

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA  
Escola Superior de Altos Estudos (ESAE/IPL)

*Coping*, resiliência e comprometimento organizacional em  
profissionais que trabalham com pessoas com  
deficiência/doença mental

Liliana Filipa Gaspar Pereira

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



*Coping*, resiliência e comprometimento organizacional em  
profissionais que trabalham com pessoas com deficiência  
mental/doença mental

Liliana Filipa Gaspar Pereira

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coorientadora: Mestre Marta Gaspar

Coimbra, julho de 2014

## Dedicatória

*"Quem tem pelo que viver pode suportar  
quase qualquer como"*

(Friedrich Nietzsche)

## **Agradecimentos**

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Mariana Marques, pela disponibilidade, compreensão e aconselhamento durante este percurso. Ainda, à minha co-orientadora, Mestre Marta Gaspar, pela sua orientação quanto à forma de estabelecer contacto com as diversas instituições e sugestões na elaboração da dissertação.

Agradeço à direção da Organização de Apoio e Solidariedade para a Integração Social (OASIS), direção da Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Pombal (CERCIPOM) e direção do Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF) pela autorização concebida, e disponibilidade e colaboração, para a concretização da minha dissertação.

Agradeço a todos os profissionais participantes nesta investigação, o esforço e disponibilidade no preenchimento dos questionários, uma vez que sem eles não teria sido possível a realização deste projeto.

Aos meus colegas de curso pela amizade, partilha e pelos momentos vivenciados. Foi muito gratificante trabalhar convosco.

E agradeço à mulher da minha vida, à minha mãe, pela amizade, presença e apoio incondicional e pelo encorajamento numa fase tão delicada da minha vida, proporcionando-me a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo destes anos.

A todos, o meu sincero Obrigada.

## RESUMO

**Introdução:** A prestação de cuidados de saúde a pessoas com deficiência/doença mental é um serviço indispensável na vida dos indivíduos e das suas famílias. Existem alguns estudos que focam a resiliência e *coping* de profissionais/cuidadores formais nesta área, mas segundo sabemos, não existem estudos sobre o comprometimento organizacional. Foram nossos objetivos: analisar os níveis de resiliência, *coping* e comprometimento organizacional (os seus três tipos), em profissionais que trabalham com pessoas com doença/deficiência mental; explorar associações entre estas variáveis (entre si e com variáveis sociodemográficas e profissionais); e explorar os preditores do comprometimento organizacional nesta amostra.

**Metodologia:** 54 profissionais/cuidadores formais de pessoas com doença/deficiência mental ( $n = 46$ ; 85,2%, sexo feminino; idade média de 44,9,  $DP = 11,14$ ) preencheram um questionário sociodemográfico, o *BriefCOPE*, a Escala de avaliação Global da Resiliência e a Escala do Comprometimento Organizacional.

**Resultados:** Os profissionais/cuidadores formais apresentaram um nível de resiliência médio. As estratégias de *coping* com valores médios maiores foram o *Coping Ativo*, *Planear e Reinterpretação Positiva* e a estratégia com valor médio menor foi o *Uso de substâncias*. A idade, tempo de serviço, *Resiliência* e *Reinterpretação positiva* associaram-se ao *Comprometimento calculativo*. O tempo de serviço e a *Resiliência* foram preditores deste último. A idade, tempo de serviço, *Utilização de suporte instrumental*, *Religião*, *Negação* e *Desinvestimento comportamental* associaram-se ao *Comprometimento normativo*. A idade e a *Religião* foram os seus preditores. Cuidadores com um familiar com deficiência mental apresentaram níveis maiores de *Resiliência* e *Reinterpretação positiva* e menores de *Autoculpabilização*. Os cuidadores com um familiar com doença mental apresentaram níveis maiores de *Reinterpretação positiva* e cuidadores com formação em deficiência mental níveis maiores de *Autodistração*.

**Discussão:** Os níveis médios nas variáveis centrais do estudo parecem confirmar que esta amostra de cuidadores formais/profissionais apresenta um “perfil” psicológico indicado para a prestação de cuidados na área da doença/deficiência mental. Ainda assim, é fundamental que as instituições nesta área se preocupem em assegurar as condições/ambiente promotor de maiores níveis de *resiliência* e de comprometimento organizacional.

**Palavras-chave:** *coping*; resiliência; comprometimento organizacional; doença mental; deficiência mental; profissionais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The provision of health care to people with mental disease/intellectual disability is an essential service in the lives of the individuals and their families. There are some studies focusing on resilience and *coping* of professionals/formal caregivers in this area, but according to our knowledge, there are no studies on organizational commitment. Our objectives were: to analyze the levels of resilience, *coping* and organizational commitment (its different types) in professionals who work with people with mental disease/intellectual disability; to explore associations between these variables (among them and with sociodemographic and professional variables); and to explore the predictors of organizational commitment in this sample.

**Methodology:** 54 professionals/formal caregivers of people with mental disease/intellectual disability ( $n = 46$ , 85.2% female; mean age 44,9, SD = 11,14) completed a sociodemographic questionnaire, the BriefCOPE, Global Scale of evaluation of Resilience and Organizational Commitment Questionnaire.

**Results:** The professionals/formal caregivers had a medium level of resilience. Coping strategies with higher average values were *Active Coping*, *Planning* and *Positive Reinterpretation* and the strategy with the lowest mean value was *Substance Use*. Age, time of service in the institution, *Resilience* and *Positive Reinterpretation* were associated with *Continuance Commitment*. Time of service in the institution and *Resilience* were predictors of this commitment. Age, time of service in the institution, *Use of instrumental support*, *Religion*, *Denial* and *Behavioral disinvestment* were associated with *Normative commitment*. Age and *Religion* were its predictors. Formal caregivers that had a family member with mental disability had higher levels of *Resilience* and *Positive reinterpretation*, and lower values of *Self-blame*. Caregivers with a family member with mental disease had higher levels of *Positive reinterpretation*. Caregivers with training in mental disability had greater levels of *Self-distraction*.

**Discussion:** The mean levels in the main variables studied seem to confirm that this sample of professionals/formal caregivers present a psychological profile indicated for the provision of care in the area of mental disease/disability. Still, it is essential that the institutions in this area are concerned in ensuring conditions that promote higher levels of resilience and organizational commitment.

**Keywords:** *coping*; resilience; organizational commitment; mental disorder; mental disabilities; professionals.

## Introdução

### Saúde e Doença mental

A saúde mental, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é mais que a ausência de perturbação/doença mental sendo definida como *“um estado de bem-estar, em que os indivíduos reconhecem as suas habilidades e são capazes de lidar com as exigências que surgem no seu quotidiano”* (World Health Organization, 2003). Assim, a saúde mental engloba a necessidade sistemática de adaptação do indivíduo ao meio, implicando respostas adaptativas individuais para o seu bem-estar, incluindo conceitos de bem-estar subjetivo, auto-eficácia, competência, autonomia e produtividade (World Health Organization, 2001). Igualmente, quando se fala em saúde mental, foca-se a prevenção da doença e seu tratamento, mas também a promoção de recursos para a melhoria das condições de saúde das populações (Heloani e Capitão, 2003).

A sociedade contemporânea ostenta inúmeros desafios, de origem física, social e emocional (Sanches e Rubio, 2010) e, assim, a atual conjuntura nacional e internacional (de desemprego e as carências e tensões que daí advém), associa-se ao aumento da prevalência das doenças mentais. Antecipa-se que esta tendência se mantenha uma vez que, o atual contexto de crise e os determinantes sociais e económicos da saúde mental têm vindo a contribuir para o enorme peso da doença mental no nosso país (Silva, 2012)

*“A doença/perturbação mental é entendida como uma condição clinicamente significativa caracterizada por alterações do pensamento, humor (emoções) ou comportamentos que provocam sofrimento ao indivíduo, interferindo nas suas várias áreas do funcionamento, quer individual, social e profissional”* (WHO, 2001, p.21). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2002) no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a perturbação mental é conceptualizada como *“uma síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade atual (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou perda importante de liberdade”* (p. XXXI). Segundo o Conselho Europeu do Cérebro, 38,2% da população da União Europeia (desde a infância até aos 65 anos) sofre, em cada ano, de um qualquer tipo de problema de saúde mental (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães e Caldas-de-Almeida, 2013).

A deficiência mental, uma das categorias presentes nos manuais de diagnóstico, com prevalência de cerca de 1% (APA, 2002), é caracterizada por um funcionamento intelectual

global inferior à média que deve manifestar-se antes dos 18 anos, e é acompanhada de limitações importantes no funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas, trabalho, saúde e segurança (APA, 2002, p. 41). O grau de incapacidade intelectual associada à deficiência pode ser ligeiro, moderado, grave e profundo (APA, 2002), mas em todos os casos existe a necessidade de orientação e dependência. Já na CID-10 (*World Health Organization*, 1996) é definida como uma condição de estagnação ou desenvolvimento mental incompleto, caracterizada pelo comprometimento nas habilidades sociais, cognitivas, linguísticas e motoras manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global da inteligência. Segundo os Censos 2001, do total da população de pessoas com deficiência, a deficiência mental refere-se, no nosso país, a 11,2% (INE, 2002).

Dado que a doença mental (assim, como, especificamente, a deficiência mental) associa-se a um elevado prejuízo no funcionamento dos indivíduos, a área da saúde mental, em Portugal, é vista como prioritária e tem vindo a ser acompanhada de alterações legislativas com o intuito de dar resposta às necessidades das populações (Silva, 2012). Nos últimos 30 anos, os sistemas de saúde mental têm vindo a sofrer alterações com o fim de proteger pessoas com deficiência/doença mental, integrando-a na sociedade. Assim, no nosso país, verificaram-se grandes esforços no sentido de incrementar políticas que permitiam progressivamente a prestação de cuidados face a problemas de saúde mental, substituindo os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). A Direção Geral da Saúde (2012) defende que os cuidados de saúde no nosso país devem contemplar: i) rede de cuidados de saúde primários e estruturas de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado; ii) cuidados pré hospitalares (emergência médica); iii) rede hospitalar (sistema de saúde integrado de prestação de cuidados altamente especializados) e iv) a rede nacional de cuidados continuados integrados.

