

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

*Mindfulness*, stresse, psicopatologia e estratégias para a  
gestão de conflitos em cuidadores de pessoas com  
incapacidade intelectual

GABRIELA MARIA COELHO ANTUNES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Ramo Terapias  
Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, Outubro 2015



*Mindfulness*, stresse, psicopatologia e estratégias para a  
gestão de conflitos em cuidadores de pessoas com  
incapacidade intelectual

GABRIELA MARIA COELHO ANTUNES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia Clínica - Ramo Terapias Cognitivo - Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques  
(Professora Auxiliar Convidada, Instituto Superior Miguel Torga)

Coimbra, Outubro de 2015

## Agradecimentos

Nesta fase de conclusão de mais uma etapa da minha vida, há tanto tempo pensada, querida e tentada, vejo agora possível a sua finalização, que só foi conseguida com ajuda de um grupo de pessoas, aos quais quero agradecer.

À Professora Doutora Mariana Marques por toda a disponibilidade, motivação, empenho empatia e esforço.

À Dr.<sup>a</sup> Sandra Martins pelo seu genuíno apoio e partilha de conhecimentos no trabalho com pessoas com incapacidade intelectual, foi uma importante fonte de saber.

À direção da Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Castanheira de Pera (CERCICAPER) que se disponibilizaram de imediato para contribuir com o necessário para a realização deste estudo.

À direção da Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos pela autorização concebida, disponibilidade e colaboração.

A todos os profissionais participantes neste estudo, o esforço e disponibilidade no preenchimento dos questionários.

À minha família pela amizade, presença, incentivo e apoio absoluto com que me têm premiado ao longo do meu percurso.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

**Introdução:** Trabalhar com pessoas com incapacidade intelectual é exigente, envolvendo um contacto pessoal e emocional contínuo e intenso, podendo levar o cuidador formal a desenvolver stresse e psicopatologia e dificultar a sua capacidade de gestão de conflitos. Pretendemos explorar os níveis da capacidade de estar *mindful* (*mindfulness*), stresse, psicopatologia e de estratégias de gestão de conflitos, em cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual; analisar as associações entre estas variáveis (e com algumas variáveis sociodemográficas), em particular, entre o *mindfulness* e as outras variáveis.

**Métodos:** 50 cuidadores formais de pessoas com incapacidade intelectual (sexo feminino,  $n = 40$ ; 80%;  $M = 42,06$  anos;  $DP = 10,43$ ) preencheram um questionário sociodemográfico, o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala de Stresse (PSS-10) e a Escala de estratégias para a gestão de conflitos (EGC).

**Resultados:** O total de stresse (PSS-10) não se associou às estratégias de gestão de conflitos. A faceta *não julgar* (FFMQ) associou-se negativamente à *acomodação* e *evitamento* (EGC); a faceta *observar* (FFMQ) associou-se positivamente à *competição* e *evitamento* (EGC); as facetas *descrever* e *não reagir* (FFMQ) associaram-se positivamente à *colaboração* e *compromisso* (a faceta *não reagir* também se associou à *acomodação*/EGC). O total de stresse e a faceta *observar* (FFMQ) associaram-se positivamente aos três totais de psicopatologia (BSI). As facetas *não julgar* e *agir com consciência* (FFMQ) associaram-se (negativamente) e a *acomodação* e *evitamento* (EGC) (positivamente) aos três totais do BSI. O total de stresse correlacionou-se negativamente com as facetas *não julgar*, *agir com consciência* e *descrever* (FFMQ). As mulheres apresentaram uma pontuação maior no índice de sintomas positivos (BSI). Os cuidadores com níveis maiores de escolaridade apresentaram níveis maiores de *colaboração* e os com menor escolaridade níveis menores de *compromisso* e *acomodação*.

**Discussão:** Algumas das facetas de *mindfulness* associaram-se a menores níveis de stresse e psicopatologia. No geral, revelaram facilitar a *colaboração* e o *compromisso* e diminuir o *evitamento*. A capacidade de estar *mindful* pareceu associar-se ao uso de estratégias de gestão de conflitos mais “adequadas” nesta equipa, apontando para a importância do desenvolvimento desta capacidade, no mesmo tipo de contexto laboral.

Palavras-chave: *mindfulness*; stresse; psicopatologia; estratégia para a gestão de conflitos; cuidadores; pessoas com incapacidade intelectual.

## ABSTRACT

### Introduction:

**Introduction:** working with intellectual disabled people is very demanding. It involves a continuous and intensive personal and emotional contact which may cause the formal caregivers to develop stress, psychopathologies and may also hamper his ability to manage conflicts. We propose to explore the levels of ability to be mindful (*mindfulness*), stress, psychopathology and strategies for conflict management in caretakers of people with intellectual disability; investigate the commonality between these variables (and with some socio-demographic variables), particularly between *mindfulness* and other variables.

**Methods:** 50 formal caregivers of intellectual disability people (female,  $n = 40$  ; 80%;  $M = 42.06$  years,  $SD = 10.43$ ) completed a sociodemographic questionnaire, the questionnaire of the Five Facets of Mindfulness (FFMQ), the Psychopathological Symptoms Inventory (BSI), the Stress Scale (PSS-10) and the Scale of strategies for conflict management (EGC).

**Results:** Total stress (PSS-10) was not associated with conflict management strategies. The *non judging* facet (FFMQ) associated negatively with *accommodation* and *avoidance* (EGC); the *observing* facet (FFMQ) was positively associated with *competition* and *avoidance* (EGC); the *describing* and *non reactivity* facets (FFMQ) were positively associated with *collaboration* and *commitment* (*non reactivity* was also associated with *accommodation*/EGC). Total stress and *observing* (FFMQ) were positively associated to the three total psychopathology indexes (BSI). The *non-judging* and *acting with awareness* (FFMQ) were associated (negatively) and *accommodation* and *avoidance* (EGC) (positively) with the three BSI indexes. Total stress correlated negatively with *non judging*, *acting with awareness* and *describing* (FFMQ). Women had higher levels on the positive symptoms index (BSI). Caregivers with higher levels of education had higher levels of *collaboration* and those with lower levels of education, lower levels of *compromise* and *accommodation*.

**Discussion:** Some of the facets of mindfulness were associated with lower levels of stress and psychopathology. Overall, they revealed facilitating *collaboration* and *commitment* and reducing *avoidance*. The ability to be mindful seemed to be associated with the use of “more appropriate” conflict management strategies, in this sample, showing the importance of developing this capacity, in the same type of work context.

Key-words: *mindfulness*; stress; psychopathology; conflict management strategies; carers, people with intellectual disability.



## 1.Introdução

### **Incapacidade intelectual: definição e dados epidemiológicos**

O conceito de incapacidade intelectual tem passado por diversas transformações ao longo da sua “história”, resultante da evolução do conhecimento e aparecimento de diferentes perspectivas tornando-se, actualmente, complexa a sua definição (Santos e Morato, 2002). A *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2012) lidera o campo de estudo sobre a incapacidade intelectual, definindo conceitos, classificações, modelos teóricos e orientações de intervenção em diferentes áreas, influenciando sistemas de classificação internacionalmente conhecidos como o DSM-IV (*American Psychological Association/APA*, 2014) e a CID-10 (*World Health Organization/WHO*, 1992). A AAIDD (2012) refere que a incapacidade intelectual é caracterizada por significativas limitações no funcionamento intelectual e comportamento adaptativo, que abrange muitas aptidões do dia-a-dia e sociais. Já o DSM-5 (APA, 2014) define-a como “uma perturbação que tem início durante o período de desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo, nos domínios conceptual, social e prático” (p. 38). Defende, ainda, a existência de quatro níveis de gravidade (ligeira, moderada, grave e profunda), sendo necessária uma avaliação intelectual e adaptativa do indivíduo para determinar o nível de incapacidade intelectual. “Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo e não pelos valores de quociente intelectual, já que o funcionamento adaptativo determina qual o nível de suporte requerido” (DSM-5, APA, p. 38).

O comportamento adaptativo assume, assim, um papel determinante na classificação da incapacidade intelectual, pois representa o envolvimento definido pelos comportamentos adotados pelo indivíduo em atividades de vida diária, motricidade, comunicação e socialização em detrimento da utilização de medidas psicométricas, como o quociente intelectual (Ribeiro, 1996, citado por Santos e Morato, 2002). Estes autores (2002) referem, ainda, que o comportamento adaptativo diz respeito ao conjunto de habilidades sociais, práticas e conceptuais adquiridas pela pessoa para responder às exigências do dia-a-dia, sendo que as habilidades sociais se relacionam com a competência social (e.g., responsabilidade, habilidades interpessoais, observância de regras e normas, etc), as habilidades práticas com o exercício da autonomia (e.g., atividades de vida diária, utilização de recursos da comunidade, utilização do dinheiro, atividades ocupacionais ou laborais, etc.) e as habilidades conceptuais com aspetos académicos, cognitivos e da comunicação (é o caso da linguagem - recetiva e expressiva, leitura, escrita, etc.).

Santos e Morato (2002) reforçam a perspectiva de Weschler, defendendo que a incapacidade intelectual resulta de uma multiplicidade de fatores (biológicos, genéticos e fisiológicos, em possível associação com fatores socioeconómicos e outros “não mesuráveis”, tais como a adaptação social, emocional e vocacional).

Os dados estatísticos em Portugal relativamente à população com incapacidade intelectual são de 2001. Tendo em conta a heterogeneidade das deficiências que se podem encontrar na população, os Censos 2001 revelaram, ainda, que quase 40% da população com deficiência em Portugal se referia a pessoas com algum nível de deficiência sensorial (auditiva ou visual). A deficiência motora foi apontada a cerca de 25% do total das pessoas com deficiência e a deficiência mental a 11,2% da população analisada, o que equivale aproximadamente a 70 994 pessoas (Gonçalves, 2003). Considerando as taxas de incidência da deficiência, segundo o tipo e o grupo etário, verifica-se que a tendência é que a taxa aumente com a idade, ou seja, independentemente do tipo de deficiência analisada, verifica-se um aumento da sua incidência na população portuguesa com mais de 65 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Focando os dados relativos à deficiência mental, verifica-se uma predominância masculina, rondando os 115-116 homens por 100 mulheres na população com deficiência mental (Gonçalves, 2003).

