



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2012

**MARTA SOFIA ROSA  
SIMÕES**

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM  
CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS**



**MARTA SOFIA ROSA  
SIMÕES**

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM  
CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia na Especialidade de Clínica e Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sandra Soares, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e da Doutora Josefa Pandeirada, Bolseira de Investigação de Pós-doutoramento de Educação da Universidade de Aveiro.

## **O júri**

Presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira  
Professora Auxiliar C/ Agregação da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Marco Alexandre Barbosa de Vasconcelos  
Professor Auxiliar Convidado da Escola de Psicologia da Universidade do  
Minho

Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

Doutora Josefa das Neves Simões Pandeirada  
Bolsista Pós-doutoramento da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

À Prof. Doutora Sandra Soares, pela partilha do seu saber e pelo tempo que me dedicou ao longo deste ano de trabalho.

À Prof. Doutora Josefa Pandeirada, pela disponibilidade e atenção.

Às Diretoras Técnicas e Colaboradores das Instituições de Terceira Idade envolvidos no meu estudo, pela sua colaboração.

Aos meus Pais e Irmão, pelo seu apoio, força e motivação e por acreditarem em mim.

A todos os meus Amigos pela sua amizade, apoio e incentivo incondicional, que demonstraram nesta caminhada... enfim por estarem presentes nos bons e maus momentos. Principalmente: à Filipa pela amizade de toda uma vida, pelo seu apoio e palavra amiga nos momentos certos. E à Susana pela amizade, compreensão, partilha de momentos de descontração e pelo incansável incentivo.

Ao Fábio pela paciência, carinho, incentivo e compreensão que sempre demonstrou.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, e que irão contribuir para o meu percurso pessoal e profissional futuro.

Muito obrigada a Todos pelo carinho, amor, atenção, amizade e paciência ... inesgotáveis.

## Palavras-chave

Cuidadores formais de idosos institucionalizados; sintomatologia psicopatológica; vulnerabilidade ao *stress*; capacidade para o trabalho.

## Resumo

O presente estudo exploratório pretendeu avaliar a relação entre variáveis psicopatológicas, vulnerabilidade ao *stress* e capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos institucionalizados.

A amostra foi recolhida em instituições de terceira idade entre fevereiro de 2011 e março de 2012, sendo constituída por 104 trabalhadores de sete instituições que prestam cuidados a idosos. A recolha da informação realizou-se a partir de questionários de auto - relato. Os instrumentos utilizados foram o BDI, o STAY-1, o STAY-2, o BSI, o 23 QVS, e o ICT.

Os resultados mostraram que os cuidadores mais velhos apresentavam piores resultados no índice de capacidade para o trabalho e que quanto maior era o nível de sintomatologia psicopatológica experienciada pelo cuidador formal, menor era a sua capacidade para o trabalho. Constatou-se igualmente que uma maior vulnerabilidade ao *stress* estava relacionada com um menor índice de capacidade para o trabalho e com níveis superiores de sintomatologia psicopatológica. Quanto às habilitações dos cuidadores, verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade, melhor a capacidade para o trabalho. Estes resultados demonstraram a importância da ligação entre a investigação e a intervenção. A avaliação da capacidade para o trabalho poderá constituir um bom indicador para identificar os trabalhadores mais vulneráveis a desenvolver sintomatologia psicopatológica e, neste sentido, as instituições poderão promover ações de formação e estratégias de promoção da saúde para os seus colaboradores. A melhoria da capacidade para o trabalho destes profissionais deverá, em consequência, refletir-se numa prestação de cuidados de maior qualidade para os idosos a seu cargo.

**keywords**

Formal caregivers of institutionalized elderly; psychopathological symptoms, vulnerability to stress, ability to work.

**Abstract**

With this exploratory study we aimed to evaluate the relationship between psychopathological variables, vulnerability to stress and ability to work in formal caregivers of institutionalized elderly.

The sample was collected in institutions for the elderly between February 2011 and March 2012, and was consisted of 104 workers from seven institutions that provide care for the elderly. The data collection involved self - report questionnaires. The instruments used in this study were the BDI, STAY-1, STAY-2, BSI, 23 QVS and the ICT.