Em 1963, surgiu a Lei nº 2118/63 de 3 de abril, que permitiu pela primeira vez os cuidados de saúde mental a nível distrital. Até esse momento, as pessoas apenas podiam recorrer aos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra. Assim, desde essa altura que ficaram previstos os cuidados na comunidade, assegurados por equipas multidisciplinares e garantindo a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino para a reinserção profissional inseridos na comunidade. Com o Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho, a prestação de cuidados ao domicílio e em ambulatório

aparece como forma mais humanizada de resposta, exigindo o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado com vista a garantir a continuidade dos cuidados necessários. Estes cuidados tiveram um impacto significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial, essencialmente, desenvolvidas pelas Organizações não-governamentais (ONG's) e pelas Instituições sociais de solidariedade social (IPSS). As ações mais desenvolvidas pelas ONG's e IPSS são: apoio residencial e ocupacional, formação profissional, empresas de inserção, grupos de ajuda mútua e de centros comunitários e o emprego apoiado e protegido (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Como afirmado no Decreto Lei nº 5/2008 de 6 de março, estas ONG's e IPSS desempenham um papel importante para com a sociedade civil, contanto com a participação das pessoas com doença mental, deficiência mental e das suas famílias ou representantes na definição e desenvolvimento das políticas que se devem constituir como uma prioridade, com o intuito de defender os seus direitos. O seu financiamento é fundamentalmente assegurado pelo Ministério do trabalho e da Solidariedade Social e por fundos próprios das organizações, como quotas de sócios e angariação de fundos. Para a realização dos seus objetivos procuram criar e manter as seguintes atividades como o apoio social, aconselhamento e apoio individualizado, grupos de famílias, apoio na procura de emprego, treino de competências sociais e atividades ocupacionais e de lazer. Os serviços prestados são gratuitos ou renumerados de acordo com a situação económico-financeiro dos utentes.

### **Os profissionais que trabalham com pessoas com doença/deficiência mental**

Dentro das diversas áreas profissionais, a prestação de cuidados formais de saúde, a pessoas com deficiência/doença mental é um serviço indispensável na vida dos indivíduos e das suas famílias. A definição de cuidador formal assenta na prestação de cuidados dada a um indivíduo, por alguém que teve preparação académica e profissional (Bragança, 2013) e que recebe compensação financeira pelos seus serviços (Berwander, 2012). Os cuidados assim prestados deverão ser globais e contínuos e acontecer em parceria com as famílias (Lima, 2013). O “cuidar” vai para além da alimentação, higiene, mobilidade e administração da medicação. Envolve, também, um conjunto de situações diretamente relacionadas com a capacidade de ver o indivíduo como pessoa, “sendo bem mais” do que a deficiência/doença mental e do que a soma dos seus sintomas (Oliveira, Queirós e Guerra, 2007). Trata-se de uma profissão que requer a capacidade de gerir desafios, proporcionando apoio emocional e segurança (Dyck, 2009).

Este facto acarreta grandes exigências em termos físicos e psicológicos, uma vez que os cuidadores são constantemente confrontados com situações problemáticas acompanhadas de exigências, com as quais nem sempre são capazes de lidar de forma adaptativa podendo emergir sentimentos de frustração, exaustão e ansiedade, influenciando as atitudes tomadas para com os doentes (Vara, 2007, cit. in Silva, 2009).

O cuidador formal apresenta, assim, uma crescente importância nas ONG's e IPSS, e muitas vezes, o seu papel em termos de prestação de cuidados excede o que é designado de "normal", tratando-se de uma assistência marcada por um grande apoio ao cliente/paciente nas suas atividades de vida diárias (Raina, O'Donnell, Schweltnus, Rosenbaum, Rei, Brehaut, Russell, Swinton, Rei, Wong, Walter e Madeira, 2004). Partindo destes aspetos, a prestação de cuidados formais a indivíduos com doença/deficiência mental é um tema que gera muitas discussões e preocupações, pela sua complexidade, diversidade de problemas considerados como comportando risco e de pela incerteza sobre como esses problemas afetam a relação dos profissionais com os indivíduos que recebem os cuidados (Silva, Lunardi, Filbo e Tavares, 2005).

De facto, no exercício desta profissão, os cuidadores formais experienciam um desgaste acentuado, uma vez que vivenciam situações de descompensação psiquiátrica grave (marcadas por sofrimento e desespero), nomeadamente com quadros exuberantes de agitação psicomotora. Por vezes, o sofrimento a que estes profissionais assistem é acompanhado por sentimentos de impotência (Strand et al., 2004, cit. in Lundstrom, Astrom e Graneheim, 2007), visto que se o mesmo desgasta a pessoa com deficiência/doença mental bem como o/a cuidador/a (Almeida, 2013). Este constitui-se, então, como um trabalho que pode ter sabor agridoce, um misto de alegria e de *stress* (Almeida, 2013). Segundo Hawkins e colaboradores (2004, cit. in Lundstrom, et al., 2007), a exposição a este *stress*/pressão acarreta efeitos negativos para a saúde física e mental dos cuidadores, tendo ainda impacto na sua motivação para o trabalho, gerando sentimentos de solidão e de falta de apoio (Arnetz e Arnetz, 2001, cit. in Lundstrom, et al., 2007). De acordo com Nedham e colaboradores (2005, cit. in Lundstrom, et al., 2007) as principais vivências emocionais relatadas pelos cuidadores são a raiva, medo, ansiedade, culpa, e vergonha.

Atendendo ao exposto Dyck (2009) questiona: "Quem se importa com o cuidador?", "Como podemos ajudar o cuidador?", "Que tipo de apoio é oferecido aos cuidadores?". Segundo o autor, face aos poucos recursos existentes, é importante que estes sejam usados estrategicamente de forma a contribuir para o bem-estar físico e psíquico dos cuidadores, bem

como para a sua eficiência, eficácia, produtividade e custo/benefício para a organização na qual os mesmos estejam integrados (Dyck, 2009).

### **Resiliência e coping em profissionais/cuidadores formais**

Foi a partir da verificação que existem diferentes trajetórias individuais e padrões de adaptação sucessivos a diferentes situações de risco/*stressantes* que surgiu o conceito de *resiliência*, defende Rutter (2007). A palavra *resiliência* vem do latim *resilio* e comporta a ideia de um retorno ao que se era, ou seja, “um saltar para trás” ou “voltar ao estado natural”. Neste contexto, o termo pretende espelhar a noção de elasticidade, flexibilidade, ajuste às tensões (Brandão e Nascimento, 2011). Assim, a *resiliência* é vista como um processo de exposição à adversidade e adaptação positiva às situações (Luthar e Cicchetti, 2000). Tal significa que está fortemente associada à capacidade de monitorização e avaliação dos pensamentos negativos, substituindo-os por outros mais positivos, ou à capacidade de realizar uma reavaliação cognitiva (McRae et al., 2012, cit. in Sapouna, Dafermos, Chatziarsenis, Vivilaki, Bitsios, Schene e Lionis, 2013). Para Antunes (2007), a *resiliência* é a capacidade de resistência a condições difíceis, referindo as características da pessoa resiliente: “*necessidade ser ágil, apresentar facilidade em acolher a diversidade, contextualizar o conhecimento e a sua cíclica transformação, revelar poder sistémico e criar solidariedade, sabendo dar a volta por cima, reajustar-se rapidamente após as perturbações, choques ou frustrações e, sobretudo, achar saídas. Saber explicar-se, possuir autoconfiança, sentido da efemeridade e da importância da biodiversidade ...*” (Duarte, 2011, p. 27).

A *resiliência* pode ser considerada sob dois pontos de vista distintos: a *resiliência* como *resultado*, concetualizada como o funcionamento adaptativo face a uma situação de risco (e.g. perdas significativas, desemprego, morte, etc) e a *resiliência* como *recurso*, como fator de proteção, que corresponde às influências que podem modificar ou melhorar o modo como um indivíduo irá responder às situações indutoras de *stress* e que potenciam a sua (des)adaptação: o otimismo, a flexibilidade, o apoio social, a auto-estima, a auto-eficácia, o controlo de impulsos, etc) (Oliveira, Reis, Zanelato e Neme, 2008).

A *resiliência* é influenciada pelas características individuais de cada um mas também se associa à presença/ausência de recursos de natureza pessoal ou ambiental (Richman e Fraser, 2001, cit. in Ribeiro e Sani, 2009). Entre as características individuais está a competência social (fortes competências relacionais, flexibilidade, competências multiculturais, empatia, cuidados comos outros, fortes competências de comunicação e um bom sentido de humor), as competências de resolução de problemas (capacidade de

planeamento, introspeção, pensamento crítico), a autonomia (sentido de identidade, autoconsciência) e um sentido de objetivo de um futuro brilhante (orientação para objetivos, motivação). Entre as características ambientais temos o envolvimento nas oportunidades em que pode participar, com responsabilidade, a capacidade para tomar decisões e de reflexão, a presença de relações afetivas de suporte, e de expectativas elevadas (crenças nas capacidades de concretização, reconhecendo e construindo pontos fortes) (Ribeiro e Sani, 2009). Vários estudos também dão realce à idade, defendendo que, quanto maior esta for, mais resiliente o cuidador se torna (Nogueira, Barros e Pinto, 2013).

A produção de conhecimento sobre a *resiliência* em cuidadores na área da saúde mental, no nosso país é ainda restrita, embora várias revistas americanas e europeias, a abordem, em particular, em áreas como a enfermagem pediátrica e clínica e a administração em enfermagem (Cardoso, 2011). No estudo de Murcho (2010) com técnicos de saúde, os profissionais mais resilientes aceitavam a realidade de forma otimista, utilizando estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas e estratégias de ajustamento psicológicos, na procura de soluções para os problemas, boa capacidade de resolução de conflitos e uma atitude assertiva nas suas relações interpessoais com vista à promoção do bem-estar dos utentes. Eram profissionais com baixo absentismo, motivados intrinsecamente a ser participativos, apoiando e valorizando a gestão dos serviços da instituição em que estavam integrados. Já os profissionais menos resilientes tinham características opostas, com menor resistência ao *stress* e menor capacidade de resistir à pressão do trabalho diário, sendo fracos mediadores de conflitos e um maior nível de absentismo recorrente (Murcho, 2010).

Segundo Oliveira e colaboradores (2008) para além dos fatores de risco e de proteção associados à *resiliência*, as estratégias de enfrentamento (de *coping*) também são importantes para compreender a capacidade de *resiliência* de uma pessoa. A definição de *coping* é diversa mas remete para estratégias de confronto, formas de “lidar com” ou mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com os agentes indutores de *stress* (Ramos e Carvalho, 2007, cit. in Rocha, 2009). Segundo Belancieri (2005, cit. in Oliveira et al., 2008, p. 758) é “*um processo biopsicossocial, em que diante um estímulo (evento stressor) é desencadeado um processo psicofisiológico (stress) ao qual o organismo responde (reações de stress), quer seja através de manifestações adaptativas, quer seja patológicas*”. Assim, o *coping* remete para um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, com o intuito de lidar ou ultrapassar as exigências específicas internas ou externas das situações avaliadas como *stressantes*, recorrendo a estratégias (de *coping*) que são avaliadas de acordo com os recursos disponíveis (Folkman e Lazarus, 1980).

