deslocamento diário dos idosos à

Instituição, são-lhes satisfeitas as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos em diversos graus de dependência.

1.2.1 Objectivos

Esta resposta tem como objectivo prevenir a institucionalização, reabilitação e manutenção do nível de autonomia e apoio às suas famílias, promover a qualidade de vida e as relações interpessoais, prevenindo o isolamento social a que os utentes estão sujeitos, potenciando desta forma, o desenvolvimento psicossocial.

1.2.2 Destinatários

A admissão do idoso tem vários critérios implementados de acordo com o regulamento da instituição O centro de dia, destina-se a indivíduos com mais de 65 anos ou indivíduos com problemas de perda da capacidade funcional (física e psíquica), ou seja, em situação de dependência. Destinam-se também àqueles que por qualquer motivo se encontram solitários ou com algum tipo de dificuldade em se manterem no seu domicílio durante o período diurno.

Tratam-se na maioria, de idosos com incapacidades físicas e psíquicas sem retaguarda familiar, ou cujas famílias por motivos profissionais, não lhes podem prestar este apoio durante o dia. O processo de admissão, inicia-se coma a entrevista, cujo objectivo é recolher o máximo de informação possível, de forma a poder estudar a situação sócio familiar do candidato. A admissão é prioritária quando não existe retaguarda familiar, ou em situações que o idoso se encontre em risco de acelerar ou degradar o processo de envelhecimento, variando no entanto, os critérios de instituição para instituição (Bonfim & Saraiva, 1996).

1.2.3 Funcionamento

O Funcionamento é diurno e inicia-se com o acolhimento pela manhã e transporte dos utentes ao domicílio no final da tarde. Durante este período, são satisfeitas as necessidades básicas (e.g. alimentação e higiene pessoal), bem como, facultada a oportunidade de participar em actividades culturais e recreativas, fomentando as relações interpessoais e a estimulação cognitiva.

O centro de dia pode funcionar numa estrutura independente ou funcionar em conjunto com outras respostas sociais, nomeadamente lares e serviços de apoio domiciliário.

Quanto aos recursos humanos, deve possuir um director técnico, animadores e técnicos de acção directa suficientes para o número de utentes existentes (Bonfim & Saraiva, 1996).

1.3. Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de apoio domiciliário constitui um espaço que permite construir uma intervenção baseada no trabalho em equipa, utilizando técnicas relacionadas com a criação de novos vínculos, e a integralidade e sistematização das acções visando sobretudo a prestação de cuidados de qualidade (Bonfim & Veiga, 1996).

O contexto domiciliário não é apenas o espaço físico, onde se habita mas o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos e aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que a pessoa vive e nele se encontra a sua essência. O cuidado no domicílio envolve mais que a realização de técnicas e procedimentos: engloba factores como a empatia, interesse, preocupação, apoio nas dificuldades, envolve conhecimentos científicos e competências relacionais.

1.3.1 Objectivos

Os Serviços de Apoio Domiciliário têm como objectivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, retardar ou evitar a institucionalização, assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das necessidades básicas, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar, colaborar na prestação de cuidados de saúde (Bonfim & Veiga, 1996).

1.3.2 Destinatários

O serviço de apoio domiciliário destina-se a idosos ou a pessoas incapacitadas temporariamente ou permanentemente de efectuar as suas necessidades básicas e promover uma vida digna, assim como a todos aqueles que por infelicidade estão sós e não têm pessoas com tempo ou disponibilidade para deles cuidar ou ajudar nas suas vidas domiciliárias.

1.3.3 Funcionamento

Ao nível organizacional, o Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma estrutura independente, criada para esse fim, ou também pode ser parte integrante de um Centro de dia ou outra. Deve, preferencialmente, proporcionar um apoio 24 horas e uma actuação de emergência sempre que necessário (Bonfim & Veiga, 1996).

As funções do Serviço de Apoio Domiciliário são as seguintes (Bonfim & Veiga, 1996): prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio e confecção, transporte e/ou distribuição das refeições. Para além disso, pode ainda proporcionar outros serviços que não estão directamente relacionados

com as necessidades básicas¹, mas sim com as actividades instrumentais², tais como: o acompanhamento ao exterior; aquisição de géneros alimentícios e outros; recreação e convívio; pequenas reparações no domicílio e também contactos com o exterior.

De acordo com a Direcção Geral de Acção Social, existem 6 princípios gerais de funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário:

1. O domicílio do utilizador é inviolável e como tal deve ser considerado, não sendo permitido fazer alterações, nem eliminar bens ou objectos sem prévia autorização. E se a chave do domicílio do utilizador for entregue ao Serviço de Apoio Domiciliário, esta deve ficar encarregue do responsável da prestação de cuidados.
2. Para a prossecução dos objectos compete ao Serviço de Apoio Domiciliário garantir ao utilizador:
 - a. O respeito pela sua individualidade e privacidade;
 - b. O respeito pelos seus usos e costumes;
 - c. A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista manter e melhorar a sua autonomia;
 - d. A articulação com os serviços da comunidade.
3. A elaboração e avaliação do plano de cuidados deve ser assegurada por pessoal com formação adequada.
4. O horário do pessoal prestador de cuidados é estabelecido de acordo com as necessidades dos vários utilizadores a seu cargo.

¹ Actividades de vida diária – é um conjunto de actividades primárias da pessoa relacionadas com o auto-cuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessidade de ajuda (Sequeira, 2007, p 141).

² Actividades instrumentais – são actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade (Sequeira, 2007, p 145).

5. Nas situações de dependência que exijam recursos a ajudas de terceiros, o Serviço de Apoio Domiciliário pode providenciar a sua aquisição ou aluguer.
6. Na ocorrência de um óbito, na presença de um elemento do Serviço de Apoio Domiciliário, este deve informar imediatamente o familiar responsável e o Serviço, devendo providenciar a presença de um médico.

Quanto aos recursos humanos o Serviço de Apoio Domiciliário deve ser dirigido por um director técnico, deve possuir ajudantes familiares, auxiliares de acção directa, motoristas e cozinheiro.

Capitulo 2. Do cuidar aos Cuidadores

“ A situação actual caracteriza-se por cuidados inadequados às necessidades dos idosos e insuficientes atenções a determinantes da autonomia e da independência...” (Leuchener, 2005)

2.1 Cuidar

Cuidar é por natureza um acto inerente à condição humana (Leite, 2006 cit in Oliveira, Queirós & Guerra, 2007), uma vez que, à medida que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos.

Cuidar é a atenção e dedicação em prol de alguém que necessita de ser ajudado na satisfação das suas necessidades. Implica uma relação entre cuidar e cuidado.

“Cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados “ (Sequeira, 2007, p.19). É uma tarefa humana que exige muita responsabilidade, na medida em que, tem como objectivo essencial, permitir que o outro exista com dignidade e respeito, sendo por conseguinte, uma forma de promover a vida.

É uma atitude de preocupação, ocupação responsabilidade e entendimento afectivo com o ser cuidado. Cuidar é ajudar o outro a alcançar o crescimento e desenvolvimento pessoais (Fragoso, 2008).

De acordo com Mayer Off (1990, cit in Fragoso, 2008), existem oito componentes básicos na arte de cuidar. São eles:

- 1. Conhecimento** – O cuidador precisa de conhecer o outro, as suas necessidades, capacidades e limitações;
- 2. Alternância de ritmos** – O cuidador deve reconhecer o ritmo a adaptar a cada cuidado , de modo a desenvolver as acções e tarefas de forma correcta;
- 3. Paciência** – É crucial que o cuidador dê tempo ao cuidado, pois ele tem o seu próprio tempo e as suas formas de agir;
- 4. Honestidade** – Ser honesto, não mentir iludindo-se a si próprio e aos outros;
- 5. Confiança** – O cuidador deve cultivar a confiança no cuidado, deve ser verdadeiro;
- 6. Humildade** – O cuidador deve ser genuíno, sendo responsável pelo crescimento do cuidado. Deve reconhecer as suas limitações;
- 7. Esperança** – O cuidador deve confiar em si e dar a confiar, dar coragem ao cuidado para que este não desista da própria vida;
- 8. Coragem** – O cuidador deve estar aberto, deve ir em busca de novas abordagens de cuidar, deve estar disponível.

2.2. Cuidador

Cuidador é alguém que presta cuidados aos idosos. É aquele que pensa em alguém, comprometendo-se a ajudá-lo (Oliveira, 2008).

Neste sentido, e de acordo com Oliveira (2008), os cuidadores têm a missão de ajudar os idosos não só nas suas actividades de vida diária, mas também, em adaptar-se à sua nova situação de vida - envelhecimento, cujo sucesso, dependerá da sua capacidade de adaptação. Neste sentido, preconiza-se uma vida socialmente activa, com estimulação das capacidades físicas e cognitivas, com o objectivo final de promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Segundo Sequeira (2007), os cuidadores devem garantir a qualidade do seu desempenho, bem como, a preservação da saúde e do bem-estar da díade em interacção (cuidador/idoso).

Para tal, é necessário que o cuidador, desenvolva três tarefas no acto de cuidar: responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer/responder as necessidades de alguém e sentir preocupação, interesse, consideração, afecto pela pessoa de quem cuida (Concise Oxford Dictionary, S/D, cit in Almeida, 2006).

Para Parker (1981), existem duas formas de cuidar: a preocupação com as outras pessoas e o olhar por aqueles que, temporária ou permanentemente, não o podem fazer por si próprios. Segundo este mesmo autor, os cuidadores devem cuidar dos aspectos pessoais e físicos do idoso, assim como, os não físicos e não pessoais.

Os cuidadores podem ser classificados em formais ou informais, dependendo do vínculo estabelecido com o idoso.

2.2.1. Cuidadores Informais

Existem 2 tipos de cuidadores, os cuidadores informais e os cuidadores formais. Os cuidadores informais são elementos da rede social do idoso que lhe presta cuidados

regularmente e de forma não remunerada, frequentemente são os familiares mais próximos, como os cônjuges, também estes idosos, e os filhos ou outros.

Quase metade dos idosos é assistida por cuidadores informais, que são eles próprios idosos e, muitas vezes com saúde debilitada.

Estes são mais vulneráveis ao stress, e podem ser vítimas de agressão por parte do idoso. Por isso é necessário estar atento aos cuidadores informais, e dar informação sobre os cuidados de saúde e sociais disponíveis, juntamente com a ajuda e o apoio emocionais, de modo a aliviar o stress e a prevenir eventuais problemas (Almeida, 2006).

2.2.2. Cuidadores Formais

O cuidador formal é um profissional devidamente qualificado, que têm competências para conhecer as necessidades dos idosos, distingui-las e lidar com doenças e sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009 cit in Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010). Devem ter capacidade para o trabalho em equipa multidisciplinar, de forma a promover a segurança e o bem-estar dos idosos (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010).

Estes cuidadores, são oriundos dos serviços de cuidados sociais e de saúde ou organizações voluntárias, tendo diversas qualificações profissionais.

De forma a desempenhar um trabalho eficaz e eficiente, os cuidadores formais deve possuir capacidades de comunicação interpessoal, de forma a promover a troca de informações, sentimentos e emoções entre o cuidador e o idoso, podendo esta ser de forma verbal ou não verbal (Caldas, 2000).

Deve ser assertivo, empático e utilizar uma escuta activa, assim como, possuir algumas características fundamentais para que a prestação do cuidado seja agradável para ambas as partes. São elas:

- **O respeito humano**, o cuidador deve tratar o idoso como ele gostaria de ser tratado;
- **Interesse e disponibilidade para os idosos**, estar disponível para o idoso e para os seus problemas;
- **Evitar orgulho ou presunção**, os idosos são fonte de saber, e deve aceitar as opiniões;
- **Dar importância à 1ª impressão**, ser empático desde o princípio;
- **Deve perguntar para descobrir problemas**, desejos e necessidades, usando questões abertas com os idosos;
- **Deve dar exclusividade aos idosos**, pois cada um tem necessidades distintas, pelo que deve adaptar a sua atitude, o cuidador deve inovar, mudando hábitos no sentido do melhoramento da prestação do cuidado;
- **Deve ser fonte de educação** de valores e hábitos saudáveis;
- **Deve mostrar confiança e segurança**, demonstrando calma mesmo em situações de stress, o cuidador deve respeitar o silêncio do idoso e reflectir para melhorar, tendo a humildade de assumir erros e dificuldades, procurando aprender e melhorar sempre (Sequeira, 2007).

Em suma, estes profissionais devem possuir 5 competências fundamentais para uma boa prática de prestação de cuidados: competências profissionais, competências emocionais, competências relacionais, competências éticas e competências espirituais, de forma a estabelecer relações positivas e significativas de modo a ser mais fácil a detecção das necessidades dos idosos a todos estes níveis (Puigdengolas, 2003).

É frequente encontrarmos associados a estes profissionais várias patologias inerentes ao exercício da sua profissão, com sintomatologia física e psíquica, que conduzem a situações de stress e ao desenvolvimento de outras doenças (Minayo, 2010).

Vários autores (e.g. Peterson, Demerouti & Nygren, 2008), dizem que nesta última década houve um grande aumento de desordens emocionais nos cuidadores de idosos, pela dissonância de papéis, uma vez que se deparam com diversas situações difíceis, que pressupõe uma maior regulação emocional. A fadiga, a depressão e o isolamento, também afectam estes profissionais, colocando em risco a sua qualidade de vida (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010).

2.3 Aspectos Negativos na Arte de Cuidar

A atenção, dedicação e devoção inerente ao cuidar, faz com que, o acto de cuidar acarrete muitas vezes consequências negativas para o cuidador.

Sequeira (2007), refere que os elementos negativos associados à prestação de cuidados são sobretudo a sobrecarga, definida como «conjunto de problemas, dificuldades ou acontecimentos adversos que afectam a vida do cuidador» (Platt, 1985, cit in Sequeira, 2007, p.128), o stress, a tensão, causada pela complexidade dos cuidados prestados, frustração, isolamento, depressão, ansiedade entre outros problemas físicos e psicológicos e emocionais e conflito familiar .

Os cuidadores, frequentemente, esquecem-se de cuidar deles próprios para estarem atentos ao idoso (Laham, 2003).

