

Correlatos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa

Psychological Correlates of Formal Carers of people with intellectual disability: a Portuguese sample

Original Article

Luís Martins, Psy M (1a), Marina Cunha, PhD (1b), Daniela Guerreiro, Psy M (c), Mariana Marques, PhD (1,2, d)

(1) Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

(2) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

(a) Mestrado; realizou recolha e inserção dos dados para análise estatística e deu o maior contributo para a elaboração do trabalho.

(b) PhD; contribuiu significativamente para a revisão do trabalho.

(c) Mestrado; contribuiu significativamente para a revisão do trabalho.

(d) PhD; deu o maior contributo, logo a seguir ao primeiro autor, para a elaboração do trabalho; conduziu a maioria das análises estatísticas; reviu o trabalho.

Autor para correspondência | Corresponding author: Mariana Vaz Pires Marques; Largo de Celas, 1, 3000-132 Coimbra, Portugal; +351 910637946; mvpmarques@gmail.com.

Palavras-Chave

Profissionais

Deficiência mental

Portugal

Correlatos psicológicos

Estudo de levantamento descritivo

RESUMO

Objetivos: O trabalho diário com pessoas portadoras de deficiência mental é extremamente exigente do ponto de vista físico e psicológico. Este estudo pretende caracterizar trabalhadores diversos de instituições que prestam cuidados a pessoas com deficiência mental quanto à sua vulnerabilidade ao stress, tipo de personalidade, estratégias de coping e sintomas psicopatológicos e explorar associações entre essas variáveis e algumas variáveis sociodemográficas/profissionais.

Métodos: 68 trabalhadores de instituições que recebem pessoas com deficiência mental, entre os 19 e os 62 anos ($M = 36,28$; $DP = 11,65$), responderam a um questionário sociodemográfico, ao 23-Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23-QVS), ao Inventário de Personalidade de Eysenck-12 (IPE-12), ao Brief-Cope e ao Brief Symptoms Inventory (BSI).

Resultados: Nesta amostra de trabalhadores, níveis maiores de vulnerabilidade ao stress associaram-se a níveis mais elevados de neuroticismo e de sintomatologia psicopatológica. As mulheres apresentaram maiores níveis de somatização, os profissionais mais novos e com menor grau de escolaridade mostraram ser mais vulneráveis ao stress. O excesso de horas de trabalho associou-se à vulnerabilidade ao stress e à sintomatologia psicopatológica.

Conclusões: Este estudo confirma que os trabalhadores de instituições que recebem pessoas com deficiência mental apresentam níveis elevados de vulnerabilidade ao stress e risco de sofrer de sintomatologia psicopatológica. É urgente implementar medidas de intervenção (preventivas ou terapêuticas) no sentido de aliviar o stress destes cuidadores, melhorando a sua saúde mental. Parece que os trabalhadores com níveis mais elevados de neuroticismo poderão beneficiar mais destas intervenções.

ABSTRACT

Aims: Daily work with people with mental disabilities is extremely demanding, both physically and psychologically. This study aims to characterize different workers of institutions that deliver care to people with intellectual disabilities regarding their stress vulnerability, personality type, coping strategies and psychopathological symptoms and explore associations between these variables and some sociodemographic and professionals variables.

Methods: 68 professionals from institutions that work with people with mental disabilities, aged between 19 to 62 years ($M = 36,3$, $SD = 11,65$), answered a sociodemographic questionnaire, the 23-Stress Vulnerability Questionnaire (23-QVS), the Eysenck Personality Inventory-12 (EPI-12), the Brief Cope, and the Brief Symptoms Inventory (BSI).

Results: In this sample of workers, higher levels of stress vulnerability were associated with higher levels of neuroticism and of psychopathological symptoms. Women presented higher levels of somatization, younger professionals and with less education were more vulnerable to stress. Work overload was associated to stress vulnerability and to psychopathological symptoms.

Conclusions: This study confirms that workers of institutions that receive people with intellectual disabilities present higher levels of stress vulnerability and higher risk of developing psychopathological symptoms. It is urgent to implement intervention measures (preventive and/or therapeutic) to relieve these professionals stress, improving their mental health. It seems that workers with higher levels of neuroticism might benefit more from these interventions.

Keywords

Professionals

Intellectual disability

Portugal

Psychological correlates

Descriptive study

INTRODUÇÃO

Durante o século XX foi-se alterando a visão acerca da deficiência mental. Por oposição à concepção médico-orgânica passou a dominar a biopsicossocial, centrada no funcionamento global do indivíduo, inserido num contexto ambiental. A deficiência mental passou a ser vista como um estado particular de funcionamento e não um atributo da pessoa (Carvalho e Maciel, 2003).

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychological Association, APA, 2002), a deficiência mental caracteriza-se pelo funcionamento intelectual global inferior à média, a que se associam limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas: comunicação, cuidados com o próprio, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, autocontrolo, competências académicas funcionais, de trabalho, relacionadas com os tempos livres, de saúde, de segurança e uso de recursos comunitários. Normalmente, a manifestação destas características ocorre antes dos 18 anos de idade (APA, 2002).

Vários fatores predisponentes têm sido identificados. Quanto aos fatores hereditários temos os erros metabólicos inatos, anomalias genéticas e alterações cromossómicas. As alterações precoces no desenvolvimento embrionário também podem causar deficiência mental, nomeadamente as lesões tóxicas pré-natais. A má nutrição fetal, prematuridade, hipoxemia, infeções, traumatismos e envenenamentos ocorrendo na gravidez ou nos primeiros dias de vida podem comprometer o desenvolvimento mental normal. A privação de cuidados e de outros estímulos sociais e linguísticos também podem ser predisponentes da deficiência mental (APA, 2002).

Existem quatro graus de gravidade na deficiência mental, que refletem o grau de incapacidade intelectual: ligeiro (quociente intelectual/QI entre 50-55 e aproximadamente 70; 85% do total das pessoas com deficiência mental); moderado (QI entre 35-40 e 50-55; percentagem de 10%); grave (QI entre 20-25 e 35-40; percentagem de 3 a 4% dos casos de deficiência mental) e profundo (QI inferior a 20 ou 25; percentagem de 1 a 2%) (APA, 2002).

Se considerarmos todos os graus de gravidade de deficiência, o DSM-IV-TR (APA, 2002) refere uma prevalência de aproximadamente 1%. Porém, este valor depende das definições de deficiência mental, métodos de avaliação e população em estudo. Em Portugal, os registos nacionais remontam a 2001 e, considerando o total de pessoas com deficiência, a deficiência mental refere-se a 11,2% (Censos 2001; Instituto Nacional de Estatística/INE, 2002).

A maioria dos graus de deficiência implica o envolvimento de um ou vários cuidadores (informais e formais). O cuidador informal é o familiar/amigo/pessoa próxima que assume a responsabilidade do bem-estar físico, emocional e desenvolvimental de outra pessoa, sem ser remunerado (Authoritative Information and Statistics to promote better health and wellbeing/AIHW, 2014). O cuidador formal é um profissional de saúde que assume o exercício de uma profissão, para a qual teve preparação académica e/ou profissional, sendo remunerado (Santos, 2004). A prestação de cuidados formais de saúde a pessoas com deficiência mental é um serviço indispensável e realizado por diversos trabalhadores (desde médicos e enfermeiros a auxiliares de serviços gerais) e vários autores referem-se ao facto do trabalho diário com estas pessoas ser extremamente exigente e desgastante, física e psicologicamente (Devereux, Hastings, Noone, Firth e Totsika, 2009; Hatton et al., 1999; Rose, 1999).