The results showed that older formal caregivers had worse results in the ability to work index and that the greater the level of psychopathological symptoms experienced by the caregiver, the lower was their ability to work. It was also found that a greater vulnerability to stress was associated with a lower capacity for work and higher levels of psychopathological symptoms. Regarding the qualifications of caregivers, it was found that the higher the educational level, the better the ability to work.

This study demonstrated the importance of the link between research and intervention. The assessment of work capacity could be a good indicator to identify the caregivers that are more vulnerable to develop psychopathological symptoms, in order that institutions may therefore promote training actions and strategies to support health for its employees. A better ability to work of these professionals should therefore be reflected in the provision of a higher care quality for seniors that are at their responsibility.

## **Lista de Siglas**

**23QVS** – Escala de Vulnerabilidade ao *Stress*

**AEP** – Associação Empresarial Portuguesa

**BDI** – Inventário de Depressão de Beck

**BSI** – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**FIOH** – *Finnish Institute of Occupational Health*

**ICT** – Índice de Capacidade para o Trabalho

**IGS** – Índice Geral de Sintomas

**ISP** – Índice de Sintomas Positivos

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**STAY-1** – Inventário de Estado - Ansiedade

**STAY-2** – Inventário de Traço - Ansiedade

**TSP** – Total de Sintomas Positivos

**WAI** – *Work Ability Index*

**WHO/SDE/OEH** - *World Health Organization Sustainable Development and Healthy Environments*

## Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	A Institucionalização do Idoso .....	2
1.2.	Cuidadores Formais Vs Cuidadores Informais.....	3
1.3.	Saúde Ocupacional .....	4
1.4.	Capacidade para o trabalho .....	5
1.5.	Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> .....	7
1.6.	Sintomatologia psicopatológica .....	8
2.	Método .....	9
2.1.	Participantes .....	9
2.2.	Instrumentos .....	10
3.	Procedimentos .....	13
3.1.	Procedimentos de recolha de dados.....	13
3.2.	Procedimentos estatísticos.....	14
4.	Resultados .....	14
4.1.	Resultados descritivos .....	14
4.2.	Correlações entre as variáveis .....	17
5.	Discussão e conclusões .....	18
6.	Referências bibliográficas .....	24



## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos cuidadores formais de idosos.

**Tabela 2** – Descrição das pontuações das escalas em função das características sociodemográficas, assim como dos valores médios obtidos.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra em relação à classificação da capacidade para o trabalho.

**Tabela 4** – Correlações entre as variáveis estudadas.

## **1. Introdução**

O trabalho desenvolvido pretendeu explorar a relação entre a sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao *stress* e capacidade para o trabalho nos cuidadores formais de idosos institucionalizados. Considerou-se pertinente abordar o tema do envelhecimento, dado que a população estudada (cuidadores formais) presta cuidados a idosos. Para além disso, importa salientar que o envelhecimento acarreta necessidades especiais para o indivíduo, que por sua vez provocam nos seus familiares um sentimento de frustração pela incapacidade na prestação de cuidados adequados, o que comumente conduz à institucionalização do idoso (Fragoso, 2008). Os cuidadores formais encontram-se expostos a elevadas pressões e exigências, que poderão comprometer o seu bem-estar e capacidade para o trabalho. Neste contexto, surge a necessidade de aprofundar o estudo na área da saúde ocupacional, de forma a potenciar a capacidade para o trabalho dos cuidadores formais de idosos, uma população em constante crescimento nas últimas décadas devido ao aumento significativo da esperança média de vida [Direção Geral da Saúde (DGS), 2004].