### **Cuidadores formais e informais, prestação de cuidados a pessoas com incapacidade intelectual e psicopatologia**

Segundo Collière (2003, citado por Militar, 2012), “Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais” (p.24). Ricarte (2009, citado por Saraiva, 2011), refere que “cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar englobando várias áreas como a área relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica, consistindo na tarefa de manter a vida, satisfazendo um conjunto de necessidades indispensáveis e sendo o ato de apoiar alguém ou prestar-lhe um serviço, com um risco substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais” (p. 15).

Verifica-se que um número elevado de pessoas no nosso país sofre de incapacidade intelectual e necessita de quem os cuide. Por norma, quem assume este papel de cuidador (informal) é a família, vizinhos ou amigos, à custa de um grande esforço e dedicação pessoal para garantir os cuidados necessários. Assim, “cuidar” é um desafio exigente (a nível pessoal,

familiar, social, laboral e financeiro) (Saraiva, 2011) e segundo Ferreira (2012) “...na sua maioria, a família/ cuidador principal são pessoas que não possuem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir o cargo desta função acabando por pôr em risco o seu estado de saúde e bem-estar do doente. De tal forma que (...) se não existir uma adequada resposta na comunidade (...) a família/cuidador principal sentir-se-á perdida e sem saber a quem recorrer.” (p.68).

Como fator que contribui em grande parte para estas dificuldades nos cuidadores é o facto da população com incapacidade intelectual ter características muito heterógenas resultantes da condição/incapacidade, que pode limitar muitas dimensões da vida da pessoa (que sofre da mesma), nomeadamente, a participação social, o nível socioeducacional e cultural e a as oportunidades disponibilizadas pela sociedade em que se inserem (Gonçalves, 2003). Atendendo ao tipo de cuidados prestados/tipo de cuidadores, Sequeira (2007) faz a seguinte distinção: *cuidado/cuidador formal*, enquanto atividade profissional em que a prestação de cuidados é normalmente executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que ganham a designação de cuidadores formais, pois têm preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...); e *cuidado/cuidador informal*, com a prestação de cuidados a ser executada no domicílio, por norma, sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos, entre outros, designando-se, assim, de cuidadores informais. Estes últimos desempenham a sua atividade que não é remunerada e prestam os cuidados de uma forma parcial ou total.

Simonetti e Ferreira (2008) referem que “indivíduos que convivem com pessoas que necessitam de constantes cuidados de saúde podem demonstrar os mais diversos sentimentos que permeiam este processo, desde cansaço, estresse, exaustão, mas também, bem-estar, afeição e ternura. O cansaço como resultado do processo de cuidar é uma condição humana que requer reflexão e ajuda para o familiar cuidador” (p.20). Haley (2001, citado por Ferreira, 2012) refere que as tarefas inerentes à profissão de “cuidar” poderão levar a dificuldades ao nível pessoal e familiar e, como tal, irão incidir, também, no ato de cuidar, instalando-se, assim, uma espécie de círculo vicioso. A ansiedade e a depressão (outros aspetos negativos recorrentes no cuidador) são mais prováveis quanto maior a dependência física e as perdas a nível mental do paciente, assim como o baixo apoio social e o tempo que se exerce a tarefa (Serrano, 2003; Paulino et al., 2009, citado por Ferreira, 2012). O estudo de Martins (2012), com cuidadores de pessoas com doença/deficiência mental, concluiu que estes apresentam

maior risco de sofrer de *burnout* [conceito introduzido, em 1974, por Freudenberger (citado por Benbow, 1998), que o definiu como um desgaste, uma exaustão física e emocional, decorrente de um trabalho excessivo e exigente, em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos], e que este se relacionou com sintomatologia psicopatológica (neuroticismo, a exaustão emocional e a despersonalização, sendo que esta dimensão do *burnout* mostrou correlacionar-se positivamente com todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica).

### **Stresse e gestão de conflitos em cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual**

O stresse é entendido como a pressão produzida por diversos agentes sobre o ser humano, levando-o a desenvolver um estado de tensão como resposta. Estes agentes podem ser variados e ter diferentes origens (física, psicológica e social), ressaltando-se que as reações ao stresse variam de pessoa para pessoa, devido às diferenças individuais de cada um. É, assim, uma resposta fisiológica e comportamental normal a algo que aconteceu ou que está para acontecer que faz com que o indivíduo se sinta ameaçado ou que, de alguma forma, perturba o seu equilíbrio (Vaz Serra, 2011). Este autor refere, ainda, que o stresse poderá ser considerado benéfico quando é circunscrito a uma determinada circunstância que é ultrapassada com êxito, promovendo o desenvolvimento pessoal. Por outro lado, é entendido como prejudicial quando perturba prolongadamente a estabilidade do indivíduo. O stresse quando é intenso, repetitivo e prolongado poderá levar a consequências preocupantes para o indivíduo levando-o a desenvolver alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e fisiológicas, que poderão pôr em causa o bem-estar e a saúde física e psíquica. No estudo de Martins (2012) verificou-se que os cuidadores de pessoas com doença/deficiência mental apresentavam níveis maiores de vulnerabilidade ao stresse.

A definição de conflito é abrangente tendo sido estudada em diversas áreas do saber. O conflito é inerente à condição humana, dado que se poderá definir como uma propriedade de interação (Giddens, 1995, citado por Cunha e Leitão, 2012). Rego (2012, p.12) acrescenta “o conflito está presente em todas as facetas – pessoal, familiar, profissional, organizacional – das nossas vidas. Onde há dois seres humanos, dois grupos, duas organizações, dois países, há inevitavelmente, conflito. Mesmo dentro de cada um de nós há inúmeros conflitos que emergem – com custos mas também com proveitos.” Assim, o conflito existe desde sempre nas sociedades sociais estando presente ao nível interpessoal, intrapessoal, intergrupalo, nacional, internacional, político, religioso, laboral, entre outros (Cunha, 2008). É transversal às sociedades e responsável por mudanças micro ou macrossociais (Cunha e Leitão, 2012).

O conflito poderá ser considerado negativo, com consequências nefastas para as relações humanas, mas também poderá ser considerado como uma oportunidade, segundo Cunha e Leitão (2012), podendo promover a aprendizagem e a mudança e enfraquecer a resistência à inovação e à adaptação, estimulando, simultaneamente a criatividade, ativar e fortalecer sentimentos de identidade, despertar a atenção para situações que necessitam de resolução, testar a balança de poder, criar oportunidades para o desenvolvimento de competências negociais, gerar catarse e representar um modo de pôr os antagonistas em contacto. É na capacidade de gerir o conflito que depende a transformação do mesmo em risco ou em oportunidade. Muitos têm sido os autores que se têm debruçado sobre o tema dada a sua complexidade, abrangência e consequências na vida do indivíduo. Serrano (2008, citado por Cunha e Leitão, 2012) refere que existe uma procura científica em desenvolver competências relacionadas com a gestão construtiva de conflitos, passando pelo diálogo, pela procura de acordos, pela exploração de objetivos comuns, solucionando construtivamente o conflito. Para Deutsch (1990 e 1994, citado por Cunha e Leitão, 2012) para uma gestão construtiva ter sucesso, o indivíduo deve: ter conhecimento sobre o tipo de conflito em que está envolvido; respeitar-se a si e aos seus interesses, assim como ao outro e os interesses do outro; distinguir entre interesses e posições, explorar os seus interesses e os da outra parte, identificar os interesses divergentes entre as partes como um problema mútuo a ser resolvido cooperativamente; manter uma comunicação aberta, uma escuta ativa e falar de modo a fazer-se entender; estar alerta para situações de enviesamento, distorções perceptivas, juízos erróneos e pensamentos estereotipados que, frequentemente, ocorrem em ambas as partes, no decorrer do conflito; desenvolver competências para lidar com conflitos difíceis; conhecer-se e saber como, geralmente, se responde em diferentes tipos de situações conflituais.

A ideia de que são variadas e diferentes as causas e que o modo como cada um vai lidar com a situação de conflito é consensual, dependendo da forma como cada um vai perceber o conflito. É mais fácil gerir o conflito de forma construtiva quanto mais cedo se atuar (Alves, 2011). As estratégias de gestão de conflitos podem ser analisadas numa perspetiva interpessoal, referindo-se à perceção de que existem ideias, opiniões e/ou objectivos divergentes entre as partes envolvidas numa interação (Deutsch, 1973, Pruitt e Rubin, 1986, citado por Dimas, Lourenço e Miguez, 2005), divergências essas que geram elevados níveis de tensão, ou numa perspetiva intragrupal, traduzindo-se no conjunto de respostas dadas pelos membros de um grupo com o fim de reduzir ou solucionar um determinado conflito (DeChurch e Marks, 2001, citado por Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). Estes últimos

autores referem que o modelo de Thomas (1976) é um dos mais referidos na literatura da especialidade, distinguindo duas dimensões básicas que caracterizam a intenção estratégica na gestão do conflito: a *assertividade* (o grau em que cada uma das partes procura satisfazer os seus interesses) e a *cooperação* (o grau em que cada uma das partes se preocupa ativamente com os interesses da outra parte). Da combinação destas duas variáveis resultam cinco estilos de gestão de conflitos: *competitividade* (assertividade e não cooperação), *colaboração* (assertividade e cooperação), *evitamento* (não assertividade e não cooperação), *acomodação* (não assertividade e cooperação) e *compromisso* (combinação de assertividade e de cooperação). (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Depois de pesquisarmos sobre trabalhos na área da gestão de conflitos em cuidadores ou profissionais na área da saúde não foram encontrados muitos trabalhos. Foram encontrados os seguintes trabalhos no nosso país. Rego e Jesuíno (2002, citado por Torres, 2012) efetuaram um estudo baseado no questionário proposto por Thomas (1976) numa amostra constituída por docentes universitários, estudantes de licenciatura e gestores, verificando que não existiam diferenças significativas entre os perfis médios dos estudantes e dos docentes, embora os professores fossem menos orientados para o poder e para o estilo competitivo. Já na amostra de gestores, verificou-se que estavam mais orientados para a utilização de estratégias como a *colaboração* e a *acomodação* e utilizavam menos a estratégia de *evitamento*. Vargas (2010) num estudo com enfermeiros a trabalhar no bloco operatório, pretendendo conhecer como se associava a gestão de conflitos e o desgaste profissional, verificou que os profissionais obtiveram valores mais elevados na estratégia de *compromisso* e, de seguida, de *acomodação*, verificando-se valores mais baixos no estilo *competição*. Figueiredo (2012) no seu estudo em contexto empresarial onde pretendeu avaliar a gestão de conflitos e a satisfação dos trabalhadores, concluiu que o estilo a que mais recorriam em situação de conflito era o *compromisso*, salientando, ainda, que os estilos de gestão de conflitos adotados pelos colaboradores não influenciavam a satisfação no trabalho.