Em Portugal, segundo temos conhecimento, existem poucos estudos que analisem as consequências das exigências profissionais do trabalho com pessoas com deficiência mental. Alguns estudos internacionais abordam a temática, sobretudo em cuidadores informais (Devereux, Hastings e Noone, 2009; Devereux, Hastings, Noone, Firth e Totsika, 2009; Gray-Stanley e Muramatsu, 2011; Hatton et al., 1999; Jenkins e Elliott, 2004; White, Edwards e Townsend-White, 2006). As exigências profissionais, neste caso, dizem respeito aos aspetos físicos, sociais e organizacionais que requerem um investimento físico e/ou mental e às quais estão associados custos psicológicos (Devereux, Hastings e Noone, 2009), afetando diversas áreas de vida.

Os estudos nesta área dedicam-se sobretudo ao stresse em profissionais que cuidam de pessoas com deficiência mental (Devereux et al., 2009; Gray-Stanley e Muramatsu, 2011; Hatton et al., 1999; Jenkins e Elliott, 2004; White et al., 2006). Rose, Jones e Fletcher (1998) encontraram uma relação negativa entre o stresse e o desempenho profissional dos cuidadores destas pessoas.

Segundo Folkman e Lazarus (1985), na relação entre fatores potencialmente stressantes e o nível de stresse, importa atender à avaliação que a pessoa faz dos seus recursos para lidar com a situação. Os efeitos do stresse são mediados por variáveis de natureza biológica, psicológica e social (Vaz Serra, 2000). Assim, diferentes pessoas experimentam diferentes níveis de stresse em resposta às mesmas circunstâncias. A avaliação que a pessoa faz dos seus recursos determina o nível de stresse e estratégias de coping utilizadas (Hatton et al., 1999). Assim, a definição de coping remete para o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais realizados pelos

indivíduos para lidar com as exigências internas ou externas das situações stressantes. As pessoas recorrem, então, a estratégias de coping avaliadas, como referido, de acordo com os recursos disponíveis (Folkman e Lazarus, 1980). Segundo estes autores, as estratégias de coping podem ser focadas no problema (a pessoa tenta agir de uma maneira ativa e direta sobre a situação/problema stressante) ou na emoção (a pessoa procura regular o estado emocional vivenciado face à situação stressante). Este último tipo de estratégias costuma associar-se a situações vistas como mais difíceis (de mudar) (Folkman e Lazarus, 1980). Diferentes variáveis internas (crenças, valores, experiências pessoais, personalidade...) e externas (rendimento, estatuto socioeconómico, apoio social...) associam-se à utilização de um tipo ou outro de estratégias de coping (Lu e Chen, 1996).

Assim, as características pessoais (e.g., personalidade) têm impacto sobre como a perceção individual da experiência profissional (e.g., stress profissional) (Bartlett, 1998; Hallman, Perski, Burell, Lisspers e Setterlind, 2002; Leal, 1998; Seabra, 2000). Rose, David e Jones (2003), num estudo com profissionais que trabalhavam com pessoas com deficiência mental, verificaram que os que usavam a reinterpretação positiva (estratégia de coping focada no problema) apresentavam níveis mais baixos de neuroticismo e de stress. Importa diferenciar, de acordo com Eysenck (1967, cit. in McKelvie, Lemieux e Stout), o neuroticismo da extroversão, enquanto traços de personalidade: o neuroticismo resulta da ativação do sistema nervoso autónomo e implica um sistema emocional lábil (as pessoas ficam emocionalmente ativadas rapidamente e demoram bastante tempo a regressar ao “normal”); a extroversão resulta da ativação cortical no sistema nervoso central (as pessoas procuram estimulação e ativação permanentes).

Num estudo realizado na China, identificaram-se relações entre as características sociodemográficas dos cuidadores formais de pessoas com deficiência mental e o seu estado de saúde (física e mental). Os cuidadores que receberam treino desadequado (em termos de deficiência mental) apresentavam níveis mais baixos de saúde física e mental. Os homens apresentavam melhor saúde física e bem-estar geral. Um maior grau académico associou-se a menos problemas de saúde mental. Os cuidadores casados apresentavam níveis menores de saúde mental e os que professavam a religião budista registavam valores mais elevados de saúde mental (Lin et al., 2009). No único estudo português que encontramos (Pereira, 2014) sobre cuidadores formais de pessoas com deficiência e/ou doença mental verificou-se que, no geral, as estratégias de coping usadas pelos profissionais com valores médios

mais elevados foram as ativas/focadas no problema (coping ativo, planear e reinterpretação positiva).

Vários estudos revelaram que os cuidadores formais e informais (independentemente do problema das pessoas de quem cuidam) apresentam níveis maiores de sintomatologia psicopatológica (Gray-Stanley e Muramatsu, 2011; White et al., 2006). Apesar de escassa a bibliografia sobre estes sintomas em cuidadores de pessoas com deficiência mental, estes apresentam mais frequentemente sintomas depressivos (Song e Singer, 2006) e mais problemas relacionados com o stress (Van Wijngaarden, Schene e Koeter, 2004).

Dada a escassez de estudos que, no nosso país, analisam correlatos psicológicos em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental, é nosso objetivo, neste estudo exploratório, caracterizar os profissionais/cuidadores formais de pessoas de duas instituições que recebem pessoas com deficiência mental, em diferentes correlatos psicológicos: vulnerabilidade ao stress, traços de personalidade (neuroticismo/extroversão), estratégias de coping e sintomas psicopatológicos. Apresentaremos as características sociodemográficas e profissionais da amostra e exploraremos associações entre os correlatos referidos e estas mesmas características. Um maior entendimento de aspetos como a vulnerabilidade ao stress, nível de sintomas psicopatológicos e tipo (e nível) de estratégias de coping usadas por estes profissionais, poderá ser útil para as instituições apoiarem melhor os seus profissionais e assegurarem uma melhor prestação de cuidados aos seus utentes.

MÉTODOS

1. Amostra

A amostra ficou constituída por 68 profissionais de duas instituições que recebem pessoas com deficiência mental (taxa de resposta de 100%: dos 52 profissionais de uma das instituições e dos 16 profissionais da outra instituição, todos participaram no estudo). A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino ($n = 57$; 83,8%; média de idades = 36,3 anos). A mesma percentagem de profissionais possuía o ensino básico ($n = 28$; 41,2%) ou superior ($n = 28$; 41,2%). A maioria dos trabalhadores era auxiliar dos serviços gerais ($n = 31$; 45,6%). Treze profissionais (19,1%) eram enfermeiros. No geral, os funcionários afirmaram ter recebido formação na área da deficiência mental ($n = 57$; 83,8%). A maioria trabalhava aproximadamente sete horas/dia ($n = 43$; 66,2%) e trabalhava na instituição há menos de dez anos (54,4%) (Tabela 1).