### **O Envelhecimento**

Envelhecer é um processo natural a que todos os seres vivos estão sujeitos que se inicia mesmo antes do seu nascimento e sofre ao longo da vida mudanças graduais a nível biológico, psicológico e social (DGS, 2004; Schroots & Birren, 1980). O envelhecimento da população é atualmente, e segundo Fragoso, “um fenómeno cada vez mais presente nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento” (2008, p.52). Neste contexto, Portugal não é exceção, pois, ao avaliar os resultados dos últimos censos realizados em 2011, verificou-se o aumento do número de idosos (19.15%), em detrimento da população jovem (14.89%), indicando uma clara inversão da pirâmide etária. Neste momento, a esperança média de vida situa-se nos 79.2 anos, prevendo-se que essa tendência aumente em 2050, com o aumento da longevidade para 81 anos (Governo Português, 2012).

O aumento da esperança média de vida é justificado pela melhoria das condições de vida e pelos avanços da ciência. Associada à diminuição da fecundidade, o aumento da esperança média de vida conduz ao envelhecimento da população, originando mudanças a nível individual, familiar, social e profissional (DGS, 2004; Fragoso, 2008; Vaz et al., 2004). Este fenómeno vai potenciar o aumento do número de idosos em situação de

dependência, pretendendo-se que as instituições responsáveis possam adequar os serviços prestados aos idosos (DGS, 2004; Martínéz, 2005).

A dependência dos idosos pode manifestar-se a nível físico e comportamental. No que se refere ao nível físico, este caracteriza-se pela incapacidade funcional e individual, onde a pessoa idosa poderá apresentar dificuldades na realização das suas atividades diárias. Por sua vez, a dependência comportamental poderá surgir como resultado da dependência física e poderá ser explicada através da perda de controlo e dificuldade em realizar tarefas, que poderão ser realizadas por outra pessoa, mesmo contra a vontade do indivíduo (Miguel, Barros Pinto, & Marcon, 2007).

### **1.1. A Institucionalização do Idoso**

O agravamento da dependência do idoso leva, inevitavelmente, ao aumento dos seus problemas de saúde e conseqüente perda de autonomia, o que origina a incapacidade dos familiares em prestar cuidados, surgindo a institucionalização neste contexto. Contudo, os problemas de saúde e a perda de autonomia não são os únicos aspetos que determinam a institucionalização dos idosos, podendo apontar-se ainda o isolamento e a falta de recursos económicos e habitacionais (Fragoso, 2008; Martins, 2006). Neste contexto, as redes sociais constituem-se como um pilar importante de apoio às famílias, não tendo como objetivo substituí-las (Fragoso, 2008; Martins, 2006), embora se verifica atualmente um crescente abandono dos idosos. Deste modo, cabe às instituições proporcionar a prestação de cuidados (Fragoso, 2008). Neste âmbito, será importante compreender o processo de envelhecimento de uma forma holística, o que implica “uma intervenção e envolvimento sistémico de todos os intervenientes implicados no ato de cuidar, nomeadamente o idoso, a família, os cuidadores formais e informais, os técnicos, a estrutura organizacional e a própria comunidade em que o idoso está inserido” (Fragoso, 2008, p. 52).

O termo cuidar, associa-se ao ato intrínseco a todos os indivíduos, com o objetivo de proteger e melhorar a sua condição humana (Watson, 2002). Este cuidado pode ser desenvolvido tanto pela família como pelos profissionais de instituições, surgindo neste contexto o cuidador formal, que presta cuidados com o intuito de satisfazer ou responder às necessidades de quem cuida (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso, & Vale, 2008).

## 1.2. Cuidadores Formais Vs Cuidadores Informais

Segundo Paúl e Fonseca (1999), a pessoa que cuida do idoso é designada por cuidador (ou *caregiver*), distinguindo-se dois tipos de cuidadores: os cuidadores formais e os cuidadores informais, podendo ainda estes últimos dividir-se em principais e secundários, em função do grau de envolvimento nos cuidados prestados (Laham, 2003; Leite, 2006). Mais especificamente, os cuidados principais são efetuados pela família direta, enquanto que os secundários ficam ao encargo de familiares próximos, vizinhos ou amigos, com o papel de auxiliar temporária ou pontualmente o cuidador primário (Laham, 2003; Leite, 2006; Paúl & Fonseca, 1999; Santos, 2004).