De acordo com Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha (2010), a qualidade de vida dos cuidadores formais relaciona-se com a sobrecarga intensa e o mal-estar psíquico, podendo a sua profissão afectar a vida social e familiar, promovendo conflitos de

papéis. Para além disso, estes também podem sentir dificuldade no desempenho das tarefas, e perda de auto-estima e auto-controlo.

Os cuidadores mais novos são mais vulneráveis aos efeitos negativos da prestação de cuidados, comparativamente aos mais velhos, devido à falta de experiência, enquanto os cuidadores mais velhos debatem-se com problemas com a comunidade relativamente à percepção do seu papel, às exigências com a necessidade de tomada de decisões e com o cansaço (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010).

Capítulo 3. Qualidade de Vida

3.1. Conceito de Qualidade de Vida

Analisando o surgimento do termo Qualidade de vida, existe indícios que este tenha surgido na literatura médica nos anos 30, pela primeira vez em 1933, no Psychological Abstracts (Neri, 2007, cit in Zagher, Pierezen e Claudino, 2009). Contudo foi o presidente dos Estados Unidos, Lydon Johnson que em 1964, falou nele, declarando que “ os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, falando em termos económicos (Leal, 2008).

Pais Ribeiro (2003), relaciona o conceito de Qualidade de Vida com o conceito de saúde positiva, um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença; com a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o individuo, com a diferença entre as expectativas do individuo e a sua experiência actual ou com a percepção do individuo face à sua posição na vida em termos do contexto cultural e do sistema de valores a que pertence e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações.

“Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho, e participação nas decisões que lhes dizem respeito determinam como vive no mundo. Compreende desse modo, situações extremamente variadas, como, anos de escolaridade, atendimento digno em casos de doenças e acidentes, conforto, pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos electrodomésticos” (Giovanni Pires et al, 1998, cit in Leal, 2008, p.2)

A qualidade de vida possui um carácter subjectivo, pois implica diferentes construções de significados que podem ser resultado da comunidade onde estão inseridos, que são essenciais para determinar a percepção que o indivíduo tem de qualidade de vida, tanto a nível individual como a nível colectivo (Mendéz, Barra & Pradines, 2007).

Para Pérez (2002), o conceito Qualidade de Vida permite valorizar as condições de vida das pessoas e comunidades, estimar o grau de progresso alcançado e seleccionar as formas de interacção humana e com o meio ambiente, mais adequadas, para possuir uma existência digna, saudável, com equidade, moral e com felicidade.

O conceito de Qualidade de Vida é uma categoria que parte das particularidades gerais para chegar ao indivíduo singular, valoriza a actividade Humana, o seu contexto, os seus resultados e a percepção individual (Pérez, 2002).

As condições de vida stressantes podem condicionar a qualidade de vida, sejam condições socioeconómicas ou de personalidade, uma vez que, podem afectar a regulação psicobiológica pelas vias psico-neuro-vegetativas, provocando alterações bioquímicas, fisiológicas e imunológicas que estão presentes na génese das doenças. O nível de vida, a higiene e a cultura, são componentes da qualidade de vida relacionadas com doenças infecto-contagiosas, como também, perturbações mentais, frustração matrimonial e actividade laboral stressante se relacionam com as doenças transmissíveis, e que condicionam a qualidade de vida (Pérez,2002). Qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck e al 1999, p.179, cit in Zagher , Pierezen e Claudino, 2009)

O conceito de qualidade de vida foi evoluindo ao longo do tempo, e como já foi referido, faz abordagem a várias perspectivas: biológica, cultural, económica e psicológica. Numa abordagem biológica Seidl e Zannon (2004 cit in Leal, 2008), referem que a “Qualidade de vida trata-se de um impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas, permitindo um melhor conhecimento da pessoa e da sua condição à situação”, ou seja, será a percepção que o indivíduo possui da afecção física, a capacidade que supõe ter para realizar

determinadas tarefas, as quais antes de se terem efectuado mudanças no seu estado de saúde, eram desempenhadas sem dificuldade.

A nível Cultural, a qualidade de vida prende-se com a educação na infância. Aqui os pais transmitem aos filhos hábitos e valores próprios do meio onde estão inseridos, e esta realidade vai influenciar a personalidade individual da criança, que quando chegar à idade adulta provavelmente adoptará estilos de vida semelhantes aos dos seus pais. Para além da família, também os média influenciam a qualidade de vida do indivíduo, através da publicidade.

Numa perspectiva económica, a qualidade de vida está relacionada com o suporte financeiro e bens materiais que o indivíduo possui e aos seus sentimentos para com eles. Neste sentido, Aron Belinky (2007), refere que o importante é planear para ter o suficiente, sem consumir com exagero e desperdício (Leal, 2008).

Por último, qualidade de vida no âmbito psicológico depende totalmente da personalidade de cada pessoa, é auto-estima e respeito pelo seu semelhante, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, é saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético.

A avaliação da Qualidade de Vida implica a percepção de todos as perspectivas referidas anteriormente. Pais Ribeiro (2009), refere que para conhecer e avaliar a qualidade de vida é necessário que o próprio indivíduo descreva como sente a sua vida, o modo como as pessoas percebem e sentem a sua vida.

3.2. Personalidade e Qualidade de vida

A personalidade é considerada um padrão de funcionamento, uma forma intrínseca de agir, que resulta de um conjunto de variáveis determinadas pelo desenvolvimento do

indivíduo. Millon (1999, cit in Thomas e Alchieri, 2005), refere que, as percepções do ambiente e a forma de reagir face a situações conflituosas formam um conjunto de disposições em que se manifestam os diversos padrões, desde a herança biológica até à aprendizagem influenciada pela cultura. Também Noronha (2009), salienta que a personalidade afecta a forma como as pessoas se adaptam ou reagem às condições ambientais, ajuda a prever a reacção das pessoas, influenciando o seu grau de qualidade de vida.

Existem cinco dimensões da personalidade que ajudam a perceber os traços temperamentais dos indivíduos, sendo elas (Thoms et al, 1996 cit in Noronha, 2009):

1. **Instabilidade emocional**, que refere a ansiedade, desamparo, irritabilidade e pessimismo como características principais;
2. A **Extroversão**, que representa o quanto o individuo é mais ou menos reservado, inclui a segurança, assertividade, emoções positivas, sociabilidade e energia;
3. **Abertura à Experiencia**, engloba traços como flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação, interesses culturais, versatilidade e curiosidade;
4. A **Empatia**, define-se como a simpatia, cooperação, cortesia, flexibilidade e tolerância demonstrada para com os outros;
5. **Grau de Organização**, confere à honestidade, competência, cautela, organização, auto-disciplina e persistência.

Estudos demonstram que existem factores da personalidade que conferem resistência ao stress, e que essa resistência depende da possibilidade individual de acesso a determinadas fontes de apoio social (Martins, 2004). Neste sentido, as pessoas

que se consideram pouco apoiadas socialmente, apresentam mais altos níveis de hostilidade e neuroticismo³, e níveis de extroversão⁴ mais baixos (Ibidem, 2009).

Segundo Martins (2004), as pessoas introvertidas tendem a possuir poucos contactos sociais, não desenvolvendo as suas habilidades sociais, sendo tímidas e pouco auto-afirmativas, sofrem de ansiedade social, uma baixa auto estima, apresentam atitudes negativas e desconfiadas face às relações sociais e por vezes, manifestam sentimento de alienação.

O mesmo autor refere que os traços de personalidade exercem uma enorme força no comportamento dos indivíduos, podendo ser modeladores das emoções, contribuindo para um melhor estado de saúde, e conseqüentemente para uma melhor qualidade de vida. Assim, à semelhança da influência do contexto social em que o indivíduo está inserido na saúde, a personalidade também influencia a saúde e a qualidade de vida do mesmo.

É o conjunto destes factores referidos anteriormente, que vão contribuir para a saúde e bem-estar do indivíduo, para o seu desenvolvimento e crescimento, e conseqüentemente para uma boa qualidade de vida. Neste sentido, se considerarmos a importância do trabalho na vida adulta – um dos contextos sociais mais importantes, facilmente depreendemos a importância do ambiente laboral na qualidade de vida dos mesmos.

3.3. Qualidade de vida Laboral

A qualidade de vida laboral refere-se ao carácter positivo ou negativo de um ambiente no local de trabalho. A finalidade básica é proporcionar um ambiente que seja

³ Refere-se a uma dimensão geral de diferenças individuais, ou seja, uma tendência para sentir emoções negativas perturbadoras e para possuir traços comportamentais associados. Diz respeito a um estado de irritabilidade e a uma propensão para o distress (Martins,2004)

⁴ Relaciona-se com o bem-estar subjectivo, diz respeito ao binómio extroversão/introversão (Martins, 2004)

excelente para os funcionários, e que contribua para a saúde económica da organização (Torres & Tomás, 2002).

A qualidade de vida laboral constitui um avanço no que diz respeito ao desenho tradicional do trabalho da administração científica, que se centrava principalmente na especialização e eficiência para a realização de tarefas pequenas. A medida que evoluiu, houve a divisão total do trabalho, uma hierarquia rígida e a estandardização da mão-de-obra para alcançar seu objectivo de eficiência. Com isto, pretendia-se diminuir o custo médio de funcionários que realizam trabalhos repetitivos e não qualificados. Não era dada a devida atenção à qualidade de vida laboral. Existia uma excessiva divisão de tarefas e uma sobredependência das regras, os procedimentos e a hierarquia. Muitos trabalhadores estavam tão pouco preparados que não tinham satisfação com o seu emprego, originando uma alta rotação do pessoal e absentismo. O conflito surgia quando os funcionários procuravam melhorar as suas condições laborais, em que a direcção, como resposta deu um aumento de controlo, incrementou a supervisão e uma organização mais rígida, originando assim a desumanização no trabalho. Existindo assim uma necessidade de interrogar os funcionários, mais oportunidades de carreira, de técnicas avançadas, de crescimento e mais coacção de ideias (Lázaro, González & Rodríguez, 2006).

Vissani, Reis, Nogueira, Rocha e Marangoni (2002), refere que existem factores que influenciam a satisfação do indivíduo na realização das suas tarefas e na humanização das situações relacionadas ao trabalho humano.

Walton (1973 cit in Vissani, Reis, Nogueira, Rocha e Marangoni, 2002), estudou a qualidade de vida laboral e definiu oito factores:

1. **A compensação justa e adequada**, referente à remuneração recebida pelo trabalho efectuado, tendo esta em conta três critérios: a renumeração adequada; o salário

adequado para o trabalhador viver dignamente, dentro das necessidades pessoais, culturais, sociais e económicas da sociedade em que viver. Equidade interna, equidade no salário entre os outros trabalhadores e equidade externa, equidade do salário entre outros profissionais;

2. **Condições de trabalho**, são caracterizadas pelas condições existentes no local de trabalho, tendo em conta o número de horas de trabalho, a carga de trabalho, ambiente físico, material e equipamento, ambiente saudável e o stress;
3. **Uso e desenvolvimento da capacidade**, refere-se à qualidade de vida no trabalho em relação às oportunidades que o trabalhador tem de aplicar diariamente as suas aptidões, tendo em conta a autonomia, significado da tarefa, significado da tarefa, variedade de habilidade e retroinformação;
4. **Oportunidade de crescimento e segurança**, caracterizada pelas oportunidades que as organizações estabelecem de crescimento pessoal dos seus trabalhadores, tendo como variáveis a possibilidade de carreira, o crescimento pessoal e a segurança do emprego;
5. **Integração social na organização**, é o grau de integração social existente na organização, referindo a igualdade de oportunidades, o relacionamento e o senso comunitário;
6. **Constitucionalismo**, caracterizado pelos direitos do trabalhador cumpridos na organização, tendo em conta os direitos dos trabalhadores, a privacidade social, a liberdade de expressão e normas e rotinas;
7. **Trabalho e espaço total de vida**, refere-se ao equilíbrio entre a vida social do trabalhador e a vida laboral;

8. Relevância social da vida no trabalho, percepção do trabalhador em relação à responsabilidade social da instituição na comunidade, à qualidade de prestação dos serviços e atendimento dos seus trabalhadores.

Para a avaliação da Qualidade de vida laboral podem-se utilizar métodos objectivos e métodos subjectivos. Os objectivos dizem respeito à avaliação das condições físicas do ambiente laboral (segurança, higiene, iluminação), da organização (horário, salário), e dos funcionários (carga física, rendimento) através de informações, quase sempre quantitativas (Segurado y Argulló, 2002 cit in Silva, 2006).

O método subjectivo permite avaliar a percepção, juízo e opinião que têm os funcionários no que diz respeito às suas condições de trabalho e ambiente laboral. Esta informação tanto pode ser qualitativa como quantitativa, de variáveis individuais como a satisfação, motivação, identificação e compromisso com o trabalho e com a organização (Segurado y Argulló, 2002 cit in Silva, 2006).

As categorias mais recorrentes no estudo da qualidade de vida laboral são: segurança do ambiente físico do trabalho, oportunidade de promoção, autonomia, renumeração, relações com os outros, benefícios e recompensas, satisfação de necessidades sociais, comunicação entre o grupo e comunicação organizacional, satisfação com o trabalho e estabilidade de emprego (Silva, 2006).

3.4. Qualidade de vida dos cuidadores

A qualidade de vida do cuidador depende da sua auto-avaliação, de se confrontar com as suas capacidades e as suas fraquezas, ter consciência dos seus medos e do que realmente é importante para ele, ter qualidade de vida é saber viver com o seu saber (Leitão & Almeida, 2000).

A qualidade de vida destes profissionais está condicionada por situações que causem stress, pelas próprias exigências da tarefa de cuidador, pela exaustão emocional e pela ansiedade (Minayo, 2010).

Os cuidadores pelas situações referidas anteriormente, procuram várias vezes apoio no seu local de trabalho para lidar com elas e procuram forma de melhorar o seu desempenho de forma a não pôr em causa a prestação dos cuidados aos idosos.