Tabela 1
Variáveis Sociodemográficas e Profissionais

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	11	16,2
Feminino	57	83,8
Total	68	100
Idade		
	M (DP)	Variação
	36,3 (11,65)	19 – 62
Escolaridade		
	N	%
Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos)	28	41,2
Ensino Secundário	12	17,6
Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento)	28	41,2
Total	68	100
Profissão		
	N	%
Médico	1	1,5
Assistente social	1	1,5
Psicólogo	2	2,9
Enfermeiro	13	19,1
Fisioterapeuta	1	1,5
Educador	2	2,9
Cozinheiro	9	13,2
Auxiliar (de serviços gerais) a)	31	45,6
Irmã de caridade	3	4,4
Outra b)	5	7,4
Total	68	100
Duração do contrato de trabalho		
	N	%
Menos de 10 anos (4-96 meses)	37	60,7
Mais de 10 anos (120-588 meses)	24	39,3
Total	61	100
Nº horas de trabalho diário		
	N	%
Até 7 horas	43	66,2
8 ou mais horas	22	33,8
Total	65	100
Formação sobre deficiência mental		
	N	%
Não	11	16,2
Sim	57	83,8
Total	68	100

n = frequência/numero de sujeitos; M = Média; DP = Desvio padrão; a) Executa trabalhos de limpeza, reabastecimento e conservação em geral, bem como serviços de atendimento (atender telefone, separar de correspondência, transmitir recados); b) Nesta categoria incluímos um antropólogo, um terapeuta da fala, um psicomotricista, um terapeuta ocupacional e um administrativo.

2. Instrumentos

2.1. 23 Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS, Vaz Serra, 2000). O 23 QVS foi desenvolvido para avaliar a vulnerabilidade ao stress, que implica pouca capacidade afirmativa, fraca tolerância à frustração, preocupação excessiva com os acontecimentos quotidianos, dificuldade em confrontar e resolver problemas e emocionalidade marcada (Vaz Serra, 2000).

É composto por 23 questões, respondidas numa escala de Likert: concordo em absoluto/4; concordo bastante/3; nem concordo, nem discordo/2; discordo bastante/1; discordo em absoluto/0. Os itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 são invertidos. Apresenta sete fatores: F1/perfeccionismo e intolerância à frustração; F2/inibição e dependência funcional; F3/carência de apoio social; F4/condições de vida adversas; F5/dramatização da

existência; F6/subjugação; F7/deprivação de afeto e rejeição. Pode obter-se a pontuação para cada fator e para a escala total. Um valor total acima de 43 indica que o sujeito tem 40,1% de hipótese de ser mais vulnerável ao stress. O instrumento apresenta boa consistência interna e elevada estabilidade temporal (Vaz Serra, 2000).

No presente estudo, encontrámos valores de alfa de Cronbach entre 0,29 (deprivação de afeto e rejeição) e 0,60 (subjugação), valores inadmissíveis a fracos (Pestana e Gageiro, 2008) que podem dever-se ao número de questões de cada dimensão e à heterogeneidade da nossa amostra. O alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,77 (razoável) (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2. Eysenck Personality Inventory-12/Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI-12/IPE-12; Silva, Azevedo & Dias, 1995). Para avaliar os traços de personalidade neuroticismo e extroversão utilizámos uma versão reduzida do Eysenck Personality Inventory (EPI; Eysenck e Eysenck, 1964, cit. in Eysenck, 1971), o EPI-12 (Barton et al., 1995). Este é respondido numa escala de Likert: 1/quase nunca, 2/poucas vezes, 3/muitas vezes e 4/quase sempre. Pontuações mais elevadas em cada dimensão indicam maior extroversão e/ou neuroticismo (Gomes, 2005).

Recorremos à versão para a população portuguesa de Silva e colaboradores (1995) do EPI-12, o IPE-12. Neste estudo, encontraram-se alfas de Cronbach de 0,49 (neuroticismo) e de 0,46 (extroversão), valores inadmissíveis (Pestana e Gageiro, 2008) (eventualmente pelos motivos já referidos).

2.3. Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Carver e colaboradores (1989) desenvolveram o COPE (60 itens organizados em 15 escalas) para avaliar as estratégias de coping. O Brief COPE foi desenvolvido para reduzir a sobrecarga nos respondentes (Carver et al., 1997) apresentando as escalas coping ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor. As respostas são dadas numa escala de Likert: de 0/nunca faço isto a 3/faço sempre isto. Pais Ribeiro e Rodrigues (1994) adaptaram o Brief COPE para a população portuguesa. Encontraram uma estrutura fatorial idêntica à original. Verificaram, também, que cada escala apresentou consistência interna satisfatória, à exceção da escala aceitação.

O Brief Cope apresenta uma introdução em que é pedido às pessoas que respondam sobre a forma como lidam com os problemas podendo especificar-se os mesmos (e.g., doença...) (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004). As respostas podem ser dadas relativamente a uma situação (coping estado) ou enquanto traço. No nosso estudo questionamos a forma como a pessoa lida, no geral, com o stresse na vida (coping traço). No fim da cotação dos itens de cada subescala chega-se a um perfil geral. As subescalas não são somadas nem há uma cotação total.

Encontrámos valores de alfa de Cronbach entre 0,32 (utilização de suporte instrumental) e 0,77 (religião), que oscilam entre o inadmissível e o razoável (Pestana & Gageiro, 2008) (eventualmente pelos motivos já referidos).

2.4. Brief Symptoms Inventory (BSI; Derogatis, 1993; Canavarro, 1999, 2007). O BSI foi desenvolvido por Derogatis (1993) para avaliar sintomas psicológicos (nove dimensões): somatização; obsessões-Compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Canavarro, 1999, 2007). Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico/psicológico, outros doentes e à população geral (Canavarro, 1999, 2007). Permite calcular três índices (Índice Geral de Sintomas/IGS; Total de Sintomas Positivos/TSP e Índice Sintomas Positivos/ISP). O IGS é a soma das pontuações de todos os itens, divididos pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco). O TSP corresponde ao número de itens com uma resposta positiva (> 0). O ISP calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP. Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das dimensões, não sendo incluídos nos cálculos das dimensões. Porém, dada a sua importância clínica são considerados nos três Índices Globais.

Todas as escalas apresentam consistência interna, à exceção da ansiedade Fóbica e do psicoticismo. O BSI apresenta boa estabilidade temporal e validade preditiva, distinguindo sujeitos perturbados emocionalmente dos sem perturbações emocionais (Canavarro, 2007).

No presente estudo, encontrámos alfas de Cronbach entre 0,63 (psicoticismo) (fraco) e 0,87 (somatização) (bom) (Pestana e Gageiro, 2008).

3. Procedimentos

Depois de definido o protocolo de instrumentos deste estudo, foram solicitadas as autorizações para utilizá-los aos respetivos autores. Foi apresentada, junto dos diretores de duas instituições (uma delas religiosa) que prestam cuidados a pessoas com deficiência mental, uma carta de autorização em que se expuseram os objetivos do estudo, solicitando autorização para administrar o protocolo junto dos seus trabalhadores. Estes forneceram o seu consentimento informado. Garantiu-se a confidencialidade das respostas.

4. Análise estatística

Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para Windows Vista SPSS Inc., 2011. Calculámos estatísticas descritivas. Apesar de a amostra apresentar um n superior a 30, como no teste Kolmogorov-Smirnov algumas variáveis não apresentavam distribuição normal, optámos por testes não paramétricos: correlações de Spearman (interpretadas segundo os critérios de Cohen, 1992), testes U de Mann Whitney e Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Caracterização das variáveis psicológicas/correlatos dos trabalhadores

Tendo em conta o valor de referência (43; Vaz Serra, 2000), a amostra apresentou elevada vulnerabilidade ao stress (M \pm DP = 46,3 \pm 9,7; Md = 49,0), com uma percentagem considerável a apresentar pontuação superior ou igual a 43 no 23 QVS (n = 53; 77,9%), descritos pelo autor como “doentes”. Este relata um valor médio de 46,7 (DP = 9,7), valores muito próximos aos nossos e que diferem do valor de 37,4 (DP = 10,7) dos “não doentes”/não vulneráveis ao stress. No nosso estudo destacam-se, em valores médios e medianas, as dimensões perfeccionismo e intolerância à frustração, carência de apoio social, dramatização da existência e privação de afeto e rejeição. Vaz Serra (2000) não apresentou medidas de tendência central e dispersão das dimensões para podermos realizar comparações.