### **Mindfulness no contexto profissional: seu impacto**

“O termo *mindfulness* significa “estar presente”, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida (Pali Text Society, 1921;1925, citado por Gouveia e Gregório, 2011). O *mindfulness* consiste em focar a atenção no momento presente com um determinado propósito e sem julgar quer os fenómenos que surgem na consciência individual durante a prática do *mindfulness*, quer as perceções, cognições, emoções ou

sensações, estas são examinadas cuidadosamente mas não são avaliadas como boas ou más (Marlatt & Kristeller, 1999, cit. in Baer, 2003).

O foco da atenção segundo os autores incide sobre a experiência do momento presente, em vez de ruminar sobre o passado ou se preocupar com o futuro, maximizando a concentração dedicada à tarefa do momento. “A sua prática desenvolve recursos internos de auto-observação e auto-regulação que permitem desativar o modo de funcionamento em piloto automático da mente. A prática do *mindfulness* permite também ao indivíduo sentir com maior plenitude e de uma forma mais agradável a sua vida presente” (Viana, 2011, p.1). O estudo de Killingsworth e Gilbert (2010) refere que quanto mais as pessoas entram em piloto automático, menos felizes são, possivelmente devido a rumações sobre aspetos negativos e stressantes. O *mindfulness* por representar uma capacidade de concentração no presente, diminui a entrada no piloto automático e, conseqüentemente o stresse.

Muitos têm sido os estudos sobre os benefícios do *mindfulness* no contexto de trabalho, estando estes diretamente relacionados com o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos. Em contextos organizacionais, os estudos realizados mostram que a sua prática conduz a uma maior clareza mental, a uma maior capacidade de resolução de problemas e a uma maior capacidade de empatia (Kabat-Zinn, 1990, citado por Viana, 2011). Quando a sua prática é frequente, Chaskalson (2011) refere que é notório observar nos colaboradores a redução do nível de stresse, maior sensibilidade interpessoal, maior inteligência emocional, menor absentismo, maiores níveis de resiliência, aumento de auto consciência e consciência do outro, desenvolvimento da capacidade de concentração, reforço da capacidade de comunicação, e melhoria dos padrões de sono. Vieira (2011) refere que os estudos realizados no âmbito do *mindfulness* em contexto de trabalho revelam efeitos positivos semelhantes aos resultados de algumas terapêuticas medicamentosas, mostrando o mesmo estar validado para a redução do stresse e *burnout*, aumentando a capacidade de concentração e promovendo relações interpessoais mais positivas entre os trabalhadores.

Um estudo realizado por Hunter e McCormick (2008) cujo objetivo era examinar o efeito do *mindfulness* em contexto de trabalho, comparando indivíduos que não praticaram *mindfulness* e indivíduos que o praticavam, concluiu que quem praticava *mindfulness* estava mais consciente do trabalho que realizava, aceitava melhor a sua condição no trabalho, estabelecia objetivos profissionais mais modestos e realistas, era mais altruísta, estava menos preocupados com a obtenção de riquezas ou bens materiais, avaliava mais o seu interior, conseguia perceber o significado da sua vida em vários aspetos que não só o profissional, era

capaz de uma maior cooperação e de manter a calma em situações de trabalho difíceis, encarava as dificuldades no trabalho como um desafio e não como uma ameaça, desfrutava mais do trabalho que realizava, era mais adaptável ao trabalho e estabelecia mais inter-relações positivas no trabalho. O estudo de Dane e Brummel (2013) pretendeu investigar o *mindfulness*, examinando o grau em que as pessoas estão atentas no ambiente de trabalho e sua relação com o desempenho e intenção de sair da organização. Foi encontrado um relacionamento positivo entre um local de trabalho *mindful* e o desempenho no trabalho e uma associação negativa entre um local de trabalho *mindful* e a intenção de sair da organização. O estudo demonstrou que em contexto organizacional é importante auxiliar os trabalhadores a desenvolverem níveis maiores de *mindfulness*, associando-se os mesmos à melhoria do desempenho e à vontade de se manter na organização, reduzindo a rotatividade.

Um estudo dividido numa publicação mais qualitativa e noutra quantitativa e conduzido com enfermeiras que trabalhavam em contexto hospitalar revelou que: a aplicação do programa de oito semanas *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990) foi encarado pelas profissionais como útil, conduzindo a níveis maiores de relaxamento e auto-cuidado e à melhoria das relações familiares e no trabalho (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Deitrick e Shapiro, 2005); as participantes revelaram redução significativa (*versus* grupo de controlo/lista de espera) na pontuação de *burnout* (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker e Shapiro, 2005). Um outro estudo (piloto) com enfermeiras, em que foi aplicada uma intervenção mais curta (quatro semanas) baseada no MBSR verificou que, comparativamente ao grupo de controlo (lista de espera), as participantes que receberam o programa apresentaram melhorias significativas nos sintomas de *burnout*, relaxamento e satisfação com a vida (Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006). Assim, e de acordo com Irving, Dobkin e Park (2009), que reviram os estudos empíricos (alguns referidos em cima) sobre a aplicação do MBSR em profissionais prestadores de cuidados de saúde, a participação neste programa parece melhorar a saúde física e mental dos profissionais (auto-cuidado e bem-estar).

Atendendo ao acima referido e à ausência de estudos no nosso país que explorem, particularmente, a capacidade de estar *mindful* e as estratégias para a gestão de conflitos em cuidadores formais de pessoas com incapacidade intelectual (existem já alguns que se dedicam a explorar o stresse e *coping* nestes cuidadores), são nossos objetivos: explorar os níveis de stresse, de *mindfulness* (suas diferentes facetas) e das estratégias de gestão de conflitos (suas diferentes dimensões) numa amostra de cuidadores formais de pessoas com incapacidade intelectual e explorar a associação entre todas estas variáveis na mesma

amostra, em particular a associação entre a capacidade de estar *mindful* e de mais “funcionalmente” gerir conflitos (para além de explorarmos as associações das diferentes variáveis com algumas variáveis sociodemográficas: sexo, escolaridade e estado civil).

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Procedimentos

No âmbito do projeto *Organizar Positivamente* (do Instituto Superior Miguel Torga), que visa estudar o contributo de algumas variáveis protetoras do funcionamento intra e interpessoal para a criação de contextos de trabalho saudáveis, percebendo as associações existentes com algumas variáveis organizacionais, começamos por definir o protocolo do estudo. Este ficou constituído por um breve questionário sociodemográfico, o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala de Stresse (PSS-10) e a Escala de Estratégias para a Gestão de Conflitos (EGC). Os autores dos questionários foram contactados, solicitando-se autorização para utilização das escalas. As autorizações foram cedidas. Tendo definido a população alvo do estudo (profissionais/cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual), contactaram-se as respostas sociais da Cercicaper e, ainda, a Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos, para obter autorização para recolher os dados junto dos seus profissionais. Depois de obtida esta autorização, procedeu-se à recolha (entre janeiro e junho de 2015). Todos os participantes cederam o seu consentimento informado ( $n = 50$ ; 35 protocolos foram preenchidos pelos colaboradores da Cercicaper).

### 2.2. Instrumentos

#### 2.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário é constituído por oito questões que avaliam: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, profissão, tempo de trabalho na instituição e situação profissional.

#### 2.2.2. *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ)/Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney, 2006; adaptação para a população portuguesa por Gregório e Pinto Gouveia, 2011).

O FFMQ é composto por 39 itens de auto-resposta que avaliam a tendência de cada indivíduo para estar *mindful* no dia-a-dia. É um questionário de auto-resposta composto por cinco facetas distintas do *mindfulness*: *não reagir* (não reatividade à experiência interna: tendência a permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar por

eles); *observar* (notar ou estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros), *agir com consciência* (estar atento às atividades do momento, por oposição ao estado de “piloto automático”), *descrever* (caracterizar experiências internas através de palavras) e *não julgar* (da experiência interna: não avaliar e julgar pensamentos e sentimentos) (Barros, 2013). Os itens são respondidos numa escala de tipo likert de 1 (nunca ou muito raramente verdadeiro) a 5 (muito frequentemente ou sempre verdadeiro) (Gregório e Gouveia, 2011). Apresentamos, de seguida os itens de cada faceta: *observar* (itens 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31); *descrever* (itens 2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37), *agir com consciência* (5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38), *não julgar* (itens 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39) e *não reagir* (9, 4, 19, 21, 24, 29, 33) (Gregório e Pinto Gouveia, 2011).

