

Introdução

O *stress* tem suscitado uma quantidade imensa de trabalhos de investigação por ser considerado um fenómeno universal. O *stress* afecta todo e qualquer ser humano sendo a sua ocorrência susceptível de determinar consequências preocupantes, que podem lesar o bem-estar, a saúde física e psicológica do indivíduo, deteriorando a sua qualidade de vida. A literatura actual no âmbito do *stress* tem vindo a chamar a atenção para a elevada prevalência de *stress* em dois grandes grupos de profissões: os profissionais de saúde e os educadores (Melo, Gomes & Cruz, 1997). Muitos trabalhos de pesquisa têm demonstrado o desgaste provocado aos prestadores de cuidados.

A vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da medicina, mas também das transformações económico-sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas com deficiência, bem como maior longevidade de vida. Em consequência, surge um novo grupo profissional: os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental. Ora, estes prestadores estão sujeitos a um *stress* específico, onde abunda o esforço físico e a tensão psicológica, que acaba por se reflectir sobre as pessoas que deles dependem, neste caso, as pessoas com deficiência mental. O serviço prestado pode ser menos cuidado, podendo ocorrer situações de negligência e desleixo.

A escolha deste tema prendeu-se essencialmente com a minha experiência profissional na área da deficiência mental. No exercício da actividade pude constatar que esta é uma profissão altamente desgastante, que traz prejuízos para o cuidador e para a pessoa que recebe o cuidado. Por esse motivo, pareceu-nos pertinente realizar um estudo nesta área com o objectivo de contribuir para uma melhoria da qualidade da relação profissional/utente; dotando os profissionais de “ferramentas” para reduzirem os níveis de *stress* e lidarem com os problemas de um modo mais adequado.

Face ao exposto, parece-nos relevante perceber qual a vulnerabilidade ao *stress* que esta classe apresenta e o modo como lida com o *stress*. Reconhece-se igualmente indispensável a abordagem do conceito de estratégias de *coping*, isto é, o modo como as pessoas percebem as situações geradoras de *stress* e como lidam com essas mesmas situações.

Assim, de acordo com o incómodo provocado pelas situações, as pessoas vão tentar encontrar formas de diminuir ou mesmo suprimir a tensão que sentem. À maneira de lidar com estas situações que são concebidas como indutoras de *stress*, dá-se o nome de estratégias de *coping*.

Monat e Lazarus (cit in Serra 1988, p. 303) “ (...) mencionam que o *coping* se refere aos esforços para lidar com as situações de *dano*, de *ameaça* ou de *desafio*, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática”.

O *stress* nas profissões de saúde tem sido objecto de estudos alargados e rigorosos em países como a Finlândia, a Noruega, a Inglaterra e os Estados Unidos. Em Portugal, tem-se feito alguns estudos de carácter muito limitado (Loff, 1992; Lucas, 1987; Nogueira, 1988; McIntyre, 1999 *cit.* McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000), carecendo-se deste tipo de análise mais aprofundada.

O trabalho que se apresenta está organizado em duas partes. A primeira parte comporta uma revisão de literatura que inclui três capítulos, dos quais, dois são destinados ao enquadramento teórico da vulnerabilidade ao *stress* e estratégias de *coping*, sendo o terceiro dedicado à análise dos resultados da investigação empírica mais relevante para a vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de *coping* na profissão de prestação de cuidados. Neste ponto, são ainda abordados alguns conceitos considerados relevantes para a compreensão das funções destes profissionais. A segunda parte apresenta dois capítulos. No capítulo 4 efectiva-se uma apresentação do estudo e da metodologia, bem como, das hipóteses colocadas, consolidadas na revisão de literatura efectuada previamente; apresentam-se ainda os estudos diferenciais e as análises das correlações de *Pearson*. Por último, destinou-se um capítulo para a apresentação e discussão dos resultados.

Capítulo 1 – O *stress* e os seus determinantes

1.1 Desenvolvimento histórico e definição de *stress*

Ao longo dos tempos têm-se desenvolvido conceitos que, por diversas razões são utilizados na linguagem diária sendo aplicados pelo senso comum. O *stress* é um desses conceitos, cujo uso em contextos não científicos representa uma forma das pessoas explicarem o seu comportamento, assim como o dos outros. O *stress* tornou-se, desta forma, uma realidade incontornável da vida moderna.

No séc. XV, o termo *stress* era entendido como uma tensão ou pressão de natureza física, sendo aplicado tanto a substâncias de natureza inorgânica como orgânica, inclusive ao corpo humano. No séc. XVII ultrapassa a dimensão física para ser entendido também como uma tensão ou adversidade. No entanto, já no séc. XVIII e XIX designa toda e qualquer tensão que actue sobre uma pessoa ou objecto (Leal, 1995).

Alguns investigadores, têm considerado o *stress* como a resposta do organismo aos acontecimentos que o desafiam (Cannon, 1929, in Lovallo, 1997; Selye, 1946, in Cartwright & Cooper, 1997), enquanto outros investigadores destacam os processos cognitivos, considerando o *stress* como o resultado da transacção entre a pessoa e o meio (Beck, 1993; Cox, 1978; Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984). De facto, estas diferenças são o reflexo da confusão que surge nas diversas teorias, tornando-se assim, difícil, encontrar ligação entre elas.

No entanto, apesar da não existência de algum consenso na literatura, destacam-se duas tradições básicas nas quais a investigação se debruçou, contribuindo de uma forma significativa e complementar para a compreensão do *stress*. Assim, distingue-se seguidamente a perspectiva biológica e a perspectiva psicossocial.

1.1.1 Perspectiva biológica

Os trabalhos de Selye (1956, 1965, 1982 in Labrador, 1992, p.22) foram considerados os pioneiros e talvez os mais marcantes desta perspectiva, definindo o *stress* como “a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo ou situação

stressante”, conceptualizando o *stress* como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico.

Cannon (1992, in Santos & Castro, 1998) retoma os trabalhos de Claude Bernard com o conceito de homeostasia, alargando-o aos parâmetros emocionais e físicos. Segundo o autor, o ambiente interno do indivíduo deveria manter-se estável, independentemente das alterações do meio externo. Cannon desenvolveu o modelo de luta ou fuga, no qual afirmava que as ameaças externas levavam a uma resposta do organismo, de luta ou fuga. Assim, de acordo com as mudanças fisiológicas que ocorriam no indivíduo, o mesmo iria evitar a fonte geradora de *stress* ou, pelo contrário, fazer-lhe frente de forma a eliminá-la. Apesar da contribuição de Cannon ter sido de extrema importância para o entendimento do *stress*, os trabalhos de Selye (1946, in Cartwright & Cooper, 1997) são pioneiros na abordagem científica.

Desta forma, Selye desenvolve um modelo, onde retoma o conceito de homeostasia proposto inicialmente por Cannon. O autor defende que é através destes processos que o organismo vai responder a condições adversas que ameaçam o seu equilíbrio interno. O *stress* é considerado como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação (Machado & Lima, 1998).

Selye (1946, in Cartwright & Cooper, 1997) denominou as respostas reguladoras fisiológicas, face a ameaças do organismo, de *Síndrome de Adaptação Geral* (SAG), descrevendo três fases em situações de *stress*:

1. Reacção de Alarme – esta fase é semelhante à resposta de luta ou fuga de Cannon perante uma situação de perigo. Existe uma diminuição inicial de resistência (reacção de choque) seguida pela reacção contrária (contra-choque), durante a qual se dá a mobilização dos recursos de defesa do organismo, fazendo disparar o sistema nervoso simpático e parassimpático.

Assim, perante uma situação de perigo, tensão ou pressão o sistema nervoso central entra em acção e activa um conjunto virtual da secreção hormonal. Através desta activação, o hipotálamo reconhece o perigo e faz entrar em acção a glândula pituitária. Esta vai libertar hormonas que vão provocar a intensificação da secreção de adrenalina, noradrenalina e corticoesteróides, por parte das glândulas adrenais, para a corrente

sanguínea, o que implica um aumento da activação (arousal). Todos estes químicos (hormonas do *stress*) estimulam o cérebro, os nervos, o coração, os músculos para a acção, resultando numa melhor *performance* individual. No entanto, se a situação inicial que originou a estimulação não cessar ou diminuir, presume-se que surja a fase seguinte.

2. Fase de Resistência – Nesta fase, o agente indutor de *stress* continua activo, contudo, não é suficientemente severo para causar a morte. Perante esta situação, as reacções fisiológicas entram na fase de resistência e o organismo procura adaptar-se ao factor causador de *stress*. Contudo, se o *stress* continua ou os mecanismos de defesa não funcionam, o organismo continuará exposto a um *stress* intenso, entrando num estado de exaustão;

3. Fase de esgotamento ou exaustão – Nesta etapa, dá-se uma estimulação fisiológica prolongada do organismo, ocorrendo a diminuição de resistência e o esgotamento dos mecanismos adaptativos. O organismo enfraquece devido à excessiva carga química induzida pelo *stress*, podendo mesmo levar à morte Selye (1946, in Cartwright & Cooper, 1997).

1.1.2 Perspectiva psicossocial

Partindo da ideia de que os diferentes factores de *stress* produzem respostas de *stress* semelhantes, vários foram os investigadores que tentaram obter um índice geral de *stress* a que as pessoas estão submetidas. Para o efeito, usaram escalas de avaliação para a medição dos acontecimentos pessoais ou críticos da vida (mudança de situação financeira, casamento, etc.). Estes estudos foram muito notórios na década de setenta, recorrendo à famosa escala de Holmes e Rahe (1967). O *stress* é assim considerado um estímulo externo capaz de provocar tensão nas pessoas.

A investigação sobre o *stress* na perspectiva psicossocial tem sido influenciada pelos trabalhos de Richard Lazarus e seus colaboradores (Lazarus, 1966, 1984, 1991, 1993; Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus & Folkman, 1984). Com efeito, estes autores definiram o conceito de *stress* à luz de uma perspectiva transaccional, onde o *stress* é entendido como sendo a relação entre o indivíduo e o meio, sendo percebido pela pessoa como nefasto ou ao qual não se sente capaz de dar resposta, ameaçando o seu bem-estar. Considera-se como acontecimento precipitante, um estímulo interno ou externo

que é percebido pela pessoa de uma determinada maneira; ou seja, a determinação de uma particular relação “pessoa/ambiente” é geradora de *stress* ou não, dependendo da avaliação cognitiva da situação feita pela pessoa.

De facto, podemos apreciar, segundo Lazarus e Averill (1972, in Serra 1989), três etapas do processo de avaliação cognitiva, das quais vai depender o indivíduo sentir-se em *stress* ou não:

1. *Avaliação primária* – em que a pessoa tenta conhecer o que a ocorrência tem de prejudicial ou de benéfico, de relevante ou irrelevante, para si.
2. *Avaliação Secundária* – em que a pessoa ajuíza os meios de que dispõe para lidar com a situação, de forma a evitar as consequências prejudiciais ou antecipar os aspectos benéficos.
3. *Reavaliação* – aqui, a pessoa faz um balanço das suas possibilidades em função dos elementos colhidos.

Desta forma, se a pessoa reconhecer que a situação é prejudicial para si e que não dispõe de meios para lidar com ela, então entra em *stress*, produzindo respostas neurofisiológicas, autónomas e endócrinas, e sentindo emoções fortes negativas; onde a qualidade e intensidade dessas emoções depende da avaliação subjectiva e da forma como estamos a prosseguir com os nossos objectivos (Serra, 2002).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), na avaliação primária, os principais elementos a ter em conta são: as nossas crenças sobre como o mundo devia funcionar e as nossas motivações. Com este tipo de avaliação, os acontecimentos podem então, ser considerados como benignos ou irrelevantes, ou por outro lado, como constituindo um dano, uma ameaça ou um desafio. Os acontecimentos benignos ou irrelevantes são ignorados, não necessitando de respostas adaptativas especiais. Os outros exigem um esforço adaptativo e, por isso, são considerados por Lazarus (1993) como constituindo três tipos de *stress*: dano, ameaça e desafio. Assim, os acontecimentos são considerados como sendo de dano se violarem as nossas crenças acerca do mundo ou se impedirem a nossa capacidade de atingir os nossos objectivos de vida. O dano refere-se ao prejuízo psicológico já produzido, como por exemplo, uma perda irreparável. A ameaça é uma

antecipação do dano, que ainda não ocorreu mas que pode estar eminente. O desafio resulta de exigências difíceis que sentimos confiança em ultrapassar, mobilizando e desdobrando efectivamente as nossas estratégias de *coping*. Estes diferentes tipos de *stress* psicológico emergem de condições anteriores diferentes, tanto do ambiente como da pessoa, e têm diferentes consequências. Por exemplo, a ameaça é um estado de espírito desagradável que pode bloquear as operações mentais e prejudicar o funcionamento, o desafio é estimulante e está associado com a expansividade e com a excelência do desempenho.

Entendido assim, o *stress* não pode ser considerado numa única dimensão como a activação. Quando um acontecimento é considerado um verdadeiro dano, desencadeamos simultaneamente reacções emocionais que assinalam alarme e motivam tanto para respostas comportamentais como psicológicas, acompanhadas de activação fisiológica. Então, avaliamos a variedade e disponibilidade de respostas de *coping* e a sua eficácia para renovar ou reduzir o dano. A utilização das crenças e objectivos como critério para decidir quais os acontecimentos que são ameaçadores, torna compreensíveis as diferenças individuais na avaliação desses acontecimentos.

Em resumo, as nossas avaliações determinam a natureza e magnitude das nossas reacções psicológicas e simultaneamente a activação fisiológica produzida Lazarus & Folkman (1984). Esquemáticamente pode apresentar-se do seguinte modo o modelo transaccional proposto por Lazarus:

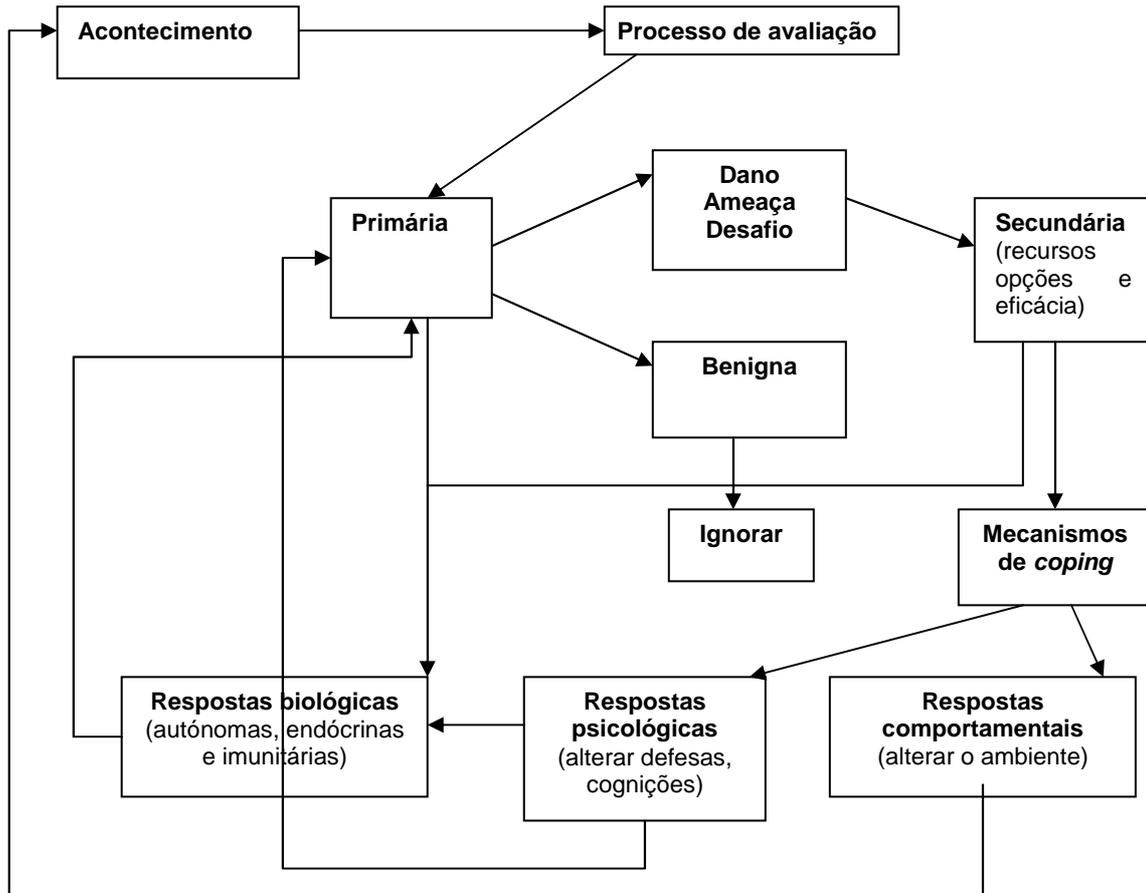


Figura 1. Modelo transaccional de *stress* (adaptado de Lazarus & Folkman, 1984).