Não existindo dados normativos do IPE-12, podemos apenas afirmar que os cuidadores parecem apresentar valores medianos “moderados” de neuroticismo e de extroversão, atendendo à variação teórica possível. Vaz Serra (2000) analisou os níveis de neuroticismo e

extroversão (IPE) do grupo de pessoas vulneráveis ao stress/doentes versus não doentes. Atendendo aos valores médios que apresentou (neuroticismo, doentes: M = 14,97; DP = 4,86; não doentes: M = 9,06; DP = 5,09; p < 0,001; extroversão, doentes: M = 12,58; DP = 3,62; não doentes: M = 12,93; DP = 3,63; sem diferença significativa), os nossos valores médios e de mediana de neuroticismo encontram-se dentro do intervalo dos “não doentes” e os de extroversão encontram-se acima de qualquer uma das subamostras.

No nosso estudo, as estratégias de coping com valores de mediana mais elevados (aparentemente as estratégias mais utilizadas) foram: coping ativo, planejar, reinterpretar positivamente, aceitação, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião e expressão de sentimentos. As estratégias com valores de mediana mais baixos (aparentemente menos utilizadas) foram: humor, auto distração, auto culpabilização, negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias (Tabela 2). No geral, os profissionais recorrem a estratégias focadas no problema e nas emoções, embora as duas primeiras estratégias com valores mais elevados se foquem no problema e pareçam traduzir uma atitude proativa (aparentemente funcional).

Tabela 2

Médias, desvios-padrão e variação: 23QVS, IPE-12 e Briefcope

23 QVS	M	DP	Md	AIQ	Variação	Variação teórica
Perfeccionismo e intolerância à frustração	12,84	3,84	13,0	5,0	3-24	0-24
Inibição e dependência funcional	7,93	2,90	8,00	3,0	3-20	0-20
Carência de apoio social	6,41	1,30	7,00	1,0	2-8	0-8
Condições de vida adversas	3,79	1,31	4,00	1,0	1-8	0-8
Dramatização da existência	6,85	1,84	7,00	2,0	3-12	0-12
Subjugação	6,54	2,85	6,00	3,0	0-16	0-16
Deprivação de afeto e rejeição	5,76	1,54	6,00	2,0	2-12	0-12
23QVStotal	46,30	9,72	49,00	13,0	29-92	0-92
IPE-12	M	DP	Md	AIQ	Variação	Variação teórica
Neuroticismo	11,25	2,49	11,00	4,0	7-17	6-24
Extroversão	16,87	2,81	16,00	4,0	12-23	6-24
Brief Cope	M	DP	Md	AIQ	Variação	Variação teórica
Coping ativo	4,43	1,22	4,00	1,5	2-6	0-6
Planejar	4,37	1,14	4,00	1,0	2-6	0-6
Utilizar suporte instrumental	3,30	1,34	3,00	2,0	0-6	0-6
Utilizar suporte social emocional	3,10	1,45	3,00	2,0	0-6	0-6
Religião	2,91	1,77	2,50	2,0	0-6	0-6
Reinterpretar positivamente	4,15	1,41	4,00	3,0	2-6	0-6
Auto culpabilização	2,33	1,27	2,00	2,0	0-6	0-6
Aceitação	3,39	1,31	4,00	2,0	0-6	0-6
Expressão de sentimentos	3,00	1,56	3,00	2,0	0-6	0-6
Negação	1,60	1,29	1,00	1,0	0-6	0-6
Auto distração	2,54	1,48	2,00	2,0	0-6	0-6
Desinvestimento comportamental	0,84	1,19	0,00	1,0	0-6	0-6
Uso de substâncias	0,24	0,76	0,00	0,0	0-6	0-6
Humor	2,91	1,61	3,00	2,0	0-6	0-6

M = Média; DP = Desvio padrão; Md = Mediana; AIQ = Amplitude Inter-Quartil; IPE-12 = Inventário de Personalidade de Eysenck-12

Quanto à sintomatologia psicopatológica, realizámos comparações com as duas amostras apresentadas por Canavarro (2007): da população geral e clínica (diagnóstico realizado por psiquiatra ou psicólogo). A nossa amostra teve valores médios e de mediana superiores aos de ambas as amostras em todas as dimensões do BSI. Porém, verificámos valores elevados de desvio-padrão e de amplitude interquartil em todas as dimensões, algo que não sucedeu nas amostras da autora. Nos três índices verificaram-se valores inferiores a ambas as amostras da autora (Tabela 3). Considerando o ponto de corte acima de 1,7 no ISP que, segundo Canavarro (2007), indica perturbação emocional, no geral, os profissionais (ISP, $M = 1,3$) não parecem perturbados emocionalmente. Porém, é possível que alguns respondentes tivessem valores superiores de ISP, atendendo às medidas de dispersão e à elevada percentagem de respondentes com pontuação total acima ou igual a 43 no 23QVS.

Tabela 3

Análise comparativa da sintomatologia psicopatológica em três amostras (BSI)

Dimensões BSI	Amostra da população geral (Canavarro, 2007)		Amostra em estudo				Indivíduos perturbados emocionalmente (Canavarro, 2007)	
	M	DP	M	DP	Md	AIQ	M	DP
Somatização	0,57	0,92	3,37	4,41	2,00	4,5	1,36	1,00
Obsessões-Compulsões	1,29	0,88	4,62	3,45	4,00	4,5	1,92	0,93
Sensibilidade Interpessoal	0,96	0,73	2,60	2,32	2,00	3,0	1,60	1,03
Depressão	0,89	0,72	3,52	3,28	3,00	4,0	1,83	1,05
Ansiedade	0,94	0,77	3,37	2,80	3,00	4,0	1,75	0,94
Hostilidade	0,89	0,78	2,53	2,30	2,00	3,0	1,41	0,90
Ansiedade Fóbica	0,42	0,66	1,30	2,18	0,00	0,0	1,02	0,93
Ideação Paranoide	1,06	0,79	5,12	3,06	6,00	4,0	1,53	0,85
Psicoticismo	0,67	0,61	1,98	2,19	1,50	4,0	1,40	0,83
IGS	0,84	0,48	0,59	0,44	0,50	0,5	1,43	0,71
TSP	26,99	11,72	21,17	12,31	16,00	27,0	37,35	12,17
ISP	1,56	0,39	1,33	0,36	1,30	0,4	2,11	0,60

M = Média; DP = Desvio padrão; Md = Mediana; AIQ = Amplitude Inter-Quartil; BSI = *Brief Symptoms Inventory*; IGS = Índice Geral de Sintomas; TSP = Total de Sintomas Positivos; ISP = Índice de Sintomas Positivos.