As estratégias de *coping* podem ser focadas no problema a ser resolvido ou na emoção sentida sobre a situação. Na primeira, a pessoa procura agir, de uma forma ativa e direta, sobre o evento ameaçador com vista a solucioná-lo, removê-lo ou alterá-lo, estabelecendo planos de ação. Na segunda, o *coping* relaciona-se com a regulação dos estados emocionais, estando mais associada a situações avaliadas como difíceis ou de mudança impossível, que surgem em resposta ao problema (Folkman e Lazarus, 1980). Neste segundo tipo de *coping*, de acordo com Culver, Arena, Antoni e Carver (2002), é normal o indivíduo recorrer à religião para proteger-se, atribuindo um sentido da vida. Pode ainda, no entanto, recorrer a outras estratégias como a negação e uso de substâncias, associados a resultados indesejáveis (Wrosch, Amir e Miller, 2011). Pacheco (2005, cit. in Rocha, 2009) considera que as estratégias de *coping* implicam *confrontação*, quando os mecanismos de *coping* se centram na resolução da causa do *stress* e *evitamento*, quando ocorre negação e fuga da situação de *stress*. O autor defende ainda que, estes dois estilos adotados relacionam-se com a proximidade cognitiva e emocional a cada situação (Rocha, 2009). Isto é, de acordo com os autores Nolan, Grant e Keady, em 1996 e 1998, as diferenças no uso das estratégias de *coping* associam-se às preferências individuais para a utilização de determinada estratégia em detrimento aos recursos que cada um dispõe para lidar com certa situação a ser gerida: recursos pessoais (crenças, valores, competências pessoais e experiências de vida), recursos externos (rendimentos, habitação e estatuto socioeconómico) e recursos sociais (redes sociais e apoios que dispõem) (Figueiredo, 2007, cit. in Rocha, 2009).

Na presença de uma doença, a forma como o próprio indivíduo a interpreta é uma questão muito importante. Bussing e Fischer (2009) verificaram que a perceção da doença como “desafio” ou “valor”, correlaciona-se com estilos de *coping* adaptativos, enquanto as interpretações negativas de “perda” ou “ameaça” associam-se positivamente com depressão, ansiedade e, inversamente, com satisfação com a vida (Marques, 2011). No caso da doença/deficiência mental, se o cuidador, em situações ameaçadoras, não encontra/usa mecanismos de resolução de problemas, tal pode provocar um estado de desorganização psicossocial, muitas vezes acompanhado de ansiedade, angústia e medo. Como este estado de tensão não é aceitável por períodos prolongados de tempo, a pessoa mobiliza as capacidades de *coping* que o poderão levar a uma adaptação positiva ou a um ajustamento não saudável com consequências emocionais negativas (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen, 1986).

Entre as variáveis que parecem influenciar a capacidade de *coping* dos cuidadores, a formação específica na profissão da deficiência/doença mental desempenha um papel

importante nesta capacidade de resolução de problemas, aumentando a possibilidade do uso da *confrontação*, desde que seja transmitida de forma adequada. O mesmo também se pode dizer quanto ao grau de escolaridade dos cuidadores, sendo que quanto maior o grau académico, menores são os seus próprios problemas de saúde mental. Também o sexo parece ser uma variável importante, com os homens a terem níveis maiores de saúde física e bem-estar do que as mulheres (Lin, Lee, Loh, Yen, Hsu, Wu... Wu, 2009, cit. in Martins, 2012). Num estudo realizado em Portugal com cuidadores formais de pessoas com deficiência mental (Martins, 2012), o autor verificou que as principais estratégias de *coping* que os cuidadores utilizavam eram o *Coping ativo*, o *Planear*, a *Reinterpretação positiva*, a *Aceitação*, a *Utilização do suporte instrumental*, a *Utilização do suporte emocional* e a *Expressão de sentimentos*. No estudo de Santos (2011), com uma amostra com técnicos de saúde, em que foi utilizado o *BriefCOPE*, constatou-se que os profissionais parecem avaliar de forma positiva as situações de maior ansiedade ou *stress*, recorrendo com frequência a estratégias de *coping* proativas como o *Planear* (84,6%), *Coping ativo* (76,9%) e a *Aceitação* (67,3%). Estes resultados corroboram os obtidos em estudos similares realizados na Tailândia e no Canadá, que mostraram que os profissionais de saúde utilizam estratégias proativas (Britto e Carvalho, 2003, cit.in Santos, 2011).

### **O Comprometimento organizacional**

Ser-se cuidador formal implica ter-se uma profissão desafiadora, fonte de realização e de tensão. Estes profissionais são, muitas vezes, submetidos a diferentes regimes de trabalho, com variações nas condições de trabalho e a políticas organizacionais voltadas para o suporte e para a elevada complexidade do seu desempenho. É desejável que as organizações empreguem métodos de trabalho que induzam o cuidador a ter atitudes desejadas, favorecendo a sua resiliência e um *coping* positivo, de forma a alcançar resultados positivos (Rowe, Bastos e Pinho, 2013).

Entende-se por comprometimento organizacional, a atitude que o cuidador tem para com a organização, que está fundamentada em obrigações e promessas (Siqueira e Júnior, 2004, cit. in Santos, 2011). Esta atitude afeta a forma como o indivíduo se identifica com a organização, bem como com os seus objetivos e valores, esforçando-se para atingir as metas organizacionais, com o desejo permanecer na mesma (Sivarajasingam, Shepherd, Matthews e Jones, 2002). Segundo Mowday, Porter e Streers (1982, cit. in Menezes e Bastos, 2011), este comprometimento que o trabalhador estabelece com a organização tem como base o sentimento de identificação. Na perspetiva de Meyer e Allen (1984, cit. in Menezes e Bastos,

2011), o comprometimento é compreendido sobre três dimensões: *Comprometimento afetivo*, que diz respeito ao gostar ou identificar-se com a organização (“*sente que quer permanecer*”) (Rego, 2003, p. 27); *Comprometimento calculativo*, que consiste no interesse de manter-se vinculado à organização por necessidade, sustentado por uma avaliação custo-benefício, com ausência de alternativas (“*sente que tem necessidade de permanecer*”) (Rego, 2003, p. 27), e *Comprometimento normativo*, que compreende o sentimento de dever e obrigação como justificativa para o comprometimento (“*sente que deve permanecer*”) (Rego, 2003, p. 27), sustentado na crença, internalizada, do dever moral (Allen, e Meyer, 1996; Meyer, e Allen, 1997; Meyer et al., 1993, cit. in Fernandes, 2013).

Meyer e Allen (1991) constataram quanto maior for a ligação afetiva do cuidador com a organização, menor é o *Comprometimento calculativo*, surgindo a necessidade de se identificar melhor as condições que determinaram esta relação, bem como, de uma forma continuada, as suas consequências (Meyer e Allen, 1991; Rodriguez, 2006, cit. in Nascimento, Lopes e Salgueiro, 2008). Quando o trabalhador apresenta um bom *Comprometimento afetivo*, este esforça-se e investe nos recursos da organização, tornando-se mais proativo, tornando-se um ativo valioso e singular para o sucesso da organização (Meyer e Parfyonova, 2009, cit. in Fernandes, 2013). Quando acontece o inverso, baixa ligação afetiva, o absentismo e a insatisfação podem ser uma consequência (Somers, 1995, cit. in Fernandes, 2013), bem como a alta taxa de rotatividade (Mathieu e Zajac, 1990, cit. in Fernandes, 2013) e a incapacidade de mudança como preditores do comportamento organizacional (Beck, e Wilson, 2000; Meyer et al., 2002, cit. in Fernandes, 2013).

No que concerne às variáveis individuais, quanto mais idade e maior o tempo que exerce profissão na organização, o cuidador parece apresentar níveis mais elevados de comprometimento (Glisson e Durick, 1988; Mottaz, 1988; Tamayo, Souza, Vilar, Ramos, Albernaz e Ferreira, 2001). Igualmente, este comprometimento tende a decrescer quanto maior for o nível educacional e a percepção de *locus de controlo* externo (Luthans, Baack e Taylor, 1987; Mottaz, 1988; Tamayo et al., 2001).

## **Objetivos**

Atendendo ao que foi exposto, dada a pertinência do tema e à escassez de estudos que explorem, em simultâneo, a *resiliência*, *coping* e comprometimento organizacional em profissionais/cuidadores formais de pessoas com doença/deficiência mental, foram nossos principais objetivos: analisar os níveis de *resiliência*, de diferentes estratégias de *coping* e de comprometimento organizacional (nas suas diferentes vertentes), numa amostra de

profissionais/cuidadores formais em instituições que recebem pessoas com doença/deficiência mental; explorar associações entre todas estas variáveis (entre si e com diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais); e, em função das associações encontradas, explorar que variáveis são preditoras do comprometimento organizacional na mesma amostra.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Procedimentos**

Começou-se por definir o protocolo de investigação composto por um questionário sociodemográfico (elaborado pela autora e sua orientadora, Apêndice A), a o consentimento informado (Apêndice B), onde esclarecia os objetivos da investigação e solicitava a pessoa a declarar que aceitava participar de livre vontade e com garantia de confidencialidade, o *BriefCOPE* (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004; Anexo I), a Escala de avaliação Global da Resiliência (EAGR; Jardim e Pereira, 2006; Anexo II) e a Escala do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1997; Nascimento, Lopes e Salgueiro, 2008; Anexo III).

Contactou-se os autores das escalas (Apêndice C), para obter a autorização para aplicação dos instrumentos (Anexo IV). Posteriormente, foi apresentado ao Diretor/a da Cooperativa de Ensino e Reabilitação de cidadãos (CERCIPOM), da Organização de Apoio e Solidariedade para interação Social (OASIS), Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Leiria (CERCILEI), Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), Centro de Recuperação Infantil Ouriense (CRIO) e a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), por serem instituições que recebem pessoas com doença e deficiência mental, um documento formal em que se expôs o âmbito da realização do presente estudo (integrado no 2º ano do Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica) e solicitou-se formalmente a autorização para administrar um protocolo de questionários, cujo objetivo era permitir a realização de duas dissertações em Psicologia Clínica, no âmbito da parceria existente entre o Instituto Politécnico de Leiria e o Instituto Superior Miguel Torga.

É importante acrescentar que o contacto com a instituição OASIS foi realizado presencialmente por ser o local de estágio da autora. Com a CERCIPOM, CERCILEI, CRIF, CRIO e a CSRSI foram realizados os restantes contactos via e-mail, enviando-se aos respetivos diretores, acompanhando-se de um anexo, o documento com o pedido formal (Apêndice D) e os seus constituintes (Anexos I, II, III e Apêndice A e B), sendo submetido à consideração superior. Apenas se obteve autorização da CERCIPOM, OASIS e CRIF (Anexo

V). Uma das instituições não quis participar no estudo e duas não responderam ao pedido (Anexo VI).