Por último, resta referir que para Lazarus (1993) o *stress* deve ser considerado como parte de um tópico mais amplo, o das emoções. Segundo o autor, esta perspectiva, conquanto traga algumas dificuldades, tem também algumas consequências positivas importantes. Por um lado, é benéfico que os investigadores, tanto da área do *stress* como da área das emoções, conheçam mutuamente os seus trabalhos. Por outro lado, representa também um progresso. Passa de uma visão unidimensional do *stress* (activação) para uma visão multidimensional (dano, ameaça, desafio). Se a estas, adicionarmos o conhecimento acerca das emoções que uma pessoa particular experimenta em cada uma dessas situações, adquirimos uma compreensão mais alargada e rica acerca da forma como a pessoa em questão se adapta às modificações do meio.

1.1.3 Críticas à perspectiva biológica e psicossocial

Na perspectiva biológica, os modelos de Cannon e de Selye são semelhantes porque assumem a existência de reacções gerais ao *stress*. São também alvo de crítica porque não consideram o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta de *stress*. A atenção centra-se nas alterações hormonais, não explorando as dimensões psicológicas e sociais (Ramos, 2001).

Na perspectiva psicossocial, as escalas de avaliação dos acontecimentos *stressantes* (ex., Holmes e Rahe, 1967), são alvo de crítica, por um lado, porque os valores atribuídos a cada ponto estão adaptados à população dos EUA, logo, não correspondem à população de outros países. Por outro lado, algumas situações de *stress* frequentes noutros países não são tidas em conta. Outro inconveniente destas escalas é que não consideram a interpretação individual dos acontecimentos, e determinada situação pode ser *stressante* para uns e não para outros (Labrador, 1992).

Os modelos de Lazarus e Folkman (1984) são também criticados, porque atribuem ao indivíduo um total protagonismo no controlo e gestão do *stress*. Pois, as fontes de *stress* são sempre individuais porque dependem do modo como o indivíduo as avalia e lida com elas; e embora o *stress* ocorra essencialmente ao nível individual devemos considerar a importância de factores externos que afectam o indivíduo (Stora, 1990). Então, pode considerar-se a experiência de *stress* como sendo única para cada pessoa, porque cada uma tem a sua forma idiossincrática de se relacionar com o mundo. Os vários tipos de acontecimentos determinam respostas distintas no ser humano (Ramos, 2001).

1.2 A vulnerabilidade ao *stress*

Para Selosse (2001) a vulnerabilidade psicológica traduz os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento e o funcionamento afectivo, intelectual e relacional. Ela convida a considerar a repercussão dos meios traumáticos nas desadaptações psíquicas, os desvios das condutas e as rupturas. Serra (2000) refere que a vulnerabilidade deve ser compreendido na relação específica estabelecida entre o indivíduo e determinada circunstância, sendo o indivíduo componente subjectivo, e a situação o componente objectivo. Tendo em conta que o *stress* depende da percepção que cada pessoa faz da

circunstância a que está sujeita, torna-se importante determinar qual o grau de vulnerabilidade ao *stress* que cada pessoa apresenta.

Desta forma, Serra (2000, p. 261), afirma que:

“... se um indivíduo se sente ou não em *stress* é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas”.

Para o autor, a reacção que o indivíduo tem perante acontecimentos perturbadores depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o indivíduo possui ou a que tem acesso e ainda do significado que ele próprio dá ao acontecimento, e não tanto do acontecimento em si. Se o indivíduo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância.

Brown (1993, in Serra, 2002) alega que é necessário distinguir os acontecimentos de vida dos factores de vulnerabilidade. De facto, pode dizer-se que existe sempre uma interacção entre o acontecimento de vida e o factor de vulnerabilidade, sendo a vulnerabilidade representativa de um risco aumentado em reagir-se de um modo negativo perante um acontecimento de vida. Neste sentido, torna-se impreterível definir o que se entende por uma pessoa vulnerável.

Para Beck e Emery (1985, in Serra, 2000) uma pessoa vulnerável, é aquela que tem a percepção de estar submetida a perigos de carácter interno ou externo sobre os quais não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança. Pode dizer-se que quando uma pessoa se sente vulnerável alimenta a expectativa de não conseguir ultrapassar as dificuldades que se lhe apresentam. Esta expectativa leva a que o indivíduo fique inibido, a nível interno, do discurso e da recordação de memórias armazenadas; a nível externo, impossibilita o uso de aptidões existentes (Beck e Emery 1985, in Serra, 2000). O ser humano sente-se numa situação em que não sabe o que há-de fazer ou dizer.

1.2.1 Factores que predisõem a uma maior vulnerabilidade

Parece existir consenso quanto à índole dos factores predisponentes de vulnerabilidade, podendo estes ser de natureza física, psicológica e social. Estes factores podem ocorrer em circunstâncias externas em relação ao indivíduo ou serem acontecimentos internos perturbadores, e que só o próprio é capaz de detectar (Serra, 2002).

1.2.1.1 Factores de natureza física

Actualmente, o pressuposto mais aceite é o da interacção da relação entre a hereditariedade e o meio ambiente; significando deste modo, que qualquer factor do meio exerce uma influência diferente consoante o material hereditário sobre o qual actua. Da mesma forma, um factor hereditário tem uma acção diferente sobre o meio ambiente consoante as condições ambientais que encontra. Então, pode considerar-se a vulnerabilidade num sentido multifactorial, na qual se incluem os factores genéticos, o funcionamento cerebral e as condições inerentes ao desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo. Em suma, são todos os factores de que pode derivar uma interacção recíproca negativa (Serra, 2000).

Sabe-se, actualmente, de acordo com Cooper e Payne (1992), que os factores humanos, como a predisposição genética e factores de personalidade influenciam o indivíduo a sentir-se mais vulnerável ao *stress*. Uma pessoa vulnerável descompensa com facilidade e tende a fomentar transtornos crónicos que se estendem no tempo. Contrariamente, para uma pessoa não vulnerável, é necessário que ocorram situações graves para se determinar os mesmos efeitos. Nestas pessoas, as alterações são normalmente breves e circunscritas ao acontecimento indutor de *stress* (Serra, 2000).

1.2.1.2 Factores de natureza psicológica

Os factores de natureza psicológica estão intrinsecamente relacionados com a forma como o indivíduo percepção a realidade e estão associados com a história pessoal do seu desenvolvimento. Estes factores são facilitadores e predisponentes para que um indivíduo se sinta em *stress*, porque induzem a pessoa a distorcer a realidade.

Neste âmbito, consideram-se dois aspectos: a personalidade e os esquemas mentais.

1. A Personalidade

É hoje em dia inquestionável a influência que a personalidade exerce sobre a forma de reagir ao *stress*. As pessoas tendem a ser, ao longo da vida, relativamente consistentes no modo como lidam com os acontecimentos (Stone & Neale, 1984).

Pode então constatar-se, que a personalidade ou alguns dos seus traços influenciam a forma como a pessoa se comporta em situações de *stress*. Como tal, a personalidade deve ser considerada parte integrante dos recursos pessoais do indivíduo. Fridman & Rosenman (1959, in Serra, 2002), dois cardiologistas norte-americanos, demonstraram que existem pessoas que devido à sua “personalidade” têm 7 a 10 vezes mais probabilidade de desenvolverem doença cardíaca coronária do que outro tipo de pessoas que vive de uma maneira mais descontraída.

Com efeito, os autores defendem que existem 2 tipos de personalidade associados ao aparecimento das doenças referidas anteriormente, a *personalidade tipo A* e a *personalidade tipo B*, que a seguir explanamos:

A *personalidade tipo A* caracteriza as pessoas como sendo altamente competitivas (no trabalho, na família e no lazer), como tendo elevados níveis de ambição e um empenhamento feroz em alcançar os seus objectivos. Não aceitam a derrota e manifestam grande hostilidade: são desconfiados, ressentidos e cínicos no relacionamento interpessoal, ignorando os sentimentos dos outros; apresentam ainda, uma constante sensação de urgência do tempo tornando-os impacientes em qualquer acaso e acelerados em todas as actividades. Realça-se esta personalidade como uma maneira de estar na vida, pois exacerba as experiências de *stress*, afectando o modo como a pessoa interpreta as situações indutoras de *stress* ou a forma como gere as mesmas. Conclui-se assim, que as pessoas com *personalidade tipo A*, são mais susceptíveis de viver constantemente em *stress* do que as outras. Esta personalidade representa um dos clássicos moderadores dos efeitos do *stress* associados à personalidade (Ross & Altmaier, 1994; Cardoso, 1984, in Ramos, 2001).

A *personalidade tipo B* é característica de pessoas que trabalham com mais calma e com mais consciência, o que geralmente resulta numa maior criatividade. Muitas destas pessoas têm imensos interesses e actividades, mas o seu tempo é regulado por um calendário e não por um relógio castrador (Bensabat, 1987). São pessoas que dominam bem e de forma natural o seu *stress*, apresentando prudência e boa filosofia de vida.

Em conclusão, pode dizer-se que a *personalidade tipo B* apresenta um padrão ideal de comportamento, assim como, um carácter optimista e positivo embora seja considerada um tipo de personalidade minoritário.

2. Os esquemas mentais

No que concerne aos esquemas mentais, pode considerar-se a relação do indivíduo com o meio ambiente, estabelecida através da percepção; esta relação constitui um fenómeno activo e complexo, composto por aspectos sensoriais, cognitivos, conceptuais, afectivos e motores. É ainda influenciada pelas memórias afectivas que o indivíduo tem armazenadas dentro de si, que são produto das emoções fortes que ficaram ligadas, no seu passado, a determinados acontecimentos. Assim, os esquemas mentais “constituem representações generalizadas das experiências que surgiram com regularidade. Uma vez criados podem persistir uma vida inteira” (Serra, 2000, p. 275). Por conseguinte, devido a determinado esquema mental, a conclusão extraída numa situação pode estar tendenciosamente enviesada e em desacordo com a realidade dos factos. O que se verifica, é que, na maior parte das vezes, o processo de avaliação é automático, dependente apenas da predisposição biológica, das experiências passadas e das memórias armazenadas pelo indivíduo (Serra, 2002).

De acordo com Firestone (1987, in Serra, 2000), todo o ser humano devido às suas experiências de vida, transporta dentro de si uma espécie de voz interna, um esquema de pensamento que está relacionado com sentimentos e atitudes. Esta voz interna influencia os juízos de valor que cada um de nós faz a respeito de nós próprios e dos outros, e também das capacidades e incapacidades. Neste sentido, pode dizer-se, que a sensibilização psicológica a dado tipo de circunstâncias faz com que as pessoas se tornem mais vulneráveis a situações de características semelhantes e ao aparecimento de doença (Post, 1992).

1.2.1.3 Factores de natureza social

Um dos referidos factores de resistência ao *stress* foi descrito como “apoio social”. A conceptualização desta variável assenta fundamentalmente nos desenvolvimentos teóricos produzidos a partir dos estudos de Caplan (1974; Cassel 1974, 1976; & Cobb 1976). Ornelas (1994), numa sistematização da literatura publicada sobre este tema, refere que Caplan (1974) introduz o termo “sistema de apoio”, que abrange não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais baseados na vizinhança, a ajuda proporcionada pelos prestadores de serviços comunitários como Centros Paroquiais, os Clubes, as Associações de Voluntários e outros; para Cassel (1974,1976) a maior controvérsia consistia na existência de pessoas que não eram atingidas a nível de saúde mental e física apesar de igualmente sujeitas a condições adversas do meio, o que o levou a identificar uma nova categoria dos processos psicossociais que definiu como protectores de saúde, que consistia no apoio social percebido pelos grupos mais próximos e significativos dos indivíduos sujeitos a tais condições; por sua vez Cobb (1976) referiu-se ao apoio social como sendo essencialmente constituído pela informação que leva a pessoa a acreditar que é amada, querida, valorizada, estimada e que pode contar com os outros quando for necessário sentindo-se parte integrante de uma rede social.

Partindo destes trabalhos iniciais, a investigação nesta área fronteira entre o social e o psicológico multiplicou-se, tendo produzido considerável acervo de conhecimento, mas também vários problemas de definição e operacionalização. O apoio social é um conceito multidimensional e, como tal, vários autores propuseram diferentes formas de o operacionalizar. Tardy (1985), sugeriu que se devem distinguir as seguintes dimensões: (a) *direcção* (recebido ou fornecido); (b) *disponibilidade* (disponível ou executado); (c) *medição* (descrito ou avaliado); (d) *conteúdo* (emocional, instrumental, informativo, avaliativo) e (e) *rede social* onde se encontra (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade ou outros).

Por seu lado Barreira (1986), sugeriu que a definição e operacionalização do conceito de apoio social deveria contemplar três grandes dimensões: (a) *grau de integração social* (as análises das redes sociais constituem a abordagem predominante para explorar esta categoria); (b) *apoio social percebido* (isto é, a medida da confiança dos indivíduos em que o apoio social estará disponível quando necessário); (c) *apoio*

social fornecido (isto é, as acções realizadas por outros para providenciar a assistência a um indivíduo determinado).

Outra forma ainda de operacionalizar este conceito foi proposto por House et al., (1988) que assinalaram que o apoio social deve incluir duas estruturas diferentes de relações sociais e três tipos de processos sociais. Os elementos estruturais são: (a) o *grau de integração/isolamento*, isto é a existência e a quantidade de relações sociais; (b) *a estrutura da rede social*, isto é, as propriedades estruturais (densidade, reciprocidade, multiplicidade e outras).

Os três processos identificados são: (a) o *controlo social*, isto é, a qualidade reguladora e/ou controladora das condições sociais; (b) *os pedidos e conflitos relacionais*, que se referem aos aspectos negativos e conflituosos do apoio social; (c) *o apoio social propriamente dito*, que se refere à assistência emocional ou instrumental das relações sociais. Finalmente, um outro autor, Vaux (1990), embora considere que o apoio social não é um conceito mensurável, identifica vários conceitos relacionados que, a seu ver, podem ser medidos. São eles: (a) *recursos da rede social de apoio* (conjunto de pessoas que habitualmente assistem o indivíduo em caso de necessidade); (b) *comportamentos de apoio* (acções específicas de apoio); (c) *valoração do apoio* (avaliação subjectiva acerca da quantidade e conteúdo dos recursos de apoio disponíveis); (d) *orientação do apoio* (percepção sobre a utilidade e os riscos de procurar e obter ajuda na rede social).

Como se pode perceber este não é um conceito de simples operacionalização, pois procura reflectir um fenómeno social, ele próprio complexo, que se associa à saúde das pessoas. Pode dizer-se que pode ser medido em função da frequência de contactos que o indivíduo indica como tendo com outros indivíduos ou com instituições (inquirindo-o, por exemplo, sobre o número de vezes, num determinado período de tempo que visita à família, que saiu com os amigos, que telefonou ou escreveu a alguém significativo). Nesta perspectiva, o apoio social é avaliado quanto à integração e dispersão do indivíduo no meio e à intensidade dos seus contactos.

Contudo, pode ainda ser medido inquirindo-o sobre como sente o apoio das diferentes pessoas, até que ponto é que o faz sentir amado, até que ponto pode contar com a ajuda de outrem em momentos de dificuldade, etc.

As várias definições de apoio social encontradas possuem pontos em comum. O primeiro é o realçar do seu papel como “apoio emocional”, quando os indivíduos sentem que têm outras pessoas a quem recorrer nalgumas dificuldades. Outra característica é a “integração social”, quando as pessoas sentem que fazem parte de um grupo que partilha interesses e preocupações. Proporciona “apoio perceptivo”, quando permite corrigir as percepções e ajuda a recontextualizar o acontecimento. Pode ainda oferecer “apoio instrumental”, quando responde positivamente aos nossos pedidos de dinheiro, utensílios ou ajuda em tarefas. A quinta característica comum do apoio social é a de poder oferecer “informação de apoio”, aconselhando perante algum problema. Por último, temos o “apoio à auto-estima”, quando as inter-relações pessoais servem para ajudar as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias, com as suas competências e habilidades.

Os resultados das pesquisas que tentam relacionar o apoio social com a saúde/doença têm demonstrado que esta relação não é simples e linear. De facto, se alguns estudos encontraram relações significativas entre, por exemplo, apoio social percebido e mortalidade (Blazer, 1982) outros como Belle (1991 in Radley, 1994), sugerem que este é um conceito demasiado global para explicar todas as variações encontradas entre a forma como os indivíduos percebem e recebem apoio social e a saúde.

As variações mais importantes que têm vindo a ser referidas dizem respeito à idade e ao sexo. Assim, a falta de apoio social parece ser um factor preditivo para idades mais avançadas e ou após a reforma, o mesmo não se passando durante a vida adulta. Quanto ao sexo, Belle (1991 in Radley, 1994), refere que as mulheres mobilizam uma maior variedade de apoio social durante os períodos de *stress* do que os homens mantêm mais inter-relações de intimidade emocional, procuram mais frequentemente e conseguem relações mais efectivas de apoio social do que os homens. Isto pode significar, segundo Radley (1994), que as mulheres podem retirar maiores benefícios dos seus contactos com os amigos ou outros conhecidos, o que se manifestaria em menor mortalidade relativa (Berkman & Syme, 1979) e menor morbilidade (Flaherty & Richman, 1989).