A percepção subjectiva que os cuidadores têm das suas tarefas afecta a qualidade de vida destes, directamente a sua vida social, promovendo conflitos familiares, dificuldades nas tarefas de cuidar, perda de auto-estima e falta de controlo emocional (Minayo, 2010).

3.5 Investigação da Qualidade de vida

A qualidade de vida tem sido objecto de vários estudos e reflexões devido à procura de melhores condições de vida, devendo ser enfatizada a promoção da saúde, englobando também os vários factores que determinam a qualidade de vida dos indivíduos (Vissani, Reis, Nogueira, Rocha & Marangoni, 2002).

A importância dos estudos da qualidade de vida, deve-se ao facto de ser o meio através do qual se podem valorizar e avaliar o efeito do tempo e intensidade de condições específicas sobre a saúde da comunidade ou do indivíduo, classificando-as como sendo favoráveis ou desfavoráveis aos mesmos.

É necessária a investigação deste paradigma, uma vez que dele pressupõe o bem-estar económico, social, psicológico e físico que se torna crucial para o desempenho de qualquer tarefa, principalmente tarefas que envolvam contacto interpessoal, com pessoas vulneráveis como são os idosos.

Capítulo 4. Ambiente Laboral

4.1. Definição de ambiente laboral

O ambiente laboral consiste no habitat laboral, tudo que envolve directa ou indirectamente o local onde as pessoas desempenham as suas funções profissionais, de modo a obter meios para a sua sobrevivência e desenvolvimento em equilíbrio (Parra, 2003).

4.2. Clima organizacional

É designado Clima organizacional, à qualidade do ambiente psicológico de uma organização em decorrência do estado motivacional das pessoas. Podendo ser positivo e favorável, quando é receptivo e agradável, ou negativo e desfavorável, quando é frio e desagradável (Chiavenato, 2004).

As pessoas trabalham no sentido de satisfazer as suas necessidades e manter um equilíbrio emocional.

O clima organizacional está ligado ao grau de motivação das pessoas. Quando este é elevado há maior satisfação no trabalho e nas tarefas desempenhadas, existe mais interesse e colaboração. Pelo contrário quando há baixa motivação, torna o ambiente desagradável, originando depressões, desinteresse, apatia, insatisfação. Ou seja o clima é favorável quando proporciona a satisfação das necessidades pessoais e elevação da moral e é desfavorável quando leva à frustração (Chiavenato, 2004).

4.3. Satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho refere-se ao grau de prazer que uma pessoa sente ao desempenhar as suas tarefas.

Foram identificadas cinco categorias de emoções, que se podem manifestar no local de trabalho ao desempenhar as suas tarefas, sendo elas: a categoria positiva que engloba a felicidade, o amor e o orgulho; a categoria negativa que acarreta a tristeza, a desesperança e o desespero; a categoria existencial referindo-se à ansiedade, culpa e vergonha; a categoria “malevolente” que se refere à raiva, inveja e ciúme e por último a categoria empatia que engloba a gratidão, a compaixão e a simpatia (Muchinsky, 2003).

4.4. Ambiente laboral e Saúde

A psicologia organizacional aborda bastante o impacto que o trabalho e o ambiente laboral têm na saúde mental das pessoas, desenvolvendo o conceito de saúde ocupacional. Esta é definida pelo bem-estar mental, emocional e físico das pessoas no seu ambiente de trabalho (Muchinsky, 2003).

Para muitos, trabalho é sinónimo de saúde, mas para isso que isso aconteça, Parra (2003), definiu algumas variáveis importantes, que referem que o trabalho não deve ser só visto como fonte de rendimentos que assegurem a manutenção das necessidades básicas, mas sim como uma fonte de:

- **Salário:** este deve permitir a aquisição de bens necessários para a manutenção e melhoramento do bem-estar das pessoas;
- **Actividade física e mental:** as pessoas necessitam de manter um nível adequado de actividade física e mental de forma integrada e harmoniosa para manter um bom nível de saúde;
- **Contacto social:** um adequado bem-estar social é impossível sem contacto interpessoal, este permite não só o bem-estar individual mas também permite um maior nível de cooperação entre as pessoas no desenvolvimento das tarefas, assim como desencadeia apoio emocional e desenvolvimento afectivo;
- **Desenvolvimento de actividade com sentido:** possuir um trabalho que permita às pessoas sentirem-se úteis;
- **Produção de bens e serviços** que permitam o bem-estar das outras pessoas.

4.5. Danos ou aspectos negativos no trabalho

O trabalho por vezes pode causar danos na saúde das pessoas. As condições sociais e materiais a que estas estão sujeitas, podem afectar o estado de bem-estar das

peças causando acidentes de trabalho e consequências a nível psicológico como o stress e a depressão.

4.5.1. Stress

O stress pode afectar o desempenho laboral bem como o ambiente familiar.

As causas do stress podem ser variadas. Muchinsky, (2003) definiu dois tipos de stressores no trabalho: o conteúdo da tarefa, dado que inclui dimensões como simplicidade - complexidade e monotonia – variedade, e as características sociais, que se refere aos aspectos sociais do trabalho e inclui a supervisão e conflito de papéis. Contudo, existem outros factores que podem ser considerados como fontes de stress, como o trabalho por turnos, na medida em que, os trabalhadores que fazem trabalho por turnos, têm mais problemas de adaptação fisiológica e social. Estudos referem que o trabalho por turnos exerce grande influência na vida das pessoas que o realizam.

4.5.2 Conflito trabalho/família

O conflito surge sobretudo pelo facto de muitas vezes as pessoas não conseguirem conciliar o trabalho com as responsabilidades familiares.

Vários pesquisadores da área da Psicologia Organizacional desenvolveram modelos explicativos da relação entre trabalho – família (Muchinsky, 2003):

Modelo de redundância, este afirma que existe uma similaridade entre o que ocorre no ambiente laboral e o que ocorre no ambiente familiar. Propõe também que as experiências do trabalho influenciam o que a pessoa faz quando não está a trabalhar, refere que as atitudes do trabalho são projectadas para a vida familiar, afectando a sua vida própria e a vida dos seus familiares. Resume-se as relações positivas entre

variáveis trabalho e família de tal modo que a satisfação de uma pessoa com o trabalho valoriza a vida familiar;

Modelo de compensação, propõe a relação inversa entre trabalho e família, as pessoas fazem investimentos diferenciais de si mesmos nas duas esferas, de forma que aquilo que é fornecido por uma, compensa o que está faltando na outra;

Modelo de segmentação, propõe que ambas as esferas são distintas, de modo que as pessoas podem ser bem sucedidas numa esfera sem influenciar a outra.

Vários autores (Kossek & Ozeki,1998; Frone, 2000 cit in Muchinsky, 2003) demonstraram que as mulheres têm mais facilidade para resolver conflitos trabalho – família e sentir satisfação. E também referem que as pessoas que passam por estes conflitos têm mais probabilidade de sofrer doenças do foro psíquico, como a depressão.

Capítulo 5. Regulação Emocional

5.1 Emoção

5.1.1 Definição de emoção

As emoções constituem-se como reacções subjectivas e idiossincráticas do indivíduo a um determinado evento do ambiente interno ou externo, sendo caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que o preparam para a acção (Sroufe, 1996, cit in Machado Vaz, 2009).

Segundo Damasio (2003), uma emoção é registada pelo cérebro quando um estímulo é reconhecido como útil para a sobrevivência de bem-estar ou prejudicial para a sobrevivência e bem-estar. Isto resulta em avaliações e mudanças corporais tais como, alteração do ritmo cardíaco, a contracção dos músculos, etc. Estas mudanças também implicam que aconteça uma mudança ao nível do mapa cerebral, a que se dá o nome de sentimento.

Mais do que avaliar e compreender se uma emoção é geradora de bem-estar ou desconforto para o indivíduo, importa compreender se a emoção experienciada permite ao indivíduo adaptar-se de forma mais eficaz e com menos recursos ao contexto em que se insere, em função das suas características pessoais.

As emoções desempenham assim um papel central no desenvolvimento do indivíduo, na aquisição de competências fundamentais para lidar com as exigências desenvolvimentais, promovendo quer o desenvolvimento cognitivo, ao estimular o conhecimento e as representações emocionais (Barrett & Russell, 1998 cit in Machado Vaz, 2009).

5.1.2. Processos emocionais

Existem 4 processos emocionais que normalmente são confundidos com a própria emoção. De modo a diferencia-los, de seguida serão apresentadas as características de cada um dos processos e as suas diferenças entre eles.

- **Episódios emocionais.** Os episódios emocionais, descritos também como mapas emocionais (Ekman, 1984 cit in Gross, 1998,1999), são guiões adaptativos para situações, que incluem todos os pormenores de uma situação emocionalmente activadora (Forgas, 1982 cit in Gross, 1998,1999). Por exemplo, a emoção de raiva envolve mudanças rápidas na postura, nos movimentos faciais, no tom de voz, na expressão verbal, na experiência e na resposta autonómica. O episódio emocional de raiva inclui não só todos os componentes da emoção experienciada, como também o contexto social e todas as sequências de respostas que emergem na interacção.
- **Estados de humor** - As emoções são também diferentes de estados de humor (Parkinson, Totterdell, Briner & Reynolds, 1996 cit in Gross, 1998,1999). Os estados de humor têm uma maior duração temporal que as emoções, são mais difusos e estão na etiologia apenas de tendências de acções mais gerais, como aproximação ou fuga (Gross & Thompson, 2007 cit in Machado Vaz, 2009). Contrariamente, as emoções dirigem-se sempre a um objecto específico e dão origem a tendências de acção relevantes em relação a esse objecto.
- **Afecto** - O afecto é considerado um processo emocional mais abrangente, sendo considerado a componente experiencial (Buck, 1993; MacLean, 1990 cit in Machado Vaz, 2009) ou comportamental da emoção.
- **Impulsos motivacionais** -As emoções são diferentes de outros impulsos motivacionais que apesar de também dirigirem o comportamento não são

tão flexíveis e não têm uma dimensão experiencial associada (Machado Vaz, 2009).

As emoções são processos multicomponenciais, que para sua activação necessitam de múltiplos componentes, que interagem entre si em rede e em que cada um deles contribui de forma determinante e diferenciadora para a emoção a experienciar.

Para a ocorrência de uma emoção, é necessário um estímulo inicial, interno (ex. memória episódica) ou externo (ex. situação a qual o indivíduo dá atenção), que conduz a uma activação fisiológica imediata. Este processo conduz a uma activação, mas ainda não se constitui como uma emoção.

Para experienciar uma emoção, o indivíduo tem que atribuir um significado a esta activação, em função do tipo de activação fisiológica experienciada, do contexto em que ocorre, das experiências passadas e das memórias episódicas construídas (Barrett, 2006 cit in Machado Vaz, 2009). Este processo, denomina-se de diferenciação emocional e, em conjunto com o processo de activação emocional, conduz o indivíduo a experienciar uma emoção. Subsequentemente e após este processo de diferenciação emocional, o indivíduo decide que estratégias utilizar para uma eficaz regulação emocional, decidindo expressar ou não as suas emoções.

5.2 – Regulação Emocional

5.2.1. Definição de Regulação emocional

A regulação emocional tem sido definida como uma estratégia consciente/inconsciente para manter, aumentar, diminuir componentes da resposta emocional, tais como, sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas que constituem as emoções (Gross, 1998, 2002; John & Gross, 2004; Mauss, Evers,

Wilhelm & Gross, 2006; Ochsner & Gross, 2005 cit in Mocaiber, Oliveira, Pereira, Machado-Pinheiro, Ventura, Figueira & Volchan, 2008).

A regulação emocional defende que tanto as emoções negativas como as positivas podem ser reguladas de diferentes formas. Segundo um estudo desenvolvido por Barret, Gross, Christensen e Benvenuto (2001), os indivíduos diferem consideravelmente na sua experiência emocional, distinguindo claramente uma variedade de emoções negativas e positivas discretas, verificando que com base na teoria da auto-regulação, os indivíduos com experiência emocional altamente diferenciados, são mais capazes de regular as emoções do que os indivíduos com pouca experiência. Para além disso, evidenciaram a influência do contexto em que ocorre as emoções (positivas ou negativas), na génese de diferenças intrapessoais e interpessoais, na regulação emocional. Desta forma, podem-se constatar diferenças ao nível da regulação emocional de um mesmo sujeito, em função do contexto onde a emoção ocorre.

5.2.2 Modelo de regulação emocional de Gross

Este modelo desenvolvido por Gross, procura demonstrar que as estratégias de regulação emocional se diferenciam no decorrer de uma resposta emocional, tendo definido duas estratégias globais: as estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes que dizem respeito às acções despoletadas antes da resposta activada e as estratégias de regulação focadas na resposta, que se referem às acções depois de a emoção ter sido gerada (Gross, 2002 cit in Mocaiber, Oliveira, Pereira, Machado-Pereira, Ventura, Figueira & Volchan, 2008).

Este autor definiu cinco outras estratégias de regulação emocional, sendo elas (Almeida, 2006):

1. **A selecção da situação**, referindo-se ao comportamento de evitar ou aproximar-se de certas pessoas, lugares ou coisas de forma a regular a emoção;
2. **Modificação da situação**, diz-nos que depois de seleccionada, a situação pode ser alterada de forma a modificar o seu impacto emocional. Esta estratégia é também designada por coping focado no problema;
3. **Atenção**, é usada para seleccionar em qual dos aspectos da situação se focará;
4. **Mudança cognitiva**, refere-se à selecção de um significado que será ligado a esse aspecto, pode ser para diminuir ou aumentar a resposta emocional ou até mesmo para modificar a sua própria emoção. O significado atribuído é importante dado que a influencia as tendências de resposta experienciais, comportamentais e fisiológicas que serão geradas numa dada situação;
5. **Modulação cognitiva**, refere-se às tentativas de influenciar as tendências de resposta depois de estas já terem sido geradas.