Depois de obtida as autorizações para realizar a investigação, procedeu-se à entrega dos protocolos (instrumentos, questionário sociodemográfico, consentimento de informação). Solicitou-se que os consentimentos informados e os questionários fossem colocados dentro de caixas que foram disponibilizados (devidamente identificadas) caso os cuidadores/profissionais pretendessem participar neste estudo, após ler as instruções. A recolha dos dados decorreu do mês de Novembro ao mês de Janeiro de 2014.

## **2.2 Instrumentos**

### **2.2.1 Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi elaborado para se obter a caracterização do respondente sendo composto por questões sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, habilitações literárias, profissão, anos em que trabalha na instituição, horário laboral (diário), se teve formação na área da doença mental e na área da deficiência mental e se tem familiares com doença mental e deficiência mental.

### **2.2.2. BriefCOPE (Carver 1997; Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004)**

O COPE foi desenvolvido para avaliar o *coping* e incluía, numa fase inicial, 52 itens, distribuídos por 13 escalas. Mais tarde, passou a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com 4 itens por escala (Carver et al., 1989; Carver 1997, cit. in Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004). Assim, até ao desenvolvimento da versão usada neste estudo (*BriefCOPE*), o COPE (instrumento original) sofreu várias alterações. Dada a sobrecarga imposta nos respondentes, pelo tamanho do COPE, foi desenvolvido o *BriefCOPE* (versão adaptada por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004)). O *BriefCOPE* é composto por 14 escalas com dois itens cada escala.

As 14 escalas do instrumento são: *Coping* ativo (itens 2,7); *Planear* (itens 14, 25); *Utilizar suporte instrumental* (itens 10,23); *Utilizar suporte social emocional* (itens 5,15); *Religião* (itens 22, 27); *Reinterpretação positiva* (itens 12, 17); *Auto-culpabilização* (itens 13-26); *Aceitação* (itens 20, 24); *Expressão de sentimentos* (itens 9,21); *Negação* (itens 3,8); *Auto distração* (itens 1, 19); *Desinvestimento comportamental* (itens 16, 6), *Uso de substâncias* (itens 4,11) e *Humor* (itens 18, 28) (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004). Os itens são redigidos em termos da ação que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala de Likert com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “*Nunca faço isto*” (0), “*Raramente*

*faço isto*” (1), “*Faço isto algumas vezes*” (2) e “*Faço sempre isto*” (3) (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004). A consistência interna do *BriefCOPE* foi realizado com o recurso ao alfa de Cronbach, que mostrou valores adequados, tendo em consideração que se está referir a dois itens por escala.

A consistência interna das escalas do COPE, do *BriefCOPE* e do *BriefCOPE* no presente estudo estão representadas no Tabela 1.

**Tabela 1**  
*Medição do Alpha cronbach das dimensões do BriefCOPE*

Escala de itens do <i>BriefCOPE</i>	Carver (1997)	Pais Ribeiro e Rodrigues (2004)	Amostra em estudo
<i>Coping</i> Ativo	0,68	0,65	0,74
Planear	0,73	0,70	0,68
Utilizar suporte instrumental	0,64	0,81	0,54
Utilizar suporte social emocional	0,71	0,79	0,86
Religião	0,82	0,80	0,91
Reinterpretação positiva	0,64	0,74	0,77
Auto-culpabilização	0,69	0,62	0,45
Aceitação	0,57	0,55	0,73
Expressão de sentimentos	0,50	0,84	0,64
Negação	0,54	0,72	0,52
Auto-distração	0,71	0,67	0,42
Desinvestimento comportamental	0,65	0,78	0,44
Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	0,90	0,81	0,77
Humor	0,73	0,83	0,71

### 2.2.3 Escala de avaliação Global da Resiliência (EAGR – Jardim e Pereira, 2006)

A *resiliência* remete para uma competência que implica a operacionalização de inúmeros fatores que possibilitam minimizar e superar as crises e adversidades. Isto é, a capacidade atual para tolerar, suportar e superar os desafios disruptivos da vida, exigindo adaptação positiva num contexto de adversidade significativo (Jardim, e Pereira, 2006). Desta forma, a *resiliência* para os autores (Jardim e Pereira, 2006), consiste na capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades no sentido de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos de crises e adversidades. Nesse sentido, os autores elaboraram a EAGR com o intuito de avaliar estas competências. É uma escala de resposta do tipo Likert composta por oito itens, que varia entre zero (“*Nunca*”), um (“*Raramente*”), dois (“*Algumas vezes*”), três (“*Frequentemente*”) e quatro (“*Quase sempre*”), permitindo fornecer dados sobre a capacidade atual para lidar com as dificuldades (Varanda, 2011).

Quanto à respetiva cotação, esta constitui-se pelo somatório dos valores respondidos em cada questionário, sendo que os valores obtidos entre 9 e 21 remete para uma capacidade de *resiliência baixa*, os valores compreendidos entre 22 e 34 é sinal de uma capacidade de *resiliência média* e os valores mais elevados entre 35 e 45 revela uma capacidade de *resiliência elevada* (Pinto, 2013).

No que concerne à consistência interna da EAGR, no presente estudo, o alfa de Cronbach apresentou um valor de  $\alpha = 0,730$  (alfa bom, Pestana e Gageiro, 2008).

#### **2.2.4 Escala do Comprometimento Organizacional (QCO, Meyer e Allen, 1997; Nascimento, Lopes e Salgueiro, 2008)**

O QCO de Meyer e Allen (1997) é um instrumento multidimensional integrado por três componentes: o *Comprometimento afetivo*, *calculativo* e *normativo*. É uma escala do tipo Likert com sete alternativas de resposta, na qual o 1 corresponde ao “*Discordo totalmente*”, o 2 ao “*Discordo moderadamente*”, o 3 ao “*Discordo ligeiramente*”, o 4 ao “*Não concordo, nem discordo*”, o 5 aos “*Concordo ligeiramente*”, o 6 ao “*Concordo moderadamente*” e o 7 ao “*Concordo totalmente*”.

Esta escala é constituída por 19 itens, que obedecem à seguinte distribuição: (i) *Comprometimento afetivo*, com seis itens (2, 6, 7, 9, 11 e 15); (ii) *Comprometimento calculativo*, com sete itens (1, 3, 13, 14, 16, 17 e 19); e (iii) *Comprometimento normativo*, com seis itens (4, 5, 8, 10, 12 e 18). Quatro dos itens são formulados de forma negativa (2, 5, 7 e 15), sendo necessário invertê-los aquando da sua cotação (Meyer, e Allen, 1997; Nascimento, et al., 2008).

Na tabela 2 são apresentados os valores de consistência interna obtidos (alfa Cronbach) nos estudos de Meyer e Allen (1997), de Nascimento e colaboradores (2008) (português) e na nossa amostra. Foi possível verificar que os alfas de Cronbach das três subescalas foram boas (segundo Pestana e Gageiro, 2008).

**Tabela 2**  
*Consistência interna das dimensões do QCO*

<b>Componentes</b>	<b>Meyer e Allen (2002)</b>	<b>Nascimento et al., (2008)</b>	<b>Amostra em estudo</b>
Comprometimento Afetivo	0,82	0,91	0,82
Comprometimento Normativo	0,73	0,84	0,72
Comprometimento Calculativo	0,76	0,91	0,77

## **Análise estatística**

Para a realização da análise estatística recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Como procedimento inicial, analisaram-se os *valores omissos* existentes na nossa base de dados em cada instrumento utilizado e trataram-se os mesmos. No caso da EAGR, apenas se trataram os dados omissos de sujeitos que apresentaram somente um dado omissos neste instrumento, calculando-se a média dos itens a que os sujeitos responderam. Quanto ao *BriefCOPE* foram eliminados quatro sujeitos visto que apresentavam mais de dois dados omissos por dimensão. Relativamente ao QCO, foram tratados todos os dados que apresentaram até dois valores omissos por dimensão, calculando, de novo, a média dos itens a que os sujeitos responderam. Calculamos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Para averiguar a normalidade da distribuição de todas as variáveis realizou-se o teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que permitiu verificar que as dimensões do *BriefCOPE* e o *QCO/Comprometimento afetivo* não apresentavam uma distribuição normal, enquanto todas as outras (*EAGR/Resiliência Total*, *QCO/Comprometimento calculativo* e *QCO/Comprometimento normativo*) apresentam uma distribuição normal. Seguindo estes resultados, deveriam ser utilizadas estatísticas não paramétricas mas, uma vez que a o nosso *n* foi superior a 30, optou-se por estatísticas paramétricas. Importa explicar que para cada dimensão dos instrumentos usados foram calculados valores de consistência interna, segundo o alfa de Cronbach, analisados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008).

Através do cálculo de coeficientes de correlação de Pearson exploraram-se associações entre as diversas variáveis do estudo (dimensões de QCO, dimensões do *BriefCOPE* e pontuação total da resiliência) e entre estas dimensões e algumas variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, horas de trabalho diárias e tempo em que trabalha na instituição). Através de testes *t* de Student exploraram-se diferenças nestas variáveis em função de variáveis qualitativas dicotómicas (formação em deficiência mental; formação em doença mental; ter ou não familiar com deficiência mental; ter ou não familiar com doença mental). Depois de exploradas as associações, realizaram-se análises preditivas no sentido de verificar quais as variáveis predictoras das dimensões de comprometimento organizacional.

Depois das análises realizadas conduzimos análises de regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade preditiva das variáveis que revelaram associações significativas com o *QCO-afetivo*, *QCO-calculativo* e *QCO-normativo* com estas mesmas variáveis. Tivemos em considerações assunções essenciais para se poderem realizar estas análises: tamanho da amostra, presença de multicolinearidade, homocedasticidade, presença de valores

extremos e independência dos resíduos (Pallant, 2011). Quanto ao tamanho da amostra, atendendo à fórmula de Tabachnick e Fidell ( $N > 50 + 8m$ ; onde  $m$  corresponde ao número de variáveis independentes; cit. in Pallant, p. 150, 2011), cumprimos este pressuposto em todas as análises. Para verificar se existia multicolinearidade entre as variáveis independentes, analisámos as intercorrelações entre essas variáveis (se correlação fosse superior a 0,50 entre potenciais variáveis preditoras - quando dois ou mais preditores contêm muita da mesma informação, na matriz de correlações – tal implicaria a exclusão de uma das variáveis (Leech, Barret, Morgan, Clay e Quick, 2005). Verificámos os Fatores de Inflação da Variância (VIF) que, de acordo com Pallant (2011), não podem ser superiores a 10, para assegurar a ausência de multicolinearidade. Procedeu-se à análise de independência dos resíduos. Recorremos ao teste de Durbin-Watson (valor deve aproximar-se de 2), para se considerar que não existe autocorrelação entre os resíduos (Pallant, 2011). Verificámos se existiam valores extremos, analisando se existiam casos com  $Z_{residual} \geq 2,5$  ou  $\leq -2,5$  (Pallant, 2011).