Se o apoio social funciona de diferentes maneiras em contextos distintos de vida, então também a sua relação com a saúde e a doença deverá ser diferente nessas situações. O impacto do apoio social também pode ser analisado na sua relação com os comportamentos promotores de saúde. Adler (1984) refere que as pessoas que relatam mais apoio social têm mais facilidade de aderir a esse tipo de comportamentos.

Zimmerman & Conner (1989), que obtiveram esses resultados num estudo acerca de mudanças de comportamentos relacionados com o risco cardiovascular, ou os estudos de Havassy et al., (1991) acerca da adesão a programas de abstinência de álcool, drogas ou tabaco, aquela autora destaca a importância do apoio social na sua relação com a saúde e a doença.

No sentido de perceber como o apoio social interage com o *stress* e a saúde foram propostas algumas teorias explicativas. Uma das mais representativas é a abordagem ecológica de Hobfoll (1993), que desenvolveu uma teoria que denominou de teoria de *conservação dos recursos*. Partindo de uma base motivacional, postula que as pessoas se esforçam para obter, reter e proteger aquilo que estimam. As coisas que as pessoas apreciam são chamadas de recursos e incluem objectos (ex. carro, casa), características pessoais (ex. aptidões sociais), condições (ex. antiguidade, um casamento sólido), energias (ex. dinheiro, conhecimento), que são em si metas, objectivos, ou que são preciosas para atingir objectivos. Segundo esta teoria, o *stress* ocorre quando acontece qualquer uma das três condições: (1) quando à perda de recursos; (2) quando os recursos estão ameaçados de perda; (3) quando as pessoas investem recursos sem o ganho consequente. As pessoas usam o apoio social para lidar com as exigências do meio e atingir os seus objectivos. Segundo este autor, as pessoas desenvolvem e mantêm relações interpessoais para completar, melhorar e mobilizar os seus recursos pessoais e a sua capacidade de funcionamento.

1.3 Efeitos do *stress* no organismo

Quando uma pessoa entra em *stress* dá-se um processo de activação que envolve todo o organismo. O *stress* interfere com os mecanismos biológicos e cognitivos, induz emoções e altera o comportamento observável; e dependendo do tempo e da intensidade da circunstância indutora de *stress* no organismo, mais acentuadas vão ser as alterações sofridas pelo mesmo. As repercussões que o *stress* pode ter sobre o ser humano interferem com o seu bem-estar, saúde física e saúde mental.

É difícil de avaliar directamente quais os custos implicados nesta problemática, por isso, só podem ser calculados por indicadores indirectos, através do mal-estar, incapacidade e morte prematura. De acordo com Serra (2002), descreve-se seguidamente, de forma breve as diversas manifestações que ocorrem no nosso organismo.

1.3.1 Manifestações biológicas

Selye, em 1956 realçava que a resposta biológica ao desequilíbrio provocado pelo *stress*, era adoptada como sendo promotora do reequilíbrio. No entanto, actualmente mantêm-se a questão de porque é que algumas pessoas reagem com úlceras e outras com ataques de coração, como respostas biológicas ao *stress* (Malmo & Schajass, 1949 in Fischer e Reason, 1988). As investigações realizadas permitem chegar a algumas conclusões, no sentido de encontrar uma relação positiva entre a presença de factores de *stress* e o desencadeamento de doenças. Nomeadamente ao nível das doenças cardiovasculares e do cancro.

Para Labrador (1992), a exposição do ser humano a situações de *stress* não constitui um mal em si mesmo, nem implica efeitos necessariamente negativos; como já foi referido anteriormente, só quando as respostas de *stress* são excessivamente intensas ou duradouras podem produzir-se diversas perturbações orgânicas. Inicialmente estas perturbações podem ser relativamente leves; por exemplo, dificuldade de concentração, falta de apetite ou sensação de fadiga. De facto, uma única resposta de *stress* não terá consequências graves, mas ao repetir-se e/ou ao tornar-se crónica, pode causar problemas maiores. Por isso, deve estar-se atento ao aparecimento destes efeitos de forma a prevenir transtornos a médio ou longo prazo, tais como: aumento do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, aumento do ritmo respiratório, aumento da tensão muscular, inibição do sistema imunológico, diminuição do fluxo sanguíneo, entre outros. Porém, o organismo trabalha como um todo organizado e as diferentes respostas específicas só adquirem verdadeiro sentido quando integradas neste todo (*idem*).

1.3.2 Manifestações cognitivas

Perante uma circunstância indutora de *stress*, dá-se uma desorganização da actividade intelectual. Herd (1991, in Serra, 2002), considera que a resposta varia consoante a intensidade do esforço mental que a pessoa exerce para lidar com os problemas desencadeados pela situação. Por este motivo, existem funções que sofrem alterações; nomeadamente ao nível da percepção do meio ambiente. Esta percepção torna-se distorcida e a pessoa desenvolve interpretações erróneas do que lhe ocorre, sentindo-se incapaz de manter as funções intelectuais de uma forma produtiva. A tolerância à frustração diminui, tornando o indivíduo mais irritado, impaciente e ansioso.

Se a ansiedade persistir origina uma tempestade de pensamentos, prejudicando a capacidade de concentração, de memória e de atenção. No que respeita à memória, o indivíduo apresenta dificuldades em reter informação sobre factos recentes e em interpretar o significado dos acontecimentos, quando precisa de aceder à informação que está armazenada. Quanto à atenção, o indivíduo tem maior dificuldade na detecção de erros em tarefas que exigem uma atenção permanente; e comete maior número de erros quando tem que responder a tarefas simples e na presença concomitante de vários estímulos Herd (1991, in Serra, 2002).

Estudos desenvolvidos nesta área demonstram que as condições intensas de *stress* desorganizam o comportamento das pessoas, nomeadamente na resolução de problemas, passando o raciocínio lógico a ser preterido pelo uso da força física.

Janis (1993, in Serra, 2002), afirma que o *stress* se reflecte de modo mais intenso sobre as tomadas de decisão. Por exemplo, quando uma pessoa se encontra num dilema no qual está eminente uma ameaça relacionada com uma lesão do organismo, o sofrimento físico ou a morte. Contudo, não pode dizer-se que somente o *stress* afecta as capacidades cognitivas, pois estas, também podem potenciar e influenciar factores de *stress* (Baum, 1990, in Santos & Castro, 1998).

1.3.3 Manifestações comportamentais

Sabe-se, hoje em dia, que o *stress* modifica o comportamento das pessoas perante as outras (Santos & Castro, 1998). Os efeitos do *stress* em relação ao comportamento humano variam em função da circunstância aversiva a que a pessoa é sensível e dos recursos e aptidões que dispõe para lidar com ela. Portanto, as modificações do comportamento do indivíduo são mais visíveis, quanto mais intenso e prolongado for o *stress* (Serra, 2002).

É actualmente partilhado e aceite por diversos investigadores (Alves, 1995; Mandler, 1993; Sutherland & Cooper, 1990; King et al., 1987; in Serra, 2002), que o *stress* intenso intervém com o desempenho da pessoa e faz com que o comportamento observável passe de adequado a inadequado.

Vários autores têm tentado explicar porque é que o *stress* desorganiza o desempenho do comportamento humano. Uma das primeiras explicações que despertou consenso nos investigadores foi a designada por *Lei de Yerkes-Dodson*, que refere “ o nível óptimo de desempenho ocorre quando uma pessoa está submetida a um *nível médio de stress*” (Serra, 2002, p. 252). Assim, os níveis demasiado baixos ou altos tornam-se prejudiciais para o desempenho.

Em síntese, independentemente da explicação dada pelos autores, é tido como verdade que o *stress* interfere com o desempenho, e quanto maior for a sua intensidade pior o desempenho. Para Beck e Emery (1985, in Serra, 2002), uma pessoa que se sente em *stress* tem propensão a demonstrar um de dois tipos de comportamento. Por um lado, o indivíduo pode tornar-se agressivo, impulsivo, exaltado, teimoso, pronto a envolver-se em discussões e a procurar confrontos; exibindo normalmente respostas desproporcionais em relação à ocorrência e irrelevantes para resolver o problema, denotando um estado geral de tensão emocional e hostilidade. Por outro lado, noutros casos verifica-se o contrário. A pessoa manifesta uma atitude passiva, evita o confronto com os seus problemas, deixando-se arrastar pelos acontecimentos. Habitualmente estas pessoas isolam-se e mostram-se incapazes de resolver os seus problemas.

1.3.4 Manifestações emocionais

Considera-se, actualmente que as emoções desempenham um papel de extrema importância na temática do *stress*. Alguns autores consideram que as emoções “...são reacções psicofisiológicas organizadas perante a informação e o conhecimento sobre o significado do bem-estar que a pessoa experimenta nas suas relações com o ambiente” (Lazarus, 1993 p. 12).

Desta forma, considera-se que a qualidade e intensidade das emoções (cólera, ansiedade e culpa, entre outros) e o grau de envolvimento e alteração fisiológica; dependem da avaliação subjectiva que a pessoa faz dos seus objectivos a curto e a longo prazo, assim como, das aptidões que dispõe para agir, que são originadas por estas avaliações como parte da reacção emocional. Lazarus (1993), identifica cerca de 15 diferentes tipos de emoções. Nove são emoções, tais como: cólera, medo, ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, inveja, ciúme e desgosto. Cada uma destas emoções é o produto das diferentes condições difíceis de vida e envolve diferentes danos ou ameaças. Quatro são emoções positivas, tais como: felicidade, amor-próprio (orgulho), alívio e o

amor. Quanto às emoções positivas Lazarus considera que se poderiam juntar ainda outros três tipos de emoções mescladas: esperança, compaixão e gratidão. Esta multiplicidade de emoções traz um aumento do poder analítico, pois cada uma delas sugere uma história diferente acerca das relações do indivíduo com o seu meio. As emoções são sempre respostas a uma significação relacional. Estas não surgem pelas exigências do ambiente, pelos constrangimentos ou pelos recursos mas pelas suas justaposições como as motivações pessoais e as crenças próprias.

Lutz e White (1986, *cit. in* Lazarus 1993), referem que a cultura leva a diferentes maneiras de encarar as situações, enfatizando mais certos tipos de problemas da vida do que outros, e traça roteiros de comportamentos esperados nas formas de interagir com esses problemas. Estas variações socioculturais influenciam a forma como um ambiente é percebido com o eclodir de emoções particulares, assim como é que as emoções produzidas são reguladas. Lazarus refere ainda que o âmago dos temas relacionais das emoções humanas, uma vez manifestadas, resultara sempre em emoções que estão biologicamente inscritas.

A este propósito, é interessante verificar como os trabalhos de Damásio (1998) acerca do papel das emoções na tomada de decisões (onde refere a existência de uma relação estreita entre as estruturas corticais e subcorticais) parecem vir ao encontro da forma como Lazarus percebe todo o processo avaliativo.

Segundo Damásio a racionalidade que é tradicionalmente considerada neocortical não funciona sem a aparelhagem da regulação biológica, tradicionalmente considerada subcortical. O autor afirma que as emoções em muitas circunstâncias da vida só são desencadeadas após um processo mental de avaliação que é voluntário e não automático, considera ainda, a existência de reacções emocionais “iniciais”, as quais denomina de primárias e de emoções “adultas”, designadas de secundárias. As emoções iniciais ou primárias serão aquelas que resultam de uma programação filogenética e que nos levam a reagir com uma emoção pré-organizada quando determinadas características dos estímulos, no mundo ou nos nossos corpos, são detectadas individualmente ou em grupo. Os estímulos são caracteristicamente relacionados com a preparação para a luta pela sobrevivência da espécie. No entanto, nos seres humanos a possibilidade de sentir a emoção na sua relação com o objecto que a desencadeou permite-nos uma flexibilidade de resposta com base na história específica das nossas interacções com o meio ambiente. Assim, as emoções primárias constituiriam um

mecanismo básico ao qual se irão justapor e desenvolver as emoções secundárias, amplamente dependentes das experiências prévias do indivíduo, dos seus processos avaliativos, e que lhe conferem respostas disposicionais a esse processo. As emoções secundárias põem em funcionamento estruturas neuronais corticais, como as áreas pré-frontal e somatossensorial.

A natureza das ligações entre cognição e emoção ocupou um espaço significativo das preocupações dos investigadores nos anos mais recentes. De todos os intervenientes nesta polémica é de realçar a que opôs Zajonc (1980,1984 & Lazarus, 1984). Para Zajonc a cognição e a emoção são independentes e a emoção precede a cognição. Por sua vez Lazarus argumenta que a posição de Zajonc está relacionada com o facto de este considerar as pessoas como processadores de informação do tipo computacional, em vez de as considerar como fontes de significado. Lazarus acredita não só que os factos pessoais dão vida ao processamento das experiências mas também que nós não temos necessidade de possuir informações completas antes de reagir emocionalmente aos seus significados. Para Lazarus não existem excepções à avaliação cognitiva do significado subjacente em todos os estados emocionais, embora o processo de avaliação seja muito rápido, com pensamentos e sensações quase instantâneos, ou, como sugere Ramos (2001), aconteça no tempo de um “curto-circuito emotivo”.

Capítulo 2 – O *Coping*

2.1 Definição e enquadramento teórico

O termo *coping*, embora não sendo de fácil definição é descrito na literatura em termos de estratégias, estilos, táticas, respostas, cognições ou comportamentos. Presume-se que a palavra *coping* poderá ser traduzida para português, significando: confrontar, lidar, fazer face, suportar, aguentar. No entanto, o seu sentido rigoroso refere-se à capacidade de “aguentar uma situação difícil” ou resolver um problema que surge” (Serra, 2000).

O Conceito de *coping* que servirá de base a este trabalho, será o proposto por Lazarus & Folkman (1984), como sendo o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para lidar com exigências específicas, internas ou externas que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos da pessoa (Folkman et al., 1986; Folkman & Lazarus, 1991). Assim, para responder às exigências do meio, o indivíduo pode desenvolver tentativas de domínio ou controlo, e ainda evitar ou aceitar as condições indutoras de *stress* (Folkman & Lazarus, 1988). Este conceito segundo os autores, é conceptualizado do seguinte modo: (1) as respostas propostas pelo indivíduo e que se destinam directamente a resolver a situação *stressante* entre a pessoa e as circunstâncias (*coping* instrumental), ou então; (2) as respostas dirigidas para uma série de emoções negativas que surgem em consequência do *stress* (*coping* paliativo) (Compas et al., 2001).

Para Lazarus (1993) o *coping* é um processo com objectivos definidos, no qual o indivíduo orienta os seus pensamentos e comportamentos com o propósito de resolver as fontes de *stress* e gerir as reacções emocionais do *coping*. No entanto, a falta de perceptibilidade e consenso em conceptualizar o termo *coping*, tem vindo a gerar confusão no uso de medidas de avaliação, dificuldades em comparar estudos, e ainda dificuldades em documentar diferenças nos estilos de *coping*, em função da idade, sexo ou outras diferenças individuais (Compas et al., 2001).

Relativamente às abordagens clássicas que foram desenvolvidas nesta área, tiveram por base a experimentação animal e a psicologia do *ego*. Lazarus e Folkman (1984) consideram que existe uma baixa correlação entre o modelo animal e o *coping*

humano, sendo que este último inclui as defesas intrapsíquicas e um *coping* cognitivo. Desta forma, o *coping* passa a ser visto como um processo activo de transacção cognitiva, entre o indivíduo e o meio ambiente, no contexto específico em que o ser humano se situa.

Segundo estes autores, o *coping* humano não deve ser equacionado como o resultado do domínio sobre o meio ambiente, uma vez que muitas fontes de *stress* não podem ser controladas, e introduzem, por sua vez, a dimensão humana de avaliação das situações.

Para Syinder e Dinoff (1999, in Serra, 2002), à luz do modelo analítico, a palavra *coping* correspondia inicialmente aos mecanismos de *defesa do eu*. Os estudos desenvolvidos por estes autores, demonstram que os mecanismos de *defesa do eu*, têm um carácter mais negativo, visam aspectos mais provenientes do passado e são rígidos na forma de funcionar; enquanto que, actualmente, o termo *coping* é mais orientado para o presente e para o futuro, correspondendo a estratégias mais flexíveis, conscientes e mais atentas à realidade. Todavia, o termo *coping* como conceito empregue aos esforços para lidar com o *stress* ou exigências difíceis, dificuldades e desafios, só conheceu a sua expansão nos anos mais recentes (Russel, 1988).

No que concerne a uma dimensão de cariz psicológico, Folkman (1984) admite que o *coping* diz respeito aos esforços cognitivos e comportamentais, aos quais o indivíduo recorre para lidar com as exigências internas ou externas desencadeadas por uma situação indutora de *stress*. Situação essa, avaliada pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo os seus próprios recursos. Lazarus & Folkman (1984) adicionam ao conceito de *coping*, uma vertente de processo dinâmico, o qual varia não apenas em função das diferenças individuais, mas também ao longo da vida do indivíduo.

Serafino (1990) defende que quando as pessoas activam o *coping* num esforço de neutralizar ou reduzir o *stress*, as actividades de *coping* são concebidas com vista a diminuir a avaliação de discrepância percebida entre as exigências situacionais e os recursos do sujeito. Assim, nesta perspectiva transaccional cognitiva, o *coping* é entendido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para gerir exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos da pessoa (Folkman et al., 1986; Folkman & Lazarus, 1991). Neste contexto gerir exigências pode incluir tentativas para

dominar/controlar o meio ou para minimizar, evitar ou aceitar as condições geradoras de *stress* (Folkman & Lazarus, 1988).