A estratégia planear associou-se negativamente ao perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = -0,27$) e condições de vida adversas ($r = -0,24$) (magnitudes pequenas; $p < 0,05$). A utilização do suporte instrumental associou-se positivamente com o perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = 0,246$; $p < 0,05$) e com a carência de apoio social ($r = 0,33$; $p < 0,01$) (magnitudes pequenas). A religião apresentou relação positiva ($r = 0,25$) com a subjugação e a expressão de sentimentos associou-se positivamente à deprivação de afeto e rejeição ($r = 0,28$) (magnitudes pequenas; ambos $p < 0,05$). A

Associações entre as variáveis psicológicas dos profissionais

Todas as escalas de vulnerabilidade ao stress (à exceção das condições de vida adversas e dramatização da existência) associaram-se positivamente (magnitudes pequenas a moderadas) com o neuroticismo: perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = 0,48$), inibição e dependência funcional ($r = 0,46$), carência de apoio social ($r = 0,24$), subjugação ($r = 0,24$), deprivação de afeto e rejeição ($r = 0,42$) ($p < 0,01$, à exceção da subjugação = $p < 0,05$). Vaz Serra (2000) encontrou associações significativas entre o neuroticismo, o perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, dramatização da existência, subjugação e deprivação de afeto e rejeição. No nosso estudo, a extroversão associou-se negativamente à deprivação de afeto e rejeição (magnitude pequena; $r = -0,26$; $p < 0,01$).

autodistração e o desinvestimento comportamental associaram-se positivamente ao perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = 0,38$; $p < 0,01$; $r = 0,26$; $p < 0,05$, respetivamente) e à inibição e dependência funcional ($r = 0,41$ e $r = 0,34$, respetivamente; todos $p < 0,01$) (magnitudes pequenas a moderadas). A autodistração relacionou-se positivamente à deprivação de afeto e rejeição ($r = 0,27$); o humor associou-se positivamente à inibição e dependência funcional ($r = 0,30$) e à subjugação ($r = 0,25$) (magnitudes pequenas; todos $p < 0,05$). No geral, a estratégia mais ativa (planear) foi aquela que mostrou

estar associada negativamente à vulnerabilidade ao stresse, e a maioria das estratégias focadas nas emoções associaram-se positivamente à vulnerabilidade ao stresse. Vaz Serra (2000), usando IRP para avaliar o coping, o que impede comparações pormenorizadas, verificou relações negativas entre diferentes escalas do 23 QVS e as duas subescalas do IRP (uma traduzindo uma atitude de confronto e resolução ativa dos problemas; outra o controlo interno/externo dos problemas).

O perfeccionismo e intolerância à frustração apresentaram relações positivas (magnitudes moderadas a elevadas) com todas as dimensões do BSI (somatização: $r = 0,42$; obsessões-compulsões: $r = 0,56$; sensibilidade interpessoal: $r = 0,42$; depressão: $r = 0,40$; ansiedade: $r = 0,41$; hostilidade: $r = 0,58$; ansiedade fóbica: $r = 0,49$; ideação paranóide: $r = 0,40$; psicoticismo: $r = 0,38$; todos $p < 0,01$, à exceção do psicoticismo = $p < 0,05$). Vaz Serra (2000) encontrou o mesmo resultado (relações positivas entre esta subescala e todas as subescalas do BSI).

A inibição e dependência funcional associaram-se positivamente (magnitudes pequenas a moderadas) à sensibilidade interpessoal ($r = 0,32$), depressão ($r = 0,28$), ansiedade ($r = 0,37$), hostilidade ($r = 0,44$), ideação paranóide ($r = 0,35$) e psicoticismo ($r = 0,28$) (todos $p < 0,01$, à exceção da depressão e psicoticismo = $p < 0,05$). Vaz Serra (2000) encontrou associações positivas entre esta escala do 23 QVS, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a ansiedade fóbica, e o psicoticismo. A carência de apoio social relacionou-se positivamente ($r = 0,28$; $p < 0,05$; magnitude pequena) com a depressão. Vaz Serra (2000) verificou associações positivas entre esta escala, a sensibilidade interpessoal e a ideação paranóide. As condições de vida adversa associaram-se positivamente à ideação paranóide (Vaz Serra, 2000). A subjugação relacionou-se positivamente com todos os sintomas psicopatológicos, excetuando o psicoticismo: somatização, $r = 0,37$; obsessões-compulsões, $r = 0,31$; sensibilidade interpessoal, $r = 0,31$; depressão, $r = 0,25$; ansiedade, $r = 0,26$; hostilidade, $r = 0,29$; ansiedade fóbica, $r = 0,31$; ideação paranóide, $r = 0,36$ (todos $p < 0,05$, à exceção da somatização = $p < 0,01$; magnitudes pequenas a moderadas). Vaz Serra (2000) verificou associações positivas entre a subjugação e as obsessões-compulsões e a ideação paranóide. A privação de afeto e rejeição associaram-se positivamente a todos os sintomas psicopatológicos (sensibilidade interpessoal: $r = 0,44$; $p < 0,01$; depressão: $r = 0,28$; $p < 0,05$; ansiedade: $r = 0,28$; $p < 0,05$; hostilidade: $r = 0,32$; $p < 0,01$; ansiedade fóbica: $r = 0,27$; $p < 0,05$; ideação paranóide: $r = 0,43$; $p < 0,01$; psicoticismo: $r = 0,30$; $p < 0,05$), à exceção da somatização

e obsessões compulsões (magnitudes pequenas a moderadas). Vaz Serra (2000) encontrou uma associação positiva entre esta escala e a hostilidade. O perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = 0,54$; $r = 0,55$), a subjugação ($r = 0,38$; $r = 0,31$) e o 23QVS total ($r = 0,47$; $r = 0,47$) correlacionaram-se de forma positiva com o IGS e com o TSP (todos $p < 0,01$; magnitudes moderadas a elevadas).

O perfeccionismo e intolerância à frustração ($r = 0,37$; $p < 0,01$), a dramatização da existência ($r = 0,26$; $p < 0,05$), a privação de afeto e rejeição ($r = 0,28$; $p < 0,05$) e o 23 QVS total ($r = 0,29$; $p < 0,05$) correlacionaram-se positivamente com o ISP (magnitudes pequenas a moderadas).

Também no trabalho de Vaz Serra (2000), o perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, dramatização da existência e subjugação associaram-se positivamente ao IGS. À exceção da carência de apoio social, todas as escalas referidas associaram-se positivamente ao TSP. O perfeccionismo e intolerância à frustração, carência de apoio social e subjugação associaram-se positivamente ao ISP.

O neuroticismo associou-se positivamente ($r = 0,44$; $p < 0,01$; magnitude moderada) com a autodistração e a extroversão apresentou uma relação positiva (pequena) com o humor ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Somente o neuroticismo surgiu associado a algumas dimensões de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente à sensibilidade interpessoal ($r = 0,32$), depressão ($r = 0,38$), ansiedade ($r = 0,27$), hostilidade ($r = 0,35$) e ideação paranóide ($r = 0,42$) (todos $p < 0,01$; à exceção da ansiedade = $p < 0,05$). Também se correlacionou positivamente com o IGS ($r = 0,48$) TSP ($r = 0,43$) e ISP ($r = 0,35$) (todos $p < 0,01$ magnitudes moderadas).