### **2.3. Amostra**

A amostra em estudo ficou composta por 54 sujeitos ( $n = 46$ ; 85,2%, sexo feminino), com idade compreendida entre os 22 e os 65 anos ( $M = 44,9$ ;  $DP = 11,14$ ). Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes tinha o ensino secundário ( $n = 19$ ; 35,2%) ou a Licenciatura ( $n = 19$ ; 35,2%). Quanto ao sistema familiar a maioria dos sujeitos não tinha um familiar com deficiência mental ( $n = 29$ ; 53,7%). A maioria não possuía um familiar com doença mental ( $n = 38$ ; 70,4%). No que concerne à área profissional, a maioria era Técnico/a superior ( $n = 20$ ; 37%), sucedendo-se os monitores por uma diferença pequena ( $n = 19$ ; 35,2%). A maioria dos sujeitos mencionou ter tido formação na área da deficiência mental ( $n = 47$ ; 87%), bem como formação na área da doença mental ( $n = 36$ ; 66,7%) (Tabela 1).

**Tabela 3**

*Variáveis sociodemográficas e profissionais*

Sexo	<i>n</i>	%
Feminino	46	85,2
Masculino	6	11,1
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>96,3</b>
Não respondeu	2	3,7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Grau de Escolaridade	<i>n</i>	%
1º Ciclo	2	3,7
2º Ciclo	2	3,7
3º Ciclo	6	11,1
Ensino Secundário	19	35,2
CET'S	1	1,9
Curso Profissional	1	1,9
Licenciatura	19	35,2
Pós-Graduação	1	1,9
Mestrado	2	3,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>98,1</b>
Profissão	<i>n</i>	%
Formador/a	3	5,6
Monitor/a	19	35,2
Auxiliar	8	14,8
Administrativo/a	3	5,6
Técnico Superior	20	37,0
Total	53	98,1
Não responderam	1	1,9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Não responderam	1	1,9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Familiar com deficiência mental	<i>n</i>	%
Sim	25	46,3
Não	29	53,7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Familiar com doença mental	<i>n</i>	%
Sim	16	29,6
Não	38	70,4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Formação na área da deficiência mental	<i>n</i>	%
Sim	47	87,0
Não	7	13,0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>
Formação na área da doença mental	<i>n</i>	%
Sim	36	66,7
Não	18	33,3
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

*n* = número de sujeitos; Técnico Superior = inclui Psicólogos/as, Animadores/as Socioculturais, Assistentes de Serviço Social, Enfermeiros/as, Terapeutas Ocupacionais e Educadores/as sociais

Na Tabela 4 apresentam-se as médias e desvios-padrão das variáveis idade, tempo de trabalho na instituição e horas de serviço (diárias). O tempo de trabalho na instituição variou entre um mês e os 420 meses (correspondente a 35 anos;  $M = 180,8$ ;  $DP = 116,23$ ), realizando o serviço diário entre 2 a 9 horas ( $M = 6:54$ ;  $DP = 1:20$ ).

**Tabela 4**

*Médias e desvio-padrão das variáveis idade, meses na instituição e horas de trabalho (diárias)*

	<i>M (DP)</i> Variação	Não responderam
Idade	44,9 (11,14) 22-65	4
Meses na Instituição	180,8 (116,23) 1-420	0
Horas realizadas (por dia)	6:54 (1:20) 2:00-9:00	2

*M* = média; *DP* = desvio padrão

Na Tabela 5 apresentamos as médias e desvios-padrão da pontuação total de resiliência, dimensões do *BriefCOPE* e dimensões do QCO. Quanto ao *BriefCOPE*, o *Coping ativo* ( $M = 4,1$ ;  $DP = 1,4$ ) e *Planear* ( $M = 4,1$ ;  $DP = 1,2$ ) foram as que revelaram valores mais elevados. Já no caso do QCO, a dimensão *Comprometimento afetivo* ( $M = 36,1$ ;  $DP = 6,8$ ) foi a que apresentou pontuação mais elevada.

**Tabela 5**

*Médias e desvio-padrão das variáveis pontuação total de resiliência, dimensões do BriefCOPE e do QCO*

Variáveis	<i>M (DP)</i>	Variação
Resiliência Total	23,6 (3,6)	17-32
<i>BriefCOPE</i> - <i>Coping</i> Ativo	4,1 (1,4)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Planear	4,1 (1,2)	1-6
<i>BriefCOPE</i> - Utilização de Suporte Instrumental	3,15 (1,4)	0-6
<i>BriefCOPE</i> -Utilização de Suporte Emocional	3,22 (1,7)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Religião	2,20 (1,96)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Reinterpretação Positiva	3,8 (1,4)	1-6
<i>BriefCOPE</i> - Auto-culpabilização	1,98 (1,2)	0-4
<i>BriefCOPE</i> - Aceitação	3,6 (1,4)	1-6
<i>BriefCOPE</i> - Expressão de Sentimentos	3,2 (1,3)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Negação	1,6 (1,2)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Auto-distração	2,6 (1,5)	0-6
<i>BriefCOPE</i> - Desinvestimento Comportamental	1 (1)	0-3
<i>BriefCOPE</i> - Uso de substâncias	0,2 (0,5)	0-2
<i>BriefCOPE</i> - Humor	2,2 (1,4)	0-5
QCO- Comprometimento Afetivo	36,1 (6,8)	18-42
QCO- Comprometimento Calculativo	33,2 (8,2)	14-47
QCO- Comprometimento Normativo	30,5 (7,4)	12-42

*M* = média; *DP* = desvio-padrão; QCO = Questionário de Comprometimento Organizacional

### 3. Resultados

Através de coeficientes de correlação de Pearson, exploramos associações entre as variáveis centrais do estudo (resiliência, dimensões do QCO e dimensões do *BriefCOPE*) e as variáveis idade, tempo de serviço diário, tempo de trabalho na instituição, ter ou não familiar com doença mental, ter ou não familiar com deficiência mental. Foi possível observar que a idade relacionou-se estatisticamente com a *Utilização de suporte emocional* ( $r = -0,324$ ;  $p = 0,022$ ) (associação negativa; magnitude moderada; Cohen, 1992), com o *Comprometimento*

*calculativo* ( $r = 0,382$ ;  $p = 0,006$ ) (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992) e com o *Comprometimento normativo* ( $r = 0,323$ ;  $p = 0,022$ ) (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992)

O número de horas de trabalho diário relacionou-se estatisticamente com a *Utilização de suporte emocional* ( $r = -0,313$ ;  $p = 0,024$ ) (associação negativa; magnitude moderada; Cohen, 1992), enquanto a variável tempo em que trabalha na instituição (em meses) relacionou-se significativamente com a *Utilização de suporte emocional* ( $r = -0,309$ ;  $p = 0,023$ ) (associação negativa; magnitude moderada; Cohen, 1992), com o *Comprometimento afetivo* ( $r = 0,310$ ;  $p = 0,022$ ) (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992) e com o *Comprometimento calculativo* ( $r = 0,315$ ;  $p = 0,020$ ) (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992).

Através de testes  $t$  de Student fomos testar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis centrais do estudo (dimensões do *BriefCOPE*, dimensões do QCO e pontuação total de resiliência) pelas variáveis dicotômicas deste estudo (ter/não ter formação em deficiência/doença mental; ter ou não ter familiar com deficiência/doença mental): verificámos que os cuidadores que tinham um familiar com deficiência mental tinham maiores níveis de *resiliência* ( $M = 24,80$ ;  $DP = 3,42$ ,  $t = -2,411$ ;  $p = 0,020$  vs.  $M = 22,55$ ;  $DP = 3,42$ ), níveis mais elevados de *Reinterpretação positiva* ( $M = 4,28$ ;  $DP = 1,40$ ,  $t = -2,610$ ;  $p = 0,012$ ; vs.  $M = 3,34$ ,  $DP = 1,20$ ) e mais baixos de *Autoculpabilização* ( $M = 1,44$ ,  $DP = 1,04$ ;  $t = 3,420$ ;  $p = 0,001$  vs.  $M = 2,45$   $DP = 1,12$ ). Por sua vez, os que tinham um familiar com doença mental apresentaram níveis mais altos de *Reinterpretação positiva* ( $M = 4,50$ ;  $DP = 1,26$ ;  $t = -2,694$ ;  $p = 0,012$ ; vs.  $M = 3,47$ ;  $DP = 1,31$ ). Quanto aos cuidadores com formação em deficiência mental apresentaram níveis mais elevados de *Autodistração* ( $M = 2,81$ ;  $DP = 1,48$ ;  $t = -2,346$ ;  $p = 0,045$ ; vs.  $M = 1,57$ ;  $DP = 1,27$ ).

Através de coeficientes de correlação de Pearson testaram-se associações entre as dimensões do *BriefCOPE* e do QCO e pontuação total de resiliência. A *Resiliência* relacionou-se de forma estatisticamente significativa com o *Coping ativo* (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992), *Planear* (associação positiva, magnitude moderada; Cohen, 1992), *Reinterpretação Positiva* (associação positiva; magnitude grande, Cohen, 1992), *Aceitação* (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992), *Desinvestimento comportamental* (associação negativa; magnitude moderada, Cohen, 1992) e *Comprometimento calculativo* (associação negativa; magnitude moderada). O *Comprometimento calculativo* associou-se de forma negativa com a *Reinterpretação positiva*

(magnitude moderada) (Cohen, 1992). O *Comprometimento normativo* associou-se à *Utilização do suporte instrumental* (associação positiva; magnitude pequena; Cohen, 1992), *Religião* (associação positiva; magnitude moderada; Cohen, 1992), *Negação e Desinvestimento comportamental* (associações positivas, magnitudes moderadas; Cohen, 1992) (Tabela 6).