Compreendido o *coping* como um processo de mudança, pode dizer-se que o indivíduo não fica limitado a uma estratégia, mas sim ao seu uso, que se vai alterando à medida que se desenvolvem as suas avaliações. O indivíduo pode deste modo começar com uma estratégia e prosseguir com outra, ou com a combinação de várias outras, à medida que o estatuto da relação pessoa-meio se altera (Scherer, et al., 1988). É de distinguir ainda que, neste conceito, o *coping* refere-se à tentativa individual para modificar uma relação problemática pessoa-meio, independentemente desses esforços serem definitivos ou não.

2.2 Estratégias de *coping*

Coping, tal como *stress* não é um conceito simples de definir, mas uma opinião consensual sugere que envolve uma variedade de comportamentos, cognições e percepções que oferecem alguma protecção ao *stress* e estão relacionadas com o bem-estar individual.

As estratégias de *coping* são o recurso mais importante que a pessoa dispõe para lidar com as exigências vivenciadas, uma vez que permitem eliminar ou modificar as condições perturbadoras, controlar a percepção sobre o significado da experiência e/ou as suas consequências e controlar a experiência emocionalmente vivida (Pearlin & Schooler, 1978, in Serra, 1988). Neste sentido, White (1985, in Serra, 1988) refere que se tende a falar de estratégias de *coping* quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar, requerendo a produção de um novo comportamento. No entanto, Snyder e Dinoff (1999, in Serra, 2002) defendem que as estratégias de *coping* correspondem às respostas manifestadas pelo indivíduo, e que têm como propósito diminuir a pressão física, emocional e psicológica ligada às ocorrências indutoras de *stress*. Contudo, o número de estratégias de *coping* é potencialmente infinito, uma vez que cada pessoa pode desenvolver o seu método particular para lidar com os factores indutores de *stress*, e apesar da dificuldade existente os investigadores conseguiram chegar a um pequeno número de dimensões gerais.

Folkman e Lazarus (1985) mencionam que as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois processos, sendo eles: *coping* centrado no problema, o qual tem uma orientação para a tarefa e o *coping* centrado na emoção, cuja orientação é para a pessoa (Endler & Parker, 1990; Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Assim, a orientação para a tarefa envolve esforços directos para modificar o problema (Lazarus & Folkman, 1985); enquanto a orientação para a pessoa tem a função da regulação interna das emoções e refere-se a soluções que se dirigem para o debate, para a gestão ou para o adiamento da resposta emocional à situação (Carver *et al.*, 1989; Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Crê-se que esta subdivisão em duas grandes classes é simples e parcimoniosa, mas não contempla a variedade potencial dos mecanismos de resposta. Porém, parece que as respostas de evitamento formam um conjunto similar, distinto dos outros dois grupos. Desta forma, alguns investigadores têm destacado uma terceira dimensão geral de *coping*: o evitamento, a qual abrange tentativas para a remoção pessoal (psicológica ou física) da situação ameaçadora ou de dano (Armirkhan, 1990; Endler & Parker, 1990, 1994; Miller, 1987; Roth & Cohen, 1986).

Outros autores, como Moos e Schaefer (1993), utilizam o termo recursos de *coping* quando querem referir-se a factores pessoais e sociais relativamente estáveis que influenciam a forma como o indivíduo tenta lidar com as transições e crises da vida, e termo *processos de coping* quando se referem ao esforços, tanto cognitivos como comportamentais, que os indivíduos fazem em circunstâncias de *stress* específicos. Como recursos pessoais de *coping* estes autores destacam:

1) *Desenvolvimento do Eu*, entendido como a crescente capacidade de integrar as novas experiências num todo coerente. Progressivamente o *Eu* é capaz de atingir uma maior percepção diferenciada de si e do mundo. Cada passo representa um nível qualitativamente diferente da organização estrutural. Embora a sequência do desenvolvimento dos estágios seja invariante, os indivíduos variam quanto ao estágio final que conseguem alcançar;

2) *Auto-eficácia, Optimismo e Sentido de Coerência*, estes autores referem que as pessoas com elevados níveis de auto-eficácia tendem a enfrentar as situações de desafio de forma persistente e activa, enquanto que os outros tendem a ser mais passivos e a responder com evitamento às situações. Por sua vez o optimismo é definido como uma expectativa generalizada para resultados positivos, especialmente em situações difíceis ou de elevada ambiguidade. O optimismo está associado a uma melhor adaptação, tanto

física com psicológica, às situações de *stress*. O sentido de coerência é definido por três componentes: compreensibilidade (modo de ver o mundo estruturado e previsível); controlabilidade (quando o indivíduo sente possuir os recursos pessoais e sociais necessários para dar resposta às exigências do meio); e significância (quando sente que vale a pena tentar lidar activamente com as circunstâncias indutoras de *stress*). As pessoas com alto sentido de coerência tentam manter um sentido estrutural nas situações, aceitam melhor as mudanças e identificam mais facilmente os recursos pessoais e sociais, o que lhes permite considerar outras alternativas de *coping*.

3) *Estilos cognitivos*, os nossos padrões habituais de percepção e de processamento da informação têm um efeito formativo nos processos de aprendizagem e nos processos adaptativos. A orientação de campo e o processamento informativo são os dois tipos de estilos cognitivos mais amplamente estudados. Quanto à orientação de campo estima-se que as pessoas com uma percepção de campo dependente são fortemente influenciadas pelo contexto envolvente enquanto que as pessoas com percepção de campo independente percebem os estímulos complexos como separados e não influenciados pelo contexto. Os primeiros estão mais em consonância com o ambiente e percebem-no de forma mais amigável e calorosa. Gostam de situações sociais, têm melhores habilidades sociais e são frequentemente mais expressivos emocionalmente. Os segundos, pelo contrário, possuem uma identidade bem definida, são mais autónomos e sensíveis às suas necessidades interiores.

4) *Mecanismos de defesa e estilos coping*, alguns autores defendem que as pessoas têm preferências estáveis por alguns tipos particulares de mecanismos de defesa e estilos de *coping*. Por exemplo Vaillant (1997 in Moos & Shaefer, 1993), propõe a existência de três níveis de mecanismos de defesa: as defesas imaturas, que incluem a projecção e as fantasia irrealista; as defesas neuróticas, que incluem a repressão; e as defesas maduras, que incluem a supressão e a antecipação realista. Para este autor, a utilização de mecanismos de defesa maduros estão associados a menor psicopatologia e melhor adaptação.

5) *Aptidões e resolução de problemas*, as teorias de aprendizagem social enfatizaram a importância dos comportamentos eficazes de resolução de problemas para uma bem sucedida adaptação. As pessoas com melhores aptidões na resolução de problemas parecem ser menos susceptíveis à depressão quando sujeitos a situações de *stress* intenso.

Quanto aos processos de *coping*, estes autores postulam que aspectos do sistema pessoal (tais como aspectos demográficos e outros factores pessoais), o sistema ambiental (tais como os acontecimentos de vida e os recursos sociais), características focais da crise de vida ou da transição (tais como tipo e gravidade) e a avaliação individual da satisfação providenciam um contexto para a selecção das respostas de *coping*. Os processos de *coping* podem, segundo estes autores, ser considerados da seguinte forma: confronto cognitivo (inclui a análise lógica e a reavaliação positiva); confronto comportamental (inclui procura de apoio, orientação e tomada de acções concretas para lidar activamente com a situação ou os seus resultados); evitamento cognitivo (compreende respostas que visam negar ou minimizar a crise ou as suas consequências, ou a aceitação de uma situação com fatalidade, decidindo que nada pode ser feito); evitamento comportamental (inclui o envolvimento em novas actividades e procura de outras fontes de satisfação, mas também inclui a manifestação aberta de sentimentos e de comportamentos que podem aliviar temporariamente a tensão, tais como comer, beber ou tomar tranquilizantes ou outro tipo de medicação).

Tal como referido anteriormente, não é a situação em si, mas antes a forma como é avaliada, que determina a resposta emocional consequente. Wrubel, Benner & Lazarus (1981, in Serra, 1989) afirmam que há fundamentalmente quatro tipos de estratégias que podem ser usadas para lidar com situações indutoras de *stress*:

1) *Busca de informação*, que pode basear-se não só no relembrar de experiências passadas da própria pessoa, como também no conhecimento das maneiras de actuar de outras pessoas em circunstância semelhantes;

2) *Acção directa*, que tenta mudar a relação perturbada da pessoa com o meio ambiente, no que respeita à ameaça, dano ou desafios percebidos;

3) *Inibição da acção*, quando uma pessoa não se envolve na acção porque se reconhece sem aptidões, ou a sente como perigosa, embaraçosa ou moralmente repreensível;

4) *Estratégias cognitivas*, em que a pessoa manipula a atenção ou a percepção do significado dos acontecimentos ou das consequências, de forma a reduzir o seu impacto emocional.

A teoria de Lazarus propõe que a *avaliação cognitiva e coping* são os mediadores fundamentais das relações de *stress* pessoa/ambiente. Em todas as situações indutoras de *stress* há dois tipos de situações fundamentais com que o indivíduo tem que aprender a lidar: (a) o problema que cria o desequilíbrio como meio ambiente e (b) as emoções negativas que daí decorrem.

Como já referido, Lazarus sugere duas estratégias de *coping* fundamentais: reguladoras das emoções (*coping* centrado nas emoções) e actuando para mudar o problema causador da perturbação (*coping* centrado no problema). As estratégias centradas no problema resultam em modificações na relação pessoa/ambiente através de acções tanto sobre o ambiente como modificando a parte pessoal dessa relação. As estratégias centradas nas emoções produzem modificações subjectivas (não reais) nas relações pessoa /ambiente. Estas modificações subjectivas são na verdade reavaliações que realizamos. Segundo Lazarus (1993), as modificações subjectivas por dois processos básicos de estratégias de *coping* centradas nas emoções. Por um lado podemos temporariamente desviar a nossa atenção de uma relação perturbadora. Exemplo deste tipo de processos são os utilizados quando ao adormecer tentamos evitar pensamentos ameaçadores ou quando nos envolvemos com a prática de desportos ou outros divertimentos. Comparou-os Lazarus a “descanso do *stress*”, tendo chamado de que quando não estamos ocupados com nada é muito difícil desviar a nossa atenção de assuntos que nos preocupam. Uma outra forma de realizar as modificações subjectivas é alterando o significado pessoal da relação pessoa/ambiente que resultava na produção de emoções negativas. Algumas estratégias de defesa do Eu como a negação, a intelectualização ou o distanciamento caem nesta categoria, modificando o significado da relação. A base para a produção de emoções negativas será alterada, pois o *coping* influencia as emoções sempre através de uma avaliação. Esta definição é tão verdadeira para as estratégias centradas no problema como para aquelas centradas nas emoções. Quer modificando as características da relação pessoa/ambiente quer modificando a forma como a realidade é avaliada no que respeita ao seu significado para o nosso bem-estar, os efeitos das estratégias de *coping* fazem-se sentir na avaliação, sendo por isso importantes na geração dos processos emocionais assim como das reacções às emoções.

Os conceitos de avaliação cognitiva e processos de *coping* enfatizam a selecção activa entre as consequências específicas que esperamos que ocorram e a escolha entre processos de *coping* alternativos tendo em conta a avaliação das suas consequências.

Avaliação e processos de *coping* influenciam os agentes indutores de *stress* aos quais cada um está exposto, as reacções às ameaças ou desafios que cada um desses agentes oferecem e a forma como estes se modificam e adaptam tanto a curto como a longo prazo. Daí se considerar que as pessoas são agentes activos capazes de moldar as respostas aos agentes indutores de *stress*, bem como serem moldadas por eles.

De todas as investigações realizadas no sentido de criar um instrumento de avaliação dos processos de *coping* (*The Ways of Coping Questionnaire*) Folkman & Lazarus (1988) e mais tarde medi-los em variadas situações contextuais, emergiu uma série de conhecimentos que Lazarus (1993) resume do seguinte modo:

1) O conceito de *coping* é complexo. Tem-se levantado a questão relativamente à existência de estratégias de *coping* específicas para determinadas situações ou se as estratégias são escolhidas por processos de “por tentativa e erro”. Lazarus responde que possivelmente existem ambas.

2) O *coping* depende da avaliação acerca do que deve ser feito para modificar a situação. Se a avaliação é de que alguma coisa pode ser feita, então as estratégias centradas no problema predominam; se, pelo contrário, a avaliação diz que nada pode ser feito, então predominarão as estratégias centradas nas emoções.

3) Quando há uma constância no tipo de transacção geradora de *stress*, como por exemplo nas situações de trabalho, de saúde ou das relações familiares, não se evidenciaram, quanto ao sexo, diferenças nos padrões de estratégias de *coping* utilizadas.

4) Algumas estratégias de *coping* são mais estáveis ao longo de diversas transacções, ao mesmo tempo, outras parecem estar mais relacionadas com determinado tipo de circunstâncias. Assim, o “pensar positivamente” acerca das situações parece ser relativamente estável e dependente em larga medida da personalidade, enquanto o “procurar apoio social” é instável e depende consideravelmente do apoio social.

5) As estratégias de *coping* mudam de acordo com o cenário de uma transacção de *stress* complexa para outro.

6) A utilidade de qualquer padrão de *coping* varia com o tipo de transacção de *stress* que se esteja a verificar, com o tipo da personalidade do indivíduo (ex., bem estar subjectivo, funcionamento social ou estado somático). O que é funcional num contexto pode ser contra produtivo noutra.

2.3 Modalidades de *Coping*

Como refere Serra (2002) as estratégias para lidar com situações indutoras de *stress* obedecem a modalidades distintas. São elas: estratégias de confronto focadas no problema, estratégias de confronto focadas na emoção e estratégias de confronto focadas na inter-acção social. A forma como uma situação é avaliada determinará o modo de confronto a utilizar.

1. Estratégias de confronto focadas no problema

O principal objectivo é estabelecer um plano de acção e segui-lo até a causa do *stress* estar eliminada. O indivíduo tende a recorrer a este tipo de estratégia quando o *stress* é sentido como pouco intenso e a situação tida como controlável e resolúvel. As estratégias focadas na resolução do problema são utilizadas quando o indivíduo acredita que os resultados serão positivos. Estas estratégias são sempre recomendadas porque resolvem definitivamente o problema (Serra, 2002).

2. Estratégias de confronto focadas na emoção

Quando o *stress* é sentido como grave, o foco é mais orientado para o controlo das emoções. As estratégias de confronto focadas na emoção visam reduzir a tensão emocional que um indivíduo sente. Existem vários procedimentos que poderão ser uma via de resolução do problema: falar sobre o problema com alguém, na tentativa de partilhar e atenuar a pressão que se sente; fugir da situação desagradável que se vive, de forma real ou imaginada, como por exemplo: viajar, alargar as suas actividades profissionais, ter uma vida social mais activa, fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou alimentos em excesso, tomar calmantes, etc. (idem).

3. Estratégias de confronto focadas na inter-acção social

Dizem respeito à forma como o indivíduo lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situação de *stress*. O apoio recebido por parte da rede social em que o indivíduo está inserido constitui-se como um factor determinante na resolução de problemas; sendo de grande importância o que é reconhecido como resposta empática, nas situações de conflito inter-pessoal. Desta forma, a pessoa que presta ajuda manifesta uma resposta empática, se souber observar a situação com os “olhos” de quem solicita a ajuda, experienciando as suas emoções e evitando juízos de valor. Só assim, é possível responder de uma forma que expresse compreensão e sensibilidade, com vista a ajudar a pessoa (Serra, 2002). Kramer (1993, in Serra, 2002), nos estudos que realizou, verificou que as pessoas que prestam cuidados a terceiros são capazes de ser genuinamente empáticas, desenvolvendo planos de acção para a resolução de problemas com mais facilidade do que as pessoas que não se mostram empáticas. Este tipo de estratégias é mais eficaz quando através dela são clarificados elos de ligação entre os efeitos que a pessoa sente e as causas que os motivaram, e igualmente propicia que daí derive uma alternativa adequada de acção.

2.4 O *Coping* em função do género

A literatura sugere que a diferença entre géneros tem assumido um papel definitivo na selecção das estratégias e estilos de *coping*. Sabe-se actualmente que o facto de ser homem ou mulher vai influenciar os dois lados deste processo; isto é, não só a maneira como o *stress* é percebido como também as várias estratégias de *coping* seleccionadas para lidar com o *stress*. Pode dizer-se ainda que, a forma como a pessoa percebe o *stress* e o uso de estratégias mais ou menos adaptativas que utiliza, depende também dos padrões de socialização e das normas culturais a que esteve exposta. Estes conceitos vão influenciar a noção que a pessoa tem acerca da masculinidade e da feminilidade. Deste modo, a socialização das mulheres é feita de forma a não lhes proporcionar o desenvolvimento de personalidades muito resistentes, uma vez que as meninas aprendem a exprimir as suas emoções, a serem sensíveis e a agirem de uma forma dependente; contrariamente, os rapazes são ensinados a resolver os seus problemas através de uma acção directa, desenvolvendo um sentido de controlo e independência (Radloff, 1980, in Miller, 1988).