Uma regulação emocional ineficaz resulta em consequências emocionais, cognitivas e comportamentais desadaptativas, que podem colocar em risco a capacidade do indivíduo de adaptação à situação. Contudo, nem sempre a definição da regulação emocional tem sido consensual e são vários os construtos relacionados com a regulação emocional, nomeadamente coping, regulação de humor, reparação do humor, defesas e regulação do afecto. Com o objectivo de criar uma plataforma conceptual única de compreensão e especificação dos processos frequentemente associados à regulação emocional, apresentamos em seguida uma breve descrição de cada um deles, com especial ênfase para as diferenças entre estes e o processo de regulação emocional (Machado Vaz, 2009). Existem vários construtos relacionados com a regulação emocional, Gross (1998 cit in Machado Vaz, 2009), define-os como:

- **O coping**, que difere da regulação emocional visto o seu objectivo primário ser a diminuição de experiências emocionais negativas e a selecção como unidades de análise, as interacções do indivíduo com o meio;
- **O humor**, que é um estado diferente de uma emoção, dado que apresenta tendências de resposta de acção menos definidas, quando comparada com regulação emocional, a regulação do humor tem como principal objectivo a modificação da experiência emocional e não o comportamento decorrente da tal como as estratégias de coping;
- **As defesas**, que definem o processo de regulação como inconsciente, que se caracteriza por uma diminuição das experiências emocionais negativas;
- **A regulação do afecto**, que é conceptualizado como uma supracategoria, incluindo não só a regulação emocional, mas também a regulação de todas as formas de afecto.

A regulação emocional desempenha assim um papel fundamental no estabelecimento, motivação e organização do comportamento adaptativo, prevenindo níveis de stress elevados.

**Parte II – Investigação sobre a influencia da Regulação Emocional e o
Ambiente Laboral na Qualidade de Vida dos Cuidadores formais dos
Centros de dia e Serviços de Apoio Domiciliário**

Capítulo 6. Metodologia

6.1 Introdução

Este capítulo começa por descrever os objectivos que orientam a investigação, de seguida descreve o método detalhado, caracterizando a amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos efectuados, resultados obtidos, culminando com a discussão dos resultados obtidos.

6.2 Objectivos

O objectivo geral desta investigação é contribuir para o estudo da Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais de idosos, no contexto de Centro de Dia e/ou Apoio Domiciliária., relacionando-a com a Regulação Emocional e com o Ambiente Laboral.

A partir deste objectivo, definiu-se como objectivos específicos:

- a) Avaliar a Qualidade de Vida nos cuidadores formais;
- b) Avaliar o ambiente laboral dos cuidadores formais;
- c) Analisar as estratégias de regulação emocional mais utilizadas pelos cuidadores formais;
- d) Analisar a influência das variáveis socioeconómicas e profissionais na qualidade de vida;
- e) Analisar a relação existente entre a qualidade de vida, ambiente laboral e regulação emocional.

6.3 Caracterização da amostra

A amostra desta investigação é designada por amostra por conveniência⁵, uma vez que, a selecção da amostra teve por base os locais que se mostraram disponíveis para colaborar.

Sendo assim, a amostra final é composta por 36 indivíduos, pertencentes ao Centro Social de Argoncilhe (7), Centro Social Padre José Coelho (7), Centro Social “O Jardim” (8), Centro de Dia de Sandim (10), Centro de Dia de Pedrouços (2) e Centro de Dia de Milheirós (2).

No que concerne ao sexo, verifica-se claramente um predomínio da população feminina (94,4%), tendo-se registado apenas dois sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos ($M=36,94; DP=8,007$)

A maioria dos participantes no estudo é casado (58,3%), existindo também solteiros (27,8), a viver em união de facto (5,6%), divorciados (5,6%) e (2,8%) viúvos - (tabela 1).

⁵ Amostra por conveniência ou amostra não probabilística – “a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida” (Smith, 1975 cit in Pais Ribeiro, 1999c, P.53).

Tabela 1 – Distribuição da amostra total relativamente às características sociodemográficas

		N	%
Género	Masculino	2	5,6
	Feminino	34	94,4
	Total	36	100,0
Estado Civil	Solteiro/a	10	27,8
	Casado/a	21	58,3
	União de Facto	2	5,6
	Divorciado/a	2	5,6
	Viúvo/a	1	2,8
	Total	36	100,0

Dos participantes do estudo, 61,1% refere ter filhos, 36,1% dos quais têm 2 filhos, 16,7% têm 1 filho e 8,3% têm 3 filhos (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra total relativamente às características sociodemográficas

Número de Filhos	N	%
1	6	16,7
2	13	36,1
3	3	8,3
NR	14	38,9
Total	36	100,0

Dos participantes do estudo, a amostra encontra-se distribuída por diversos anos de escolaridade, sendo que 2,8% têm 4 anos, 13,9% têm 6 anos, 44,4% têm 9 anos, 5,6% têm 11 anos, 27,8% têm 12 anos, 2,8% têm 15 anos e 2,8% têm 17 anos de escolaridade.

Quanto às variáveis profissionais, verifica-se que no que concerne às categorias profissionais, os sujeitos distribuem-se da seguinte forma: 2,8% (N=1) é assistente social, 2,8% (N=1) é educadora social, 69,4% (N=25) é auxiliar de acção directa, 13,9% (N=5) é auxiliar de serviços gerais, 5,6% (N=2) é motorista e 2,8% (N=1) exerce trabalho voluntário. 27,8% dos participantes exerce a sua actividade profissional há 2 anos, 13,9% há 1 ano, 11,1% há 5 anos, 5,6% há 10 anos, 2,8% há 4 anos, 2,8% há 7 anos e 2,8% exerce há 8 anos. No entanto, especificamente no local a onde exercem actualmente funções, 22% dos participantes trabalham há 2 anos, 13,9% há 3 anos,

11,1% há 1 ano, 8,3% há 5 anos, 8,3%,há 10 anos, 5,6% há 7 anos, 2,8% há 6 anos, 2,8% há 8 anos e 2,8% (trabalham há 9 anos. 86,1% (N=31) dos participantes trabalha em regime normal e 8,3% (N=3) trabalha em regime parcial (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra relativamente às características profissionais

	Anos que exerce neste local de trabalho		Anos de actividade profissional	
	N	%		
1	4	11,1	5	13,9
2	8	22,2	10	27,8
3	5	13,9	5	13,9
4	2	5,6	1	2,8
5	3	8,3	4	11,1
6	1	2,8	2	5,6
7	2	5,6	1	2,8
8	1	2,8	1	2,8
9	1	2,8	0	0,0
10	3	8,3	2	5,6
NR	6	16,7	5	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

Dos participantes, a maioria (66,7%) não trabalha por turnos, verificando-se que apenas 19,4% (N=7) o faz.

No que respeita à acumulação de funções, com outras, 91,6% respondeu que não acumulam. Existe apenas três sujeitos que acumulam funções no centro de saúde (5,6%, N=2), ou dentro da própria instituição (2,8%, N=1).

Quando questionados sobre se gostariam de mudar de profissão, apenas 16,7% (N=6), respondeu afirmativamente.

Relativamente aos aspectos gratificantes da profissão que exercem, refiram a realização pessoal e profissional (27%,0), 25% as relações interpessoais com utentes e profissionais, 19,4% o auxílio na recuperação e na Qualidade de vida do utente, o reconhecimento profissional, e 2,8%, como os aspectos principais

Como aspectos desgastantes da profissão, 47% da amostra (N=17), referem o desgaste físico, emocional/psicológico e social, e os restantes referem os conflitos de funções, a não colaboração dos utentes no seu processo de recuperação, condições de trabalho inadequado e o insucesso na recuperação dos utentes (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente às características profissionais

Aspectos Gratificantes		Aspectos desgastantes			
	N	%		N	%
Realização pessoal e profissional	10	27,0	Desgaste físico, emocional/psicológico e social	17	47,0
Relações interpessoais com utentes e profissionais	9	25,0	Conflitos de funções	1	2,8
Auxílio na recuperação e na Qualidade de vida do utente	7	19,4	Não colaboração dos utentes no seu processo de recuperação	1	2,8
Reconhecimento profissional	1	2,8	Condições de trabalho inadequado	1	2,8
			Insucesso na recuperação dos utentes	1	2,8
NR	9	25,8	NR	16	40,8
Total	36	100,0	Total	36	100,0

No que respeita às distâncias na deslocação de casa para o local de trabalho, 80,6% dizem viver num raio de entre 0 a 10 km, enquanto os restantes referem viver entre os 10 e os 50 km de distância (tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição da amostra relativamente às características profissionais

Distância de casa ao local de trabalho	N	%
0-10 km	29	80,6
10-50 km	7	19,4
Total	36	100,0

No que concerne às modificações nas suas vidas pessoais em prol da sua profissão, a maioria dos sujeitos (69,4%), referiram não terem tido a necessidade de efectuar quaisquer alterações. No entanto, dos 22,2% (N=8), que referem alterações nas suas vidas pessoais, a maioria (N=6), não as consideraram prejudiciais.

Relativamente ao seu estado de saúde e ao impacto do mesmo na actividade profissional, constatou-se que 88,9% (N=32) refere não sofrer de qualquer tipo de doença, distribuindo-se os restantes por vários tipos de doença. Neste sentido, no último ano, 25% (N=9) dos participantes da amostra, faltaram ao serviço por baixa médica num período entre 4 e 30 dias, sendo que 61,1% (N=22) não se viram obrigados a tal.

Quando questionados sobre a ingestão frequente de ansiolíticos ou antidepressivos, verificou-se que 94,4% (N=34), referem não necessitar dos mesmos. Nos tempos livres, 52,8% (19) referem não possuir qualquer actividade de lazer, dos 41,7%, que referem possuir actividades de lazer, apenas 33,3% (N=12) o fazem semanalmente.

6.4 Instrumentos

6.4.1. Questionário Sócio demográfico e Profissional

Para a obtenção dos dados sócio demográficos da população alvo, elaborou-se um questionário sócio demográfico, com 23 questões fechadas e 9 abertas, com o objectivo de obter informações e avaliar variáveis sócio demográficas (questões de 1 a 11), aspectos como a idade, género, estado civil, habilitações académicas, composição do agregado familiar, variáveis clínicas

(questões de 12 a 17), variáveis profissionais (questões de 18 a 30) e variáveis de lazer (questões 31 e 32), relevantes para o estudo. (Anexo A).

6.4.2 Questionário da Regulação emocional (Emotion Regulation Questionnaire de Gross & John, 2003)

O Emotion Regulation Questionnaire foi desenvolvido por Gross & John (2003) e validado e adaptado para a população portuguesa por Machado Vaz e Martins (2008). É um instrumento que tem como objectivo avaliar as estratégias de Regulação Emocional e das diferenças individuais na utilização destas estratégias em situações específicas, assim como compreender as implicações destas estratégias de regulação emocional em indivíduos com percursos adaptativos e desadaptativos Este instrumento é constituído por 10 itens, divididos em duas subescalas, em que a sua avaliação é numa escala de Lickert⁶ (Gross & John, 2003 cit in Machado Vaz, 2009).

Sendo as duas subescalas as seguintes (Gross & John, 2003 cit in Machado Vaz, 2009):

Reavaliação Cognitiva – está relacionada com uma maior probabilidade de experimentação de emoções positivas e menos negativas, indicando um indivíduo com perfil afectivo positivo, ou seja, um indivíduo que se esforça para lidar com as situações que envolvem emoções. Fazem parte desta subescala os itens 1, 3, 7, 8 e 10);

Supressão Emocional – relaciona-se com a maior experimentação de emoções negativas e menos positivas, relevando a ausência de esforço para lidar com emoções, dela fazem parte os itens 2, 4, 5, 6 e 9.

A cotação destas subescalas faz-se através do somatório dos itens correspondentes a cada uma.

⁶ Escala de Lickert, “consiste numa série de afirmações em que os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância numa escala de intensidade (e.g. “concordo bastante”, “concordo”, “indeciso”, “quase sempre” ou “sempre”)” (Pais Ribeiro, 1999, p.108).

Machado Vaz e Martins (2008) fizeram a avaliação da replicabilidade do modelo de dois factores da versão original, procedendo a uma análise de componentes principais, seguidamente de rotação varimax. O teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,000$) assim como a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (0,80) verificaram a factoriabilidade da matriz das correlações. Foram retirados dois factores explicativos de 49,64% de variância. Verificou-se então que apenas um item não se integra na mesma subescala quando comparada com a versão original, o item 5 (“Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre a situação de uma forma que me ajude a ficar calmo”), que na versão original pertence à subescala Reavaliação Cognitiva mas na versão portuguesa encaixa na Supressão Emocional. Os restantes permaneceram nas mesmas subescalas (Machado Vaz & Martins, 2008).

A consistência interna revelou um valor de Alpha de Cronbach de 0,76 na subescala Reavaliação Cognitiva e 0,65 para a Supressão Emocional, de acordo com os resultados as subescalas revelam níveis aceitáveis de homogeneidade, Machado Vaz e Martins (2008) verificou também que todos os itens se correlacionam com a subescala a que estão inseridos.

Os mesmos autores avaliaram a estabilidade temporal, efectuando um teste-reteste com um intervalo de 6 semanas com 238 participantes, a análise desta permite verificar para a Subescala de Reavaliação Cognitiva com resultados de 0,44 ($p < 0,001$) e para a escala de Supressão Emocional resultados de 0,53 ($p < 0,001$), o que permite concluir que existe estabilidade temporal para ambas.

No nosso estudo, este questionário apresenta uma consistência interna boa, indicando que existe consistência e homogeneidade entre os itens do questionário (Tabela 6).