Os cuidadores informais envolvem geralmente membros da família, amigos e vizinhos do idoso, que prestam cuidados regulares, não remunerados, e que não possuem qualquer tipo de formação adequada para a prestação de cuidados a idosos (Nascimento et al., 2008; Schulz & Quittner, 1998). Por sua vez, os cuidadores formais surgem de forma formal e remunerada na prestação de cuidados a idosos dependentes e na sequência da incapacidade da família na prestação dos cuidados necessários. Estes cuidados geralmente ficam a cargo dos profissionais de saúde e de instituições de apoio à terceira idade (Leite, 2006; Martínéz, 2005; Nascimento et al., 2008). Estes profissionais possuem conhecimentos para intervir de forma adequada, conhecendo as necessidades do idoso e apoiando-o na realização das suas atividades diárias (Hartke, King, Heinemann, & Semik, 2006).

Cuidar de idosos acarreta nos cuidadores formais elevadas exigências que poderão levantar questões relacionadas com a sua saúde, sendo comum que estes indivíduos apresentem níveis elevados de *stress*, não estando na maioria das situações as organizações preparadas para lidar com os problemas apresentados pelos seus colaboradores (Dejours, 1992). De acordo com a literatura, são os técnicos da área da Geriatria e, sobretudo, os mais novos, que apresentam mais dificuldades em lidar com situações desfavoráveis. Este facto deve-se principalmente à sua falta de experiência e pouca eficiência. Por sua vez, os técnicos mais velhos apresentam principalmente dificuldades na tomada de decisão e fadiga psicológica (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007), bem como apresentam pensamentos disfuncionais ou atitudes desajustadas (Shyu, 2006).

Em suma, o ato de cuidar de idosos, obriga aos trabalhadores da área social, elevadas exigências diárias e um enorme desgaste emocional, que poderá influenciar

fortemente a sua saúde física e mental. Em situações extremas, estas condições poderão desencadear stress ocupacional e burnout (Codo, Sampaio, & Hitomi, 1993). O burnout é apresentado como uma perturbação psicológica, provocando no indivíduo exaustão física e mental, prejudicando a sua capacidade para trabalhar (Maslach, 2003).

### **1.3. Saúde Ocupacional**

A Saúde Ocupacional surge com o objetivo de melhorar o bem-estar físico, mental e social dos profissionais, prevenindo prováveis alterações prejudiciais para a sua saúde e procurando oferecer condições de trabalho adequadas às exigências do mesmo [World Health Organization Sustainable Development and Healthy Environments (WHO/SDE/OEH), 1999]. As exigências do trabalho, quando não adequadas às capacidades e competências do trabalhador, podem implicar desgaste, conduzindo ao *stress*, mal-estar e a doenças ligadas à profissão, diminuindo a sua capacidade funcional e consequentemente a sua capacidade para o trabalho (Ilmarinen, 2001; WHO/SDE/OEH, 1999).

Neste sentido, nas organizações, a saúde ocupacional interliga-se com a higiene e segurança no trabalho. A higiene no trabalho atua ao nível das condições de trabalho, tendo como objetivo identificar e controlar os riscos, e prevenir as doenças profissionais. Por sua vez, a segurança no trabalho atua ao nível da prevenção de acidentes de trabalho, com a eliminação de condições inseguras de trabalho e com a promoção de ações de sensibilização aos trabalhadores, mostrando a forma mais eficaz e segura de realizar o seu trabalho (Associação Empresarial Portuguesa, 2004; Ministério da Saúde, 2004).

Em Portugal, atualmente, existe legislação que refere a obrigatoriedade das organizações em: 1) prevenir riscos profissionais e promover a saúde do trabalhador; 2) identificar e avaliar riscos, de forma a elaborar estratégias de prevenção; 3) atualizar os serviços; 4) e sempre que necessário articular com outras organizações, serviços e profissionais. Estas medidas dependem sempre da sua aplicabilidade na organização, do número de trabalhadores e do tipo de serviço desempenhado por estes (Decreto-Lei nº26/94, de 1 de fevereiro). Para isso, deve existir nas organizações uma política de melhoria de condições de trabalho. Essa política deverá incluir, por exemplo, a existência de um médico do trabalho, bem como diretrizes e estratégias a adotar relativamente à higiene e segurança do trabalho (Decreto-Lei nº 441/91, de 14 de novembro).