Alguns estudos revelam que as mulheres tendem a ser significativamente diferentes dos homens em relação às estratégias que utilizam. Demonstrou-se, por exemplo, que as mulheres utilizam diversas estratégias cognitivas, e ainda diferentes mecanismos redutores dos estados de tensão. Normalmente, tendem a sentir-se mais sem controlo dos problemas e procuram mais apoios sociais do que os homens.

Mcmullen & Gross (1993, in Barnett et al., 1988), defendem que a nossa cultura abarca os comportamentos de procura de ajuda como mais adequados para as mulheres do que para os homens. Barnett et al., (1988) refere que os homens encaram o comportamento de pedir ajuda como uma ameaça para a sua independência ou competência, por sua vez, as mulheres vêem nessa estratégia uma experiência desejável, ou seja, como sendo uma forma de criar e manter as relações interpessoais.

No que concerne aos mecanismos de *coping* cognitivos, estando estes relacionados com possíveis factores de vulnerabilidade ao *stress* e à depressão (Beck, 1976; Seligman et al., 1975, in Miller & Kirsch, 1988), os autores referem, que os homens usam estratégias mais adaptativas do que as mulheres.

Estudos levados a cabo por Averill e Rosenn (1972; Bandura, 1977; Cohen & Lazarus, 1973; Miller, 1987, in press; Miller & Mangan, 1983; Phipps & Zinn, 1986, in Miller & Kirsch, 1988), demonstraram que uma das estratégias mais eficazes para reduzir o *stress* é o evitamento. Como as mulheres são mais propensas a evitar os problemas face a *stressores* incontroláveis, esta parece ser, uma estratégia de *coping* muito adaptativa (Miller, 1988).

Grande parte das correntes teóricas, realça o papel dos factores cognitivos relativos às respostas de *stress*. Miller (1988) sugere que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade ao *stress*, logo, é esperado que utilizem estratégias de *coping* menos adaptativas do que os homens. De acordo com Miller e Kirsch (1988), existe uma crença cultural de que os homens usam mais as estratégias de *coping* focadas na resolução do problema, enquanto que as mulheres recorrem mais ao uso das estratégias focadas na emoção.

Na investigação de Matud et al., (2002), examinaram-se as diferenças de género no *stress* crónico; e os resultados obtidos demonstraram que as mulheres apresentam

um índice mais elevado de *stress* no que se refere a problemas familiares, enquanto que os homens ficam frequentemente mais *stressados* com problemas de trabalho.

Capítulo 3 – Stress e estratégias de *coping* dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental

Introdução

Estima-se, actualmente, que existe um número elevado de pessoas que possuem deficiência, constituindo por isso, uma preocupação para nós. Desta forma, torna-se de extrema importância a qualidade dos cuidados que são prestados a estas pessoas; considerando-se por isso, igualmente relevante avaliar a vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de *coping* dos profissionais que prestam esses mesmos cuidados, uma vez que estes factores vão reflectir-se na repercussão dos cuidados que prestam. Assim, apresenta-se de seguida uma revisão de literatura relativa aos prestadores de cuidados.

3.1 Descrição da profissão de prestador de cuidados a pessoas com deficiência mental

Um prestador de cuidados é um profissional que presta um cuidado directo aos utentes, auxiliando-os na execução de diversas tarefas, assim como, na aprendizagem das diferentes áreas, conforme se caracteriza no ponto seguinte. Estes profissionais, são na sua maioria pessoas não qualificadas, no entanto, neste estudo optou-se por incluir também os profissionais qualificados, dado que prestam igualmente um cuidado directo aos utentes.

3.1.1 Caracterização das funções dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental

Os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental, procedem ao acompanhamento diurno ou nocturno dos utentes, dentro e fora do serviço ou estabelecimento; participam na ocupação dos tempos livres; apoiam a realização de actividades sócio-educativas; auxiliam nas tarefas de alimentação, apoiam os utentes nos trabalhos que tenham de realizar. Participam nas actividades sócio-educativas; ajudam também nos cuidados de higiene e conforto; vigiam os utentes durante o repouso e na sala de aula; assistem ainda os utentes nos transportes, nos recreios, nos passeios e visitas de estudo (CCT, 1999).

3.2 Definição de deficiência mental

A deficiência mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI aproximadamente de 70 ou inferior) com um início antes dos 18 anos e défice ou concomitante insuficiência no funcionamento adaptativo. A deficiência mental pode ser classificada como: ligeira, moderada, grave e profunda (DSM-IV, 1996).

Segundo a definição da American Association of Mental Retardation (AAMR) de 1992, a Deficiência Mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual, caracterizando-se por um funcionamento intelectual global significativamente abaixo da média, que existe concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes competências adaptativas: comunicação, auto-cuidado, vida diária, competências sociais, utilização de recursos comunitários, auto-controlo, saúde e segurança, competências académicas funcionais, lazer e trabalho (Luckasson, 1992).

3.3 Revisão de literatura de estudos realizados no âmbito do *stress*

São vários os investigadores que têm desenvolvido estudos no âmbito do *stress*, nomeadamente Stengard et al., (2002), realizaram um estudo na Finlândia cujo objectivo era descrever os diferentes tipos de prestadores de cuidados, sendo estes identificados de acordo com as seguintes dimensões de prestação de cuidados: supervisão, ansiedade, *coping*, resignação e activação. Os resultados deste estudo demonstraram que a saúde mental dos prestadores de cuidados deve constituir uma preocupação, uma vez que as consequências vão afectar a qualidade dos cuidados que prestam. Assim, o significado pessoal de prestação de cuidados, e as estratégias de *coping* usadas, devem oferecer uma intervenção apropriada e que seja favorável às necessidades encontradas nos prestadores de cuidados.

Investigadores na América (Hooker, et al., 2002) desenvolveram um estudo com 102 pessoas que prestam cuidados a pacientes com demência. Neste estudo, os prestadores de cuidados, preencheram questionários consoante os sintomas psicológicos e comportamentais dos seus pacientes. Os resultados mostraram que o aumento de problemas de comportamento entre os pacientes, a prestação de cuidados individuais a longo prazo e o ambiente de trabalho estão associados a menor saúde física e mental dos prestadores de cuidados. Este estudo concluiu ainda que níveis de *stress* elevado

estão associados com níveis baixos de bem-estar físico e psicológico. Assim sendo, a prestação de cuidados por longos períodos de tempo foi associada a um nível de *stress* elevado.

Winstanley e Whittington (2002) com uma amostra de 375 pessoas que prestam cuidados de saúde em hospitais, pretenderam analisar os níveis de ansiedade, o *burnout* e os estilos de *coping* destas pessoas, que se encontram expostas a experiências de trabalho agressivas. Os autores referem que a agressão directa quer no pessoal do hospital quer no pessoal de instituições psiquiátricas não foi ainda largamente examinada. Assim, num primeiro estudo compararam a ansiedade, os estilos de *coping* e o *burnout* de acordo com a frequência de experiências agressivas. Num segundo estudo, foi examinada uma sub-amostra para determinar qualquer efeito imediato que surgisse após os encontros agressivos. Para tal, os prestadores de cuidados completaram o *State-Trait Anxiety Inventory*, *the Maslach Burnout Inventory*, tendo sido posteriormente analisados de acordo com o tipo e frequência de agressões experienciadas. Os resultados revelaram que não se verificam diferenças significativas nos níveis de ansiedade ou estilos de *coping*. No entanto, foram determinadas diferenças significativas nos níveis de *burnout*. Os níveis de exaustão emocional e despersonalização foram significativamente mais altos no pessoal mais frequentemente exposto a experiências de trabalho agressivas. Assim, favorece-se um modelo cíclico que sugere que elevados níveis de *burnout* podem incrementar vulnerabilidade nas vítimas de experiências agressivas. Desta forma, o crescimento da exaustão emocional conduz directamente para o incremento da despersonalização como mecanismo de *coping*; que consequentemente vai manifestar-se como uma mudança negativa também nos pacientes, atribuindo desse modo maior vulnerabilidade na promoção da agressão.

Um estudo realizado em Espanha comparou as diferentes classificações de *coping* nos prestadores de cuidados a pacientes de Alzheimer. Tradicionalmente, as estratégias foram classificadas como: focadas no problema e focadas nas emoções, consideraram ainda a adequação de estratégias à situação apresentada.

Os investigadores reconhecem também que as situações de *stress* dos prestadores de cuidados são uma consequência do seu serviço. O principal objectivo desta investigação foi estudar a relação entre principais estratégias e a estratégia-optimismo, assim como comparar estes dois tipos de classificações (estratégias focadas no problema/emoção versus apropriada/inadequada). Participaram 85 prestadores de

cuidados a doentes de Alzheimer. Os resultados obtidos indicam diferenças significativas no número de estratégias inadequadas usadas como sendo funcionais e principais. Também parecem significativas as relações existentes entre optimismo-estratégia inadequada e optimismo-estratégia focada no problema. Estes resultados mostraram a utilidade de se usar um critério de adaptação das estratégias apresentadas, à situação dos prestadores de cuidados a pacientes com Alzheimer (Muela, et al., 2002).

Connor, Jennifer, Compas, (2002), realizaram um estudo sobre vulnerabilidade ao *stress* social, utilizando o *coping* como mediador dos sintomas sociotrópicos da ansiedade e depressão. Concluíram que apesar dos acontecimentos *stressantes* desempenharem claramente um papel importante nos sintomas da depressão e ansiedade, os factores individuais não são igualmente sensíveis ao *stress*. Na tentativa de explicar diferenças no ajustamento, focaram-se ambos nas estratégias de *coping* utilizadas na resposta ao *stress* e na vulnerabilidade da personalidade face a *stressores* específicos. Nas regressões realizadas para acontecimentos recentes de *stress* verificou-se que o *coping* não mediatiza directamente a relação entre os sociotrópicos e o *stress*, mas modera essa relação. Realizaram-se entrevistas de controlo sobre a conexão do *coping* do sujeito, com os sociotrópicos e a ansiedade/depressão, considerando o *coping* como desimpedimento para o aumento da conexão. Verificou-se, ainda, que as implicações dos modelos cognitivos e sociais da vulnerabilidade ao *stress* são elevadas.

Cooper, Katona, Orrel e Livingston (2008), estudaram o impacto do *coping* e a morbilidade psicológica dos prestadores de cuidados a doentes de Alzheimer, de um hospital do Reino Unido. Verificaram que estes prestadores de cuidados desenvolvem estados elevados de ansiedade, a longo prazo e que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção. Sugerem, que o uso de estratégias menos focadas na emoção e mais centradas no problema possam contribuir para uma diminuição da ansiedade.

Um estudo desenvolvido na América por Gianakos (2002), examinou a influência do sexo, papel do género, desejabilidade social e locus de controlo, como preditores de *coping* do *stress* no trabalho. Os resultados indicam que os homens têm mais tendência para o álcool, enquanto as mulheres usam uma acção mais directa de *coping* e elevada desejabilidade social. A predição de uma orientação interna ajuda ao nível do pensamento positivo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4- Apresentação do estudo e da metodologia

Introdução

Neste capítulo serão apresentados os objectivos, as hipóteses e a metodologia utilizada neste estudo sobre a vulnerabilidade ao *stress* e estratégias de *coping* dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental. Concretamente, o plano de observação, os instrumentos, os participantes e o procedimento. A seguir, discutem-se os resultados da investigação, os estudos diferenciais, as análises de correlação e a discussão dos resultados obtidos.

A importância do trabalho no equilíbrio e na qualidade de vida da população activa é cada vez mais reconhecida e vem justificando o interesse crescente no estudo do *stress* no trabalho. O *stress* é um elemento natural e inevitável do trabalho e da vida. Não é necessariamente mau ou destrutivo. No entanto, tem o potencial para se tornar em algo negativo por várias razões.

4.1 Objectivos do estudo

Os objectivos operacionais de uma investigação dependem em grande medida da natureza dos fenómenos a estudar e do maior ou menor controlo a que as variáveis em estudo se submetem. O presente estudo seguiu, por isso, os seguintes objectivos:

1. Conhecer a vulnerabilidade ao *stress* e a forma como os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental lidam com os seus problemas.
2. Analisar a vulnerabilidade ao *stress* em função do sexo e do tempo de serviço.
3. Estudar as estratégias de *coping* relativamente ao género e habilitações literárias.

4.1.1 Hipóteses

A literatura sugere, de uma forma consistente, que as mulheres apresentam maiores níveis de *stress* e têm maior tendência para mencionar histórias de desordem afectiva do que os homens (Conger et al., 1993). De um modo geral, assume-se que os prestadores de cuidados do sexo feminino experienciam maior vulnerabilidade ao *stress*, comparativamente com os do sexo masculino. Relativamente, ao tempo de serviço assume-se que os prestadores de cuidados de saúde com menos tempo de serviço apresentam níveis de *stress* mais elevados (Payne & Furnham, 1987).

Assim formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: A vulnerabilidade ao *stress* é maior nos prestadores de cuidados do sexo feminino do que nos prestadores de cuidados do sexo masculino.

H2: A vulnerabilidade ao *stress* dos prestadores de cuidados diminui com o tempo de serviço.

Pode considerar-se que o *stress* psicológico varia de acordo com o nível de adequação entre a avaliação cognitiva que o indivíduo faz dos acontecimentos e o *coping* com esses mesmos acontecimentos. Parece existir algum consenso relativamente ao uso de estratégias de *coping* em função do género.

Estudos referem, por exemplo, que as mulheres tendem a utilizar diferentes mecanismos redutores dos estados de tensão, assim como, diferentes estratégias cognitivas (Radloff, 1980, in Miller, 1988).

Na literatura consultada não foi encontrada informação relativamente ao uso das estratégias de *coping* em função das habilitações literárias. No entanto, decidimos testar uma hipótese relativa às habilitações académicas, dado que na nossa experiência, esta variável assumiu um papel relevante.

Assim, formulam-se as seguintes hipóteses:

H3: Existem diferenças relativamente ao uso de estratégias de *coping* em função do sexo;

H4: Os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental com mais habilitações literárias utilizam melhores estratégias de *coping* do que os prestadores de cuidados com menores habilitações.

4.2 Metodologia

Na presente investigação utiliza-se uma abordagem quantitativa e qualitativa. Para a abordagem quantitativa usou-se uma metodologia correlacional, inferencial e descritiva. O plano de observação foi constituído por um estudo transversal, utilizando dois questionários destinados a medir a vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de *coping* dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental, assim como, a recolha de informação sócio-demográfica. Na abordagem qualitativa recorreu-se a uma metodologia descritiva e exploratória.

No que concerne à metodologia qualitativa, de acordo com Bardin (1977, p. 38) a análise de conteúdo é um “ (...) conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrições do conteúdo das mensagens”.

Segundo Bardin (1977), através desta técnica de investigação é possível realizar uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das respostas dadas pelos sujeitos, permitindo também fazer inferências, pela qual se admite uma preposição pela sua ligação com outras aceites como verdadeiras.

Na presente investigação o procedimento utilizado na categorização foi por milha, no qual o sistema de categorias não é fornecido, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos, sendo o título de cada categoria só definido no final da operação.

4.2.1 Participantes

Neste estudo, optou-se por uma amostra de conveniência e estratificada, não necessariamente representativa, cujas características sócio-demográficas se apresentam nos quadros seguintes.

Quadro 1

Caracterização e descrição dos participantes

	N	(%)
Sexo		
Feminino	59	80,8
Masculino	14	19,2
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	3	4,1
2º Ciclo	8	11,0
3º Ciclo	21	28,8
Ensino secundário	29	39,7
Ensino superior	9	12,3
Não respondeu	3	4,1
Estado Civil		
Solteiro (a)	18	24,7
Casado (a)	50	68,5
Divorciado (a)	0	-
Viúvo (a)	3	4,1
União de Facto	2	2,7
Outro	0	-
Situação profissional		
Contratado (a)	13	17,8
Efectivo	57	78,1
Outros	3	4,1
Total	73 sujeitos	

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	72	20	59	35,03	9,242
Tempo de Serviço	71	1	34	9,59	7,592

No estudo participaram um total de 73 (*N*) prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental, sendo que a maioria dos participantes são do sexo feminino (80,8). Quanto às habilitações literárias, emergem duas categorias principais, ensino secundário (39,7) e 3º ciclo (28,8). Verifica-se que os participantes deste estudo, na sua maioria são do estado civil casado (68,5) e solteiro (24,7). No que concerne à situação profissional a registar que a maioria dos participantes são efectivos (78,1). Pode-se observar que a variável tempo de serviço oscila entre 1 ano de tempo de serviço no mínimo e 34 anos no máximo, com uma média de 10 anos de tempo de serviço. A variável idade que oscila entre 20 anos, no mínimo, e 59 anos no máximo, com uma média de 35 anos de idade.