A utilização de suporte instrumental associou-se positivamente com as obsessões-compulsões ($r = 0,43$; $p < 0,01$) e a sensibilidade interpessoal ($r = 0,29$; $p < 0,05$) (magnitude moderada e pequena, respetivamente). A religião associou-se positivamente à somatização ($r = 0,33$; $p < 0,01$), às obsessões-compulsões ($r = 0,29$; $p < 0,05$), à ansiedade fóbica ($r = 0,31$; $p < 0,05$) e ao psicoticismo ($r = 0,31$; $p < 0,05$) (magnitudes moderadas, à exceção das obsessões-compulsões: magnitude pequena). A autculpabilização associou-se positivamente à ansiedade fóbica ($r = 0,30$) e ideação paranóide ($r = 0,26$) (todos $p < 0,05$; magnitude moderada e pequena). A expressão de sentimentos correlacionou-se positivamente com a sensibilidade interpessoal ($r = 0,27$), depressão ($r = 0,25$), ansiedade ($r = 0,31$), hostilidade ($r = 0,35$) e ideação paranóide ($r = 0,28$) (todos $p < 0,05$, à exceção da hostilidade = $p < 0,01$; magnitudes pequenas a

moderadas). Constatou-se uma relação positiva (moderada) entre a negação e a depressão ($r = 0,31$; $p < 0,05$). A autodistração associou-se às obsessões-compulsões ($r = 0,27$), depressão ($r = 0,36$), ansiedade ($r = 0,40$), hostilidade ($r = 0,46$) e ideação paranoide ($r = 0,47$) (todos $p < 0,01$, à exceção das obsessões-compulsões = $p < 0,05$; magnitudes pequenas a moderadas). O desinvestimento comportamental associou-se positivamente à hostilidade ($r = 0,27$; $p < 0,05$). O uso de substâncias relacionou-se positivamente com todas as sintomatologias (somatização: $r = 0,29$; $p < 0,05$; obsessões-compulsões: $r = 0,33$; $p < 0,01$; sensibilidade interpessoal: $r = 0,28$; $p < 0,05$; depressão: $r = 0,32$; $p < 0,01$; ansiedade: $r = 0,41$; $p < 0,01$; hostilidade: $r = 0,31$; $p < 0,01$; ansiedade fóbica: $r = 0,25$; $p < 0,05$) (magnitudes pequenas a moderadas), exceto a ideação paranoide. O uso de humor associou-se positivamente à somatização ($r = 0,30$; $p < 0,05$; magnitude moderada).

As estratégias utilizar suporte instrumental, autodistração e uso de substâncias associaram-se positivamente com o IGS ($r = 0,44$, $r = 0,40$, $r = 0,35$; todos $p < 0,01$) e o TSP ($r = 0,37$; $r = 0,38$; $r = 0,38$; todos $p < 0,01$) (magnitudes moderadas). A religião associou-se positivamente ao IGS ($r = 0,27$; $p < 0,05$; magnitude pequena).

Variáveis psicológicas dos profissionais e sociodemográficas/profissionais

As mulheres apresentaram valores mais elevados de religião e de somatização. Os profissionais mais novos apresentaram valores mais elevados versus mais velhos na carência de apoio social. Os profissionais mais velhos apresentaram maior negação. Os mais novos apresentaram valores maiores na utilização do suporte emocional e de desinvestimento comportamental. Os profissionais que trabalhavam na instituição há menos de 10 anos apresentaram maior ideação paranoide vs. há mais de 10 anos. Os que trabalhavam mais de 8 horas/dia apresentaram valores mais elevados de 23QVS total, de dramatização da existência, de autodistração e uso de humor (estratégias de coping) e maior psicoticismo (BSI) versus menos de 8 horas/dia. Os profissionais com formação sobre deficiência apresentaram valores mais baixos de depressão e de psicoticismo versus sem formação (Tabela 4).

Os trabalhadores com o ensino básico apresentaram maior subjugação, maior uso de humor e maior somatização versus com ensino secundário e superior. Os profissionais com escolaridade superior apresentaram um valor maior na estratégia planear e menor negação versus com ensino secundário e básico (Tabela 5).

Tabela 4

Comparações de Grupos em Algumas Dimensões do Brief Cope, BSI e 23 QVS

	Mulheres Md	Homens Md	U	p	r*
BC - Religião	3,0	2,0	130,50	< 0,01	0,29
BSI - Somatização	2,0	0,0	173,50	0,02	0,37
	19-36 anos Md	37-68 anos Md	U	p	
23 QVS - Carência de apoio social	7,0	6,0	352,00	0,05	0,25
BC - Negação	1,0	2,0	287,50	0,02	0,28
BC - Utilização de suporte emocional	4,0	3,0	341,00	0,03	0,26
BC - Desinvestimento comportamental	1,0	0,0	289,00	0,05	0,28
	< 10 anos de trabalho Md	> 10 anos de trabalho Md	U	p	
BSI - Ideação paranóide	6,0	3,0	246,00	0,01	0,35
	< 8 horas de trabalho Md	> 8 horas de trabalho Md	U	p	
23 QVS total	47,0	53,0	310,00	0,02	0,28
23 QVS - Dramatização da existência	7,0	8,0	329,00	0,04	0,25
BC - Autodistração	2,0	3,0	328,50	0,05	0,25
BC - Humor	2,0	4,0	272,00	0,01	0,33
BSI - Psicoticismo	1,0	3,5	293,00	0,04	0,26
	Sem formação em deficiência Md	Com formação em deficiência Md	U	p	
BSI - Depressão	5,0	2,0	168,50	0,03	0,28
BSI - Psicoticismo	4,0	1,0	147,50;	0,01	0,34

Md = Mediana; U = teste U de Mann Whitney; p = nível de significância; BC = Brief Cope; BSI = Brief Symptoms Inventory; 23 QVS = 23 Questionário de Vulnerabilidade ao Stress; *tamanho do efeito [critérios de Cohen (1992): 0,1/efeito pequeno; 0,3 = efeito médio; 0,5 = efeito elevado]. Os r foram calculados segundo as indicações de Jullie Pallant (página 223- 3ª edição: $r = z/\text{raiz quadrada do } N$).

Tabela 5

Comparações por Escolaridade em Algumas Dimensões do Brief Cope, BSI e 23 QVS

	Ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos) Md	Ensino secundário Md	Ensino superior Md	X ²	p	U	r*
23 QVS Subjugação	7,00	5,5	5,0	6,79	0,03	1>3	0,33
BC - Planear	4,0	4,0	5,0	8,36	0,02	1<3	0,36
BC - Negação	2,0	2,0	1,0	8,15	0,02	1>3	0,35
BC - Humor	4,0	2,0	2,0	14,37	< 0,01	1>2	0,55
BSI - Somatização	3,0	2,5	2,0	10,14	0,05	1>3	0,44

Md = Mediana; X² = teste Kruskal-Wallis; p = nível de significância; BC = *Brief Cope*; BSI = *Brief Symptoms Inventory*; 23 QVS = 23 Questionário de Vulnerabilidade ao Stress; *tamanho do efeito [critérios de Cohen (1992): 0,1/efeito pequeno; 0,3 = efeito médio; 0,5 = efeito elevado]. Os r foram calculados segundo as indicações de Jullie Pallant (página 223- 3ª edição: $r = z/\text{raiz quadrada do } N$: neste caso foram seguidas indicações da página 228 – testes post-hoc).