Tabela 6. - Alpha de Crombach do questionário ERQ

Alpha de Crombach	Nº de Itens
0,872	2

De acordo com estudos feitos anteriormente e pela fácil aplicabilidade deste Questionário, foi decidido aplicar à amostra, verificando e compreendendo as diferentes implicações da utilização das duas estratégias avaliadas neste instrumento, ou seja a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional.(Anexo B)

6.4.3 Questionário de Estado de saúde (Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS SF-36))

O Medical Outcomes Study Short- Form 36, foi desenvolvido por Ware e Sherbourn (1992) e traduzido e validado por Ferreira (2000a; 2000b) tem como objectivo avaliar a saúde relacionada com a qualidade de vida, assim como o bem-estar subjectivo do indivíduo, é um instrumento genérico que mede conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes para o funcionamento e bem-estar de cada um. É constituído por 36 itens, distribuídos por 8 dimensões, sendo estas avaliadas de 0 a 100, em que 0 corresponde um pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde (Ferreira 2000a cit in Almeida, 2006) . As 8 dimensões do MOS 36 são:

Função Física (FF) -.Mede a limitação para executar actividades físicas menores (e.g. vestir-se) até às actividades mais complexas (e.g. ajoelhar-se) (questões 3a – 3j);

Desempenho físico e emocional (DF) – avalia a limitação da saúde relativamente ao tipo e quantidade de trabalho executado, inclui a limitação no tipo de tarefas realizadas, a redução da quantidade de trabalho, assim como as dificuldades na realização das tarefas (questões 4a – 4d);

Dor corporal (DC) – mede a intensidade e o desconforto causados pela dor e a sua interferência nas actividades normais (questões 7 e 8);

Saúde em geral (SG) – mede o conceito da percepção relativa da saúde, não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável (questões 1, 11a – 11d);

Vitalidade (VT) – avalia os níveis de fadiga, permitindo verificar as diferenças de bem-estar (questões 9a, 9e, 9g e 9i);

Função Social (FS) – mede a quantidade e qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas mesmas (questões 6 e 10);

Desempenho emocional (DE) – mede o impacto nas actividades diárias e/ou profissionais resultantes de problemas emocionais (questões 5a – 5c);

Saúde mental (SM) – inclui questões relativas à ansiedade, depressão, a perda de controlo emocional e comportamental e bem-estar psicológico (questões 9b,9c,9f e 9h).

Estas dimensões são agrupadas em duas componentes: a componente física que inclui as dimensões função física, desempenho físico, dor corporal e saúde geral e a componente mental que engloba as dimensões saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. Para além destes dois componentes o Mos 36 avalia e compara o estado de saúde actual com o estado de saúde de um ano atrás, correspondente à Mudança de Saúde (Ferreira 2000a cit in Almeida, 2006).

Quando validado para a população portuguesa por Ferreira (2000b), foram encontrados valores de consistência interna para as 8 dimensões através do Alpha de Cronbach, verificando que a média dos coeficientes de fidelidade dos itens iguala ou excede os 0,80 excepto na dimensão função social que obteve um valor de 0,76. O autor

também avaliou a validade de conteúdo, discriminante e de critério, concluído que o instrumento apresenta boa validade (Ferreira 2000b cit in Almeida, 2006).

No nosso estudo, podemos considerar que apresenta uma consistência interna razoável, tendo em consideração o tamanho reduzido da amostra e o elevado número de itens (Tabela 7)

Tabela 7 - Alpha de Crombach do questionário MOS-36

Alpha de Crombach	Nº de Itens
0,637	36

A escolha da utilização deste instrumento no estudo deve-se ao facto de permitir relacionar a Qualidade de vida com os estados de saúde dos sujeitos. Apresentando-se de fácil aplicabilidade e resposta para a amostra. (Anexo C).

6.4.4.Wes – escala de ambiente laboral (Work Environment Scale)

É um instrumento para a avaliação do clima laboral. Foi elaborado por Moos e Insel (1974) e adaptada para a população portuguesa por Louro (1995).

A WES é utilizada para avaliar 10 dimensões diferentes do clima laboral, centrando-se na relação empregado/supervisor. É constituída por 90 itens de verdadeiro/falso. Atribuído uma cotação de 0 para as respostas falsa e 1 para as respostas verdadeira, Estes 90 itens subdividem-se em 10 subescalas, com 9 itens cada uma, contudo Moos agrupou-os em 3 dimensões, devido a similaridade entre as subescalas:

Dimensão Relacionamento - avalia o empenho, a coesão dos profissionais e o apoio e incentivo dos supervisores, engloba as subescalas envolvimento (itens 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 e 81), coesão entre colegas (itens 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62,72 e 82) e apoio do supervisor (itens 3, 13, 23, 43, 53, 63, 73 e 83);

Dimensão Desenvolvimento Pessoal – avalia o grau de incentivo dos profissionais de modo a tornarem-se auto-suficientes, a importância dada ao bom planeamento, a eficiência e cumprimento das tarefas e a pressão e urgência sentidas nos locais de trabalho, é composta pelas subescalas autonomia (itens 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74 e 84), orientação para a tarefa (itens (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75 e 85) e pressão no trabalho (itens 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76 e 86);

Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança – 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 é constituída pelas subescalas clareza (itens 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77 e 87), controlo (itens 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78 e 88), inovação (itens 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 e 89) e conforto físico (itens 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 e 90). Louro (1995) avaliou a consistência interna da escala e verificou um Alpha de Cronbach que varia entre os 0,54 e os 0,74, o que não são valores ideais, uma vez que são inferiores a 0,80, apesar disso Kline (1986 cit in Louro, 1995) refere que são valores razoáveis dado que cada subescala possui 9 itens, o que revela uma boa homogeneidade. O mesmo autor verificou a validade da escala e conclui que existe homogeneidade de conteúdo dos itens de cada escala, uma vez que obteve correlações superiores a 0,20 em todos os itens quando correlacionou item/escala. No nosso estudo, este Questionário apresenta uma consistência interna razoável (tabela 8), entre os itens constituintes.

Tabela 8- Alpha de Crombach do questionário do Ambiente Laboral (WES)

Alpha de Crombach	Nº de Itens
0,682	90

Pode-se verificar facilmente, através da análise dos resultados, que valores elevados nas subescalas envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, clareza, inovação e conforto físico indicam uma boa percepção sobre o ambiente laboral, pelo contrário, valores elevados nas subescalas pressão e controlo no trabalho referem uma má percepção do ambiente laboral (Louro, 1995). (Anexo D).

6.5 Procedimentos

O pedido de autorização para a recolha da amostra foi efectuado junto das instituições em Fevereiro de 2010, posteriormente foi também realizado o pedido de consentimento informado (Anexo E) aos elementos da amostra. No momento da recolha dos dados, foi-lhes explicado o objectivo do estudo e garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Para a administração dos instrumentos foi efectuado um protocolo que englobou todos os instrumentos para o estudo, e foram entregues a todos os cuidadores formais que trabalhavam nas instituições de recolha de dados. Foram entregues um total de 100 protocolos e recolhidos apenas 36. Houve muita dificuldade na recolha dos protocolos, dado que houve pouca disponibilidade por parte dos sujeitos para o preenchimento dos mesmos, e sobretudo, porque consideravam que os questionários podiam comprometer a sua vida profissional, mesmo sendo anónimos. Os dados recolhidos foram posteriormente submetidos a diversas análises estatísticas com recurso ao software estatístico SPSS (versão 19.0), com o objectivo de estudar as características psicométricas dos instrumentos, assim como o resultado de cada instrumento e a sua relação com a Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra.

Capítulo - 7 – Análise dos resultados

7.1. Introdução

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos no estudo realizado nesta investigação. Inicialmente descrevem-se os resultados obtidos nos 3 questionários, sendo apresentados posteriormente os estudos correlacionais entre variáveis.

7.2. Resultados obtidos no MOS-36, WES e ERQ

A análise dos resultados foi realizada através do programa SPSS, e foram escolhidas as variáveis mais pertinentes para o presente estudo, utilizou-se a análise das frequências de respostas dos testes utilizados, verificando em que dimensões estariam os melhores resultados.

A Tabela 9., apresenta os resultados obtidos no MOS-36

Tabela 9 – Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no MOS-36

Dimensões	N	Média	DP
FF	36	66,93	8,17
DF	36	49,82	35,84
DC	36	60,19	26,45
SG	36	58,44	9,75
VT	36	51,97	12,80
FS	36	75,69	20,25
DE	36	49,95	35,84
SM	36	56,94	12,94

De acordo com os resultados obtidos no Questionário de Estado de Saúde (MOSSF-36), verificamos que a Dimensão Função Social apresenta uma melhor frequência (M= 75,69), Com pior frequência aparece o Desempenho Físico (M=49,82), relacionado com a limitação da saúde no desempenho das tarefas.

Os resultados obtidos no Questionário WES, estão expostos na tabela 10.

Tabela 10 - Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no Questionário WES

		N	M	DP
Dimensão Relacionamento	Envolvimento	34	6.59	1.26
	Coessão entre Colegas	33	5.21	1.76
	Apoio do Supervisor	35	4.60	2.17
Dimensão Desenvolvimento Pessoal	Autonomia	31	4.61	1.74
	Orientação para a Tarefa	33	6.42	1.27
	Pressão no Trabalho	33	4.18	1.97
Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança	Clareza	34	7.20	1.87
	Controlo	31	4.58	1.65
	Inovação	30	5.53	1.81
	Conforto Físico	31	5.77	1.76

Ao analisarmos a tabela 8, constatamos que, de uma forma global os resultados apontam para uma melhor média na dimensão Sistemas de Manutenção e mudança, sobretudo na sub-escala clareza (M=7,20), seguida do Envolvimento (M= 6.59) e da Orientação para a Tarefa (M= 6.42), e o pior resultado está na dimensão desenvolvimento na sub-escala Pressão no Trabalho (M=4,18). Contudo, também se verificam resultados baixos nas sub-escalas Controlo (M= 4.58), Apoio do Supervisor (M= 4.60), bem como, Autonomia (M= 4.61).

Finalmente, a tabela 11., revela-nos os resultados obtidos no ERQ.

Tabela 11 - Medidas descritivas (M e DP) dos resultados obtidos no Questionário ERQ

	Nossa Amostra			Machado Vaz (2009)	
	N	M	DP	M	DP
Reavaliação Cognitiva	35	30.91	5.04	21,60	6,40
Supressão Emocional	35	23.00	4.28	13,80	4,90

No Questionário de Regulação Emocional (ERQ), a dimensão Reavaliação Cognitiva apresenta indubitavelmente resultados mais elevados (M= 30,91;DP= 5,04), do que a Supressão Emocional (M=23,00;DP= 4,28), tendo-se obtido de uma forma geral valores superiores aos obtidos por Machado Vaz na sua adaptação à população portuguesa.

7.3 Estudo Correlacional

7.3.1. Relação entre a Qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Para analisar o grau de relacionamento entre a Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais, utilizou-se o teste de correlação não paramétrico do tipo Spearman. Tendo em consideração que este coeficiente varia entre -1,000 e 1,000, quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação linear entre as variáveis, o sinal negativo significa que as variáveis variam em sentido contrário (Pestana & Gageiro,2008, p.178).

Tabela 12 – Análise Correlacional entre a variável Sociodemográficas e as dimensões do questionário

MOS- SF 36

MOS-36	Idade	Estado Civil	Filhos	Zona de Residência	Tipo de transporte	Doença	Turnos	Acumular de Funções
FF	0,310	-0,099	0,000	-0,075	0,092	-0,004	-0,296	0,167
DF	0,054	-0,134	-0,039	0,173	0,077	0,065	0,021	-0,123
DC	0,192	-0,073	0,113	-0,105	0,277	-0,320	0,086	0,246
SG	-0,075	-0,043	0,048	0,013	-0,285	0,065	0,221	-0,013

VT	0,225	0,243	-0,215	-0,157	0,249	0,226	0,237	0,149
FS	0,201	0,104	-0,171	-0,340*	0,233	-0,105	0,283	0,308
DE	0,119	-0,120	-0,119	-0,007	-0,125	0,026	0,016	-0,216
SM	-0,152	0,106	0,110	-0,104	0,226	0,190	-0,016	0,088

* $p \leq 0,05$

FF- Função Física, DF- Desempenho Físico e Emocional, DC- Dor Corporal, SG- Saúde Geral, VT- Vitalidade, FS- Função Social, DE- Desempenho Emocional, SM- Saúde Mental

Pela análise correlacional das variáveis Sociodemográficas e as subescalas da escala MOS-36, verificamos que apenas a Zona de Residência apresenta uma correlação estatisticamente significativa ($r = -0,340$; $p \leq 0,05$) com a subescala Função Social (tabela 12).

7.3.2. Relação entre a Qualidade de vida e Ambiente Laboral

Após a análise correlacional das dimensões subjacentes à qualidade de vida e as dimensões inerentes ao Ambiente laboral, verificamos que apenas o Desempenho físico e o Desempenho emocional, se correlacionam com a WES em todas as sub-escalas à exceção da Pressão no trabalho e do Controle (Tabela 13).

Tabela 13- Análise correlacional as dimensões do questionário MOS-36 e as dimensões do questionário WES

WES MOS-36	Envolvi- mento	Coesão entre Colegas	Apoio do Supervis- or	Autonom- ia	Organiza- ção no trabalho	Pressão no trabalho	Clareza	Controle	Inovação	Conforto físico
FF	0,050	-0,036	-0,023	-0,256	0,158	0,138	-0,014	-0,145	-0,224	-0,078
DF	-0,388*	-0,393*	-0,383*	0,466**	-0,411*	0,196	-0,408*	0,108	-0,395*	0,475**
DC	-0,155	-0,201	-0,161	-0,154	-0,075	0,033	0,061	0,222	-0,055	-0,111
SG	0,021	0,180	-0,179	0,059	0,106	-0,175	0,121	-0,114	0,199	0,143
VT	0,139	0,106	-0,032	0,097	0,217	-0,261	0,328	0,155	0,062	0,066
FS	0,189	0,156	0,051	0,056	0,163	-0,248	0,230	-0,067	0,161	0,063
DE	-0,465**	-0,381*	-0,539**	-0,500**	-0,532**	0,118	0,453**	-0,083	-0,487**	-0,401*
SM	-0,071	0,166	-0,054	0,124	0,302	-0,051	0,149	--	-0,186	0,063

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

A Dimensão física, correlaciona-se negativamente e de uma forma estatisticamente significativa com o Envolvimento ($r = -0,388$; $p \leq 0,05$), Coesão entre Colegas ($r = -0,393$; $p \leq 0,05$), Apoio Social ($r = -0,383$; $p \leq 0,05$), Clareza ($r = -0,408$;

$p \leq 0,05$), Inovação ($r = -0,395$; $p \leq 0,05$) e Conforto Físico ($r = -0,475$; $p \leq 0,01$). A mesma subescala apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa com a dimensão Autonomia ($r = 0,466$; $p \leq 0,01$).