4.2.2 Instrumentos

Foram administrados dois instrumentos: *IRP – Inventário de Resolução de Problemas* e o *23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* (cf. anexo 1) a todos os prestadores de cuidados que participaram neste estudo. Os instrumentos foram desenvolvidos e validados para a população portuguesa por Serra (1987, 2000). Pelo que, em concordância com o autor utilizou-se a avaliação das suas qualidades psicométricas. Os questionários foram cotados e corrigidos por um programa de correção automática, gentilmente cedido pelo Prof. Adriano Vaz Serra. Seguidamente explanamos os instrumentos:

(i) *Inventário de Resolução de Problemas (IRP)* – trata-se de uma escala unidimensional de tipo *Likert*, destinada a medir o *coping*, isto é, as estratégias que as pessoas utilizam para resolver os problemas, construída por Vaz Serra (1987) e composta por 40 questões. É inventário, porque para além da nota global, permite extrair vários índices também com valor informativo; de resolução de problemas, porque o que se pretende é saber como a pessoa lida com os problemas apresentados.

Este inventário apresenta ao respondente três situações diferentes – de ameaça, de dano e de desafio – que podem acontecer a qualquer pessoa na sua vida quotidiana, com consequências susceptíveis de se arrastarem no tempo e de envolverem aspectos interpessoais. Na concepção deste instrumento, o *coping* é considerado um “...tronco comum que se pode reconhecer através de diversos ramos” Serra (2002, p. 390) onde se procura avaliar as estratégias de *coping* que usualmente são utilizadas para lidar com problemas do dia-a-dia.

O inventário inclui respostas relacionadas com diversas modalidades de *coping*, sendo elas: confronto activo dos problemas; controlo perceptivo da situação ou das consequências; pedido de auxílio a familiares e amigos; mecanismos redutores de estado de tensão emocional e com certas características estáveis da personalidade que podem ser importantes na resolução das situações indutoras de *stress*.

Este inventário está construído de modo a que em cada questão possa ser atribuída uma classificação de cinco categorias, de 1 a 5. Acima de duas categorias, a fidedignidade de uma escala melhora. Não foram ultrapassadas as cinco categorias, porque, como referem Wells e Marwell (1976, in Serra, 1988), acima de sete categorias a

capacidade discriminativa de auto-avaliação torna-se difícil. A fim de evitar vícios de tendência de resposta, esta escala tem a preocupação de formular questões com um sentido positivo de auto-avaliação e, outras, com um sentido negativo.

As cinco opções distribuem-se da seguinte forma: (de 1- não concordo a 5 - concordo muitíssimo). Considerou-se, que quanto mais alto é o valor, melhor serão as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo.

Numa amostra constituída por 692 elementos das populações universitárias de Coimbra e de Aveiro, bem como, do Centro de Selecção e Recrutamento de Coimbra e ainda da população em geral, encontrou-se uma média para a nota global de 153.828, apresentando os homens valores discretamente mais elevados do que as mulheres (154.315 *versus* 153.384) não sendo estas diferenças estatisticamente significativas (Serra, 1988).

Os itens mostram uma boa estabilidade temporal, com uma boa correlação teste/reteste de .808 (N=102), com um mínimo de 4 semanas intervalo (Serra, 2002). O coeficiente de *Spearman-Brown* é de .860, abonatório de uma boa consistência interna. Uma análise dos componentes principais dos 40 itens, seguida de uma rotação ortogonal de tipo *varimax*, revelou a existência de nove factores subjacentes que explicam 51.7% da variância total (Serra, 1987). De acordo com o autor foram usados os seguintes factores:

F1 (composto pelos itens 5, 11, 18, 20, 36) representa “Pedido de Ajuda” e explica 7.399% da variância total, (e.g. item 5 “vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer”).

F2 (composto pelos itens 21, 31, 32, 33, 34, 36 e 40) representa “Confronto e Resolução Activa dos Problemas” e explica 9.399% da variância total, (e.g. item 21 “de modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer, hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir”).

F3 (composto pelos itens 1, 2 e 7) relacionado com “Abandono Passivo Perante a Situação” e explica 4.854% da variância total, (e.g. item 1 “vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver os problemas”).

F4 (composto pelos itens 6, 12, 14, 30, 35, 37, 38 e 39) relacionado com “Controlo interno/externo dos problemas e explica 6.728% da variância total, (e.g. item 6 “estou perdido, este acontecimento deu cabo da minha vida”).

F5 (composto pelos itens 23, 24, 25 e 29) relacionado com “Estratégias de Controlo das Emoções” e explica 4.621% da variância total, (e.g. Item 23 “raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem”).

F6 (composto pelos itens 3, 8, 9 e 13) representa uma “Atitude Activa de não Interferência da Vida Quotidiana pelas Ocorrências” e explica 5.390% da variância total, (e.g. Item 3 “não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no meu dia-a-dia.”).

F7 (composto pelos itens 27 e 28) representa “Agressividade internalizada/externalizada” e explica 4.299% da variância total, (e.g. Item 27 “dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta”).

F8 (composto pelos itens 4, 10, 16 e 19) relacionado com “Auto-Responsabilização e Medo das Consequências” explicando 5.599% da variância total, (e.g. Item 4 “se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu”).

F9 (composto pelos itens 15, 17 e 22) representa “Confronto com o Problema e Planificação da Estratégia” e explica 3.604% da variância total, (e.g. Item 15 “vou pensar com calma sobre o assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo calar aquele indivíduo”).

As questões com um sentido negativo de auto-avaliação, em que a atribuição da pontuação é invertida (não concordo assume o valor mais elevado), são: 5, 11, 18, 20; 21; 1, 2 e 7; 6, 12, 14, 30, 35, 37, 38, 39; 23, 24, 25, 29; 9 e 13; 27 e 28; 4, 10, 16 e 19 e 22

Estudos efectuados com o *IRP* demonstraram que:

- Existe uma relação positiva e altamente significativa entre o auto-conceito e as estratégias de resolução de problemas (Serra, Firmino & Ramalheira, 1988);
- As pessoas com transtornos emocionais caracterizam-se por evitarem o confronto activo dos problemas e a pressupor que a sua resolução não depende do seu esforço directo; por conseguinte, abandonam-se passivamente perante as

situações indutoras de *stress* e utilizam sobretudo estratégias para controlo das emoções (Serra, Ramalheira & Firmino, 1988);

- As pessoas com doença coronária, ao serem comparados com um grupo de controlo homólogo, revelam estratégias de *coping* mais pobres: utilizam menos o confronto e a resolução activa dos problemas bem como a planificação de estratégias; abandonam-se passivamente perante as situações, auto-responsabilizam-se pelas ocorrências, permitem que estas interfiram mais com a sua vida quotidiana e solicitam menos ajuda a familiares e amigos (Matos, 1995);
- Num estudo sobre para-suicídio, foi comprovado que os para-suicidas têm estratégias de lidar com o *stress* significativamente mais pobres e inadequadas do que as pessoas da população em geral, sem transtornos psicopatológicos (Saraiva, 1997);
- As pessoas com piores estratégias de *coping* tendem a sentir maior número de problemas (Serra, Firmino, Pocinho & Mesquita Figueiredo, 1991);
- As pessoas extrovertidas e emocionalmente estáveis tendem a revelar melhores estratégias de *coping* (Alves, 1995).

(ii) *Escala da Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)* - trata-se de uma escala criada por Vaz Serra (2000). A 23 QVS é uma escala de tipo *Likert*. É um instrumento de auto-avaliação e avalia a vulnerabilidade do indivíduo ao *stress*. Cada questão tem cinco possibilidades de escolha diferentes (de 0 a 5), umas vezes na ordem directa e outras na ordem inversa. As questões 1, 3, 4, 6, 7, 8, e 20 são classificadas da esquerda para a direita, assumindo os valores de 0, 1, 2, 3, 4; sendo as restantes classificadas no sentido inverso. O valor da nota global pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 92. As questões são pontuadas de modo a que, quanto mais alto o valor obtido, maior é a vulnerabilidade ao *stress*. Uma classificação de 43 representa o ponto de corte acima do qual uma pessoa se encontra vulnerável ao *stress* (Serra, 2000).

A escala 23 QVS foi criada a partir de uma amostra de 368 elementos da população em geral a correlação *Par/Impar* foi de .732 e o coeficiente de *Spearman-Brown* de .845, demonstrando uma boa consistência interna.

O coeficiente de *Alfa de Cronbach* para todos os itens apresentou um valor de .824. Este valor baixou sempre quando à escala foi excluído algum dos itens seleccionados, demonstrando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributo para uma boa homogeneidade (Serra, 2000).

A correlação de cada questão com a nota global foi positiva e altamente significativa, quando na nota global esteve incluído ou excluído o item em análise (Serra, 2000). Estes factos confirmam a obtenção dos itens que, no seu conjunto, correspondem a uma escala unidimensional, capaz de definir um conceito. As correlações mais elevadas com a nota global sugerem que a pessoa vulnerável ao *stress* tem um perfil em que se salientam as seguintes características: “pouca capacidade auto-afirmativa”, “fraca tolerância à frustração”, “dificuldade em confrontar e resolver os problemas”, “preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia” e “marcada emocionalidade” (Serra, 2000).

Os diversos itens da escala demonstraram ser sensíveis, individualmente, a variações de grupos extremos, o que confirma a sua capacidade discriminativa (Serra, 2000). Uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax* extraiu 7 factores ortogonais que explicam 57,5% da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado:

F1 (composto pelos itens 23, 19, 16, 10, 18, 05) corresponde ao “Perfeccionismo e Intolerância à Frustração”, significando 10,7% da variância explicada, (e.g. Item 23 “sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço”).

F2 (composto pelos itens 9, 22, 01, 02, 12) corresponde à “Inibição e Dependência Funcional”, significando 10,5% da variância explicada, (e.g. Item 09 “perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para as resolver”).

F3 (composto pelos itens 03 e 06) corresponde à “Carência de Apoio Social” significando 7,6% da variância explicada, (e.g. Item 03 “quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes”).

F4 (composto pelos itens 04 e 21) corresponde a “Condições de Vida Adversas” significando 7,6% da variância explicada, (e.g. Item 04 “costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais”).

F5 (composto pelos itens 20, 05 e 08) corresponde à “Dramatização da Existência” significando 7,2% da variância explicada, (e.g. Item 20 “sou um tipo de

peessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe acontecem”).

F6 (composto pelos itens 14, 11, 13 e 15) corresponde à “Subjugação” significando 7,2% da variância explicada, (e.g. Item 14 “dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades”).

F7 (composto pelos itens 17, 13 e 07) corresponde à “Deprivação de Afecto e Rejeição” significando 6,6% da variância explicada, (e.g. Item 17 há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas”).

4.2.3 Procedimento

Os instrumentos utilizados foram administrados aos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Matosinhos, após o consentimento da Direcção e dos prestadores de cuidados. Para tal, enviou-se uma carta à direcção da APPACDM de Matosinhos requerendo autorização para a administração dos questionários. Depois de obtida a devida autorização, procedeu-se à sua administração, que decorreu durante o mês de Janeiro de 2008. Os questionários foram entregues individualmente e em mão, pela investigadora. A sua devolução efectuou-se de igual modo e no próprio dia da entrega. A administração dos instrumentos realizou-se individualmente e no próprio contexto de trabalho, sendo os mesmos administrados pela seguinte ordem: (1) Questionário sociodemográfico, constituído por 6 itens; (2) *Inventário de resolução de problemas*, constituído por 42 itens, incluindo ainda duas questões abertas, por nós elaboradas: “Costuma fazer alguma coisa para se relaxar quando esta stressado(a) ou preocupado(a) com algum problema?” “O que costuma fazer?” nestas questões foi dado um limite máximo de quatro linhas de resposta; (3) *Escala de Vulnerabilidade ao stress* constituída por 23 itens. A duração média da administração dos instrumentos foi de aproximadamente 30 minutos por sujeito.

Para o efeito, foram tidos em conta os seguintes princípios éticos e metodológicos: confidencialidade e anonimato; fez-se saber a não existência de respostas certas ou erradas; e foi ainda solicitado aos participantes que respondessem a todas as questões.

Após a respectiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 16), onde se realizaram as análises estatísticas em função das hipóteses consideradas.

Capítulo V – Discussão dos resultados

Introdução

Apresentam-se de seguida, os resultados diferenciais para a escala de vulnerabilidade ao *stress* em função do género e tempo de serviço. Posteriormente, descrevem-se as estratégias de *coping* utilizadas consoante o género e as habilitações literárias, recorrendo ao *T-Test* para amostras independentes, à *ANOVA* e à correlação de *Pearson*. Numa fase seguinte, apresentam-se os resultados finais deste estudo, assim como possíveis propostas de intervenção.

5.1 Resultados

A análise de diferenças significativas na vulnerabilidade ao *stress*, entre os grupos, em função do género e do tempo de serviço foi realizada recorrendo à estatística paramétrica, nomeadamente o teste *T* de *Student* para amostras independentes, à *ANOVA* e à correlação de *Pearson* (Brace, Kemp & Snelgar, 2003; Maroco, 2003), dado que a amostra deste estudo segue uma distribuição normal e apresenta homogeneidade de variâncias (calculada através do teste de *Levene*).

Por último, importa esclarecer que o nível de significância dos resultados de referência para todos os testes estatísticos foi o de 0.05 (p), comumente usado nas ciências humanas, sociais e de saúde.

Quadro 2

Caracterização dos indicadores chave da vulnerabilidade ao stress.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Vulnerabilidade ao Stress	71	17	63	36,79	8,754
Factor 1 - Perfeccionismo e intolerância à frustração	71	,08	5,39	2,7390	1,10591
Factor 2 - Inibição e dependência funcional	71	-1,17	3,71	,4438	,86720
Factor 3 - Carência de apoio social	71	-,86	3,77	,7638	,94291
Factor 4 - Condições de vida adversas	71	-,85	4,02	,9629	1,08852
Factor 5 - Dramatização da existência	71	-,14	5,27	2,3490	1,10240
Factor 6 – Subjugação	71	-,78	4,85	1,3548	1,16682
Factor 7 - Deprivação de afecto e rejeição	71	-2,16	2,74	,3331	,93980

No Quadro 2 pode observar-se que os participantes obtiveram um valor médio de vulnerabilidade ao *stress* de 36,79, num total máximo de 43, o que significa que este valor está abaixo do ponto de corte, sendo que valores acima de 43 revelam vulnerabilidade ao *stress*.

Quanto às respectivas subescalas, três delas apresentam valores médios mais elevados, sendo: factor 1 - perfeccionismo e intolerância à frustração ($M=2,74$), factor 5 - dramatização da existência ($M= 2,35$) e factor 7 - deprivação de afecto e rejeição ($M=1,35$), sendo que a principal vulnerabilidade destes participantes corresponde ao factor 1, factor 5 e factor 7.

Quadro 3

Caracterização dos indicadores chave para as estratégias de *coping*.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Estratégias de <i>Coping</i>	73	126	176	154,11	9,992
Factor 1 – Pedido de ajuda	73	11,00	22,00	16,6301	2,60078
Factor 2 – Confronto e resolução activa dos problemas	73	11,00	35,00	26,6027	4,52075
Factor 3 – Abandono passivo perante a situação	73	5,00	27,00	13,5616	2,56573
Factor 4 – Controlo interno/externo dos problemas	73	20,00	39,00	31,1644	3,89092
Factor 5 – Estratégias de controlo das emoções	73	9,00	38,00	17,0548	3,70769
Factor 6- Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências	73	3,00	16,00	11,0000	2,20479
Factor 7 – Agressividade internalizada / externalizada	73	7,00	10,00	9,7397	, 74587
Factor 8 – Auto-responsabilização e medo das consequências	73	7,00	20,00	17,0959	2,55041
Factor 9 – Confronto com problemas e planificação da estratégia	73	7,00	15,00	11,6301	1,79124

Pela análise do Quadro 3, é possível constatar que os participantes obtiveram um valor médio de estratégias de *coping* de 154,11, numa média para a nota global de 153.828, significando que o valor médio encontrado no presente estudo é superior à média da nota global, sugerindo que os participantes do estudo revelam boas estratégias de *coping*.

Quanto às respectivas subescalas, duas delas apresentam valores médios mais elevados, sendo: factor 2 – confronto e resolução activa dos problemas ($M=26,60$), a média encontrada é superior aos valores médios apresentados no estudo original do autor; e factor 4 – controlo interno/externo dos problemas ($M=31,16$), a média encontrada é superior à média encontrada pelo autor, no seu estudo original (Serra, 1988). Duas subescalas apresentam valores médios mais baixos, sendo: factor 7 – agressividade internalizada/externalizada ($M=9,74$) e factor 9 – confronto com problemas e planificação

da estratégia ($M=11,63$), sendo estas médias iguais às apresentadas no estudo original do autor (Serra, 1988).

Quadro 4

Diferenças de género relativamente aos factores e total da vulnerabilidade ao *stress*.