#### 1.4. Capacidade para o trabalho

O conceito da capacidade para o trabalho (*Work Ability*), é apresentado como a relação entre os recursos que a pessoa dispõe e as exigências do seu trabalho. Os recursos pessoais incluem as capacidades físicas, mentais e sociais dos indivíduos, enquanto que as que dizem respeito às exigências do trabalho, englobam a comunidade envolvente, a organização e o ambiente de trabalho (Bellusci & Fischer, 1999; Ilmarinen, 2001; Ilmarinen, 2009). Uma boa capacidade para o trabalho, funciona como promotor de bem-estar no trabalhador e, ao mesmo tempo, promove a produtividade e a qualidade de trabalho na organização (Ilmarinen, 2001).

Para medir a capacidade para o trabalho, o *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH) desenvolveu um instrumento de autoavaliação, tendo sido denominado de *Work Ability Index* (WAI). Este instrumento foi aplicado, pela primeira vez, em 1981, num estudo que se desenvolveu durante 16 anos, analisando uma amostra de trabalhadores municipais (Tuomi, 1997). Para além deste grupo de trabalhadores, o WAI foi já aplicado a outras amostras particularmente sujeitas a elevados níveis de *stress*, como é o caso dos enfermeiros (Hasselhorn, Tackenberg, & Müller, 2003; Radkiewicz e Widerszal-Bazyl, 2005). As características psicométricas do WAI no setor de enfermagem foram verificadas pelo estudo de Radkiewicz e Widerszal-Bazyl (2005), no qual o instrumento foi aplicado a uma amostra 40.000 enfermeiros de 10 países europeus, tendo os resultados apontados para a fidelidade e validade da medida nesta classe de profissionais em particular. Os resultados obtidos demonstram valores totais de consistência interna de  $\alpha=0.72$ , compreendendo-se os *alfas de cronbach* entre os valores de 0.54 para a Eslováquia e de 0.79 para a Finlândia (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005). Salienta-se igualmente outro estudo com uma amostra de 33491 enfermeiros de vários países da Europa, incluindo Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Grã-Bretanha, Noruega, Itália, Polónia, Suécia e Eslováquia, tendo o instrumento apresentado igualmente valores aceitáveis de consistência interna, que variavam entre  $\alpha=0.70$  na Noruega e  $\alpha=0.83$  na Itália (Hasselhorn, Tackenberg, & Müller, 2003). Os resultados obtidos neste estudo demonstraram um valor médio do ICT de 39.1. Tendo-se verificado na Polónia o valor mais baixo de capacidade para o trabalho (36.3) e na Noruega o mais elevado (42.0) (Hasselhorn, Tackenberg, & Müller, 2003). O WAI foi já traduzido para 24 línguas, ficando a cargo de Silva e colaboradores a sua tradução e adaptação para a língua portuguesa, no ano de 2001, que se passou a designar de

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (Silva et al., 2001). O ICT tem como objetivo avaliar a competência do trabalhador para a realização do seu trabalho, tendo em consideração as exigências do mesmo, as condições de saúde e os recursos psicológicos do trabalhador. O instrumento pretende ainda identificar os trabalhadores e locais que necessitem de intervenção, delinear recomendações e medidas a desenvolver, assim como proceder à avaliação da eficácia das mesmas. De salientar que o ICT pode ser utilizado em qualquer setor de atividade, dado a sua construção e conteúdo (Silva et al., 2001).

A nível internacional, este instrumento tem sido utilizado para estudar a capacidade para o trabalho, nas mais diversas áreas de atividade, tais como o estudo desenvolvido na Finlândia, com uma amostra de 196 trabalhadores de construção civil e trabalhadores industriais (Sörensen et al., 2008); na Alemanha, com uma amostra de 100 professores e 60 empregados de escritório (Seibt, Lutzkendorf, & Thinschmidt, 2005); na Polónia com 1180 trabalhadores (Bugajska, Makowiec-Dabrowska, Jegier, & Marskalek, 2005) e 500 médicos (Oginska, Pokorski, Pokorska, & Nitecka, 2005); e no Brasil, com uma amostra composta de 69 trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar (Andrade & Monteiro, 2007).