As facetas da versão original apresentaram boa consistência interna: *observar* ( $\alpha = 0,83$ ); *descrever* ( $\alpha = 0,91$ ); *agir com consciência* ( $\alpha = 0,87$ ); *não julgar* ( $\alpha = 0,87$ ); *não reagir* ( $\alpha = 0,75$ ) (Baer et al., 2006). A versão portuguesa do FFMQ (escala total) apresentou um valor do alfa de Cronbach, de 0,70, aceitável. Os valores obtidos para as cinco facetas são semelhantes aos valores da versão original e as mesmas estão moderadamente correlacionadas entre si, com excepção da ausência de correlação entre as facetas *observar* e *não julgar* (Gregório e Gouveia, 2011). Neste estudo encontramos os seguintes alfas de Cronbach: *observar* ( $\alpha = 0,745$ , bom); *descrever* ( $\alpha = 0,852$ ; bom); *agir com consciência* ( $\alpha = 0,913$ ; muito bom); *não julgar* ( $\alpha = 0,854$ ; bom); e *não reagir* ( $\alpha = 0,750$ , bom) (De Vellis, 1991).

### **2.2.3. Brief Symptoms Inventory (BSI)/Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Derogatis, 1993; Canavarro, 1999; 2007)**

O inventário *Brief Symptoms Inventory* (BSI) é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada do SCL-90-R de Derogatis (1977) construído pelo autor em 1982 (Canavarro, 1999; 2007). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos divididos em nove dimensões: *somatização*, *obsessões-compulsões*, *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade*, *hostilidade*, *ansiedade fóbica*, *ideação paranóide* e *psicoticismo*. É ainda constituído três índices globais: Índice Geral de Sintomas/IGS (soma das pontuações de todos os itens, dividida pelo número total de respostas diferentes de 0), Total de Sintomas Positivos/TSP (número de itens assinalados com resposta positiva, portanto, superior a 0) e Índice de Sintomas Positivos/ISP (divisão do somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos) (Canavarro, 1999; 2007).

O BSI pode ser aplicado individualmente ou coletivamente (Canavarro, 1999; 2007) e

cada item é respondido numa escala de Likert de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”). No presente estudo apenas consideramos a pontuação dos índices globais, mas não deixamos de mencionar que as nove dimensões apresentam os seguintes valores de consistência interna nas versões original e portuguesa, respetivamente: *somatização* ( $\alpha = 0,80$  ambas as versões), *obsessões-compulsões* ( $\alpha = 0,83$ ;  $\alpha = 0,77$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $\alpha = 0,74$ ;  $\alpha = 0,76$ ), *depressão* ( $\alpha = 0,85$ ;  $\alpha = 0,73$ ), *ansiedade* ( $\alpha = 0,81$ ;  $\alpha = 0,77$ ), *hostilidade* ( $\alpha = 0,78$ ;  $\alpha = 0,76$ ), *ansiedade fóbica* ( $\alpha = 0,77$ ;  $\alpha = 0,62$ ), *ideação paranóide* ( $\alpha = 0,77$ ;  $\alpha = 0,72$ ) e *psicoticismo* ( $\alpha = 0,71$ ;  $\alpha = 0,62$ ) (Canavarro, 1999; 2007). Neste estudo encontramos os seguintes alfas de Cronbach: *somatização* ( $\alpha = 0,866$ ); *obsessões-compulsões* ( $\alpha = 0,858$ ), *sensibilidade interpessoal* ( $\alpha = 0,804$ ), *depressão* ( $\alpha = 0,880$ ), *ansiedade* ( $\alpha = 0,862$ ), *hostilidade* ( $\alpha = 0,753$ ), *ansiedade fóbica* ( $\alpha = 0,795$ ), *ideação paranóide* ( $\alpha = 0,828$ ) e *psicoticismo* ( $\alpha = 0,824$ ) (todos os alfas foram bons, segundo De Vellis, 1991). Os valores obtidos suportam o uso dos três índices globais.

#### **2.2.4. Perceived Stress Scale (PSS-10) /Escala de Stresse Percebido (Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983; Trigo, Canudo, Branco e Silva, 2010)**

O PSS é uma escala unidimensional que avalia até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores de stresse. É composto por dez questões respondidas numa escala de Likert: nunca (0), quase nunca (1), algumas vezes (2), frequentemente (3) e muito frequentemente (4). Os itens 4, 5, 7 e 8 são invertidos. A sua aplicação e cotação são simples, constituindo um instrumento válido para avaliar o stresse, em contextos de doença física ou condições psicopatológicas (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010). A versão original da PSS-10 apresenta boas qualidades psicométricas (Cohen et al., 1983). Nos estudos com a população portuguesa, com amostras da população geral ou com condições de doença física e perturbação ansiosa, obtiveram-se indicadores bastante positivos no que concerne às qualidades psicométricas da PSS-10. O alfa de Cronbach foi de 0,874 (Trigo et al., 2010). No presente estudo obteve-se um alfa de Cronbach de 0,838 (bom) (De Vellis, 1991).

#### **2.2.5. Estratégias para a Gestão de Conflitos (EGC, Thomas, 1992; Jesuíno, 1992)**

O EGC foi construído com base na abordagem de Thomas (1992, citado por Torres, 2012) à gestão de conflitos por Jesuíno (1992) e avalia qual o estilo de estratégia de gestão de conflitos que a pessoa prefere. Apresenta 25 itens em formato de afirmações, respondidas numa escala de Likert: 1/Nunca; 2/Raramente; 3/Por Vezes; 4/Com frequência e

5/Habitualmente. Encontra-se dividida em 5 dimensões que avaliam as diferentes estratégias para lidar com o conflito (comportamentos manifestados aquando de situações de conflito): *colaboração* (itens 6, 9, 16, 18 e 25; preocupação do sujeito com a satisfação dos interesses das várias partes envolvidas); *compromisso* (itens 1, 5, 10, 15 e 21; cedência e ganho de algo); *competição* (itens 3, 8, 11, 13 e 23; preocupação do próprio em fazer prevalecer o seu próprio interesse); *acomodação* (itens 2, 4, 14, 19 e 20; esforço do próprio em satisfazer os interesses do outro) e *evitamento* (itens 7, 12, 17, 22 e 24; baixa preocupação do sujeito consigo próprio e com os outros) (Jesuino, 1992; Torres, 2012).

Para cotar a escala, somam-se os itens de cada uma das cinco dimensões, com a pontuação de cada dimensão a poder variar entre 1 e 25. O valor obtido divide-se por cinco (número de itens de cada dimensão) para obtermos a média para cada estilo de gestão de conflitos. A dimensão que obtiver a média mais elevada diz respeito à estratégia primária de gestão de conflitos e a segunda maior à secundária (Jesuino, 2003).

Torres (2012) explorou as propriedades psicométricas do instrumento, comparando os valores de consistência interna no seu estudo, com os de Jesuino (1992, cit. in Torres, 2012): *colaboração* (0,547 vs. 0,660), *compromisso* (0,648 vs. 0,610), *competição* (0,571 vs. 0,470), *acomodação* (0,439 vs. 0,730) e *evitamento* (0,384 vs. 0,730). No nosso estudo obtivemos os seguintes alfas de Cronbach: *colaboração* (0,546), *compromisso* (0,754), *competição* (0,490), *acomodação* (0,630) e *evitamento* (0,544). Apenas o alfa do *compromisso* revelou ser bom, com as outras a mostrarem ser inaceitáveis. Ainda assim, apenas a *competição* apresenta um alfa definitivamente inaceitável, atendendo a que segundo Nunnally (1967, cit. in Bean, 1980) em estudos exploratórios, alfas superiores a 0,5 podem ser considerados como aceitáveis.

### 2.3. Amostra

A amostra final foi não probabilística por conveniência (Pais Ribeiro, 2010) e como critério de inclusão, os colaboradores tinham de trabalhar em instituições que recebessem pessoas com incapacidade intelectual. Ficou constituída por 50 participantes, sendo a maioria do sexo feminino ( $n = 40$ ; 80%) (idade média = 42,06 anos;  $DP = 10,43$ ), casado/a ( $n = 29$ ; 58%), com o 3º ciclo do ensino básico ( $n = 14$ ; 28%) (seguidos pelos que possuíam o ensino secundário,  $n = 13$ ; 26% e a licenciatura,  $n = 11$ ; 22%) e a termo certo na instituição ( $n = 29$ ; 58%). A maioria dos participantes pertencia ao pessoal dos serviços e vendedores ( $n = 27$ ; 54%), seguidos dos especialistas das profissões intelectuais e científicas ( $n = 11$ ; 22%). A maioria dos trabalhadores estava na instituição entre 1 a 12 anos ( $n = 29$ , 58%) (Tabela 1).

Tabela 1  
Caracterização sociodemográfica da amostra

	<i>M (DP)</i>	Intervalo
Idade	42,06 (10,43)	20-62
	<i>N</i>	%
Sexo		
Feminino	40	80,0
Masculino	10	20,0
Total	50	100,0
Estado Civil		
Solteiro/a	9	18,0
Casado/a	29	58,0
Divorciado/a	6	12,0
União de facto	4	8,0
Viúvo/a	1	2,0
Total	49	98,0
Não Respondeu	1	2,0
Total	50	100,0
Escolaridade		
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	6	12,0
2º ciclo do ensino básico (6º ano)	4	8,0
3º ciclo do ensino básico (9º ano)	14	28,0
Ensino Secundário	13	26,0
Licenciatura	11	22,0
Mestrado	2	4,0
Total	50	100
Situação Profissional		
Termo certo	29	58,0
Termo incerto	15	30,0
Total	44	88,0
Não respondeu	6	12,0
Total	50	100
Categoria profissional		
Especialista das profissões intelectuais e científicas	11	22,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	4,0
Pessoal administrativo e similares	2	4,0
Pessoal dos serviços e vendedores	27	54,0
Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem	1	2,2
Trabalhadores não qualificados	3	6,0
Total	46	92,0
Não respondeu	4	8,0
Total	50	100
Tempo de trabalho na instituição		
1 a 12 anos	29	58,0
13 a 24 anos	15	30,0
25 a 38 anos	5	10,0
Total	49	98,0
Não respondeu	1	2,0
Total	50	100

*n* = frequência; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; % = percentagem

Na Tabela 2 apresentam-se os valores médios, de desvio-padrão e intervalos (obtidos na nossa amostra e teóricos). No EGC verifica-se que foi na estratégia *compromisso* que a

amostra apresentou um valor médio mais elevado, seguida da estratégia *colaboração* (duas estratégias mais usadas pelos colaboradores, portanto). A estratégia *evitamento* foi aquela em que se verificou o menor valor médio. Quanto ao valor médio no PSS-10 é positivo verificar que, atendendo ao intervalo teórico possível, este valor se aproxima muito mais do valor inferior desse intervalo. Quanto ao FFMQ, foi a dimensão *agir com consciência*, logo seguida das dimensões *não julgar* e *descrever* a obterem os valores médios mais elevados. No BSI, os valores médios situaram-se no “ponto médio” entre o limite mínimo e máximo do intervalo.