DISCUSSÃO

Apesar de existirem poucos estudos com os quais possamos comparar os nossos resultados, estes vão, no geral, ao encontro da literatura, quanto às consequências para a saúde das exigências do trabalho com pessoas portadoras de deficiência mental (Devereux et al., 2009; Hatton et al., 1999; Jenkins e Elliott, 2004; Rose, 1999). A amostra apresentou um valor médio e de mediana indicadores de vulnerabilidade ao stresse, e uma percentagem elevada de trabalhadores apresentou pontuação total no 23 QVS superior ou igual a 43 (Vaz Serra, 2000). Em todas as dimensões do BSI, os trabalhadores revelaram pontuações superiores às das amostras da população geral e clínica (Canavarro, 2007). Porém, é necessário ter em conta os valores de dispersão encontrados na nossa amostra (desvio-padrão e amplitude interquartil) em todas as dimensões. Atendendo ao resultado total no 23 QVS e aos valores de tendência central e dispersão no BSI, podemos afirmar que esta é uma amostra particular, sendo possível que alguns trabalhadores apresentem sintomas psicopatológicos, mesmo num nível superior ao da amostra clínica de Canavarro (2007). Não tendo recorrido a uma amostra de controlo com profissionais que trabalhem com outro tipo de população, não podemos afirmar categoricamente que “cuidar” de pessoas com deficiência mental vulnerabiliza ao stresse e aumenta a probabilidade de sintomas psicopatológicos, mas os resultados parecem indicar que esta amostra parece estar a sofrer o impacto associado a este tipo de trabalho. Se, segundo Vaz Serra (2000), quem sofre de vulnerabilidade ao stresse apresenta pouca capacidade afirmativa, fraca tolerância à frustração, preocupação excessiva com acontecimentos quotidianos, dificuldade em confrontar e resolver problemas e emocionalidade marcada, estes profissionais podem ver condicionada a forma como lidam com as exigências profissionais e, ainda que não o possamos afirmar em

absoluto, tal pode gerar, em alguns casos, a referida sintomatologia.

Quanto às pontuações da nossa amostra nos três índices gerais do BSI, apesar das pontuações encontradas nas dimensões do instrumento, as pontuações nestes índices foram menores que as das amostras de Canavarro (2007). Este resultado pode dever-se a variados motivos: quatro dos itens que não entram no cálculo das dimensões, apesar de entrarem no cálculo dos índices; muitos sujeitos assinalaram vários itens com resposta 0, mas quando responderam com resposta superior a 0, fizeram-no muitas vezes com pontuação “1”, o que fez diminuir os valores do IGS e ISP, mas fez aumentar os valores médios e de mediana de cada dimensão.

Os profissionais pareceram apresentar níveis moderados de neuroticismo e extroversão e utilizar como principais estratégias de coping, estratégias tendencialmente funcionais, porque voltadas para o problema (Lazarus e Folkman, 1985). Pereira (2014) verificou esta tendência: profissionais que trabalham com pessoas com deficiência/doença mental apresentam níveis mais elevados nas estratégias de coping focadas nos problemas. Tal parece indicar uma postura proativa perante situações stressantes.

Enfatiza-se a relação da vulnerabilidade ao stresse com a maioria das variáveis psicológicas, no sentido esperado. Reforça-se a correlação entre a maioria das dimensões de vulnerabilidade ao stresse e o neuroticismo. Uma das facetas do neuroticismo é precisamente a vulnerabilidade ao stresse (McCrae e Costa, 2010). Não é de estranhar que, independentemente da população com que se trabalha, os profissionais com níveis maiores de neuroticismo apresentem maior vulnerabilidade ao stresse. É largamente reconhecido que níveis maiores de neuroticismo conduzem a maior stresse face a certas situações (Gunthert, Cohen e Armeli, 1999). Tratando-se de um estudo transversal existe, porém, a hipótese de ser o stresse profissional (como acontece em formatos

profissionais como o trabalho por turnos) a aumentar os níveis de neuroticismo (e.g. Harrington, 2001).

A vulnerabilidade ao stresse (suas dimensões) associou-se à utilização de diferentes estratégias de coping. Foi positivo verificar que a estratégia mais ativa (planear) (a que pareceu ser a mais usada pelos profissionais) associou-se negativamente à vulnerabilidade ao stresse. Algumas estratégias mais focadas nas emoções (autodistração e desinvestimento comportamental) revelaram uma relação positiva com a vulnerabilidade ao stresse. Os profissionais com menor vulnerabilidade ao stresse parecem usar estratégias mais “ativas/positivas/funcionais” de coping e profissionais com maior vulnerabilidade ao stresse tendam a usar estratégias de “fuga” das situações com que se deparam. Vaz Serra (2000) encontrou uma relação negativa desta vulnerabilidade com a atitude de resolução ativa dos problemas e a atitude de controlo interno/externo dos problemas. A ausência de informação mais detalhada sobre o instrumento usado pelo autor impede uma discussão mais aprofundada.

Várias dimensões do BSI associaram-se positivamente a dimensões de vulnerabilidade ao stresse, tal como sucedera com Vaz Serra (2000), enfatizando-se a relação com o perfeccionismo e intolerância à incerteza. Parece que nesta amostra uma maior vulnerabilidade ao stresse associou-se a maiores níveis de sintomatologia psicopatológica. Independentemente do tipo de profissional (cuidador ou não de pessoas com deficiência mental), o modelo de vulnerabilidade ao stresse refere o papel da vulnerabilidade/diátese ao stresse (associada a fatores predisponentes, como a personalidade) e a forma como se lida com o mesmo no caminho causal que conduzirá à psicopatologia. Uma diátese maior aumentará o risco de sintomas psicopatológicos (Ankin e Abela, 2005).

A relação entre o stresse e as estratégias de coping usadas é fortemente mediada pelas características de personalidade (Heth e Somer, 2002; Keil, 2004; McCrae e Costa, 1997). Este aspeto deve ser considerado em qualquer tipo de cuidador. No nosso estudo, a extroversão associou-se ao humor e o neuroticismo à autodistração, estratégias de coping distintas, sendo a primeira mais ativa e a segunda mais focada nas emoções. Estas associações fazem sentido atendendo à procura de excitação que caracteriza os extrovertidos e às características emocionais das pessoas com níveis maiores de neuroticismo. Foi o neuroticismo que mostrou associações significativas com diferentes dimensões psicopatológicas e índices do BSI, como seria de esperar, visto ser um fator

que vulnerabiliza a diferentes tipos de sintomatologia (Ormel, Rosmalen e Farmer, 2004).

Articulando a informação referida, profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental com níveis maiores de neuroticismo, vivenciando stresse (em boa parte, devido à atividade profissional) podem vivenciar níveis maiores de sintomas e recorrer a estratégias menos adaptativas de coping. Num estudo longitudinal seria interessante testar estas hipóteses e eventuais caminhos preditivos e de mediação entre as variáveis. Parece ser pertinente implementar, junto de instituições que recebem pessoas com deficiência mental, programas preventivos ou terapêuticos para aliviar o stresse dos cuidadores e ativar novas estratégias de coping (mais focadas no problema, eventualmente) melhorando a sua saúde mental. Os profissionais com dados traços de personalidade (i.e., maiores níveis de neuroticismo) podem beneficiar mais destes programas.

Quanto às características sociodemográficas e profissionais, as mulheres apresentaram maior somatização e recorreram mais à religião. Lin e colaboradores (2009) identificaram os profissionais de saúde mental do sexo feminino como tendo menor condição de saúde física e mental. Numa metanálise, Tamres e colaboradores (2002) confirmaram que as mulheres tendem a recorrer mais à religião. A idade influenciou a vulnerabilidade ao stresse e as estratégias de coping usadas: profissionais mais novos apresentaram maior carência de apoio social, utilização de suporte emocional e desinvestimento comportamental. Os mais velhos utilizaram mais a negação. Alguns estudos apontam para o uso de estratégias que envolvam negação, com o avançar da idade (Denoux e Macaluso, 2006). Mais anos de trabalho na instituição associaram-se a menor ideação paranóide, o que pode dever-se a um conhecimento maior da instituição e seu funcionamento, diminuindo a possibilidade de suspeição. Os profissionais que trabalham mais horas por dia apresentaram maior vulnerabilidade ao stresse, como noutros estudos (Gray-Stanley e Muramatsu, 2011), talvez pela sobrecarga geral (profissional) e associada às tarefas envolvidas no “cuidar” de pessoas com deficiência mental. Como já refletido, pode fazer sentido que dada a sua maior vulnerabilidade ao stresse, estes profissionais utilizem mais, também, a autodistração e o humor como estratégias de coping, sendo estas mais focadas nas emoções e menos no problema. O maior número de horas de trabalho associou-se, também, ao aumento do psicoticismo (escala que reflete isolamento e estilo de vida esquizóide). O conteúdo dos itens que compõem esta dimensão (demasiado inespecífico) impede uma leitura

mais detalhada deste resultado. Não pode descartar-se a influência de potenciais terceiras variáveis (não controladas) para o mesmo. A literatura é contraditória quanto à importância da qualificação académica/profissional dos cuidadores de pessoas com deficiência mental. Neste estudo, os profissionais com menor grau de escolaridade apresentaram maior subjugação e somatização e recorreram mais à negação e humor. Os mais qualificados usaram mais o planeamento, suporte emocional e desinvestimento comportamental. Assim, parece verificar-se o uso misto de estratégias focadas no problema e nas emoções (independentemente da qualificação).