Em Portugal, os primeiros estudos iniciaram-se em 2001 e só em 2006 foi realizada a aferição para a população portuguesa, onde o ICT foi aplicado a uma amostra de 1955 trabalhadores portugueses de vários ramos de atividade, como por exemplo: saúde, educação, comércio e serviços, indústria, administração pública e forças policiais, entre outros. Dos 1955 trabalhadores estudados, a maioria apresentava boa e excelente capacidade para o trabalho (Silva et al., 2011).

De 2009 a 2011 foi realizada uma nova aferição do ICT para a população portuguesa, com o objetivo de indicar valores de referência para a população ativa portuguesa. A média do ICT total encontra-se no valor de 40.42 ( $DP=5.42$ ), sendo que para o sexo feminino o valor médio é de 39.76 ( $DP=5.60$ ), enquanto para o sexo masculino é de 41.00 ( $DP=5.19$ ). Relativamente aos setores de atividade, os valores médios de ICT situam-se entre 38.9 ( $DP=5.63$ ) para o Ensino, seguido da Saúde com 39.45 ( $DP=5.85$ ), apresentado o setor das forças policiais a média mais alta de ICT, com 41.29 ( $DP=4.79$ ) (Silva et al., 2011). Noutro estudo com uma amostra de 343 enfermeiros portugueses, os resultados obtidos indicam que 42.3% dos enfermeiros questionados possuem uma boa capacidade para o trabalho e 42% uma excelente capacidade, sendo o desvio padrão de

4.65 e a mediana de 42 pontos. Relativamente à consistência interna, o instrumento apresentou valores de  $\alpha=0.55$  (Fernandes, Magalhães, Antão, Anes, & Mata, 2011). Este estudo, apesar de não avaliar a mesma população do presente trabalho, apresenta algumas semelhanças ao nível das exigências físicas e psicológicas a que os profissionais de saúde e os cuidadores formais de idosos se encontram sujeitos. Dada a não existência de pesquisas que estudem os cuidadores formais de idosos ao nível da sua capacidade para o trabalho, o nosso estudo apresenta-se como uma mais-valia, atendendo às tendências demográficas de envelhecimento da população e, conseqüentemente, da crescente necessidade de prestação de serviços a este nível.

### **1.5. Vulnerabilidade ao *Stress***

A vulnerabilidade ao *stress* é apresentada como o resultado da relação entre a predisposição pessoal e os acontecimentos da vida quotidiana (Dohrenwend, 1998), podendo ter origem em fatores fisiológicos, psicológicos e sociais (Vaz Serra, 2000a). Assim, quando as exigências do meio são percebidas como superiores às competências individuais, pode ser vivida uma situação de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984).

A percepção de uma situação de *stress* está relacionada com o grau de vulnerabilidade apresentado pelo indivíduo, que pode dever-se ao facto de percecionar não dispor das competências necessárias para lidar com as exigências criadas pela situação. Assim, uma situação de *stress* pode desencadear distorção da percepção, diminuição da tolerância à frustração, criação de pensamentos disfuncionais, bem como prejudicar os processos de tomada de decisão (Skosnik, Chatterton, Swisher, & Park, 2000; Vaz Serra, 2000a).

A nível organizacional, o *stress* está na maioria das vezes associado ao fenómeno de *burnout* que afeta os trabalhadores, tendo como conseqüências mais frequentes a ansiedade e a depressão (Hespanhol, 2005). A forma como afeta os indivíduos encontra-se relacionada com o nível de vulnerabilidade dos próprios indivíduos (Vaz Serra, 2000a). Estudos como o de Pocinho e Capelo (2009), realizado com uma amostra de professores, demonstram que indivíduos mais vulneráveis ao *stress* utilizam estratégias de fuga e de gestão de sintomas, em vez de recorrerem a estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas, defendidas por estes autores como as mais eficazes para a resolução de situações de *stress*.