**Tabela 6**  
*Correlações de Pearson entre as dimensões do BriefCOPE, do QCO e a Resiliência*

	<b>Resiliência</b>	<b>QCO Afetivo</b>	<b>QCO Calculativo</b>	<b>QCO Normativo</b>
<b>BriefCOPE</b>				
<i>Coping</i> Ativo	0,436**	NS	NS	NS
Planear	0,377**	NS	NS	NS
Utilização Suporte Instrumental	NS	NS	NS	0,283**
Utilização Suporte Emocional	NS	NS	NS	NS
Religião	NS	NS	NS	0,327*
Reinterpretação Positiva	0,599**	NS	-0,301*	NS
Auto-culpabilização	NS	NS	NS	NS
Aceitação	0,368**	NS	NS	NS
Expressão de sentimentos	NS	NS	NS	NS
Negação	NS	NS	NS	0,321*
Auto-distração	NS	NS	NS	NS
Desinvestimento Comportamental	-0,382**	NS	NS	0,333*
Consumo de Substâncias	NS	NS	NS	NS
Humor	NS	NS	NS	NS
<b>QCO</b>				
Afetivo Total	NS	-	.-	-
Calculativo Total	-0,356**	-	-	-
Normativo Total	NS	-	-	-

\*\* $p \leq 0,01$ ; \* $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; QCO = Questionário de Comprometimento Organizacional.

Na sequência das análises realizadas conduzimos diferentes análises de regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade preditiva das variáveis que revelaram associações significativas com o *QCO-calculativo* e *QCO-normativo* precisamente para estas mesmas variáveis. Tivemos em considerações assunções essenciais para se poderem realizar estas análises: tamanho da amostra, presença de multicolinearidade, homocedasticidade, presença de valores extremos e independência dos resíduos (Pallant, 2011). Não calculamos os preditores do *QCO-afetivo* porque apenas uma variável revelou, nas análises prévias uma associação significativa.

Quanto ao *QCO-calculativo* (Tabela 7) introduzimos num primeiro bloco as variáveis meses de trabalho na instituição e idade e num segundo bloco as dimensões do *BriefCOPE Resiliência* e *Reinterpretação positiva* a predizer a VD *QCO-calculativo*. Quanto ao tamanho da amostra, o *N* necessário seria de 82 sujeitos, pelo que não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, e Fidell, 2007, cit. in Pallant, p. 150, 2011). Mesmo assim, resolvemos realizar a análise para podermos, com a mesma, levantar, pelo menos, algumas hipóteses. Verificámos a existência de multicolinearidade entre as VIs idade e tempo de trabalho na instituição ( $r = 0,669$ ) e entre as variáveis *resiliência* e *Reinterpretação positiva*. Excluimos a variável idade e a variável *Reinterpretação positiva*. Continuamos a não cumprir o pressuposto do tamanho da amostra. Não se verificou a presença valores extremos. Não se verificou autocorrelação entre os resíduos ( $D-W = 2,070$ ). Os meses de trabalho na instituição explicaram 9,9% da variância do *QCO-calculativo*. Depois de introduzirmos no segundo bloco a *resiliência*, a variância explicada pelo modelo foi de 24,3%,  $F(2, 51) = 8,204$ ,  $p = 0,001$ . Esta VI explicaram uma percentagem adicional da variância da VD de 14,4%, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do  $R^2 = 0,144$ , mudança do  $F(1, 51) = 9,703$ ,  $p = 0,003$ . Quer o tempo de trabalho na instituição ( $\beta = 0,343$ ;  $p = 0,007$ ), quer a *resiliência* ( $\beta = -0,380$ ;  $p = 0,003$ ) foram predictoras da VD (*QCO-calculativo*).

**Tabela 7**  
*Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o QCO\_calculativo através das VIs (tempo de trabalho na instituição e Resiliência)*

Preditor	QCO-Calculativo	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>Passo 1</b>	<b>0,099**</b>	
Tempo de trabalho na instituição		<b>0,343**</b>
<b>Passo 2</b>	<b>0,243**</b>	
Resiliência		<b>-0,380**</b>
<b>Total <math>R^2</math></b>	<b>0,342**</b>	
<b>F(modelo final)</b>	<b>8,204**</b>	

Notas:  $R^2$  = Coeficiente de determinação.  $\beta$  = Beta. NS = não significativo. \*\* $p < 0,05$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Quanto ao *QCO-normativo* (Tabela 8) introduzimos num primeiro bloco a idade e num segundo bloco as dimensões do *BriefCOPE Utilizar o suporte instrumental e Religião, Negação e Desinvestimento comportamental* a predizer a VD *QCO-normativo*. Quanto ao tamanho da amostra, o *n* necessário seria de 85 sujeitos, pelo que não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, e Fidell, 2007, cit. in Pallant, p. 150, 2011). Mesmo assim, resolvemos realizar a análise para podermos, com a mesma, levantar, pelo menos, algumas hipóteses. Verificámos a inexistência de multicolinearidade entre as VIs. Não se verificou a presença valores extremos. Não se verificou autocorrelação entre os resíduos ( $D-W = 2,105$ ).

A idade explicou 10,4% da variância do *QCO-normativo*. Depois de introduzirmos no segundo bloco as dimensões do *BriefCOPE*, a variância explicada pelo modelo foi de 38,0%,  $F(5, 44) = 5,397, p = 0,001$ . Estas VIs explicaram uma percentagem adicional de 27,6% da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do  $R^2 = 0,276$ , mudança do  $F(4, 44) = 4,899, p = 0,002$ . A idade ( $\beta = 0,336; p = 0,008$ ) foi preditora da VD (*QCO-normativo*), bem como a *Religião* ( $\beta = 0,258; p = 0,051$ ).

**Tabela 7**

*Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o QCO-Normativo através das VIs (idade, Utilizar suporte instrumental, Religião, Negação e Desinvestimento Comportamental)*

Preditor	QCO-Normativo	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>Passo 1</b>	<b>0,104**</b>	
Idade		<b>0,336**</b>
<b>Passo 2</b>	<b>0,380**</b>	
Utilizar Suporte Instrumental	0,133 (NS)	
Religião	<b>0,258**</b>	
Negação	0,152 (NS)	
Desinvestimento comportamental	0,251 (NS)	
<b>Total <math>R^2</math></b>	<b>0,484**</b>	
<b>F(modelo final)</b>	<b>5,397**</b>	

Notas:  $R^2$  = Coeficiente de determinação.  $\beta$  = Beta. NS = não significativo. \*\* $p < 0,05$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

#### 4. Discussão

Eram objetivos deste estudo analisar os níveis de *resiliência*, de diferentes estratégias de *coping* e de comprometimento organizacional (nas suas diferentes vertentes), numa amostra de profissionais/cuidadores formais em instituições que recebem pessoas com doença/deficiência mental; explorar associações entre todas estas variáveis (entre si e com diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais) e explorar os preditoras do comprometimento organizacional nesta amostra. Importa discutir, em primeiro lugar, algumas dos dados mais descritivos do nosso estudo.

A maioria dos profissionais/cuidadores da nossa amostra pertencia ao sexo feminino (85,2%). Também no estudo de Martins (2012), realizado em instituições nacionais, em profissionais/cuidadores formais de pessoas com deficiência mental, verificou-se uma percentagem muito superior de cuidadores do sexo feminino (83,8%). Esta elevada prevalência de mulheres na área da prestação de cuidados relaciona-se com a ideia tradicional de ser a mulher a responsável pela prestação de cuidados primários à saúde na família (OMS, 2011). Porém, no nosso estudo, também se verificou existirem cuidadores do sexo masculino, ainda que em minoria, o que vai ao encontro de estudos que mostram que cada vez mais homens assumem a tarefa de cuidador (Ribeiro e Paúl, 2006). Segundo Sousa e Figueiredo (2004), em Portugal, 25% dos cuidadores informais são do sexo masculino, sendo o alvo de

cuidado as suas esposas. Importa referir que o número de cuidadores formais/profissionais do sexo masculino impediu, no nosso estudo, comparações ao nível do sexo. Segundo os Censos de 2001, o sexo feminino que apresenta taxas superiores nas tarefas de “cuidar” (INE, s.d.).

Quanto ao intervalo etário da amostra, esta variou entre os 22 anos e os 65 anos, com uma média de 45 anos. Caçote (2013) no seu estudo com uma amostra muito semelhante à nossa, encontrou uma percentagem mais elevada de cuidadores formais com idades compreendidas entre os 44 e os 56 anos (40%), sendo menor a percentagem de cuidadores dos 18 aos 30 anos e mais de 65 anos (14,2%). Apesar de não termos informação a este nível, é possível hipotetizar, atendendo à idade média dos cuidadores/profissionais, que vários destes trabalham há longos anos na mesma instituição, o que pode associar-se aos valores médios de comprometimento organizacional, que discutiremos mais à frente. As análises seguintes confirmaram a associação da idade com alguns tipos de comprometimento.

Verificou-se, também, que os cuidadores realizavam entre duas a nove horas de trabalho diário (média de 7 horas), bem como, em média, exerciam a sua atividade profissional nas suas instituições, há 15 anos. Não se diferenciou, neste estudo, se todos os profissionais tinham um contacto direto com os utentes da instituição que implicasse este número médio de horas, mas se atentarmos apenas no valor médio, podemos considerar que estes profissionais estão várias horas por dia em contacto com uma população com particularidades que envolvem *stress* e desgaste marcado, visto que enfrentam situações de descompensação psiquiátrica grave (e.g., quadros exuberantes de agitação psicomotora), acarretando efeitos negativos para a sua saúde física e mental. Da mesma forma, atentando no valor médio, 15 anos de trabalho nas instituições, é um número bastante expressivo que pode explicar, mais uma vez, os valores médios de comprometimento encontrados nesta amostra. De novo, nas análises seguintes, verificou-se uma associação entre este tempo de serviço e o *comprometimento normativo e calculativo*.

Foi importante verificar que os profissionais/cuidadores destas instituições, tal como está previsto no funcionamento deste tipo de instituição, uma formação contínua dos trabalhadores (porque a formação é uma necessidade permanente) (Ferreira, 2006), beneficiam em percentagens expressivas destas formações (quer em doença mental, quer em deficiência mental) (87%). No estudo de Martins (2012), já referido, também se verificou uma percentagem elevada de cuidadores formais/profissionais que tinham tido formação na área da deficiência mental (83,8%).

Quanto aos valores médios nas variáveis centrais do nosso estudo, foi possível verificar que a *resiliência* dos cuidadores/profissionais desta amostra se situou num nível

médio, ainda que muito próximo do limite mínimo do intervalo definido pelos autores Jardim e Pereira (2006). No estudo de Pinto (2013), em que foi usado o mesmo instrumento para avaliar os níveis de *resiliência*, em cuidadores informais (progenitores de crianças acompanhadas num serviço de intervenção precoce) foram encontrados níveis superiores de *resiliência* (cerca de 7 valores acima). Colocamos várias hipóteses para o facto do nível de *resiliência* da nossa amostra ser menor. Estes cuidadores contactam diariamente com vários utentes com doença/deficiência mental, ao contrário dos progenitores (que no estudo da autora apenas contactam, em média, com uma criança com dificuldades), o que pode constituir uma sobrecarga maior, podendo aumentar os níveis de *stress* e dificultar a capacidade de ser resiliente. São, de facto, várias as horas de contacto destes cuidadores com estes utentes, enquanto os progenitores partilham a tarefa de cuidar com outros cuidadores (familiares e profissionais). Existe, ainda, a possibilidade destes progenitores terem apresentado níveis maiores de *resiliência* por terem respondido mais positivamente, atendendo a questões de desejabilidade social. Segundo temos conhecimento, não existem estudos sobre os níveis de *resiliência* em cuidadores formais.