Relativamente à subescala Desempenho Emocional, podemos observar uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão Envolvimento ($r = -0,465$; $p \leq 0,01$), Coesão entre Colegas ($r = -0,381$; $p \leq 0,05$), Apoio Social ($r = -0,539$; $p \leq 0,01$), Autonomia ($r = -0,500$; $p \leq 0,01$), Organização no trabalho ($r = -0,532$; $p \leq 0,01$), Clareza ($r = -0,453$; $p \leq 0,01$), Inovação ($r = -0,487$; $p \leq 0,01$) e Conforto Físico ($r = -0,401$; $p \leq 0,05$) (tabela 13).

7.3.3. Relação entre a Qualidade de vida e Regulação Emocional

Através da análise da relação entre a escala do estado de Saúde (MOS-36) e a escala de Regulação Emocional (ERQ), foi possível observar que não existe correlações estatisticamente significativas entre as subescalas e as dimensões das respectivas escalas.

Tabela 14- Análise correlacional as dimensões do questionário MOS-36 e as dimensões do questionário ERQ

	ERQ	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
MOS-36			
FF		-0,106	0,004
DF		-0,310	-0,247
DC		-0,178	-0,007
SG		0,053	0,017
VT		0,211	0,283
FS		-0,008	0,109
DE		-0,228	-0,099
SM		0,172	0,255

Capítulo 8 - Discussão dos resultados

Perante a os resultados obtidos podemos caracterizar a amostra como sendo a maioritariamente constituída por mulheres (33 mulheres e 2 homens), pelo que não se efectuou qualquer estudo relacionado com o género dos cuidadores, contudo podemos dizer que de acordo com vários estudos sobre cuidadores, tanto formais como informais que os cuidadores de pessoas idosos são sobretudo mulheres.

A média de idades da amostra é de 36,94 anos), sendo a maioria casada , com filhos , contudo este dado não se pode considerar relevante porque existem 14 indivíduos que não responderam à questão.

Relativamente às questões profissionais a maioria possui a categoria de auxiliar de acção directa, a maioria não trabalha por turnos nem acumula funções com esta actividade, exercem funções no mesmo local há 2 anos e mantêm a mesma profissão também a 2 anos. A maioria refere como aspecto mais gratificante de cuidar de idosos a

realização pessoal e profissional e como aspecto mais negativo o desgaste físico, emocional e psicológico.

Relativamente às escalas utilizadas podemos verificar que na escala que avaliou o estado de saúde dos cuidadores (MOS-36), os resultados de cada subescala variam de 0 e 100, e podemos verificar que a subescala que apresentou melhor média foi a Função Social, o que significa que os cuidadores não referem influência dos seus problemas físicos e emocionais nas suas actividades sociais, o que vai de encontro ao que Seidle e Zannon (2004, cit in Leal, 2008) referiu quando abordou o conceito de Qualidade de vida, dado que esta depende sobretudo da personalidade dos indivíduos, pela sua auto-estima e respeito pelos outros e saber manter as relações sociais. Assim como também Noronha (2009) refere que a personalidade afecta o modo como o individuo percebe os acontecimentos, e de acordo com os resultados, os cuidadores não deixam que os seus problemas afectem as suas relações sociais, a sua interacção social, podendo neste caso serem os próprios idosos os alvos de interacção social. O facto de a maior parte dos cuidadores serem casados, terem filhos e viverem relativamente perto do local de trabalho, aliada ao facto de considerarem que o trabalho não afectou as outras áreas das suas vidas, justifica esta elevada função social, comparativamente a outras dimensões.

A subescala que obteve uma pior média foi o Desempenho Físico e Emocional, o que significa que os cuidadores referem limitações de saúde relativamente ao tipo e quantidade de trabalho e tarefas efectuadas, o que segundo Minayo (2010) condiciona a Qualidade de vida destes profissionais. Aliás, quando questionados sobre os aspectos mais desgastantes da profissão, o desgaste físico, psicológico e emocional foi o mais referenciado pela amostra. Apesar disso, não nos podemos esquecer que os cuidadores maioritariamente referem uma boa saúde (ausência de problemas de saúde), que se

traduz numa baixa taxa de absentismo laboral e extremamente baixo consumo de ansiolíticos ou antidepressivos.

O desgaste físico e emocional, pode ser facilmente compreendido pelo excessiva pressão no trabalho a que estão sujeitos (de acordo com resultados obtidos na WES), pela tendência natural para uma elevada dependência dos idosos o que representa um maior esforço físico por parte dos cuidadores, e pelo sentimento de impotência perante esta mesma dependência. A reforçar esta ideia, surge o facto de salientarem a “não colaboração dos utentes” na sua própria recuperação, como o terceiro aspecto mais desgastante da sua profissão.

Relativamente ao ambiente laboral, constatou-se que apesar dos resultados obtidos na três dimensões não serem muitos díspares, a dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança, foi aquela que apresentou valores mais elevados. Fazendo uma análise intra e inter dimensões, através das subescalas que as compõem, verifica-se que a subescala Clareza (dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança), apresenta a média mais elevada, o que indica que os cuidadores têm elevado nível de conhecimento das tarefas, planos e expectativas diárias. A esta, seguem-se a subescala Orientação para a tarefa (dimensão Desenvolvimento Pessoal) e o Envolvimento (dimensão Relacionamento). Um bom conhecimento das suas tarefas (clareza), permite obviamente que os cuidadores possam estar mais facilmente orientados para a tarefa. Por sua vez, o envolvimento pode de alguma forma, ajudar-nos a compreender os resultados obtidos no questionário anterior, sobretudo ao nível da Dimensão Emocional.

No que concerne aos valores mais baixos, verifica-se que a média mais baixa foi obtida pela subescala Pressão no Trabalho (dimensão Desenvolvimento Pessoal), o que significa que os níveis de urgência e pressão no ambiente laboral são reduzidos;

seguindo-se o Apoio do Supervisor (dimensão Desenvolvimento Pessoal) e o Controlo (dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança).

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Moos e Insel (1974), e que revelam que médias altas nas subescalas Pressão no trabalho e Controlo, predizendo uma percepção menos boa do ambiente de trabalho. Por conseguinte, podemos considerar que cuidadores da nossa amostra, apresentam uma avaliação positiva do seu ambiente laboral, a qual pode relacionar-se com o facto de a amostra ser maioritariamente composta por indivíduos que trabalham a apenas 2 - 3 a anos na Instituição de recolha da mostra. Desta forma, ainda não estão expostos ao efeito cumulativo do tempo de trabalho. Para além disso, não nos podemos esquecer de que, os primeiros anos de uma actividade laboral se caracterizam pelo elevado número de expectativas que se traduzem numa maior dedicação. È precisamente esta excessiva dedicação aliada às expectativas por vezes irrealistas (e.g. “vou conseguir mudar a condição de vida destas pessoas”), que, numa fase posterior, poderão estar na origem de níveis elevados de stress, E isso é de alguma forma referido pela amostra, quando definem a falta de motivação dos utentes no seu processo de reabilitação, como um dos aspectos mais stressantes da sua profissão.

No que concerne à Regulação Emocional (ERQ), encontramos uma melhor média na estratégia Reavaliação Cognitiva, comparativamente à Supressão Emocional, o que significa segundo Gross e John (2003, cit in Machado Vaz, 2009) que os cuidadores experimentam com mais frequência emoções positivas e menos negativas, relacionando-se com os indicadores de funcionamento positivo. Segundo estes mesmos autores, os indivíduos que utilizam esta estratégia de regulação emocional, estão mais satisfeitos com a vida, são mais optimistas e possuem maior auto-estima, maior aceitação de objectivos. Estudos efectuados por Gross & John (2003), referem que a

reavaliação cognitiva actua antes do processo emocional o que permite que o cuidador, modifique não só a expressão emocional mas também o que experienciam, e assim partilhar com os outros. Estes indivíduos perante situações stressantes mantêm-se optimistas, conseguindo verificar o que provoca a situação stressante e agir de forma a reparar a situação. A nível da saúde, os cuidadores que utilizam a reavaliação cognitiva apresentam menos sintomas depressivos.

Muito pelo contrário, os indivíduos que apresentam valores elevados de Supressão Emocional, são pouco autênticos, enganam-se uns aos outros à cerca das emoções que estão a sentir, são menos claros e obviamente possuem menos eficácia na regulação emocional, dado que esta só ocorre no final do processo, envolve mais emoções negativas e menos positivas. Estes pessoas têm mais tendência para apresentar sintomas depressivas e encontram-se menos satisfeitos com a vida (Gross & John, 2003). Neste contexto, os resultados por nós obtidos, isto é, uma média significativamente mais baixa nesta dimensão, revela-nos estar perante cuidadores que apresentam uma boa regulação emocional.

No estudo da relação da Qualidade de Vida com a escala de Ambiente Laboral, os resultados apontam para uma maior relação entre a subescala Desempenho Emocional, do questionário MOS-36 e a subescala Apoio do Supervisor, do questionário WES, o que significa variam em sentidos contrários, à medida que uma variável aumenta a outra diminui. À medida que os líderes motivam e incentivam os cuidadores e criam ambientes favoráveis no local de trabalho, diminui o impacto dos problemas físicos e emocionais nas tarefas desempenhadas, o que vai de encontro ao que Chiavenato (2004) refere, que o clima organizacional está intimamente ligado com o grau de motivação dos indivíduos, ou seja, quanto mais motivados, melhor percebem o ambiente laboral e mais eficientes são no desempenho das suas tarefas.

Verificamos também uma relação entre a subescala Desempenho Físico e Emocional e a subescala Autonomia, mas aqui a relação ocorre na mesma direcção, ou seja, o Desempenho Físico e Emocional aumenta ou diminui quando o grau de Autonomia também aumenta ou diminui, a limitação da saúde relativamente ao desempenho das tarefas não é influenciada com a forma que os superiores estimulam a iniciativa e auto-eficiência dos cuidadores, pois a saúde não depende do grau de motivação dos cuidadores, refere também ao bem-estar físico, mental e psicológico no ambiente de trabalho (Muchinsky, 2003).

Quanto à relação entre a Qualidade de Vida e a Regulação Emocional, não se verificou nenhuma relação significativa, o que significa que as estratégias emocionais utilizadas pelos cuidadores em nada interferem com a sua Qualidade de Vida. Apesar disso, tal como já foi referido anteriormente, a utilização preferencial da reavaliação promove a saúde física e mental (Gross & John, 2003). Neste sentido, a ausência de relação entre as duas escalas poderá ter sido condicionado acima de tudo pelo tamanho reduzido da amostra.

Conclusão

É importante referir as limitações encontradas no decorrer no estudo da Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais.

A maior limitação centra-se obviamente no tamanho reduzido da amostra que condicionou não só o tratamento estatístico em si, mas também os resultados obtidos. Tal facto, deve-se essencialmente ao conteúdo dos instrumentos e suas implicações profissionais, caso os superiores hierárquicos tivessem acesso aos resultados. Apesar de lhes ser garantida a confidencialidade dos resultados, sabiam que os mesmos se destinavam à redacção de um documento público, que apesar de não conter os seus dados directamente, o poderiam fazer indirectamente, ao saber-se serem provenientes de determinadas instituições. O medo de represálias, impediu a constituição de uma amostra mais ampla. A ausência de uma avaliação da saúde mental, de uma forma mais directa, foi um dos outros elementos responsáveis pelos resultados obtidos, acreditando-se que poderia ter enriquecido os mesmos.

No entanto, na ausência de estudos deste cariz no âmbito nacional, ou seja, com cuidadores formais de idosos, considera-se que os resultados obtidos são importantes, apesar de terem ficado aquém das expectativas.

Espera-se que esta investigação tenha contribuído de alguma forma para o estudo dos Cuidadores formais de pessoas idosas e de que forma o seu contexto laboral e as estratégias emocionais contribuem para a Qualidade de vida dos mesmos.

Verificamos que o acto de cuidar das pessoas idosas é muito mais complexo do que inicialmente se concebia. O Apoio da família e dos colegas de trabalho são fundamentais para um bom desempenho, assim como uma boa qualidade de vida.

É crucial pensar no Cuidador como pessoa e não como uma máquina sem emoções, é importante estar atento ao cuidador formal, porque também este poderá estar a precisar de ser cuidado para melhor cuidar.

Bibliografia

- Almeida, V. (2006). Somatização e expressão emocional: um estudo nos cuidados de saúde primários. Tese de doutoramento de Psicologia clínica. Instituto de educação e psicologia. Universidade do Minho. Minho.
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, desordens emocionais, Qualidade de vida e bem-estar em cuidadores formais de idosos institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho. ISMAI. 1534-1546.
- Barret, L., Gross, J., Cristensen, T. & Benvenuto, M. (2001). *Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation.*(15) 6: 713-724.
- Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). Serviços de apoio domiciliário. Lisboa: Direcção geral de Acção social.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996). Centro de dia. Lisboa: Direcção geral de acção social.
- Caldas, C. (2000): Admissão existencial da pessoa idosa e seu cuidador Disponível em <http://revistaunati.unerj.br/scielo.php/>. [Consultado em 05/09/10].
- Chiavenato, I. (2004). Comportamento organizacional. Thomson. 2 (9): 255-256.
- Damásio, A. (2003). Encontro de Espinosa. Lisboa: Europa – América.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos Cuidados a Prestar ao Idoso Institucionalizado. Revista IGT na Rede. 5 (8): 51-61.