Tabela 2  
*Medidas de tendência central e dispersão*

	<i>M (DP)</i>	Intervalo	Intervalo teórico
<b>EGC</b>			
<i>Colaboração</i>	16,82 (2,73)	9-22	5-25
<i>Compromisso</i>	17,86 (3,27)	8-24	5-25
<i>Competição</i>	16,24 (2,50)	9-22	5-25
<i>Acomodação</i>	15,50 (2,89)	5-21	5-25
<i>Evitamento</i>	12,80 (2,79)	7-17	5-25
<b>PSS-10</b>	15,62 (6,39)	4-29	0-40
<b>FFMQ</b>			
não julgar	28,94 (5,88)	15-40	8-40
observar	19,14 (5,19)	8-30	7-35
agir com consciência	32,14 (5,50)	19-40	8-40
descrever	26,72 (5,66)	14-39	8-40
não reagir	19,76 (4,80)	9-30	7-35
<b>BSI</b>			
total sintomas positivos	26,62 (12,44)	4-52	
índice geral de sintomas	0,82 (0,57)	0,13-2,64	
índice de sintomas positivos	1,53 (0,39)	1,00-2,69	

*M* = Média; *DP* = desvio-padrão; *Md* = Mediana; EGC = Escala de Gestão de Conflitos; PSS-10 = Escala de Stress Percecionado; FFMQ= Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; BSI= *Brief Symptom Inventory*.

#### 2.4. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão, e medidas de assimetria. O teste de Kolmogorov-Smirnov, utilizado para testar a normalidade das variáveis centrais do estudo, mostrou que a maioria das variáveis não apresentava uma distribuição normal. Adicionalmente, apesar da amostra ser maior do que 30, mas dado o *n* reduzido em algumas das categorias das variáveis que queríamos explorar, optamos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Em todas as análises foi usado o nível de significância (*p*) de 0,05.

Através de correlações Spearman testámos associações entre as diferentes variáveis (índices de BSI, da FFMQ e do EGC e pontuação total da PSS-10). Na avaliação da

magnitude das correlações, seguiram-se os critérios de Cohen (1992, cit. in Pallant, 2011): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); e 0,50 (elevada). Testes U de Mann Whitney e um teste de Kruskal-Wallis permitiram explorar se existiam diferenças significativas por sexo, estado civil (variável dicotomizada da seguinte forma: solteiro/a+divorciado/a+viúvo/a vs. casado/a+união de facto) e escolaridade (variável dicotomizada da seguinte forma: 1º ciclo+2º ciclo+3º ciclo vs. ensino secundário vs. licenciatura+mestrado) nas variáveis centrais do estudo (índices de BSI, dimensões do FFMQ e do EGC e pontuação total da PSS-10).

### 3. Resultados

Na Tabela 4 apresentamos as correlações entre o total do PSS-10 (stresse) e as dimensões do FFMQ (*mindfulness*) com as dimensões do EGC. Verificou-se que o total do PSS-10 não se correlacionou com nenhuma dimensão do EGC. Quanto às dimensões do FFMQ, a dimensão *agir com consciência* não se correlacionou com nenhuma dimensão do EGC. A dimensão *não julgar* correlacionou-se negativamente com a *acomodação* e o *evitamento* (EGC) (magnitude moderada). A dimensão *observar* correlacionou-se positivamente com a *competição* (EGC) (magnitude moderada) e com o *evitamento* (magnitude pequena). A dimensão *descrever* (FFMQ) correlacionou-se com a *colaboração* (EGC) (magnitude elevada) e com o *compromisso* (magnitude moderada). A dimensão *não reagir* (FFMQ) correlacionou-se positivamente com as dimensões do EGC *colaboração*, *compromisso* (magnitudes moderadas) e *acomodação* (magnitude pequena)

Tabela 4

*Correlações entre dimensões dos instrumentos EGC, PSS-10 e FFMQ*

	PSS-10	1.FFMQ <i>não julgar</i>	2.FFMQ <i>observar</i>	3. FFMQ <i>agir com consciência</i>	4.FFMQ <i>Descrever</i>	5. FFMQ <i>não reagir</i>
1. EGC <i>colaboração</i>	NS	NS	NS	NS	0,553**	0,334*
2. EGC <i>compromisso</i>	NS	NS	NS	NS	0,452**	0,333*
3. EGC <i>competição</i>	NS	NS	0,388**	NS	NS	NS
4. EGC <i>acomodação</i>	NS	-0,370**	NS	NS	NS	0,287*
5. EGC <i>evitamento</i>	NS	-0,335*	0,299*	NS	NS	NS

EGC = Escala de Gestão de Conflitos; PSS-10= Escala de Stress Percepcionado; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo

Na Tabela 5 apresentamos as correlações entre o total do PSS-10 e as dimensões do FFMQ com os três índices do BSI. O total do PSS-10 correlacionou-se positivamente com o *total de sintomas positivos* (BSI), com o *índice de sintomas positivos* (magnitude moderada) e com o índice geral de sintomas (magnitude elevada). A dimensão *não julgar* do FFMQ

correlacionou-se negativamente com os três índices (com magnitude elevada). A dimensão do FFMQ *observar* correlacionou-se positivamente e com magnitude moderada com todos os índices. A dimensão do FFMQ *agir com consciência* correlacionou-se negativamente com o *total sintomas positivos* (magnitude moderada) e com os outros dois índices com magnitude elevada. A dimensão do FFMQ *não reagir* não se correlacionou com os índices do BSI.

Tabela 5  
Correlações entre dimensões dos instrumentos BSI, PSS-10 e FFMQ

	PSS-10	1.FFMQ <i>não julgar</i>	2.FFMQ <i>observar</i>	3. FFMQ <i>agir com consciência</i>	4.FFMQ <i>descrever</i>	5. FFMQ <i>não reagir</i>
1.BSI <i>total sintomas positivos</i>	0,452**	-0,552**	0,314*	-0,438**	-0,413**	NS
2.BSI <i>índice geral de sintomas</i>	0,523**	-0,617**	0,349*	-0,538**	-0,493**	NS
3. BSI <i>índice de sintomas positivos</i>	0,487**	-0,572**	0,307*	-0,523**	-0,422**	NS

BSI= *Brief Symptom Inventory*; PSS-10= Escala de Stress Percebido; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo

Na Tabela 6 apresentamos as correlações dos índices do BSI e as dimensões da EGC. As dimensões da EGC *colaboração*, *compromisso* e *competição* não se correlacionaram com nenhum dos índices do BSI. A EGC *acomodação* correlacionou-se positivamente com o total de sintomas positivos e com os dois índices (com magnitude pequena). A EGC *evitamento* correlacionou-se positivamente com o *índice geral de sintomas* e o *índice de sintomas positivos* (magnitude moderada).

Tabela 6  
Correlações entre os índices do BSI e as dimensões do EGC

	1. EGC <i>colaboração</i>	2. EGC <i>compromisso</i>	3. EGC <i>competição</i>	4. EGC <i>acomodação</i>	5. EGC <i>evitamento</i>
1.BSI <i>total sintomas positivos</i>	NS	NS	NS	0,283*	NS
2.BSI <i>índice geral de sintomas</i>	NS	NS	NS	0,288*	0,318*
3 BSI. <i>índice de sintomas positivos</i>	NS	NS	NS	0,285*	0,368**

BSI= *Brief Symptom Inventory*; EGC = Escala de Gestão de Conflitos \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo

Quanto às correlações entre o total PSS-10 e as dimensões do FFMQ, o PSS-10 total correlacionou-se negativamente com as dimensões FFMQ *não julgar* (magnitude elevada,  $rs = -0,558$ ), *agir com consciência* (magnitude elevada,  $rs = -0,521$ ) e *descrever* (magnitude moderada,  $rs = -0,485$ ).

Um teste U de Mann Whitney revelou existirem apenas diferenças significativas por sexo na variável índice de sintomas positivos, com as mulheres a apresentarem valores mais

elevados a este nível ( $U = 104,500$ ;  $p = 0,019$ ; sexo feminino,  $Md = 1,55$  vs.  $Md = 1,19$ ). Outro teste U de Mann Whitney revelou existir diferenças por estado civil (solteiro/a+divorciado/a+viúvo/a vs. casado/a+união de facto) na EGC *colaboração* ( $U = 156,500$ ;  $p = 0,021$ ; solteiro/a+divorciado/a+viúvo/a,  $Md = 18,5$  vs.  $Md = 16,0$ ). Um teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças por escolaridade na EGC *colaboração* ( $\chi^2 = 14,014$ ;  $p = 0,001$ ; 1º ciclo+2ºciclo+3ºciclo vs. ensino secundário vs. licenciatura+mestrado,  $Md = 15,0$  vs.  $Md = 17,0$  vs.  $Md = 19,0$ ), EGC *compromisso* ( $\chi^2 = 10,447$ ;  $p = 0,005$ ; 1º ciclo+2ºciclo+3ºciclo vs. ensino secundário vs. licenciatura+mestrado,  $Md = 16,0$  vs.  $Md = 19,0$  vs.  $Md = 19,0$ ) e EGC *acomodação* ( $\chi^2 = 7,666$ ;  $p = 0,022$ ; 1º ciclo+2ºciclo+3ºciclo vs. ensino secundário vs. licenciatura+mestrado,  $Md = 15,0$  vs.  $Md = 17,0$  vs.  $Md = 16,0$ ).