## 1.6. Sintomatologia psicopatológica

A atividade subjacente à prestação de cuidados a idosos, acarreta no cuidador exigências que poderão levar ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Jenaro, Flores, & Arias, 2007; Leiter, 2005; Salanova, Bakker & Llorens, 2006).

No campo da saúde mental os sintomas de ansiedade e os sintomas depressivos são dos mais prevalentes, podendo estar relacionados e constituindo-se como dimensões afetivas negativas (American Psychiatric Association, 2002). A ansiedade envolve uma manifestação psicofisiológica que se encontra associada ao *stress*, tendo como característica principal a preocupação exacerbada de uma situação, em que o indivíduo não apresenta capacidade para a controlar, podendo manifestar-se através de sintomas somáticos próprios (palpitações, suores, tremores, desconforto, náuseas ou mal estar, sensação de tontura, medo de perder o controlo, medo de morrer, ente outros) (American Psychiatric Association, 2002; Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). A depressão por sua vez, é considerada como uma perturbação de humor, que envolve o humor depressivo, diminuição de interesse ou prazer em realizar atividades, perda de peso, insónia ou hipersónia, fadiga, diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, entre outros sintomas, alterando a perceção do indivíduo, que observa de forma catastrófica os seus problemas, afetando conseqüentemente o seu funcionamento físico e mental (American Psychiatric Association, 2002; Gameiro et al., 2008).

Estudos desenvolvidos no quadro da depressão e ansiedade demonstram que estes se encontram relacionados com a incapacidade profissional, dado que indivíduos que apresentam sintomas depressivos e de ansiedade manifestam menor produtividade, maiores taxas de absentismo e estão mais suscetíveis a desenvolver doenças relacionadas com o trabalho (Bilsker, Gilbert, Myette, & Stewart-Patterson, 2005; Elinson, Houck, Marcus, & Pincus, 2004; Gilmour & Patten, 2007).

A literatura revela que os profissionais que se encontram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental são normalmente os que se relacionam de forma mais direta com quem cuidam, como por exemplo, professores, profissionais de saúde ou forças policiais (Baba, Galaperin, & Lituchy, 1999). Os fatores que poderão explicar esse facto são: um clima negativo de trabalho, desempenhar papéis ambíguos, ou ainda, falta de clareza nas tarefas que executam (Schaefer & Moos, 1996). As pressões no trabalho, os conflitos ou a sobrecarga contribuem para o desequilíbrio, podendo conduzir ao

desenvolvimento de sintomatologia depressiva e *burnout*. O estudo realizado com enfermeiros por Baba e colaboradores (1999), revelou uma forte relação entre a depressão, o *stress* e o *burnout*, e o trabalho de enfermagem.

A presente investigação surge no âmbito da crescente importância do grupo de cuidadores formais de idosos na nossa sociedade, e a relação entre o bem-estar do trabalhador e a sua capacidade para o trabalho. Assim, o presente estudo teve com objetivo estudar a relação entre a sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao *stress* e capacidade para o trabalho dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. Os objetivos específicos deste trabalho, para os quais se apresentam as hipóteses específicas são:

1. Explorar a relação entre as variáveis idade, tempo de atividade e nível de escolaridade com o ICT. Esperamos que: a) os indivíduos com mais idade apresentem menores valores de ICT; b) os indivíduos com mais tempo de atividade, apresentem valores menores de ICT; e c) que os indivíduos que tenham maiores níveis de escolaridade, apresentem valores mais elevados de ICT.
2. Apurar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, tempo de atividade e escolaridade) com a vulnerabilidade ao *stress*. Esperamos que: a) os indivíduos com mais idade apresentem maiores valores de vulnerabilidade ao *stress*; b) os indivíduos com mais tempo de atividade apresentem menores valores de vulnerabilidade ao *stress*; e c) que os indivíduos que tenham maiores níveis de escolaridade, apresentem valores menores de vulnerabilidade ao *stress*.
3. Avaliar a relação entre a vulnerabilidade ao *stress*, o ICT e a sintomatologia psicopatológica. Esperamos que: a) quanto maior for a vulnerabilidade ao *stress*, menor serão os resultados do ICT; b) quanto maior for a vulnerabilidade ao *stress* maiores serão os resultados da sintomatologia psicopatológica; e c) quanto maior for a sintomatologia psicopatológica apresentada pela população estudada, menor será a capacidade para o trabalho da mesma.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