- Gross, J. (1999). Emotion: Past, present and future. *Cognition and emotion*. 13 (5), 551-573.
- Gross, J., Richards, J. & John, O. (1999). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (eds), *emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. & John, O. (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.
- Gross, J. & John, O. (2003). Questionário de Regulação Emocional.
- Laham, C. (2003) Percepção de perdas e ganhos subjectivos de pacientes atendidos num programa de assistência domiciliar. S. Paulo.
- Lázaro, Gonzalez & Rodrigues (2006). Qualidade de vida laboral. Disponível em <http://adusach.tipod.com/calidadevidalaboral/>. [Consultado em 08/07/10].
- Leal, C. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos Açores.
- Leitão, G. & Almeida, D. (2000). O cuidador e a sua qualidade de vida. Disponível em <http://unifesp.br/denf/acta2002/13-1/pdf/art8pdf>. [Consultado em: 20/09/2010].
- Louro, C. (1995). Tradução e adaptação da work environment scale (WES) à população Portuguesa. Monografia de licenciatura em Psicologia Social e das Organizações. Lisboa: ISPA.
- Machado Vaz, F. (2009). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: tradução e validação de 2 instrumentos de avaliação para a população

Portuguesa. Tese de mestrado em Psicologia. Instituto de educação e psicologia.
Universidade do Minho. Minho

- Martins, R. (2005). A relevância do Apoio Social na Velhice. Revista ISPV.31
- Martins, M. (2004). Acção da personalidade na saúde:contributos para a qualidade de vida. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/562>. [Consultado em 10/09/2010].
- Matín, J. & Rosa, C. (2007). A Psicogeriatría dos cuidados primários. Madrid: Revisfarma, Edições Médicas
- Méndez, C., Barra, R. & Pradines, C. (2007). *Percepción de calidad de vida en personal de atención primaria de salud*. *Índex Enferm.* (16) 58.
- Minayo, M., Hartz, Z. & Buss (2010), P. Qualidade de vida: Um debate necessário. Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos2/qualidade-vida-saud/qualidade-vida-saud.shtml>. [consultado em 05/09/2010].
- Mochinsky, P. (2003). Psicologia organizacional. Thomson. (10): 301, (11): 332-345.
- Mocaiber, I.,Oliveira, L., Garcia Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Ventura, P., Figueira, I. & Volchan, E. (2008). *Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-Comportamental*. *Psicologia em estudo*. Marigá, (13)3, 531-538.
- Moos SF- 36. Questionário de Estado de Saúde.
- Moss, R. & Insel, P. (1974).The work environment scale. *Consulting Psychology press*. Inc. Palo Alto. Califórnia.
- Moos, 1986 & Louro, 1995. WES- Escala de Ambiente Laboral.
- Noronha, M. (2009). Personalidade, Autonomia e Criatividade. Um estudo com profissionais de saúde. Tese de Mestrado de Markting. FEUC. 14-21.

- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, R., Pinto, R., Morales, R., Morales, N., Silva, C., Rezende, C. & Mendonça, T. (2008). Propriedades Psicométricas do Instrumento Genérico SF-36 na Avaliação do Impacto Curricular em Estudantes do 1º ao 4º anos de Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <http://seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/issue/view/310>. [Consultado em 05/10/2010].
- Oliveira, M., Queirós, C. & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, saúde & doenças*. (2) 8:181-196.
- Pais Ribeiro, J. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus & C. Nunes (coords). *Bem-estar e qualidade de vida*. 31-49. Alcochete: Textiverso.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pestana, M & Gageiro, J.(2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo.
- Parra, M. (2003). *Conceptos basicos en la salud laboral*. Santiago, Oficina Internacional de trabalho.
- Pérez, U. (2002). El Concepto de Calidad de Vida y la Evolución de los Paradigmas de las Ciencias de la Salud. *Revista Cubana Salud Publica*. 28 (2).
- Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A Qualidade de Vida dos Sobreviventes de Cancro. *Revista Científica de Saúde Pública*. 24 (1): 37-57.
- Puigdengolas, F. (2003). *Acompanhar pessoas idosas em lares*. Paulinas.

- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto.
- Silva, M. (2006). *Nuevas perspectivas de la CVL y sus relaciones con la EFO*. Tesis doctoral. 10-23
- Triadó, C. & Vilar, F. (2007). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza editorial.
- Thomas, C. & Alchierie (2005). Qualidade de vida, Depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*. 4(1).
- Torres,A. & Tomás,E. (2002). Calidad de Vida Laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 14 (4): 828-836.
- Vinassi, A., Reis, N., Nogueira, L., Rocha, M. & marangoni, O. (2002). *Qualidade de vida no trabalho*. Pontifícia. Universidade Católica de Minas Gerais: Poços de Caldas.
- Zagher, M., Pierezen, P. & Claudino, R. (2009): Avaliação da qualidade de vida nos profissionais de saúde, que prestam assistência a doentes geriátricos. Disponível em <http://efdeports/revistadigital.com>. [consultado em 05/09/2010].

Anexo A

Questionário
Sociodemográfico e
Profissional

Anexo B

Questionário de regulação
emocional

Anexo C

Questionário do Estado de
Saúde (MOS SF-36)

Anexo D

Escala de Ambiente
Laboral (WES)

Anexo E

Consentimento

Informado

Anexo F

Artigo

Científico

**Qualidade de vida dos prestadores de cuidados de idosos em Centro de dia e
Serviços de Apoio Domiciliário: Influências das emoções e do Ambiente Laboral**

Liliana Cristina Alves Guimarães

Licenciada em Psicologia

Mestranda em Psicogerontologia

Professora Dra. Manuela Leite

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

Coordenadora do Mestrado em Psicogerontologia

Resumo

Objetivo: Estudo da Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais de idosos no contexto Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário, relacionando-a com o Ambiente Laboral e com a Regulação Emocional por meio de instrumentos de avaliação destes conceitos.

Método: Participaram neste estudo 35 cuidadores formais, avaliados por instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida, Ambiente Laboral e Regulação Emocional.

Resultados: Existe uma Qualidade de Vida razoável nos prestadores de cuidado de idosos, estes utilizam mais a estratégia Reavaliação Cognitiva na regulação emocional e no Ambiente Laboral dão mais ênfase à Função Social. Quanto a relação da Qualidade de vida, existe correlação estatisticamente significativa com o Ambiente Laboral nas subescalas Envolvimento, Coesão entre colegas, Inovação e Conforto Físico e correlação positiva estatisticamente significativa com a subescala Autonomia.

Palavras-chave: Cuidadores Formais; Qualidade de vida; Ambiente Laboral; Regulação emocional.

Abstract

Objective: Study of Quality of Life in Caregivers of elderly in the context Formal day center and Home Support Service, relating it to the Work Environment with Emotional Regulation by means of evaluation of these concepts.

Method: The sample consisted of 35 formal caregivers, assessed by means of

evaluation of Quality of Life, Work Environment and Emotional Regulation.

Results: There is a reasonable quality of life in the elderly care providers, they use more strategy reassessment in Cognitive and emotional regulation in the workplace to give more emphasis to the social function. Regarding the relationship between quality of life, there is a statistically significant correlation with the Work Environment subscales involvement, peer cohesion, innovation and physical comfort and statistically significant positive correlation with the subscale Autonomy.

Keywords: Formal caregivers, life quality, work environment, emotional adjustment.

Introdução

A Qualidade de Vida é caracterizada pelo conceito de saúde positiva, um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doença, mas também pela percepção subjectiva da satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o individuo, pela diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua experiência actual ou pela percepção do individuo face à posição na vida em termos de contexto cultural e do sistema de valores a que pertence, em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações (Pais Ribeiro, 2009).

Em termos laborais, a Qualidade de Vida refere-se ao carácter positivo ou negativo de um ambiente no local de trabalho (Torres & Tomás, 2002). Existem factores que influenciam a Qualidade de Vida no trabalho, sendo eles (Vinassi, Reis, Nogueira, Rocha e Marangoni, 2002): a *compensação justa e adequada* em termos de remuneração recebida pelo trabalho efectuado, *as condições de trabalho*, tendo em conta o número de horas, a carga de trabalho, o ambiente saudável e também o stress, *o uso e desenvolvimento da capacidade* no que diz respeito às oportunidades que o indivíduo tem de aplicar as suas aptidões, *oportunidade de crescimento e segurança*, se a instituição permite ao profissional o desenvolvimento pessoal e segurança no

emprego, *integração social na organização*, referente aos direitos que os profissionais possuem no seu local de trabalho.

A Qualidade de vida dos Cuidadores, segundo Leitão e Almeida (2000), depende da sua auto-avaliação, de se confrontar com as suas capacidades e limitações, ter consciência dos seus medos e saber o que é importante para si, a Qualidade de Vida é saber viver com o seu saber. Estes profissionais têm a Qualidade de vida condicionada por situações que causam stress, pelas próprias exigências da tarefa de cuidador, pela exaustão emocional e pela ansiedade (Minayo, 2010).

Por isso torna-se pertinente estudar a influência que o Ambiente Laboral e a Regulação Emocional têm sobre a Qualidade de vida dos cuidadores.

O Ambiente Laboral para Parra (2003), consiste no habitat laboral, tudo o que envolve directa e indirectamente o local onde as pessoas desempenham as suas funções profissionais, de modo a obter meios para a sua sobrevivência e desenvolvimento equilibrado. Tendo relacionados os conceitos Clima organizacional, que se refere à qualidade do ambiente psicológico de uma organização em decorrência do estado motivacional dos profissionais, podendo ser favorável ou desfavorável (Chiavenato, 2004). E a satisfação no trabalho (Muchinsky, 2003), refere-se ao grau de prazer que uma pessoa sente ao desempenhar as tarefas laborais.

A Regulação Emocional é definida pelas estratégias conscientes/inconscientes que permitem manter, aumentar ou diminuir componentes da resposta emocional (Gross, 1998, 2002; John & Gross, 2004; Mauss, Evers, Wilhelm & Gross, 2006; Ochsner & Gross, 2005 cit in Mocaiber, Oliveira, Pereira, Machado-Pinheiro, Ventura, Figueira & Volchan, 2008). Sendo elas a Reavaliação Cognitiva, que segundo Machado – Vaz (2009) refere-se á probabilidade dos indivíduos experimentarem mais emoções positivas em detrimento das negativas, sendo estes mais esforçados em lidar com

situações que envolvem emoções. E a Supressão Emocional que é definida pelo mesmo autor pela probabilidade da ocorrência das emoções negativas e menos emoções positivas, sendo os indivíduos que utilizam esta estratégia caracterizados pela ausência de esforços para lidar com emoções.

O objectivo geral deste estudo contribuir para o estudo da Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais de idosos em contexto Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário e as influências do Ambiente Laboral e da Regulação Emocional, por meios de avaliação que permitiram medir e avaliar a Qualidade de Vida, o Ambiente Laboral e a Regulação Emocional. Foi utilizados os instrumentos Questionário de Estado de saúde (MOS-SF 36) , a Escala de Ambiente Laboral (WES) e o Questionário de Regulação Emocional (ERQ).

Métodos

Como objectivos específicos deste estudo definiu-se a avaliação da Qualidade de Vida dos cuidadores formais, o Ambiente Laboral e avaliar as estratégias de regulação emocional utilizadas por estes. A influência das variáveis sociodemográficas e profissionais dos cuidadores e relacionar a Qualidade de Vida com o Ambiente Laboral e Regulação Emocional.

A amostra era constituída maioritariamente por mulheres (34 mulheres e 2 Homens), com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos ($M = 36,94$; $DP = 8,007$), sendo 58,3% casados, 27,8% solteiros e os restantes divorciados, em união de facto e viúvos. Da amostra 61,1% tem filhos, possuindo a maioria 2 filhos (36,1%).

Procedimentos

No momento da recolha dos dados, foi-lhes explicado o objectivo do estudo e garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Para a administração dos instrumentos foi efectuado um protocolo que englobou todos os instrumentos para o

estudo, e foram entregues a todos os cuidadores formais que trabalhavam nas instituições de recolha de dados. Foram entregues um total de 100 protocolos e recolhidos apenas 36. Houve muita dificuldade na recolha dos protocolos, dado que houve pouca disponibilidade por parte dos sujeitos para o preenchimento dos mesmos, e sobretudo, porque consideravam que os questionários comprometiam a sua vida profissional, mesmo sendo anónimos. Os dados recolhidos foram posteriormente submetidos a diversas análises estatísticas com recurso ao software estatístico SPSS (versão 19.0), com o objectivo de estudar as características psicométricas dos instrumentos, assim como o resultado de cada instrumento e a sua relação com a Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra.

Instrumentos

Questionário Sócio demográfico e Profissional, utilizado com o objectivo de obter dados sócio demográficos da população alvo, elaborou-se um questionário sócio demográfico, com 23 questões fechadas e 9 abertas.

Questionário da Regulação emocional (Emotion Regulation Questionnaire de Gross & John, 2003), tem como objectivo avaliar as estratégias de Regulação Emocional e das diferenças individuais na utilização destas estratégias em situações específicas. Sendo constituída por duas subescalas seguintes (Gross & John, 2003 cit in Machado Vaz, 2009): **Reavaliação Cognitiva** – está relacionada com uma maior probabilidade de experimentação de emoções positivas e menos negativas, indicando um indivíduo com perfil afectivo positivo, ou seja, um indivíduo que se esforça para lidar com as situações que envolvem emoções. **Supressão Emocional** – relaciona-se com a maior experimentação de emoções negativas e menos positivas, relevando a ausência de esforço para lidar com emoções.

Questionário de Estado de saúde (Medical Outcomes Study Short- Form 36 (MOS SF-36)), tem como objectivo avaliar a saúde relacionada com a qualidade de vida, assim como o bem-estar subjectivo do indivíduo. Possui 8 dimensões que são: **Função Física (FF)**, mede a limitação para executar actividades físicas menores (e.g. vestir-se) até às actividades mais complexas; **Desempenho físico e emocional (DF)**, avalia a limitação da saúde relativamente ao tipo e quantidade de trabalho executado, inclui a limitação no tipo de tarefas realizadas, a redução da quantidade de trabalho, assim como as dificuldades na realização das tarefas; **Dor corporal (DC)**, mede a intensidade e o desconforto causados pela dor e a sua interferência nas actividades normais; **Saúde em geral (SG)**, mede o conceito da percepção relativa da saúde, não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável; **Vitalidade (VT)**, avalia os níveis de fadiga, permitindo verificar as diferenças de bem-estar; **Função Social (FS)**, mede a quantidade e qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas mesmas; **Desempenho emocional (DE)**, mede o impacto nas actividades diárias e/ou profissionais resultantes de problemas emocionais e **Saúde mental (SM)**, inclui questões relativas à ansiedade, depressão, a perda de controlo emocional e comportamental e bem-estar psicológico.