A formação sobre deficiência mental revelou ser “protetora” da saúde mental dos trabalhadores. Os que receberam formação apresentaram menor depressão e psicoticismo. Parece ser importante incluir esta formação em programas de intervenção com estes profissionais. Innstrand, Espnes e Mykletun (2004) implementaram um programa de intervenção junto de cuidadores de pessoas com deficiência mental. Verificou-se redução do stresse e do burnout, aumentando a satisfação com o trabalho.

A escassa literatura sobre o tema, sobretudo em Portugal, impossibilita mais comparações. Uma limitação deste estudo diz respeito à baixa fidedignidade de várias dimensões dos instrumentos utilizados que pode associar-se à heterogeneidade da amostra ou a variáveis relativas ao seu recrutamento e que não foram possíveis de controlar. Igualmente, o tamanho da amostra impede que seja representativa da população de profissionais/cuidadores formais de pessoas com deficiência mental e, assim, a generalização dos resultados. Apesar destas limitações, este estudo exploratório é um dos primeiros sobre o tema no nosso país. Importa continuar a explorá-lo (numa amostra maior e mais representativa), pela sua elevada pertinência, visto que os correlatos psicológicos destes profissionais podem ter impacto na prestação de cuidados a pessoas com deficiência mental.

Agradecimentos: Agradece-se a participação dos profissionais.

Conflito de interesses | Conflict of interest: nenhum | none.

Fontes de financiamento | Funding sources: nenhuma | none.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a Ed. Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Authoritative information and statistics to promote better health and wellbeing. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Acedido em <http://www.aihw.gov.au/informal-care-ageing/>
- Bartlett, D. (1998). *Stress: perspectives and processes*. Buckingham: Open University Press.
- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P., Smith, L., Folkard, S. e Costa, G. (1995). The Standard Shiftwork Index: A battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress*, 9(1), 4-30.
- Canavarro, M. C. (1993). Avaliação de sintomas psicopatológicos através do BSI: estudos de fiabilidade e validade do inventário. *Provas Psicológicas em Portugal*, Volume II.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves e L. S. Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, e L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. 3, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, E., e Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation: sistema 2002. *Temas em Psicologia*, 2, 147-156.
- Carver, C., Scheier, M. e Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Denoux, P. e Macaluso, G. (2006). Stress and aging. A counter-cultural development of locus of control and coping behavior in the elderly. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 8(4), 295-306.
- Devereux, J., Hastings, R. e Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 22(8), 561-573.
- Devereux, J., Hastings, R., Noone, S., Firth, A. e Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disability*, 30, 367-377.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3.^a ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Elliot, J. e Rose, J. (1997). An investigation of stress experienced by managers of community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 10, 48-53.
- Eysenck, H.J. (1971). *The structure of human personality*. (3.^a ed.). London: Methuen & Co.
- Folkman, S. e Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-339.
- Folkman, S. e Lazarus, R. (1985). If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Gray-Stanley, J. e Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disability*, 32, 1065-1074.
- Gomes, A. C. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Gunther, K. C., Cohen, L. H. e Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1087-1100.
- Hallman, T., Perski, A., Burell, G., Lisspers, J. e Setterlind S. (2002). Perspectives on differences in perceived external stress: a study of women and men with coronary heart disease. *Stress and Health*, 18(3), 105-118.
- Hankin, B. L. e Abela, J. R. Z. (Eds) (2005). *Development of Psychopathology: a Vulnerability-Stress Perspective*. USA: SAGE Publications
- Harrington, J. M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational Environment Medicine*, 58, 68-72.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Kiernan, C., Emerson, E... Reeves, D. (1999). Staff stressors and staff outcomes in services for adults with intellectual disabilities: the Staff Stressor Questionnaire. *Research in Developmental Disability*, 20(4), 269-285.
- Heth, J. e Somer, E. (2002). Characterising stress tolerance controllability awareness and its relationship to perceived stress and reported health. *Personality and Individuals Differences*, 33, 883-895.
- Innstrand, S., Espnes, G. e Mykletun, R. (2004). Job stress, burnout and job satisfaction: an intervention study for staff working with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 119-126.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Análise da população com deficiência (Resultados Provisórios)*. Lisboa: Edição do Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- Jenkins, R. e Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.
- Keil, R. (2004). Nursing theory and concept development or analysis: coping and stress: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 659-665.
- Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Bial.
- Lin, J., Lee, T., Loh, C., Yen, C., Hsu, S., Wu, J. ... Wu, S. (2009). Physical and mental health status of staff working for people with intellectual disabilities in Taiwan: measurement with the 36-item short-form (SF-36) health survey. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 538-546.
- Lu, L. e Chen, C.S. (1996). Correlates of coping behaviours: internal and external resources. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(3), 297-307.
- McCrae R. e Costa, P. (1997). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 385-405.
- McCrae, R. R., e Costa, P. T., Jr., (2010). *NEO Inventories: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- McKelvie, S.J., Lemieux, P. e Stout, D. (2003). Extraversion and neuroticism in contact athletes, no contact athletes and non-athletes: A research note. *The Online Journal of Sport Psychology*, 5(3), 19-27.
- Ormel, J., Rosmalen, J. e Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 906-912.
- Pais Ribeiro, J. L. e Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pereira, L. (2014). *Coping, resiliência e comprometimento organizacional em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência/doença mental*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability: a factor analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 268-278.
- Rose, J., David, G. e Jones, C. (2003). Staff who work with people who have intellectual disabilities: the importance of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 267-277.
- Rose, J. Jones, F. e Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 163-172.
- Santos, A. T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Seabra, A. P. P. C. (2000). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto de saúde ocupacional*. Doutoramento em Ciências de Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, C. F., Azevedo, M. H. P. e Dias, M. R. V. C. (1995). Estudo padronizado do trabalho por turnos-versão portuguesa do SSI. *Psicologica*, 13, 27-36.
- Song, L. e Singer, M. (2006). Life stress, social support coping and depressive symptoms: a comparison between the general population and family caregivers. *International Journal of Social Welfare*, 15, 172-180.
- Tamres, L. K., Janicki, D. e Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 1-30.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. e Koeter, M. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81, 211-222.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Vaz-Serra, A. S. e Allen-Gomes, F. E. (1973). Resultados da aplicação do "Maudsley Personality Inventory" a uma amostra portuguesa de indivíduos normais. *Coimbra Médica*, 8, 859-873.
- White, P., Edwards, N. e Townsend-White, C. (2006). Stress and burnout amongst professional carers of people with intellectual disability: another health inequity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 502-507.