Variáveis	Género Feminino N=58		Género Masculino N=13		t	p
	M	DP	M	DP		
Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	38,24	8,24	30,31	8,31	3,13	.003
Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração	2,83	1,09	2,33	1,08	1,48	.142
Factor 2 – Inibição e dependência funcional	0,49	0,90	0,22	0,65	0,98	.327
Factor 3 – Carência de apoio social	0,74	0,90	0,83	1,15	0,29	.766
Factor 4 – Condições de vida adversas	1,01	1,11	0,71	0,97	0,90	.370
Factor 5 – Dramatização da existência	2,55	1,06	1,44	0,75	3,52	.001*
Factor 6 – Subjugação	1,36	1,18	1,30	1,11	0,16	.874
Factor 7 – Deprivação de afecto e rejeição	0,32	0,97	0,38	0,79	0,23	.816

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

No quadro 4 apresenta-se as médias e os desvios-padrão da escala de vulnerabilidade ao *stress* em função do género. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino, relativamente ao total de vulnerabilidade ao *stress* ($t = 3,13$; $p = .003$) e F5 - dramatização da existência ($t = 3,52$; $p = .001$). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao F1 - perfeccionismo e intolerância à frustração ($t = 1,48$; $p = .142$), ao F2 - inibição e dependência funcional ($t = 0,98$; $p = .327$), ao F3 - carência de apoio social ($t = 0,29$; $p = .766$), ao F4 - condições adversas de vida ($t = 0,90$; $p = .370$), ao F6 - subjugação ($t = 0,16$; $p = .874$) e F7 - deprivação de afecto e rejeição ($t = 0,23$; $p = .816$).

Quadro 5

Correlações para os factores e total da vulnerabilidade ao stress relativamente ao tempo de serviço.

		Tempo de Serviço	Vulnerabilidade ao Stress	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7
Tempo de Serviço	Correlação de Pearson	1.000	-.153	-.036	.037	.025	-.220*	-.150	-.091	.129
	Sig. (1-tailed)	.	.102	.385	.380	.420	.034	.108	.227	.144
Vulnerabilidade ao Stress	Correlação de Pearson		1.000	.633**	.450**	.131	.443**	.163	.091	.184
	Sig. (1-tailed)			.000	.000	.138	.000	.087	.224	.062
Factor 1 - Perfeccio. e intolerância à frustração	Correlação de Pearson			1.000	.186	-.141	.095	-.020	.049	-.081
	Sig. (1-tailed)			.	.060	.121	.216	.434	.342	.251
Factor 2 - Inibição e dependência funcional	Correlação de Pearson				1.000	-.274*	.242*	-.207*	-.264*	.009
	Sig. (1-tailed)				.	.010	.021	.042	.013	.471
Factor 3 - Carência de apoio social	Correlação de Pearson					1.000	.162	.063	-.171	.150
	Sig. (1-tailed)					.	.089	.300	.077	.106
Factor 4 - Condições de vida adversas	Correlação de Pearson						1.000	-.022	-.329**	-.025
	Sig. (1-tailed)						.	.429	.003	.417
Factor 5 - Dramatização da existência	Correlação de Pearson							1.000	-.170	-.190
	Sig. (1-tailed)							.	.078	.057
Factor 6 - Subjugação	Correlação de Pearson								1.000	-.076
	Sig. (1-tailed)								.	.263
Factor 7 - Deprivação de afecto e rejeição	Correlação de Pearson									1.000
	Sig. (1-tailed)									.

*. Correlação significante 0.05 (1-tailed).

**. Correlação significante 0.01 (1-tailed).

A análise do quadro 5 permite constatar que os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental com mais tempo de serviço apresentam menores condições adversas de vida ($r = -.220$; $p=.034$). Os restantes resultados descritos no quadro apenas evidenciam as diferenças das correlações existentes entre os factores do questionário de vulnerabilidade ao stress. Não nos parecendo necessário aprofundar os conhecimentos já realizados pelo autor.

Quadro 6

Diferenças de género relativamente aos factores e total de estratégias de *coping*.

Variáveis	Género Feminino N=58		Género Masculino N=13		t	p
	M	DP	M	DP		
Estratégias de <i>Coping</i>	152,78	9,71	159,71	9,52	2,41	.018*
Factor 1 – Pedido de ajuda	16,50	2,68	17,14	2,21	0,81	.416
Factor 2 – Confronto e resolução activa dos problemas	26,15	4,37	28,50	4,78	1,77	.081 ^{a)}
Factor 3 – Abandono passivo perante a situação	13,64	2,61	13,21	2,39	0,56	.577
Factor 4 – Controlo interno/externo dos problemas	30,64	3,86	33,35	3,27	2,42	.018*
Factor 5 – Estratégias de controlo das emoções	16,55	2,89	19,14	5,73	2,42	.018*
Factor 6 – Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências	11,01	2,25	10,92	2,05	0,13	.894
Factor 7 – Agressividade internalizada/externalizada	9,74	0,73	9,71	0,82	0,14	.888
Factor 8 – Auto-responsabilização e medo das consequências	17,08	2,64	17,14	2,17	0,07	.940
Factor 9 – Confronto com problemas e planificação da estratégia	11,54	1,65	12,00	2,32	0,85	.394

*p≤.05; a) valor marginalmente significativo

No quadro 6 apresenta-se as médias e os desvios-padrão do inventário de estratégias de *coping* em função do género. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino, relativamente ao total das estratégias de *coping* (t=2,41; p=.018), ao F4 - controlo interno/externo dos problemas (t=2,42; p=.018), e ao F5 - estratégias de controlo das emoções (t=2,42; p=.018). Quanto ao F2 - confronto e resolução activa dos problemas podem ver-se valores marginalmente significativos (t=1,77; p=.081). Relativamente aos restantes factores não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 7

Diferenças para os factores e total de estratégias de *coping* relativamente às habilitações literárias

		N	Média	Desvio Padrão	F	gl	p
Estratégias de <i>Coping</i>	1º ciclo EB	3	149,00	5,568	2,673	4 / 69	.040*
	2º ciclo EB	8	146,63	8,535			
	3º ciclo EB	21	154,48	8,976			
	Ensino Secundário	29	154,59	9,105			
	Curso Superior	9	159,78	7,997			
	Total	70	154,07	9,200			
factor1 Pedido de ajuda	1º ciclo EB	3	18,3333	4,61880	.765	4 / 69	.552
	2º ciclo EB	8	17,0000	2,20389			
	3º ciclo EB	21	16,4286	3,10759			
	Ensino Secundário	29	16,3103	2,33151			
	Curso Superior	9	17,5556	1,87824			
	Total	70	16,6714	2,61391			
factor2 Confronto e resolução activa dos problemas	1º ciclo EB	3	24,0000	3,60555	3,496	4 / 69	.012*
	2º ciclo EB	8	25,1250	2,99702			
	3º ciclo EB	21	25,0952	3,75373			
	Ensino Secundário	29	26,6207	4,75405			
	Curso Superior	9	30,7778	3,73423			
	Total	70	26,4143	4,43142			
factor3 Abandono passivo perante a situação	1º ciclo EB	3	13,3333	1,52753	3,398	4 / 69	.014*
	2º ciclo EB	8	11,0000	3,07060			
	3º ciclo EB	21	14,0476	,80475			
	Ensino Secundário	29	14,2414	2,92349			
	Curso Superior	9	12,5556	2,74368			
	Total	70	13,5571	2,59115			
factor4 Controlo interno/externo dos problemas	1º ciclo EB	3	31,3333	2,08167	.210	4 / 69	.932
	2º ciclo EB	8	30,2500	3,05894			
	3º ciclo EB	21	31,6667	3,63776			
	Ensino Secundário	29	31,2069	4,03006			
	Curso Superior	9	31,1111	3,95109			
	Total	70	31,2286	3,67195			
factor5 Estratégias de controlo das emoções	1º ciclo EB	3	15,0000	1,73205	1,351	4 / 69	.261
	2º ciclo EB	8	19,6250	7,59582			
	3º ciclo EB	21	16,4286	3,29502			
	Ensino Secundário	29	17,0345	2,79646			
	Curso Superior	9	17,3333	2,44949			
	Total	70	17,1000	3,74611			
factor6 Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências	1º ciclo EB	3	10,3333	,57735	.397	4 / 69	.810
	2º ciclo EB	8	11,0000	2,20389			
	3º ciclo EB	21	11,1905	2,18218			
	Ensino Secundário	29	10,7241	2,49136			
	Curso Superior	9	11,6667	2,12132			
	Total	70	11,0000	2,24577			
factor7	1º ciclo EB	3	10,0000	,00000	.280	4 / 69	.890

Agressividade internalizada/externalizada	2º ciclo EB	8	9,6250	,74402			
	3º ciclo EB	21	9,8095	,60159			
	Ensino Secundário	29	9,7241	,84077			
	Curso Superior	9	9,8889	,33333			
	Total	70	9,7714	,68464			
factor8 Auto-responsabilização e medo das consequências	1º ciclo EB	3	15,6667	4,04145	2,425	4 / 69	.057
	2º ciclo EB	8	15,0000	3,54562			
	3º ciclo EB	21	17,9048	2,21144			
	Ensino Secundário	29	17,3793	2,27429			
	Curso Superior	9	16,6667	2,00000			
	Total	70	17,1000	2,56594			
factor9 Confronto com problemas e planificação da estrat	1º ciclo EB	3	11,0000	1,73205	1,313	4 / 69	.275
	2º ciclo EB	8	10,5000	1,19523			
	3º ciclo EB	21	11,9048	1,67047			
	Ensino Secundário	29	11,5862	1,84231			
	Curso Superior	9	12,2222	2,04803			
	Total	70	11,6143	1,77170			

*p≤.05; **p≤.01

Como se pode observar no Quadro 7 existem diferenças estatisticamente significativas quanto às estratégias de *coping* em função das habilitações literárias, designadamente, no total das estratégias de *coping*, no factor 2 (confronto e resolução activa dos problemas) e no factor 3 (abandono passivo perante a situação). Sendo que, no total da escala e no factor 2 verifica-se que os participantes com habilitações literárias mais elevadas evidenciam, igualmente, valores médios mais elevados nas estratégias de *coping*. Relativamente, ao factor 3, são os participantes do 2.º ciclo de ensino básico ($M=11,00$) e os participantes do ensino superior a revelar valores médios mais baixos ($M=12,56$).

Seguidamente apresentam-se as respostas dadas pelos participantes relativamente à questão “Costuma fazer alguma coisa para se relaxar quando esta stressado(a) ou preocupado(a) com algum problema?”, “O que costuma fazer?” As respostas dadas pelos participantes permitiram a seguinte categorização:

Quadro 8

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Passeio (38)	N	Percentagem
Passear	15	39,47
Distrair-se	9	23,68
Andar	2	5,26
Passear ao ar livre	2	5,26
Ver mar	2	5,26
Praia	2	5,26
Espairecer	1	2,63
Caminhar	1	2,63
Sair de casa	1	2,63
Olhar paisagem	1	2,63
Meditar	1	2,63
Férias	1	2,63
Total	38	100

Quadro 9

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Socialização (30)	N	Percentagem
Estar ocupado	8	26,7
Falar com alguém de confiança	7	23,3
Conviver com amigos	3	10,0
Tomar café	3	10,0
Estar com alguém de quem goste muito	2	6,7
Falar com amigos	2	6,7
Reunir com família	2	6,7
Sair de casa	1	3,3
Conversar	1	3,3
Pedir ajuda	1	3,3
Total	30	100

Quadro 10

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Actividades intelectuais (26)	N	Percentagem
Resolver o problema	10	38,47
Ler	7	26,92
Pensar no assunto	6	23,07
Escrever	2	7,70
Não tomar decisões imediatas	1	3,84
Total	26	100

Quadro 11

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Isolamento (20)	N	Percentagem
Estar só	6	30
Descansar	5	25
Dormir	5	25
Isolar-se no quarto	1	5
Procurar lugar sossegado	1	5
Deitar na cama	1	5
Não falar com ninguém	1	5
Total	20	100

Quadro 12

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Actividades físicas (17)	N	Percentagem
Desporto	6	35,30
Ponto cruz/bordar	3	17,64
Trabalhar	2	11,77
Fazer compras	2	11,77
Fazer bolos	1	5,88
Pintar	1	5,88
Tratar animais	1	5,88
Tarefas	1	5,88
Total	17	100

Quadro 13

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Actividades lúdicas (17)	N	Percentagem
Ouvir música	11	64,70
Ver televisão	5	29,41
Hobbies	1	5,89
Total	17	100

Quadro 14

“O que fazem os prestadores quando estão *stressados* ou preocupados com algum problema?”

Outros (4)	N	Percentagem
Tomar banho	2	50
Fumar	1	25
Hidromassagem	1	25
Total	4	100

Atendendo aos resultados obtidos nos quadros 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 pode concluir-se que uma parte significativa dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental quando está *stressado* ou preocupado com algum problema resolve passear - 28% (e.g. caminhar, passear ao ar livre); 22% socializa (e.g. reunir com família, conviver com amigos); 20% dedica-se a actividades intelectuais (e.g. como a leitura, escrita); 15% isola-se (e.g. dormir, estar só); 13% realiza actividades físicas (e.g. fazer compras, bordar); 12% realiza actividades lúdicas (e.g. Ver televisão, ouvir música) e 3% dedica-se a outras actividades (e.g. fumar).

5.2 Discussão dos resultados

Os presentes resultados demonstram que os prestadores de cuidados do sexo feminino apresentam maior vulnerabilidade ao *stress* total e no factor 5 (dramatização da existência). É necessário salvaguardar que a média encontrada para o sexo feminino foi de (38,42), que é inferior a 43, sendo este o valor que o autor da escala apresenta como crítico, isto é, a partir do qual um indivíduo se encontra vulnerável ao *stress*. Deste modo, confirma-se parcialmente a H1.

Os resultados relativos às diferenças de género estão de acordo com os estudos efectuados nesta área (Aznar et al., 2002; Miller, 1988; Conger, et al., 1993). A teoria da ruminação psicológica, que se baseia numa perspectiva cognitivo-comportamental, refere que as diferenças de género no *stress* psicológico se devem à forma como os homens e as mulheres respondem ao facto de estarem num estado disfórico (Kuhl, 1981; Nolen-Hoeksema, 1987). De acordo, com esta teoria, que assume uma vulnerabilidade diferencial, as mulheres tendem a enfatizar as suas emoções negativas, ampliando-as e prolongando-as.

Quanto às perspectivas do papel do género, as investigações sustentam que as mulheres têm mais problemas com o *stress* do que os homens, porque os papéis das mulheres colocam-nas perante mais e diferentes tipos de fontes geradoras de *stress* (Morowsky & Ross, 1989).

Estudos recentes têm sugerido que elementos associados às características do trabalho, normalmente designados às mulheres, podem ajudar a explicar algumas diferenças encontradas entre os sexos. Destaca-se, a dupla (ou tripla) jornada de

trabalho ou a sobrecarga doméstica, proporcionada por tarefas como: cuidar dos filhos e lides domésticas. O homem, ao regressar do trabalho, pode encontrar no ambiente de casa um espaço para o descanso e para o relaxamento, podendo, de certa forma, desfrutar de maiores possibilidades de repouso, e ao mesmo tempo recompor o desgaste acumulado. As mulheres, quando chegam a casa, continuam em actividade, realizando tarefas domésticas, prolongando as horas de trabalho e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de reposição de energias, de descanso e lazer (Frankenhaeuser, 1991).

Vários estudos confirmam que a prestação de cuidados constitui uma sobrecarga física e psicológica, e que a depressão é, efectivamente, uma alteração da saúde. Todavia, ainda não está clara a relação entre os dois fenómenos, sabendo-se pouco sobre quais os factores de risco mais importantes para a saúde dos prestadores de cuidados (Kuhlman *et al.*, 1991; Paúl, 1987).

Segundo Miller (1988) as mulheres aparentam maior vulnerabilidade ao *stress*, logo seria de esperar que usem de estratégias menos adaptativas do que os homens.

Relativamente, ao tempo de serviço pode concluir-se que à medida que o tempo de serviço aumenta as condições adversas de vida diminuem, pode então confirmar-se parcialmente a H2. Os resultados obtidos podem ser comparados aos de outros estudos com professores do ensino regular (Payne & Furnham, 1987; Borg & Riding, 1991). De facto, pode considerar-se que os prestadores de cuidados com mais tempo de serviço têm maior segurança, auferem um salário superior, estão bem integrados no grupo profissional e não realizam um trabalho rotativo o que acontece com os profissionais que têm menor tempo de serviço.

Analisando os resultados relativos às estratégias de *coping* utilizadas pelos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental, constatou-se que a média da pontuação obtida para o sexo masculino foi de 159,71 e para o sexo feminino foi de 152,78 num total de 200 (limite máximo), o que significa que os prestadores de cuidados do sexo masculino utilizam boas estratégias de *coping* em comparação com as suas colegas do sexo feminino, tendo em conta as médias que salientamos anteriormente quando nos referimos ao *IRP*. Também se obtiveram resultados estatisticamente significativos em alguns factores, o que indica que os prestadores de cuidados do sexo masculino utilizam estratégias de controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções e estratégias de confronto e resolução activa dos problemas, o que

corroborar os estudos de (Carver et al., 1993; Griffith et al., 1999) confirmando-se assim a H3. Estes resultados estão em consonância com os estudos realizados (Compas, 1988; Endler & Parker, 1990). Todas estas reacções específicas só se tornam compreensíveis se tivermos em conta a educação e o passado cultural do indivíduo.