#### 4. Discussão

Foi nosso objetivo explorar os níveis de stresse, de *mindfulness* (suas diferentes dimensões) e de diferentes estratégias de gestão de conflitos (suas diferentes dimensões) numa amostra de cuidadores formais de pessoas com incapacidade intelectual, explorar a associação entre estas variáveis na mesma amostra, em particular a associação entre a capacidade de estar *mindful* e de mais “funcionalmente” gerir conflitos.

Antes da discussão destes resultados iremos, desde já, debruçar-nos sobre algumas características sociodemográficas da nossa amostra. Relativamente ao sexo, os cuidadores do sexo feminino representam a grande maioria da amostra ( $n = 40$ ; 80%), resultado que vai no sentido do esperado socialmente. Apesar das mudanças existentes na sociedade ainda é à mulher que cabe, culturalmente, em grande medida, o papel de cuidar, quer ao nível informal, quer formalmente (ao nível profissional). A este propósito, Lage (2007, p.40) refere “A suposição prevalecente na sociedade é a de que cuidar é do domínio feminino”. O estudo de Pires (2014) revelou valores próximos ao nosso estudo em termos do sexo do cuidador ( $n = 49$ ; 85,2%) reforçando, mais uma vez, a reserva do papel de cuidar ao sexo feminino. Relativamente ao tempo de trabalho na instituição, 58% dos cuidadores trabalhavam de há um ano a 12 anos na instituição, 30% de 13 anos a 24 anos e 10% de 25 a 38 anos. Estes dados são reveladores de que um grande número de pessoas trabalha há muito tempo na instituição, o que pode ter influenciado os valores médios das variáveis, inclusive os relativos às estratégias de gestão de conflitos, dada a ligação à instituição. Vargas (2010) no seu estudo, com a população de enfermeiros a trabalharem em bloco operatório verificou que os profissionais que tinham uma maior relação com a instituição e um sentimento de pertença (a esta) tendiam a reivindicar mais os seus direitos, optando por um estilo de gestão de conflitos

de competição, embora Torres (2012) tenha verificado que não existia relação estatisticamente significativa entre tempo de serviço e estilo de gestão de conflitos utilizado pelos indivíduos da sua amostra.

Passando agora à análise dos resultados dos nossos instrumentos, verificamos que relativamente ao Questionário Estratégias para a Gestão de Conflitos (EGC) os valores encontrados no nosso estudo apresentam valores inferiores em todas as dimensões comparando com os valores médios encontrados no estudo de Torres (2012), exceto a dimensão *evitamento* que revelou, no nosso estudo, um valor superior (no nosso estudo,  $M = 15,62$  versus  $M = 12,16$ ). A estratégia mais utilizada pelos colaboradores foi o *compromisso*, assim como no estudo de Torres (2012) (no nosso estudo  $M = 17,86$  versus  $M = 20,79$ ), seguindo-se a estratégia de *colaboração* ( $M = 16,82$ ). Também nos estudos de Vargas (2010) em contexto hospitalar e de Figueiredo (2012) em contexto empresarial o estilo mais utilizado foi o *compromisso*. Porém, no nosso estudo a estratégia *compromisso* e *colaboração* foram as dimensões que revelaram valores mais baixos relativamente aos valores médios encontrados por Torres (2012). Ainda assim os resultados encontrados parecem apontar que, tal como noutras amostras, a nossa amostra pareceu utilizar dimensões mais positivas de gestão do conflito (*compromisso*: tentativa moderada de satisfazer os interesses de ambas as partes envolvidas, *colaboração*: tentativa de satisfazer completamente os interesses de ambas as partes para a resolução de conflitos). Fischer (1981, citado por Torres, 2012) refere, a este propósito, que as estratégias colaborativas são geralmente consideradas como o modo mais construtivo de gerir o conflito, já que facilitam a exposição das expectativas individuais, estimulam a criatividade beneficiando os intervenientes na interação. No nosso estudo os estilos que apresentaram valores mais baixos foram os estilos *acomodação* e *evitamento* (*acomodação*: tentativa ou predisposição para satisfazer os objetivos dos outros negligenciando os próprios; *evitamento*: pessoa ignora os objetivos de ambas as partes, evitando envolver-se no conflito, permitindo que os eventos sigam o seu percurso sem interferir). Estes estilos estão associados a formas menos positivas de resolução de conflitos. Os dados do nosso estudo apontam para que os indivíduos da amostra não estejam em risco em termos de bem-estar, ainda que o valor do estilo *evitamento* seja superior ao do estudo de Torres (2012). Relativamente às habilitações literárias, Torres (2012) verificou que indivíduos com habilitações literárias mais elevadas obtiveram pontuações médias também mais elevadas ao nível dos estilos *compromisso*, *colaboração* e *acomodação*. No nosso estudo, os trabalhadores com maior escolaridade revelaram maiores níveis de *colaboração*, já

os cuidadores com menores níveis de escolaridade revelaram níveis menores de *compromisso* e de *acomodação*. Estes resultados vão em parte ao encontro do estudo apresentado por Torres (2012) indicando-nos que os indivíduos com mais escolaridade apresentam maior capacidade para gerir o conflito de forma construtiva. O nosso estudo indica ainda que o estado civil se correlacionou de forma positiva com o estilo *cooperação*, apresentando os *solteiros*, *divorciados* e *viúvos* maior predisposição para este estilo de gestão de conflitos. O que faz sentido tendo em conta a necessidade de grande disponibilidade física e mental dos colaboradores que trabalham neste contexto é expectável que o grupo dos solteiros, divorciados e viúvos, tenham mais tempo e disponibilidade mental para dedicar à resolução do conflito. Já no estudo de Torres (2012) observou-se que foi o grupo dos casados que apresentou pontuações mais elevadas para o estilo *compromisso*, enquanto o grupo dos divorciados obteve pontuações mais elevadas no estilo *competição*.

Analisando os valores obtidos na Escala de Stress Percecionado (PSS-10), o valor encontrado no nosso estudo ( $M = 15,62$ ) foi ligeiramente inferior à média geral, mas muito aproximado [valor de referência médio da população geral de 16,0, no estudo de Trigo e colaboradores (2010)] (foi escolhido o valor de mulheres adultas, dos 26 aos 65 anos, dado ser este grupo que apresentava características mais próximas à da nossa amostra que é sobretudo constituída por mulheres e que a média de idades é de 42 anos). Estaríamos à espera de um valor médio superior, dado as tarefas de “cuidar” que os participantes têm de realizar na instituição. Porém, os autores fazem referência ao facto da escala PSS-10 ser fácil responder de acordo com o estereótipo socialmente desejável, constituindo este um aspeto menos favorável à utilização da escala (Trigo et al., 2010).

Comparámos os valores obtidos no questionário das cinco facetas do *mindfulness* (FFMQ) do nosso estudo com os valores médios encontrados por Gregório (2014), no seu estudo com 821 sujeitos (527 estudantes universitários e 224 pessoas da população geral). Verificamos que todas as dimensões no nosso estudo se encontram abaixo da média geral, exceto na faceta *observar* (notar ou estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros) que se encontra com um valor ligeiramente superior (no nosso estudo  $M = 20,13$  versus  $M = 19,14$ ). Ainda assim, as dimensões com valores que se afastam mais da média geral encontrada por Gregório (2014) foram a dimensão *agir com consciência* [ter atenção ao momento presente (nosso estudo  $M = 27,81$  versus  $M = 32,14$ )] e *não julgar* [não avaliar e julgar pensamentos e sentimentos de forma crítica (nosso estudo  $M = 26,67$  versus  $M = 28,94$ )]. Gregório e Gouveia (2011) referem que estudos realizados

comprovam que as facetas *agir com consciência, não julgar e não reagir* tendem a predizer melhor a saúde mental, por comparação com as outras facetas. Sendo assim, estes dados não nos deixam totalmente tranquilos acerca da capacidade de estar *mindful* da nossa amostra, pois é precisamente nestas facetas (*agir com consciência e não julgar*) que a nossa amostra revelou valores mais baixos relativamente à média geral, parecendo-nos importante aumentar essa capacidade nesta amostra. Estudos indicam que o *mindfulness* está positivamente relacionado à vitalidade, satisfação com a vida, qualidade de relacionamento interpessoal e redução de depressão, ansiedade e stresse (Markus, 2015). Shapiro e colaboradores (2007) num estudo com terapeutas, em que foi aplicado o programa de *mindfulness* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990) reportaram diminuição significativa dos sintomas de stresse, afecto negativo, ansiedade, ruminação e aumento do afecto positivo e auto-compaixão. Não podemos deixar de referir que, a condicionar os valores médios nas facetas apresentados pela nossa amostra, pode ter estado o facto de alguns dos profissionais terem tido alguma dificuldade em responder a alguns dos itens do FFMQ.