Quanto às estratégias de *coping* usadas pelos cuidadores/profissionais da nossa amostra, verificou-se um resultado muito positivo: foi nas estratégias mais positivas de *coping*, nomeadamente, *Coping ativo*, *Planear* e *Reinterpretação positiva* (estratégias focadas na resolução dos problemas) que os cuidadores/profissionais apresentam valores médios maiores. Por oposição, foi nas estratégias mais negativas de *coping* (como o *Uso de substâncias*), que estes cuidadores revelaram pontuações médias mais baixas. Estes resultados deixam-nos confiantes quanto às estratégias que estes cuidadores de pessoas com doença/deficiência mental usam para lidar com situações *stressantes*/desafiantes. Para além disso, importa referir que os valores médios apresentados pelos cuidadores/profissionais da nossa amostra se aproximam dos valores médios encontrados no estudo de Martins (2012), em cuidadores de pessoas com deficiência mental.

Já no que diz respeito ao comprometimento organizacional, importa comparar os nossos valores médios nos vários tipos de comprometimento com os valores apresentados num estudo realizado com o mesmo instrumento, ainda que em profissionais da Polícia de Segurança Pública (Fernandes, 2012). Se o valor médio de *Comprometimento calculativo* foi muito aproximado (à volta do valor médio de 33), já os valores médios de *Comprometimento afetivo* (gostar e identificar-se com a organização) e *normativo* (sentimento de dever, associada ao dever moral) foram superiores no nosso estudo (afetivo, cinco valores acima; normativo, dez valores acima). Consideramos muito relevante que nas dimensões mais

“humanas” do comprometimento a uma organização/instituição, os valores médios da nossa amostra sejam superiores. Parece existir, particularmente, um elevado sentido de dever/obrigação destes profissionais/cuidadores de pessoas com doença/deficiência mental. As diferenças encontradas nas duas últimas dimensões, por comparação com o estudo de Fernandes (2012) podem, portanto estar associadas à natureza da população com que os dois tipos de profissionais trabalham. De facto, os profissionais da PSP não assumem papel de cuidadores (pelo menos não da mesma forma como os outros profissionais) e o seu foco é a proteção da população, de uma forma geral e habitualmente não envolvendo contacto permanente e contínuo, e não o “cuidar” de utentes de uma dada instituição, diariamente, com regularidade.

Quanto às associações encontradas neste estudo, a idade, número de horas de trabalho diário e tempo de trabalho na instituição revelaram estar associadas negativamente à *Utilização de suporte emocional*. Martins (2012) (estudo já referido) também verificou esta associação com a variável idade. É possível hipotetizar que profissionais mais velhos e que estão há mais tempo na instituição (e nela passam mais tempo) estejam mais habituados às tarefas envolvidas na sua profissão, bem como maior “maturidade emocional” para lidar com as situações *stressantes*/desafiantes profissionais (e de vida), apresentando menor necessidade de recorrer à simpatia ou suporte emocional do outro. A idade também mostrou estar associada a maiores níveis de *Comprometimento calculativo* (manter-se na instituição por necessidade) e *normativo* (manter-se na instituição por dever moral/obrigação). O tempo de trabalho na instituição mostrou estar associado ao *Comprometimento calculativo*. Estes resultados podem ser interpretados da seguinte forma: com o avançar da idade e tempo de trabalho na instituição (querendo ou não querendo encontrar outro trabalho) os profissionais/cuidadores começam a ter a noção da dificuldade em arranjar outro trabalho, pelo que profissionais mais velhos e que estão há mais tempo na instituição podem, então, apresentar maior *Comprometimento calculativo*. Assim, este comprometimento é sustentado pela lealdade que a organização poderá esperar do sujeito, estando esta dependente dos recursos materiais que o sujeito recebe, caracterizado por uma forma de vínculo organizacional (Nascimento et al., 2008), existindo tendência para o indivíduo permanecer na instituição devido aos custos benefícios associados à sua saída. Da mesma forma, os profissionais mais velhos, podem, dado o grau de integração na instituição ser já grande e por uma maior “maturidade emocional”, de novo, ter um elevado sentimento de dever, de obrigação à “casa”, que pode ser menor, quando se é mais novo e ainda se ponderam diferentes opções profissionais. Igualmente, um maior tempo de trabalho na instituição pode

gerar a percepção de obrigação moral por parte do cuidador em permanecer na instituição, gerando com frequência sentimentos de obrigatoriedade e culpa caso o indivíduo viole um dos valores moralmente aceites socialmente e culturalmente pré-estabelecidas (Bandeira, Marques e Veiga, 2000). O tempo de trabalho na instituição também mostrou associar-se ao *Comprometimento afetivo*, aliás esta foi a única variável associada a este comprometimento. É possível hipotetizar que com o aumentar do tempo de trabalho, possam surgir vínculos entre os profissionais e destes com os utentes que aumentam o sentimento de “gostar” da organização e nela querer permanecer.

No nosso estudo verificou-se que a maioria dos profissionais não tinha familiares com doença/deficiência mental. Porém, os que tinham familiares com deficiência mental apresentaram níveis mais elevados de *resiliência* e de *Reinterpretação positiva* e mais baixos de *Autoculpabilização*. Os que tinham um familiar com doença mental apresentaram, também, níveis maiores de *Reinterpretação positiva*. Podemos hipotetizar que o facto de estes profissionais terem uma experiência muito pessoal com a deficiência/doença mental os pode ter tornado mais resilientes e capazes de fazer uma leitura positiva face às adversidades, procurando os aspetos positivos na adversidade, o que podem também, diminuir, a sua tendência para se culpabilizarem sempre que algo corre “menos bem”. É possível que os níveis apresentados se devam, também, a um conhecimento maior da realidade, ao contactarem com ela diariamente, junto dos utentes que acompanham e com o seu familiar e através das formações a que tiveram acesso.

Foi importante verificar que os cuidadores/profissionais com maiores níveis de *resiliência* apresentaram, também, maiores níveis de estratégias positivas de *coping* (*Coping ativo*, *Planear*, *Reinterpretação positiva* e *Aceitação*) e um menor nível da estratégia mais negativa de *coping* *Desinvestimento comportamental*. Assim, os cuidadores/profissionais com níveis maiores de *resiliência* são, também, aqueles que usam estratégias que podem ser vistas como mais adaptativas de *coping*, isto apesar da *Reinterpretação positiva* e a *Aceitação* não serem estratégias orientadas na procura ativa da resolução da situação, mas sim estratégias que visam aceitar que a situação que aconteceu é real e retirar da mesma algo de positivo. A associação negativa da *resiliência* com o *Desinvestimento comportamental* pode estar relacionado com o facto de quando o cuidador/profissional é resiliente possui boas técnicas de confrontação, não se deixando levar pelo desamparo e desistindo (Carver e Scheier, 1989). Os profissionais com maiores níveis de *resiliência* são os que apresentam menores níveis de *Comprometimento calculativo*, o que pode indicar que os profissionais mais resilientes são aqueles que se comprometem menos com a instituição por motivos de cariz

económico/financeiro. Não são mais resilientes no contexto do “cuidar” de pessoas com deficiência/doença mental porque se focam na importância do rendimento ao fim do mês, portanto. Outras variáveis explicam melhor a sua resiliência. Já vimos a associação com algumas estratégias de *coping*.

Quanto às associações verificadas com os comprometimentos, o *Comprometimento calculativo* associou-se negativamente à *Reinterpretação positiva*, parecendo que quanto mais os profissionais estão ligados à instituição por necessidade e por não encontrarem outras opções, menor será a sua capacidade de encarar os acontecimentos *stressantes* que vão sucedendo por um prisma positivo. O *Comprometimento normativo* mostrou estar associado ao *Uso de suporte instrumental*, *Religião*, *Negação* e *Desinvestimento comportamental*. O cuidador/profissional que recorre mais às atividades religiosas em momentos *stressantes* é dominado por emoções positivas como o perdão, a esperança e o amor, o que gera companheirismo e estabilidade psicológica (Seybold e Hill, 2001) e, por isso, pode assegurar o sentido de dever e obrigação face à instituição. Da mesma forma, se estou comprometida à instituição por um sentido de dever e obrigação poderei como estratégia de *coping* recorrer mais à procura de aconselhamento, informações e ajudas, junto dos colegas, por exemplo. Já a *Negação* e o *Desinvestimento comportamental* podem estar associados a este comprometimento, quando apesar do sentido de obrigação e dever que o profissional pode sentir, ao não concordar com todas as linhas diretivas da instituição e tendo que as seguir é mais fácil “desistir” face à realidade ou mesmo negar a realidade.

Nas análises preditivas, o tempo de trabalho na instituição e a *resiliência* foram preditores do *Comprometimento calculativo*, enquanto a idade e a *Religião* foram preditores do *Comprometimento normativo*. Estes resultados vão no sentido do já discutido em termos de associações. Níveis maiores de *resiliência* predizem os níveis de *Comprometimento calculativo* e mais tempo de trabalho na instituição aumentam-no. Se o profissional trabalha há vários anos na instituição, tem necessidade do rendimento ao fim do mês. Pode sentir, inclusivamente, que depois de tantos anos, será difícil seguir outros caminhos profissionais. Por outro lado, níveis maiores de *resiliência* “quase” que parecem “proteger” quanto ao facto do vínculo do profissional/cuidador ser apenas por motivos económicos. Já quanto ao *Comprometimento normativo*, relativo ao sentido de dever e obrigação, se este está associado à existência de um sentido moral que mantém o vínculo à instituição, faz sentido que os cuidadores que em tempos difíceis/*stressantes* recorrem mais ao envolvimento em atividades religiosas (à *Religião* enquanto estratégia de *coping*) possam ter mais presente este sentido de dever/moral para com a instituição. A idade como preditor deste comprometimento implica

que quanto maior o tempo de pertença à instituição (porque provavelmente os mais velhos, serão os que trabalham também na instituição há mais tempo) mais o cuidador/profissional se sente vinculado à sua missão, cultura e objetivos (Bandeira, et al., 2000). Da mesma forma, podem ser os profissionais mais velhos que com maior maturidade emocional reconhecem a importância de cumprir o dever e as obrigações que lhes estão incumbidas.