Wes – escala de ambiente laboral (Work Environment Scale), é utilizada para avaliar 10 dimensões diferentes do clima laboral, centrando-se na

relação empregado/supervisor. Subdivide-se em 10 subescalas, com 9 itens cada uma, contudo Moos agrupou-os em 3 dimensões, devido a similaridade entre as subescalas:

Dimensão Relacionamento - avalia o empenho, a coesão dos profissionais e o apoio e incentivo dos supervisores, engloba as subescalas envolvimento, coesão entre colegas e apoio do supervisor; **Dimensão Desenvolvimento Pessoal**, avalia o grau de incentivo dos profissionais de modo a tornarem-se auto-suficientes, a importância dada ao bom

planeamento, a eficiência e cumprimento das tarefas e a pressão e urgência sentidas nos locais de trabalho, é composta pelas subescalas autonomia, orientação para a tarefa e pressão no trabalho e **Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança**, 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 é constituída pelas subescalas clareza, inovação e conforto físico.

Resultados

Na análise dos resultados verifica-se na Qualidade de vida uma melhor média na subescala Função Social (M =75,69; DP = 20,25) (tabela 1), no Ambiente Laboral apresentam melhor média na dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança, na subescala Clareza (M =7,20; DP =1,87) (tabela 2) e utilizam mais a estratégia Reavaliação Cognitiva na regulação emocional (M =30,91; DP= 5,04). (tabela 3)

Tabela 1 – Frequências do questionário MOS-SF 36

Dimensões	N	Média	DP
FF	36	66,93	8,17
DF	36	49,82	35,84
DC	36	60,19	26,45
SG	36	58,44	9,75
VT	36	51,97	12,80
FS	36	75,69	20,25
DE	36	49,95	35,84
SM	36	56,94	12,94

Tabela 2 – Frequências relativas ao Questionário de Ambiente Laboral

Dimensões	Subescalas	N	Média	DP
Relacionamento	Envolvimento	34	6,59	1,26
	Coesão entre colegas	33	5,21	1,76
	Apoio do supervisor	35	4,60	2,17
Desenvolvimento pessoal	Autonomia	31	4,61	1,74
	Organização no Trabalho	33	6,42	1,27
	Pressão no Trabalho	33	4,18	1,97
Sistemas de Manutenção e de Mudança	Clareza	34	7,20	1,87
	Controlo	31	4,58	1,65
	Inovação	30	5,53	1,81
	Conforto físico	31	5,77	1,76

Tabela 3 – Frequências relativas ao Questionário de Regulação Emocional

Dimensões	N	Média	DP
Reavaliação Cognitiva	35	30,91	5,04
Supressão Emocional	35	23,00	4,28

Na análise correlacional utilizou-se o teste não-paramétrico de Spearman.

Na análise da relação entre a Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais, verificou-se que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r = 0,340$; $p \leq 0,05$) entre a subescala Função Social e a variável Zona de Residência. (tabela 4)

Tabela 4 – correlações estatisticamente significativas entre a Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais

	Zona de Residência
MOS-36 Função Social	-0,340*

* $p \leq 0,05$

Quanto à relação entre Qualidade de Vida e Ambiente Laboral, verificou-se que existe correlações negativas estatisticamente significativas entre a subescala Desempenho Físico e Emocional e a subescala Envolvimento ($r = -0,388$; $p \leq 0,05$), Coesão entre Colegas ($r = -0,393$; $p \leq 0,05$), Apoio Social ($r = -0,383$; $p \leq 0,05$), Clareza ($r = -0,408$; $p \leq 0,05$), Inovação ($r = -0,395$; $p \leq 0,05$) e Conforto Físico ($r = -0,475$; $p \leq 0,01$). A mesma subescala apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa com a dimensão Autonomia ($r = 0,466$; $p \leq 0,01$). (tabela 5)

Relativamente à subescala Desempenho Emocional, podemos observar uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão Envolvimento ($r = -0,465$; $p \leq 0,01$), Coesão entre Colegas ($r = -0,381$; $p \leq 0,05$), Apoio Social ($r = -0,539$;

$p \leq 0,01$), Autonomia ($r = -0,500$; $p \leq 0,01$), Organização no trabalho ($r = -0,532$; $p \leq 0,01$), Clareza ($r = -0,453$; $p \leq 0,01$), Inovação ($r = -0,487$; $p \leq 0,01$) e Conforto Físico ($r = -0,401$; $p \leq 0,05$). (tabela 5)

Tabela 5 – Correlações estaticamente significativas entre a Qualidade de Vida e o Ambiente

Laboral

WES MOS-36	Envolvi- mento	Coesão entre Colegas	Apoio do Supervis- or	Organiza- ção no trabalho	Pressão no trabalho	Clareza	Inovação	Conforto físico
DF	-0,388*	-0,393*	-0,383*	-0,411*	--	-0,408*	-0,395*	-0,475**
DE	-0,465**	-0,381*	-0,539**	-0,532**	--	-0,453**	-0,487**	-0,401*

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Nas restantes subescalas não existem correlações estatisticamente significativas.

Na relação da Qualidade de Vida com a Relação Emocional, não se verifica correlações estaticamente significativas.

Discussão dos resultados

A subescala que obteve uma pior média foi o Desempenho Físico e Emocional, o que significa que os cuidadores referem limitações de saúde relativamente ao tipo e quantidade de trabalho e tarefas efectuadas, o que segundo Minayo (2010) condiciona a Qualidade de vida destes profissionais. Aliás, quando questionados sobre os aspectos mais desgastantes da profissão, o desgaste físico, psicológico e emocional foi o mais referenciado pela amostra. Apesar disso, não nos podemos esquecer que os cuidadores maioritariamente referem uma boa saúde (ausência de problemas de saúde), que se traduz numa baixa taxa de absentismo laboral e extremamente baixo consumo de ansiolíticos ou antidepressivos.

O desgaste físico e emocional, pode ser facilmente compreendido pelo excessiva pressão no trabalho a que estão sujeitos (de acordo com resultados obtidos na WES), pela tendência natural para uma elevada dependência dos idosos o que representa um maior esforço físico por parte dos cuidadores, e pelo sentimento de impotência perante

esta mesma dependência. A reforçar esta ideia, surge o facto de salientarem a “não colaboração dos utentes” na sua própria recuperação, como o terceiro aspecto mais desgastante da sua profissão.

Relativamente ao ambiente laboral, constatou-se que apesar dos resultados obtidos na três dimensões não serem muitos díspares, a dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança, foi aquela que apresentou valores mais elevados. Fazendo uma análise intra e inter dimensões, através das subescalas que as compõem, verifica-se que a subescala Clareza (dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança), apresenta a média mais elevada, o que indica que os cuidadores têm elevado nível de conhecimento das tarefas, planos e expectativas diárias. A esta, seguem-se a subescala Orientação para a tarefa (dimensão Desenvolvimento Pessoal) e o Envolvimento (dimensão Relacionamento). Um bom conhecimento das suas tarefas (clareza), permite obviamente que os cuidadores possam estar mais facilmente orientados para a tarefa. Por sua vez, o envolvimento pode de alguma forma, ajudar-nos a compreender os resultados obtidos no questionário anterior, sobretudo ao nível da Dimensão Emocional.

No que concerne aos valores mais baixos, verifica-se que a média mais baixa foi obtida pela subescala Pressão no Trabalho (dimensão Desenvolvimento Pessoal), o que significa que os níveis de urgência e pressão no ambiente laboral são reduzidos; seguindo-se o Apoio do Supervisor (dimensão Desenvolvimento Pessoal) e o Controlo (dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança).

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Moos e Insel (1974), e que revelam que médias altas nas subescalas Pressão no trabalho e Controlo, predizendo uma percepção menos boa do ambiente de trabalho. Por conseguinte, podemos considerar que cuidadores da nossa amostra, apresentam uma avaliação positiva do seu ambiente laboral, a qual pode relacionar-se com o facto de a amostra ser

maioritariamente composta por indivíduos que trabalham a apenas 2 - 3 a anos na Instituição de recolha da mostra. Desta forma, ainda não estão expostos ao efeito cumulativo do tempo de trabalho. Para além disso, não nos podemos esquecer de que, os primeiros anos de uma actividade laboral se caracterizam pelo elevado número de expectativas que se traduzem numa maior dedicação. È precisamente esta excessiva dedicação aliada às expectativas por vezes irrealistas (e.g. “vou conseguir mudar a condição de vida destas pessoas”), que, numa fase posterior, poderão estar na origem de níveis elevados de stress, E isso é de alguma forma referido pela amostra, quando definem a falta de motivação dos utentes no seu processo de reabilitação, como um dos aspectos mais stressantes da sua profissão.

No que concerne à Regulação Emocional (ERQ), encontramos uma melhor média na estratégia Reavaliação Cognitiva, comparativamente à Supressão Emocional, o que significa segundo Gross e John (2003, cit in Machado Vaz, 2009) que os cuidadores experimentam com mais frequência emoções positivas e menos negativas, relacionando-se com os indicadores de funcionamento positivo. Segundo estes mesmos autores, os indivíduos que utilizam esta estratégia de regulação emocional, estão mais satisfeitos com a vida, são mais optimistas e possuem maior auto-estima, maior aceitação de objectivos. Estudos efectuados por Gross & John (2003), referem que a reavaliação cognitiva actua antes do processo emocional o que permite que o cuidador, modifique não só a expressão emocional mas também o que experienciam, e assim partilhar com os outros. Estes indivíduos perante situações stressantes mantêm-se optimistas, conseguindo verificar o que provoca a situação stressante e agir de forma a reparar a situação. A nível da saúde, os cuidadores que utilizam a reavaliação cognitiva apresentam menos sintomas depressivos.

Muito pelo contrário, os indivíduos que apresentam valores elevados de Supressão Emocional, são pouco autênticos, enganam-se uns aos outros à cerca das emoções que estão a sentir, são menos claros e obviamente possuem menos eficácia na regulação emocional, dado que esta só ocorre no final do processo, envolve mais emoções negativas e menos positivas. Estas pessoas têm mais tendência para apresentar sintomas depressivas e encontram-se menos satisfeitos com a vida (Gross & John, 2003). Neste contexto, os resultados por nós obtidos, isto é, uma média significativamente mais baixa nesta dimensão, revela-nos estar perante cuidadores que apresentam uma boa regulação emocional.

No estudo da relação da Qualidade de Vida com a escala de Ambiente Laboral, os resultados apontam para uma maior relação entre a subescala Desempenho Emocional, do questionário MOS-36 e a subescala Apoio do Supervisor, do questionário WES, o que significa variam em sentidos contrários, à medida que uma variável aumenta a outra diminui. À medida que os líderes motivam e incentivam os cuidadores e criam ambientes favoráveis no local de trabalho, diminui o impacto dos problemas físicos e emocionais nas tarefas desempenhadas, o que vai de encontro ao que Chiavenato (2004) refere, que o clima organizacional está intimamente ligado com o grau de motivação dos indivíduos, ou seja, quanto mais motivados, melhor percebem o ambiente laboral e mais eficientes são no desempenho das suas tarefas. Verificamos também uma relação entre a subescala Desempenho Físico e Emocional e a subescala Autonomia, mas aqui a relação ocorre na mesma direcção, ou seja, o Desempenho Físico e Emocional aumenta ou diminui quando o grau de Autonomia também aumenta ou diminui, a limitação da saúde relativamente ao desempenho das tarefas não é influenciada com a forma que os superiores estimulam a iniciativa e auto-eficiência dos cuidadores, pois a saúde não depende do grau de motivação dos

cuidadores, refere também ao bem-estar físico, mental e psicológico no ambiente de trabalho (Muchinsky, 2003).

Quanto à relação entre a Qualidade de Vida e a Regulação Emocional, não se verificou nenhuma relação significativa, o que significa que as estratégias emocionais utilizadas pelos cuidadores em nada interferem com a sua Qualidade de Vida. Apesar disso, tal como já foi referido anteriormente, a utilização preferencial da reavaliação promove a saúde física e mental (Gross & John, 2003). Neste sentido, a ausência de relação entre as duas escalas poderá ter sido condicionado acima de tudo pelo tamanho reduzido da amostra.

Referências

- Chiavenato, I. (2004). *Comportamento organizacional*. Thomson. 2 (9): 255-256.
- Gross, J. & John, O. (2003). Questionário de Regulação Emocional.
- Gross, J. & John, O. (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.
- Leitão, G. & Almeida, D. (2000). *O cuidador e a sua qualidade de vida*. Disponível em <http://unifesp.br/denf/acta2002/13-1/pdf/art8pdf>. [Consultado em: 20/09/2010].
- Machado Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: tradução e validação de 2 instrumentos de avaliação para a população Portuguesa*. Tese de mestrado em Psicologia. Instituto de educação e psicologia. Universidade do Minho. Minho

- Minayo, M., Hartz, Z. & Buss (2010), P. *Qualidade de vida: Um debate necessário*. Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos2/qualidade-vida-saud/qualidade-vida-saud.shtml>. [consultado em 05/09/2010].
- Mocaiber, I.,Oliveira, L., Garcia Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Ventura, P., Figueira, I. & Volchan, E. (2008). *Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a teoria cognitivo-Comportamental*. Psicologia em estudo. Marigá, (13)3, 531-538.
- Mochinsky, P. (2003). *Psicologia organizacional*. Thomson. (10): 301, (11): 332-345.
- Moos SF- 36. Questionário de Estado de Saúde.
- Moss, R. & Insel, P. (1974).The work environment scale. *Consulting Psychology press*. Inc. Palo Alto. Califórnia.
- Moos, 1986 & Louro, 1995. WES- Escala de Ambiente Laboral.
- Parra, M. (2003). *Conceptos basicos en la salud laboral*. Santiago, Oficina Internacional de trabalho.
- Torres,A. & Tomás,E. (2002). *Calidad de Vida Laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social*. Psicothema. 14 (4): 828-836.
 - Vinassi, A., Reis, N., Nogueira, L., Rocha, M. & marangoni, O. (2002). *Qualidade de vida no trabalho*. Pontificia. Universidade Católica de Minas Gerais: Poços de Caldas.