Relativamente ao BSI, focando-nos apenas nos seus índices verificamos que, relativamente à população geral, a nossa amostra não apresentou valores superiores ao da população geral (Canavarro, 2007), resultado positivo, mas que nos espanta, de novo, pelas exigências envolvidas no seu trabalho (nosso estudo, Índice geral de sintomas,  $M = 0,82$  versus  $M = 0,83$ ; nosso estudo, Índice de sintomas positivos,  $M = 1,53$  versus  $M = 1,56$ ; nosso estudo, Índice total de sintomas,  $M = 26,62$  versus  $M = 26,99$ ). Voltamos a hipotetizar que os participantes possam ter respondido no sentido do socialmente desejável. Ainda assim, relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram níveis mais elevados no índice de sintomas positivos (BSI). A literatura refere que é o sexo feminino que apresenta resultados mais elevados de diferente sintomatologia. Lin e colaboradores (2009, citado por Martins, 2012) verificaram que o sexo feminino apresentava menores condições de saúde mental e física do que o sexo masculino, entre os profissionais de saúde mental. Também no estudo de Martins (2012) as mulheres apresentaram maiores níveis de somatização. Relativamente à prevalência de perturbações depressivas, os autores Dell’Aglío e Hutz (2004) e Bahls e Bahls (2002) referem que são as mulheres que apresentam uma prevalência maior, variando de 10% a 25% (sexo masculino; varia de 5% a 12%).

Analisando agora as associações encontradas entre as principais variáveis exploradas, verificamos a existência de uma associação dos estilos utilizados na gestão de conflito e a sintomatologia psicopatológica. Indivíduos que tenham tendência para satisfazer os objetivos

dos outros em detrimento dos seus (*acomodação*), apresentam índices psicopatológicos positivos indicando um maior número de sintomas e de intensidade experienciado. Vargas (2010) refere que a *acomodação* remete para algum auto-sacrifício e que revela uma alta preocupação em satisfazer as necessidades do outro, surgindo sobretudo quando a tónica recai na importância de manter a harmonia. Assim, faz sentido que, se no contexto de um conflito a pessoa “abdique”/“iniba” daquilo/aquilo em que acredita possa, conseqüentemente, sofrer o impacto “interno” de não comunicar e defender aquilo em que acredita assertivamente, mesmo que podendo procurar a negociação do conflito com o/s outro/s envolvido/s. Também a estratégia *evitamento* correlacionou-se positivamente com o índice geral de sintomas e o índice de sintomas positivos. Vargas (2010) refere que o *evitamento* (baixa preocupação consigo e com os outros) também é visível nos sujeitos que apresentam valores mais baixos em termos de realização pessoal e maiores níveis de despersonalização, o que parece demonstrar que esta estratégia também implica custos para o sujeito, em termos de bem-estar físico, psíquico, comportamental e emocional. Evidencia que o facto de o sujeito apenas evitar a situação, não se preocupando consigo ou com o outro/s, desejando apenas escapar, também se associa a resultados negativos emocionais. Confirmamos, portanto, no nosso estudo, com esta amostra, que o uso de “estilos de gestão de conflitos mais negativos”, associam-se a conseqüências negativas para os indivíduos.

Curiosamente, ao contrário do que poderíamos ter esperado, não encontramos resultados no sentido de que a utilização de estratégias de gestão de conflitos pautadas por equilíbrio entre a assertividade e a colaboração (sendo estilos mais adequados à resolução de conflitos) apresentassem vantagens para a saúde física e mental dos sujeitos, visto as estratégias *colaboração* e *compromisso* não terem revelado uma associação negativa com os índices de psicopatologia. Acreditamos que a contribuir para estes resultados (maiores índices de sintomas) poderão estar variáveis de outra natureza (clínica, pessoal, laboral, motivacional), que não propriamente o tipo de estratégias de gestão de conflitos.

Adicionalmente, o stresse percebido não se correlacionou com os estilos de gestão de conflito, o que, de novo, estranhamos, pois poderia ser expectável que níveis maiores de stresse se pudessem associar ao uso de estratégias mais negativa de gestão de conflito e, no sentido contrário, que o seu uso conduzisse a níveis mais elevados de stresse. Porém, de novo, tal como afirmado acima, parece que outras variáveis, de uma natureza distinta (não exploradas neste estudo), pelo menos nesta amostra de cuidadores, podem estar associadas ao aumento dos níveis de stresse, que não o uso de determinadas estratégias de gestão de

conflitos (e.g. carga horária, variáveis clínicas, variáveis de personalidade, entre outras). Martins (2012) no seu estudo com população semelhante à da nossa amostra verificou que associado a maior vulnerabilidade ao stresse estava a idade do colaborador (quanto mais novo, maior a vulnerabilidade), o número de horas de trabalho (quanto maior o número de horas de trabalho maior a vulnerabilidade ao stresse), a baixa escolaridade (menor formação, maior vulnerabilidade), tempo de trabalho na instituição (sendo este um fator protetor, quanto maior o tempo de trabalho na instituição, menor era a vulnerabilidade ao stresse). Porém, também é possível hipotetizar que não foram encontradas associações a este nível, com o instrumento PSS-10, porque os próprios autores (Trigo et al., 2010) reconhecem a tendência das pessoas responderem ao mesmo no sentido da desejabilidade social.

Porém, o stresse percecionado correlacionou-se positivamente com os índices de psicopatologia, revelando que quanto maior o nível de stresse percecionado, maior o nível de sintomas nos cuidadores desta amostra, indo ao encontro do esperado, pois a exposição ao stresse leva a efeitos negativos para os indivíduos já no estudo de Martins (2012) a vulnerabilidade ao stresse se associou a todos os sintomas psicopatológicos.

Relativamente à associação entre as facetas de *mindfulness* e às estratégias de gestão de conflitos, o nosso estudo indica-nos que os colaboradores com maior capacidade de caracterizar experiências internas através de palavras (*descrever*), assim como aqueles que têm tendência para se permitirem ter pensamentos e sentimentos sem que se deixem afetar por eles (*não reagir*) e que não têm tendência para um comportamento de avaliação e julgamento em relação aos seus pensamentos e sentimentos (*não julgar*), estão mais aptos a gerirem construtivamente conflitos, tendendo a ser mais assertivos e colaborativos. Este aspeto aponta definitivamente para a importância desta capacidade (estar *mindful*) no âmbito das relações interpessoais em contexto laboral e vai no sentido de estudos como os de Reb e colaboradores (2013) e Dane e Brummel (2013), que suportam a ideia que o estado *mindful* de um trabalhador é benéfico ao seu bem-estar e desempenho.

Verificou-se, ainda, que a dimensão *não julgar* e o *agir com consciência* do FFMQ correlacionou-se negativamente com os três índices do BSI, dando-nos indicações de que o *não julgar* de forma crítica estados internos (pensamentos e sentimentos), assim como a atitude “estar atento ao momento presente” (*agir com consciência*) trazem benefícios para a saúde física e psicológica dos trabalhadores, corroborando os inúmeros estudos realizados sobre esta prática e a sua relevância para os indivíduos nos diversos contextos. Vimos, ainda, que os colaboradores que têm tendência para *não julgar* as suas experiências internas de

forma crítica, os que agem com maior consciência (estão mais atentos às atividades do momento - *agir com consciência*) e os que têm maior capacidade para descrever as suas experiências internas (*descrever*), apresentam menores valores de stresse percebido. Já o estudo de Paz (2015) com estudantes de medicina, pretendendo saber qual a relação entre *mindfulness*, stresse, satisfação com a vida e o desempenho académico, constatou que existia uma relação entre maior capacidade de *mindful* e perceção de menos stresse. Este autor refere ainda que indivíduos *mindful* experienciam o momento presente de forma atenta e receptiva e que este estado mental tem implicações na perceção e resposta a situações de stresse. Estes indivíduos apresentaram, então, melhores respostas adaptativas a situações de stresse. Da mesma forma, pessoas com maior capacidade para estar *mindful* apresentam menores níveis de stresse, ansiedade e depressão, bem como mostram maior satisfação com a vida, inspiração, alegria, gratidão, esperança e vitalidade (e.g. Baer et al., 2004; 2006; Brown e Ryan, 2003; Feldman et al., 2007; Walach et al., 2006, citados por Gregório, 2014).

No sentido do que acabou de ser afirmado, nos estudos de adaptação das medidas de *mindfulness* à população portuguesa, o *mindfulness* disposicional mostrou-se negativamente associado ao afeto negativo, à sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse, a sintomas psicopatológicos como a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade e ansiedade fóbica, entre outros (Gregório e Pinto-Gouveia, 2011; Gregório e Pinto-Gouveia, 2013, citado por Gregório, 2014). Da mesma forma, estudos recorrendo ao programa MBSR, com enfermeiras, demonstrou maiores níveis de relaxamento e auto-cuidado, melhoria das relações familiares e no trabalho e redução nos valores de *burnout*, por comparação com o grupo de controlo (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Deitrick e Shapiro, 2005; Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker e Shapiro, 2005). Outro estudo com enfermeiras, aplicando o MBRS revelou melhorias significativas nos sintomas de *burnout*, relaxamento e satisfação com a vida relativamente ao grupo de controlo (Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006) e na revisão sistemática de Irving, Dobkin e Park (2009) sobre a aplicação do programa MBSR, concluiu-se que, em profissionais prestadores de cuidados de saúde, a participação neste programa parece melhorar a saúde física e mental dos profissionais (auto-cuidado e bem-estar).

Concluimos assim, de uma forma geral, nesta amostra de cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual, que a capacidade de estar *mindful* parece associar-se a estratégias mais positivas de gestão de conflito, a menos níveis de stresse e de psicopatologia.