Num estudo de Serra, et al., (1991), foi comprovado que as pessoas com estratégias globais mais pobres para lidarem com situações indutoras de *stress*, têm tendência a sentir um maior número de problemas, sentindo-se inadequadas perante situações com que se confrontem, estudos que corroboram a posição de que quanto melhores as estratégias de *coping* utilizadas menor a vulnerabilidade ao *stress*.

Pode dizer-se que estes resultados estão de acordo com a literatura encontrada (Beck, 1976; Seligman et al., 1975, in Miller & Kirsch, 1988). Apesar de esta profissão ser considerada como *stressante*, os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental do sexo masculino, devido às suas características pessoais e aos seus recursos disponíveis, não apresentam traços de ansiedade acima do nível médio da população em geral. De facto, o uso de melhores estratégias de *coping* está inversamente correlacionado com uma menor vulnerabilidade ao *stress*. No que se refere, às estratégias de *coping* e habilitações literárias, constatou-se que à medida que aumentam as habilitações literárias melhor são as estratégias de *coping* que os prestadores de cuidados utilizam, confirmando-se assim a H4. No entanto, esta hipótese carece de uma pesquisa bibliográfica mais exaustiva sobre outros estudos no mesmo âmbito. Necessita ainda de estudos ulteriores que reduzam os problemas práticos e metodológicos da presente investigação.

Os resultados obtidos na análise de conteúdo, levam a admitir, que a maioria destes profissionais utiliza boas estratégias de *coping*, por isso, estamos perante indicadores consistentes do grau de resolução dos problemas. Kramer (1993 in Serra, 2002) comprovou que aqueles que prestam cuidados a terceiros, são capazes de ser genuinamente empáticos, desenvolvem com mais facilidade planos de acção para a resolução de problemas do que aqueles que não se mostram empáticos.

Face ao exposto, a prevenção do *stress* deve compreender os problemas da dinâmica institucional, da selecção e da formação dos cuidadores, do bom senso das decisões e do desenvolvimento de estratégias efectivas que conduzam à prevenção ou à resolução dos problemas. É importante, aumentar as fontes de motivação dos cuidadores

e estimulá-los a ter um bom controlo de *stress*. Para minimizar os efeitos do *stress*, é também importante que uma pessoa desenvolva os seus recursos internos e externos (Carvalho, 1988). No sentido de reduzir o *stress* destes profissionais, sugere-se programas de intervenção ajustados às reais necessidades, actividades recreativas, desporto e prática de relaxamento, segundo o modelo cognitivo-comportamental preconizado por Smith, em 1988. O mesmo autor adianta ainda que lidar com o *stress* é ter o seu próprio meio de recolher informação, resolver problemas, planear actividades agradáveis, estabelecer relações com o meio, gerir ideias, pensamentos e emoções. Cuidar dos outros deve também incluir saber cuidar de si próprio.

Neste trabalho contamos com limitações que se prendem com o número reduzido de participantes, o que implica que os dados do presente estudo sejam analisados com a devida precaução. Tendo ainda em conta a especificidade a que se refere este contexto específico, pelo que não deve ser generalizada à população em estudo. Outra das limitações diz respeito à utilização de uma metodologia de questionário por auto-relato, que apresenta alguns limites, nomeadamente, o viés de desejabilidade social, isto é, tendência para os prestadores de cuidados responderem aos questionários de acordo com o que é socialmente correcto. No entanto, estes questionários de auto-relato parecem ser os mais indicados para aceder às percepções mais subjectivas de cada pessoa e para se aferir da importância da avaliação cognitiva das actuais definições do *stress*.

É ainda de supor que na relação causal entre a vulnerabilidade ao *stress* e o uso das estratégias de *coping* haja a interferência de outras variáveis não determinadas neste estudo (por limitações do próprio trabalho) que poderiam causar uma redução, ou aumento, à percepção de *stress*, bem como à própria vulnerabilidade individual e respectivas estratégias de *coping*.

5.3 Conclusão

Partindo da ideia de que os prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental são um grupo de profissionais que está exposto a exigências específicas, reconhece-se por isso que necessitam de especial atenção. Por isso, tornou-se imperativo avaliar a vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de *coping* que esta classe apresenta.

As teorias mais recentes acerca do *stress* e do *coping* defendem que o processo entre o indivíduo e as situações envolve constantes interações e ajustamentos, isto é, transacções; sendo o indivíduo um agente activo capaz de influenciar o impacto de um *stressor* através do uso de estratégias de *coping*. Desta relação pode concluir-se que quanto melhores as estratégias do indivíduo menor será a sua vulnerabilidade ao *stress*.

A perspectiva adoptada neste estudo, tendo em conta as hipóteses levantadas, insere-se numa abordagem transaccional de Lazarus & Folkman (1984) e cognitiva, motivacional e relacional de Lazarus (1991), a qual proporciona um melhor entendimento da natureza do *stress* e do *coping*. À luz desta perspectiva, a avaliação cognitiva emerge como concepção essencial, profundamente interligada com o conceito de significado, ou seja, a necessidade de entender a transacção entre a pessoa e o meio, não somente em termos de características objectivas mas também em termos de estímulo tal como ele é percebido. Para que uma emoção, como o *stress*, ocorra, os acontecimentos devem ser avaliados relativamente ao seu significado para o benefício ou prejuízo pessoal, actual ou potencial (Smith & Lazarus, 1993). Assim, ambos são não apenas uma condição necessária mas também uma condição suficiente da emoção (Lazarus, 1991).

Da mesma forma o *coping* desempenha um papel importante no significado relacional porque influencia a distribuição da atenção e o significado pessoal para o bem-estar da relação indivíduo-meio. Neste modelo são consideradas variáveis antecedentes relativamente estáveis, como sendo os factores personalísticos, sócio-demográficos e a disponibilidade de recursos do meio, por um lado, e as exigências situacionais, por outro, determinando a avaliação cognitiva e o *coping*.

Tendo em conta os resultados sobre a relação entre a vulnerabilidade ao *stress*, o género e tempo de serviço, confirmaram-se parcialmente as hipóteses de pesquisa. Relativamente à relação entre as estratégias de *coping*, o género e as habilitações literárias, as hipóteses de pesquisa foram igualmente confirmadas.

As conclusões obtidas neste estudo permitem-nos fazer a ponte entre o racional teórico e a experiência empírica. De facto, neste contexto institucional, e de acordo com os resultados obtidos, verifica-se que os prestadores de cuidados do sexo feminino apresentam uma exacerbação relativamente aos acontecimentos do dia-a-dia, por exemplo, determinado comportamento de um utente; dificuldades no confronto e resolução de problemas, bem como marcada emocionalidade. Estas atitudes parecem

justificar maiores índices de vulnerabilidade ao *stress* e estratégias de *coping* menos adequadas. No entanto, são as mulheres que prestam e se dedicam aos cuidados mais básicos, como sendo, higiene, alimentação, etc. Os homens, talvez por uma questão cultural, evitam este tipo de tarefa, optando por actividades mais práticas e de menor complexidade. Em contrapartida, utilizam estratégias de *coping* mais adequadas, resolvendo os problemas de forma mais eficaz. Pode-se, também constatar que os cuidadores com mais habilitações literárias apresentam estratégias mais adequadas para lidar com os acontecimentos, ou seja, tendem a não fomentar comportamentos conflituosos e potenciam um clima de menor agitação. Constatamos, que os prestadores com mais tempo de serviço parecem apresentar condições menos adversas de vida, ou seja, revelam maior estabilidade sócio-profissional, bem como maior conhecimento da realidade institucional, bem como da população a quem prestam cuidados.

Considera-se fundamental, encontrar meios de apreender os significados de cada pessoa, nos termos de cada pessoa, na tentativa de se realizar uma avaliação individual, adequada e multidimensional, capaz de reconhecer a natureza dinâmica da prestação de cuidados e as complexas e subtis interações que se geram entre o prestador de cuidados e a pessoa dependente. Sugere-se, que estudos ulteriores implementem planos de intervenção adequados capazes de agir directamente sobre a sua saúde mental, tendo considerável potencial para melhorar a qualidade de vida deles próprios e das pessoas com deficiência mental a seu cargo, com evidentes benefícios humanitários, sociais e económicos.

Realçando-se que o interesse pela temática do *stress* e do *coping* ultrapassa as barreiras de diversas áreas, pode também oferecer uma oportunidade para a integração destas diferentes áreas de estudo. Numa perspectiva holística, podem ainda, oferecer informações importantes para um melhor entendimento da adaptação do ser humano. Com efeito, devem ser encarados como dois dos objectos de estudo mais relevantes das ciências clínicas e sociais (Aldwin, 1994). Sendo certo, que estes resultados deverão ter em conta as limitações anteriormente discutidas.

REFERÊNCIAS

Almeida, S. L. & Freire, T. (1997). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.

Adler, N. (1994). Health Psychology: Why Do Some People Get Sick and Some Stay Well?. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.

APA – American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Ed.* Trad. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi.

Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.

Aznar, M., Pilar, M., Rodriguez, G., Abona, M. & Jose, M. (2002). Estres laboral y salud en el profesorado: Un analisis diferencial en funcion del genero y del tipo de ensenanza. *Journal of Clinical and Health psychology*, 2, 451- 465.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Baptista, T. M. (1988). Aspectos cognitivos do “stress” associado a alterações do estado de saúde. *Psiquiatria Clínica*, 9, 281-286.

Bardin, L. (1997). *L'analyse de Contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.

Barreira, M. (1986). Distinctions Between Social Support: concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 117-128.

Barnett, R. C., Biener, L., Baruch, G. K. (1987). *Gender & Stress: The groundbreaking investigation of How stress in caused and experienced – in the lives of women and men*. Free Press.

Beck, A. T. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. M. Leher & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 333-372). New York: The Guilford Press.

Belle, D. (1982). *Lives in stress: Women and depression*. Beverly Hills: Sage.

Bensabat, S. (1987). *Stress: grandes especialistas respondem*. Bilbao: Edições Mensagero.

Borg, M. G. & Riding, J. R. (1991). Towards a model for the determinants of occupational stress among schoolteachers. *European Journal of Psychology of Education, 4*, 355-373.

Blazer, D. (1982). Social Support and Mortality in an Elderly Community Population. *American Journal of Epidemiology, 115*, 684-694.

Brace, N.; Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologists*. New York: Palgrave Macmillan.

Caplan, G. (1974). *Social Systems and Community Mental Health*. Basic Books: New York.

Cartwright, S. & Cooper, C. L. (1997). *Managing work stress*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-238.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. Jr. & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of a men with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-391.

Carvalho, R. (1988). O médico do trabalho e o stress Ocupacional. *Psiquiatria Clínica*, 9, 293-300.

Cassel, J. (1974). Psychological Processes and *Stress*: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services* ,4, 471-472.

Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology* ,104, 107-123.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderate of Life *Stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cooper, C. L. & Payne, R. L. (1992). International perspectives on research into work, well-being, and *stress* management. In J. C. Quick, L. R. Murphy & J. J. Hurrell Jr. (Eds.), *Stress & well-being at work* (pp. 349-368). Washington: American Psychological Association.

Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal Geriatric Psychiatry*.

Compas, B. E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, Progress and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.

Connor, S.; Jennifer, K. & Compas, B. (2002). Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.

Conger, R. W., Lorenz, F. O., Elder, G. H., Simons, R. L. & Ge, X. (1993). Husband and wife differences in response to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 71-88.

Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore : University Park Press.

Damásio, A. R. (1998). *O Erro de Descartes- Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Sintra: Publicações Europa América.

Edwards, J. R., Chartrand, J. M. & Harkins, S. (1998). The construct validity of scores on the ways of coping questionnaire: Confirmatory analyses of alternative factor structures. *Educational and Psychological Measurement*, 58, 955-983.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.

Fischer, S. & Reason, J. (1988). *Handbook of life cognition and health*. John Wiley & sons.

Folkman, N. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes, it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.

Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophysiology of sex differences as relate to occupational status. In M. Frankenhaeuser, U. Lundberg & M. Chesney. *Women, work and Stress* 39-61. New York. Plenum Press.

Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: The influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control. *Sex Roles*, 46, 149-158.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.

Griffith, J., Steptoe, A. & Cropley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *The British Journal of Educational Psychology*, 69, 517-529.

Havassy, B. E. (1991). Social Support and Relapse: commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers. *Addictive Behaviour*, 16, 235-246.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Hobfoll, S. E. & Vaux, A. (1993). Social Support: social resources and social context. In *Handbook of stress – Theoretical ad Clinical aspects*. (2^a ed.), L. Goldberger & S. Breznitz (eds.). New York. Free Press.

House, J. S.; Umberson, D.; Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 306-310.

Hooker, K., Sally, B., Padgett, D. C., Rae, S. L., Jeffrey, K., Robin, G. & Fuzhong, L. (2002). Behavioral change in persons with dementia: Relationships with mental and psysical health of caregivers. *Journal of Gerontology, 57*, 453-460..

Kessler, R. C., McLeod, J. D. & Wethington, E. (1987). The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress. In R. C. Rosalind, L. Biener & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and Stress* 144-156.

Kuhl, J. (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state vs. Action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*, 155-170.

Kuhlman, G. (1991). Alzheimer's disease and family caregiving: Critical synthesis of the literature and research agenda. *Nursing Research, 40*, 331-337.

Labrador, F. J. (1992). *O stress*. Lisboa: Edições temas da actualidade.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist, 39*, 124-129.

Lazarus, R. S. & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38*, 245-254.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *in Handbook of stress – Theoretical and Clinical aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress And Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer

Leal, M. (1995). *Stress e Burnout. estudo comparativo entre médicos de família e outros*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra: Edição do autor.

Lovullo, W. R. (1997). *Stress and health: Biological and psychological interactions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Machado, R. & Lima, M. (1998). Ameaça de desemprego. *Stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário. Psicologia*, 12, 63-84.

McIntyre, T., McIntyre, S. & Silvério, J. (2000). *Estudo Aprofundado da Satisfação Profissional, Stress e Recursos de Coping dos Profissionais dos Serviços de Saúde na Região Norte*. Braga. Estudo realizado no âmbito do protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Universidade do Minho.

Marinho, S. M. (2000). *Psicopatologia e Deficiência Mental*. Braga: Edições APPACDM de Braga.

Mandler, G. (1993). Thought, Memory and Learning: Effects of Emotional Stress, Cap. 4, pp. 40-55 in *Handbook of stress - Theoretical and Clinical Aspects*. (2ª ed.), L.Goldberger e S. Breznitz (eds.). New York. Free Press.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martinez, M., Antonio, J., Colmenero. T., Jesus, C., Palaez. P. & Eva (2002). Comparacion entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14, 558-563.

Melo, B. T.; Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Teoria, Investigação e prática*, 2, 142-148.

Mendes, A. M. (2000). *Stress em estudantes de enfermagem e imunidade*. Braga. Tese de mestrado apresentada na Universidade do Minho.

Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 534-247.

Miller, S. M., Brody, D. S. & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.

Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1989). *Social causes of psychological distress*. New York: Aldine de Gruyter.

Moos, R. H. & Shaefer, J. A. (1993). Coping Resources and Processes: current concepts and measures, in *Handbook of stress*, L. Goldberger e S. Breznitz (eds.). New York: Free Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2, 333-339.

Payne, M. A. & Furnham, A. (1987). Dimensions of occupational stress in West Indian secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57, 141-150.

Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina

Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.

Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Roth, S. & Cohen. L. J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.

Ross, R. & Altmaier, E. (1994). *Intervention in Occupational Stress: a handbook of counseling for stress at work*. Londres, Sage Publications.

Russel, M. L. (1988). *Stress Management for chronic diseases*. New York:: Pergamon Press.

Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4, 675-690.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: Mcgraw-Hill.

Serafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York. John Wiley & Sons.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.

Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 457-466.

Serra, A. V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21, 279-308.

Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria clínica*, 9, 301-316.

Serra, A. V. (1989). Aspectos Históricos da Terapia Comportamental. *Psychologica*, 2, 1-16.

Serra, A. V., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1988). Estratégias de *coping* e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 9, 317-322.

Serra, A. V., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1988). Mecanismos de *coping*: diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 9, 323-328.

Serra, A. V., Firmino, H., Pocinho, F., & Mesquita, F. (1991). Coping mechanisms and stressful life events. *Acta Psychiatrica Portuguesa*, 37, 5-12.

Scherer, R. F., Wiebe, F. A., Luther, D. C. & Adams, J. S. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Reports*, 62, 763-770.

Stengard, E. (2002). Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 154-164.

Smith, C., Jennifer, K., Compas, B. (2002). Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.

Stora, J. (1990). *Stress*. Porto: Coleção Cultura Geral.

Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal and Social Psychology, 46*, 892-906.

Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 27-36.

Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal and Social Psychology, 46*, 892-906.

Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 27-36.

Vaux, A. (1990). *The Assessment of Social Support*. Frankfurt.

Zajonc, R. B. (1984). On the Primacy of Affect. *American Psychologist, 39*, 117-123.

Zimmerman, R. S. & Conner, C. (1989). Health Promotion in Context: the effects of significant others on health behavior change. *Health Educational, 16*, 57-74.