Não podemos deixar de referir as limitações do presente estudo. Entre elas encontram-se o reduzido número de elementos que compõem a amostra, que compromete desde logo a sua representatividade e generalização dos resultados para a população de cuidadores/profissionais na área da deficiência/doença mental no nosso país. Não foi possível realizar comparações mais aprofundadas dos dados devido à escassa literatura acerca destes correlatos psicológicos em cuidadores formais que trabalham com pessoas com deficiência/doença mental, em Portugal. Trata-se, também, de um estudo transversal, não permitindo afirmar causalidade entre as variáveis, apesar das análises preditivas realizadas. Para além disso, não controlámos o impacto de sintomas depressivos e ansiosos e mesmo da eventual desejabilidade social, aquando do preenchimento do protocolo.

Apesar das limitações, acreditamos que o estudo lança algumas orientações para trabalhos futuros. Pensamos que seria interessante, numa amostra de maior dimensão e num estudo longitudinal, analisar a relação entre estes correlatos psicológicos. Seria interessante verificar a evolução dos níveis do comprometimento organizacional, *resiliência*, e estratégias de *coping* dos cuidadores formais e analisar a influência destes dois últimos correlatos no comprometimento organizacional. Uma maior compreensão destas variáveis e suas associações (bem como uma avaliação detalhada das necessidades sentidas pelos cuidadores/profissionais, tendo em conta as suas características particulares, como o sexo, relações familiares, obrigações, situação económica...)(Zarit e Femia, 2008) poderá potenciar contextos de trabalho mais saudáveis, ao permitir o planeamento de programas de intervenção com vista a apoiar os cuidadores formais/profissionais melhorando o conteúdo das suas formações, permitindo-lhe ter espaços de partilha das dificuldades, com vista à ventilação das emoções e à aprendizagem de como lidar com as dificuldades (McCabe, et al., 2007; Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa, 2011), mas também trabalhando competências de gestão de conflitos, coesão e união das equipas de trabalho e situacionais e procurando aumentar o comprometimento organizacional (Silva e Gomes, 2009).

## 5.Referências Bibliográficas

Almeida, A. (2013). *A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilhã.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bandeira, M., Marques, A. e Veiga, R. (2000). As dimensões Múltiplas do Comprometimento Organizacional: Um estudo na ECT/MG. *RAC, 4*(2), 133-157.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. e Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde e Doenças, 12*(1), 119-129.

Berwander, D. (2012). *Sofrimento psíquico de cuidadores de idosos*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Humanidades e educação e Psicologia: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Bragança, O. (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Educação.

Brandão, J. e Nascimento, I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo origens. *Páideia, 21*(49), 263-271.

Caçote, C. (2013). *Vulnerabilidade ao stress profissional e Qualidade de Vida no trabalho*, Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.

Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador- programa de intervenção estruturado*. Dissertação de mestrado, Instituto de ciências da saúde: Universidade católica portuguesa, Porto.

Carver, C. e Scheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

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

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Análise da Situação em Portugal*. Proposta de Plano de ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007-2016.

Decreto Lei n.º 2118/63 de 03 de abril. *Diário da República n.º 79 – I Série*. Presidência da República, Lisboa.

Decreto Lei n.º 36/98 de 24 de julho. *Diário da República n.º 169 – I Série – A*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto Lei n.º 05/08 de 6 de março. *Diário da República n.º 47- I Série- Assembleia da República*, Lisboa.

Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho. *Diário da República n.º 138 – II Série*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2012). Eixo Estratégico – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Duarte, C. (2011). Intuição e Resiliência- Uma combinação possível no trabalho com crianças no contexto de reabilitação. *Construção Psicopedagógica, 19*(8), 25-37.

Dyck, C. (2009). Who cares the caregivers?. *Parkinsonism and Related Disorders, 15*, 118-121. doi: 10.1016/S1353-8020(09)70796-5.

Fernandes, H. (2013). *Comprometimento Organizacional, Autocriticismo e Autocompaixão na PSP*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

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., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. e Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Heloani, J., e Capitão, C. (2003). Saúde mental e psicologia no trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2), 102-108. doi: 10.1590/S0102-88392003000200011.

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

Instituto Nacional de Estatística (s.d). *Proporção da população residente que trabalha menos de 30 horas (%)*. Lisboa.

Jardim, J. e Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.

Leech, N.L., Barrett, K.C., Morgan, G.A., Clay, J.N. e Quick, D. (2005). Multiple Regression. In N.L. Leech, K.C., Barrett, G.A. Morgan, J.N., Clay e D. Quick (Eds), *SPSS for Intermediate Statistics: use and interpretation* (pp.122-141). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Lima, D. (2013). *Habilidades Sociais de Familiares Cuidadores de Pacientes com Transtornos Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei, Brasil.

Lundström, M., Aström, S. e Graneheim, U. (2007). Caregivers' Experiences of Exposure to Violence in Services for People With Learning Disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 338-345.

Luthar, S. e Cicchetti, D. (2000). The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies. *Developmental Psychopathology*, 12(4). 857-885.

Marques, V. (2011). *Influência do Suporte Social e dos estilos de Coping na percepção de bem-estar subjectivo em doentes mentais crónicos*. Dissertação de Mestrado do Instituto Superior Miguel Torga: Escola superior de Altos Estudos, Coimbra.

Menezes, I. e Bastos, A. (2011). Comprometimento Organizacional Atitudinal: Um Estudo Empírico Sobre a Dimensionalidade do Constructo. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 463-474. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400007.

Martins, L.(2012). *Correlatos psicológicos em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental*. Dissertação de mestrado do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Murcho, N. (2010). Mal-estar e Bem-estar em Enfermeiros: Levantamento da Situação e Perspetivas de Intervenção. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Algarve.

Nascimento, J., Lopes, A. e Salgueiro, M. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional. *Comportamento Organizacional e gestão*, 14(1), 115-133.

Nogueira, T., Barros, T. e Pinto, F. (2013). Resiliência dos Profissionais de Saúde. *Simpoi*. Universidade Estadual do Ceará.

Oliveira, M., Queirós, C. e Guerra, M. (2007). O Conceito de Cuidador Analisado numa Perspetiva Autopoiética: Do Caos à Autopoética. *Psicologia, saúde e Doença*, 8(2), 181-196.

Oliveira, M., Reis, V., Zanelato, L. e Neme, C. (2008). Resiliência: Análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (4), 754-767.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Mulheres e Saúde. Evidências de Hoje, Agendas de Amanhã*. Geneva: WHO.

Pais Ribeiro, J. e Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do BriefCOPE. *Psicologia., Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.

- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 18)*. Crows Nest: Allen e Unwin.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto, J. (2013). *Otimismo, resiliência e sobrecarga familiar nos pais de crianças apoiadas pela equipa local de intervenção precoce de Leiria*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., Rei, G., Brehaut, J., Russell, D., Swinton, M., Rei, S., Wong, M., Walter, S. e Madeira, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMS Pediatrics*, 4, 1-13. doi: 10.1186/1471-2431-4-1.
- Rego, A. (2003). Comprometimento organizacional e ausência psicológica – Afinal, quantas dimensões?. *Organizações*. 25-35.
- Ribeiro, M. e Sani, A. (2009). Risco, Protecção e Resiliência em situações de violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 400-407.
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2006). Demência de Alzheimer e Cônjuges Cuidadores: Homens em Perspectiva. *Revista Psychologica*, 42, 71-87.
- Rocha, B. (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de ciências humanas e sociais: Universidade do Algarve.
- Rowe, O., Bastos, B. e Pinho, M. (2013). Múltiplos comportamentos com o trabalho e as suas influências no desempenho: um estudo entre professores do ensino superior no brasil. *Organizações e Sociedade*, 20(66), 501-522. doi:10.1590/S1984-92302013000300008.
- Rutter, M. (2007). Resilience, Competence, and Coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(1). 205-209.
- Sanches, S. e Rubio, K. (2010). Reflexões sobre o conceito de resiliência: superando adversidades no contexto esportivo. *Polémica*, 9(2), 92-98.
- Santos, D. (2011). *Burnout, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida nos Profissionais de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Santos, M. (2011). *Diagnóstico de intenções de comprometimento organizacional e envolvimento com o trabalho em equipas e grupos de trabalho*. Projeto de pós-graduação, Universidade de Brasília, Brasil.
- Sapouna, V., Dafermos, V., Chatziarsenis, M., Vivilaki, V., Bitsios, P., Schene, A. e Lionis, C. (2013). Assessing the burden of caregivers of patients with mental disorders: translating and validating the involvement valuation questionnaire into Greek. *Annals of General Psychiatric*, 12(1), 1-10. doi: 10.1186/1744-859X-12-3.
- Silva, M. e Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, M., Lunardi, V., Filbo, W. e Tavares, K. (2005). Resiliência e Promoção da saúde. *Texto contexto de enfermagem*, 14, 95-102.
- Silva, R. (2009). *Burnout, Coping e Resiliência em auxiliares de Acção Educativa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia: Universidade do Porto.
- Silva, M. (2012). A dura realidade da doença mental em Portugal. *Serviço Nacional de Saúde – as ameaças, a crise e os desafios*. Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Sivarajasingam, V., Shepherd, J., Matthews, K., Jones, S. (2002) Trends in violence in England and Wales 1995–2000: an accident and emergency perspective. *Journal of Public Health*, 24(3): 219-226.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2004). National Background Report for Portugal. *EUROFAMCARE- Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Germânia.

Tabachnick, B.G. e Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics, 5<sup>th</sup> Edition*. Boston: Allyn and Bacon.

Tamayo, A., Souza, M., Vilar, L., Ramos, J., Albernaz, J. e Ferreira, N. (2001). Prioridades Axiológicas e Comprometimento Organizacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 27-35.

Varanda, A. (2011). *Cruzar olhares sobre a intervenção familiar integrada e precoce em famílias em risco? Perceção das famílias multidesafiadas com crianças em idade pré-escolar em contextos de risco e dos técnicos que as acompanham acerca das suas necessidades e forças*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas: Universidade Católica Portuguesa, Porto.

World Health Organization (1996). *ICD-10 Guide for Mental Retardation. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health*. Geneva: WHO.

Wrosch, C., Amir, E. e Miller, G. (2011). Goal Adjustment Capacities, *Coping*, and Subjective Well-Being: The Sample Case of Caregiving For a Family Member With Mental Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 934-946. doi: 10.1037/a0022873.

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J.M., Magalhães e Caldas-de-Almeida, J.M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design, and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(19), 1-10. doi: 10.1186/1752-4458-7-19.

Zarit, S. e Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108(9), 47-53.