Ainda assim, verificou-se que a dimensão *observar* do FFMQ, ou seja, aquela que aponta para o facto de as pessoas estarem mais atentas a experiências internas e externas, tais como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros, associa-se a estilos mais negativos de gestão de conflito como o *evitamento* e a *competição* (este resultado não deve ser considerado tão válido atendendo à baixa consistência interna da dimensão *competição*). A faceta *observar* correlacionou-se, também, positivamente com os índices psicopatológicos, assim como com o stresse percebido indicando-nos que esta faceta pode também levar a perceber maiores níveis de stresse e a vivenciar psicopatologia. Este resultado surpreende-nos, dado tratar-se de uma faceta de *mindfulness*, pelo que esperaríamos que estivesse associada a fatores positivos para o indivíduo (bem-estar e saúde). Porém estes resultados poderão ir ao encontro do referido por Hulsheger e colaboradores (2013, citado por Markus, 2015) quando mencionam que a literatura sobre o *mindfulness* tem-se focado quase exclusivamente nos resultados positivos do mesmo, mas que o mesmo pode nem sempre “funcionar” e pode até ter algumas consequências negativas. Segundo os autores, isto pode acontecer, já que o *mindfulness* promove a consciência das emoções, pensamentos e valores e, assim, tende a promover comportamentos que acionam as necessidades e interesses das pessoas, como exemplo, ficar mais tempo com a família, ser mais lento no trabalho, assumir menos funções. Isto pode não coincidir com os objetivos da organização. Os autores referem a importância de estudos que avaliem estas possíveis consequências. No nosso estudo, o resultado encontrado com a faceta *observar* pode fazer algum sentido, dadas as características exigentes do mesmo (a elevada responsabilidade dos cuidadores, o lidar com a incapacidade intelectual nas suas diferentes facetas, o trabalho por turnos a que um número considerável de trabalhadores da amostra está sujeito, sacrificando tempo de qualidade com a sua família e em atividades de lazer) podendo levar os profissionais, aquando de um momento de conflito, a *evitar* focar-se em si ou nos outros, simplesmente “fugindo” da situação, por preferirem focar-se em aspetos da sua vida que valorizem mais ou não quererem “perder” muito do seu tempo em conflitos com os colegas.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a heterogeneidade dos profissionais envolvidos, visto que os mesmos não passam o mesmo tempo na tarefa de “cuidar” de pessoas com incapacidade intelectual. Seria importante, no futuro, numa amostra com um tamanho superior, explorar diferenças nas diferentes variáveis, em função do tempo e tarefas envolvidas. Outra das limitações é que apesar de se ter assegurado a confidencialidade dos resultados, poderá ter existido a tendência para responder aos

questionários de forma socialmente desejável, o que é, por si só, uma das limitações inerentes aos instrumentos de auto-resposta mas que pode ter acontecido de forma mais acentuada, dado alguns participantes conhecerem a autora deste trabalho (a mesma realizou o seu estágio curricular numa das instituições que colaboraram). Outra possível limitação diz respeito ao facto das escalas se agruparem num protocolo extenso, o que poderá ter inviabilizado algumas das respostas por parte dos respondentes. Para além disso, alguns dos conceitos explorados nas questões não eram conhecidos pela maioria dos inquiridos, levando mesmo alguns a questionarem termos utilizados (e.g. no questionário de facetas do *Mindfulness*). Os participantes relataram, então, “alguma dificuldade” no preenchimento do protocolo.

Relativamente a projectos para trabalhos futuros, atendendo aos resultados encontrados, a autora gostaria de implementar um programa de psicoeducação, gestão de stresse e conflitos, que abarcasse o desenvolvimento da capacidade de estar *mindful* para poder verificar se o aumento dos níveis desta capacidade se associa, neste tipo de amostra (de cuidadores) a níveis menores de stresse e a uma melhor gestão de conflitos (os nossos resultados apontam pelo menos no sentido de uma melhoria na gestão dos conflitos). Era, aliás, esta a ideia inicial deste estudo (a aplicação de um programa com várias sessões e diferentes componentes a serem trabalhados), mas por diferentes constrangimentos tal não foi possível. Poderia ser importante, também, em estudos futuros, explorar, em amostras de cuidadores, a associação entre a capacidade de estar *mindful* e o bem-estar físico, a satisfação com a vida e a qualidade de vida (e com variáveis mais negativas como o *burnout*).

## 5. Referências Bibliográficas

Alves, C. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2012). Acedido em [http://aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/aaiddfaqonid\\_template.pdf?sfvrsn=2](http://aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/aaiddfaqonid_template.pdf?sfvrsn=2)

American Psychological Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5<sup>a</sup> edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Killingsworth, A., Gilbert, D.T. (2010). An wondering mind is an Unhappy mind. *Science*, 330, 932.

Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., e Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27-45.

Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A conceptual and empirical review. *American Psychological Association*, 10, 125-143

Bahls, S. C. e Bahls, F. R. C. (2002). *Depressão na adolescência: características clínicas*. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.

Barros, V. (2013). Evidências da Validade da Escala de Consciência Plenas (MASS) e do Questionário da Facetas de Mindfulness (FMFMQ-BR) entre Usuários de Tabaco e a

população em Geral. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Bean, J. P. (1980). Dropouts and turnover: The synthesis and test of a causal model of student attrition. *Research in Higher Education*, 12(2), 155-187. doi:10.1007/BF00976194

Benbow, S. (1998). Burnout: A current knowledge and relevance to old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 520-526

Caçote, M. C. (2013). *Vulnerabilidade ao Stresse Profissional e Qualidade de Vida no Trabalho*. Estudo empírico numa amostra de cuidadores/as formais de pessoas portadoras de deficiência. Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.

Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D.B., e Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II. *Holistic Nursing Practice*, Jan/Feb, sem paginação.

Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D.B., Deitrick, L. e Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part III. *Holistic Nursing Practice*, Jan/Feb, sem paginação.

Mackenzie, C.S., Poulin, P.A., Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105-109.

Cunha, P. (2008). *Conflito e Negociação*. Porto: Asa, 2ª edição.

Cunha, P. e Leitão, S. (2012). *Manual de Gestão Construtiva de Conflitos*. Lisboa: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Chaskalson, M. (2011). *The Mindful Workplace*. UK: Wiley-Blackwell

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.

Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates

Dell'Aglio, D.D. e Hutz, C.S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia Teorias e Pesquisa*, nº3, 407-415.

DeVellis (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.

Dane, E. e Brummel, B. (2013). Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention. *Human Relations*, 67, 105-128.

Dimas, I. D., Lourenço, P. R. Miguez, J. (2005). Conflitos e Desenvolvimento nos Grupos e Equipas de Trabalho: uma abordagem integrada, *Psicologica*, 38, 103-119.

Ferreira, M. de F. (2009). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 67-88.

Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Social

Figueiredo, L. (2012). *A Gestão de conflitos numa organização e conseqüente satisfação dos trabalhadores*. Dissertação de Mestrado em Gestão Especialização em Recursos Humanos Apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Gonçalves, C. (2003). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos censos 2001. *Instituto Nacional de Estatística*, 33 (5), 69 -94.

Gregório S. (2014). *Mindfulness: Implicações clínicas*. Dissertação Especialização em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Gregório S. e Pinto-Gouveia J. (2011). Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-79.

Hunter, J., McCormick, D.W. (2008). *Mindfulness in the workplace: an exploratory study*. Academic of Management Annual Meeting. Anaheim, CA.

Irving, J.A., Dobkin, P.L. e Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Análise da população com deficiência (Resultados Provisórios)*. Lisboa: Edição do Instituto Nacional de Estatística, Portugal.

Jesuino, J. C. (1992). *A Negociação – Estratégias e Táticas*. Lisboa: Texto Editora.

Kabat-Zinn (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Bantam books.

Lage, I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, 217, 40-43.

Markus, P.N. (2015). Mindfulness e seus benefícios nas actividades de trabalho e no ambiente organizacional. *Revista da Graduação*, 8 (1), 1-15.

Martins, L. (2012). *Correlatos psicológicos em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ISMT.

Masuchi, M. H. e Rocha, F. (2012). Cuidar de pessoas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23 (1), 89-97.

Militar, S. (2012). *Formar para cuidar*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Legis Editora.

Paz, G. (2015). *Relação entre o Mindfulness, o Stress a Satisfação com a Vida e o Desempenho Académico nos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior.

Pereira, L. (2014). *Coping, resiliência e comprometimento organizacional em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência/doença mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ISMT Coimbra.

Pires, S. (2014). *Comprometimento Organizacional, autocríticismos e autocompaixão em profissionais/cuidadores formais que trabalham com pessoas com deficiência/doença mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ISMT Coimbra.

REB, j.; Narayanan, J.; HO, Z. W. (2013). *Mindfulness at Work: Antecedents and Consequences of Employee Awareness and Absent-mindedness*. Research Collection Lee Chian School of Business. Singapore: Institutional Knowledge at Singapore Management University.

Rego, A. (2012). Prefácio. Em P. Cunha e S. Leitão, *Manual de Gestão construtiva de conflitos*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Ribeiro, J. e Rodrigues, P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-5.

Ribeiro, P. (2014). *Resiliência, coping e autocompaixão em cuidadores formais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado. ISMT.

Rogério, A. (2013). *Cuidadores Informais de pessoas portadoras de deficiência mental: um estudo qualitativo*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade Psicologia Clínica e da Saúde.

Rosa, C. e Carlotto, M. (2002). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho e profissionais de uma instituição hospitalar*. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf>

Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Cidade: Porto. Coleção Educação Especial. Porto Editora.

Saraiva, D. (2011). *Olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Porto: Quarteto.

Silva, R. (2009). *Burnout, Coping e Resiliência em Auxiliares de Acção Educativa*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Simonetti, J. e Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 19-25.

Shapiro, S., Brown, K. & Biegel, G. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 105-115.

Torres, S. (2012) *Estilos de gestão construtiva de conflitos numa organização empresarial*. Dissertação de Mestrado em Mediação e Interculturalidades apresentada à Universidade Fernando Pessoa.

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F. e Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas de Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-78.

Vargas, M. (2010). *Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório. O caso dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.

Vaz-Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*, 3.<sup>a</sup> edição. Coimbra: Dinalivro.

Viana, C.R. e De Sousa, C. (2011). *Qualidade de Vida no Trabalho: A Complementaridade do Mindfulness*. Universidade de Évora Acedido em [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4820/1/RamosViana\\_C\\_DeSousa\\_C\\_Interface\\_sPsicologia2011.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4820/1/RamosViana_C_DeSousa_C_Interface_sPsicologia2011.pdf)

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.