O presente trabalho foi realizado com uma amostra de conveniência, sendo esta constituída por 104 cuidadores formais de idosos institucionalizados, provenientes de 7

Instituições de acolhimento de idosos do distrito de Leiria. Os dados obtiveram-se entre fevereiro de 2011 e março de 2012.

Como critérios de inclusão na amostra consideraram-se os seguintes: 1) ser colaborador em instituição de acolhimento de idosos; 2) estar em contato direto com o idoso; e 3) ter idade superior a 18 anos. Como critério de exclusão considerou-se não ter nacionalidade portuguesa.

Do que diz respeito às características sociodemográficas, estas serão sumariadas, para mais fácil visualização, na Tabela 1. Em termos médios, a nossa amostra tem 44.02 ( $DP=10.01$ ) anos de idade, e 10.37 ( $DP=8.39$ ) anos de serviço.

**Tabela 1-** Características sociodemográficas dos cuidadores formais de idosos.

	N	%
<b>Idade</b>		
22-35	21	20.19
36-50	55	52.88
51-68	28	26.92
<b>Sexo</b>		
Feminino	101	97.12
Masculino	3	2.88
<b>Estado Civil</b>		
Casados	73	70.19
Solteiros	17	16.35
Viúvos	5	4.81
União de facto	2	1.92
Separados	1	0.96
Divorciados	6	5.77
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiros	7	6.73
Técnicos Superiores de Serviço Social	6	5.77
Animadoras Sócio Culturais	5	4.81
Auxiliares de Limpeza	28	26.92
Ajudantes de Lar	35	33.65
Ajudantes Familiares	16	15.38
Outros profissionais	7	6.73
<b>Escolaridade</b>		
<6º ano	49	0.47
9º-12º ano	39	0.38
Ensino superior	16	0.15
<b>Tempo de atividade</b>		
<10 anos	56	53.85
10-20 anos	38	36.54
>20 anos	10	9.62

## 2.2. Instrumentos

A recolha de dados envolveu a aplicação de questionários a cuidadores formais de idosos institucionalizados. O protocolo de avaliação foi constituído pela ficha de dados

sociodemográficos, o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Estado – Traço de Ansiedade – Forma Y (STAY –1 e 2), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), o 23 QVS - vulnerabilidade ao *stress* e o ICT.

**Variáveis sociodemográficas.** “*Ficha de dados sociodemográficos*” que pretendia avaliar as seguintes variáveis: idade, género, estado civil, escolaridade, residência, profissão, categoria e tempo de atividade.

**Inventário de Depressão de Beck (BDI).** (versão original: Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Aferição Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). Esta é uma escala de autoavaliação da depressão, que pretende avaliar a forma como o sujeito se sente e não o que manifesta e é constituída por 21 grupos de sintomas característicos (como por exemplo: estado de ânimo triste (humor), pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, afastamento social, etc...). Cada grupo inclui várias perguntas que são classificadas em graus de gravidade: inexistente, leve, moderado e grave. A interpretação dos dados é realizada por níveis: 0-9 não deprimido; 10-20 depressão leve (compreendendo os valores entre 10 a 17 a disforia, e 17 a 20 os estados depressivos leves); 20 a 30 depressão moderada e pontuações entre 30 e 63 a depressão severa; valores mais elevados indicam maior severidade dos sintomas depressivos. As características psicométricas mostram-se boas, tendo sido amplamente reconhecidas por vários autores, apresentando ainda uma correlação elevada com a escala de ansiedade de Hamilton (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

**Inventário de Estado – Traço de Ansiedade – Forma Y (STAY –1 e 2).** (versão original: Spielberger, 1983; Aferição Portuguesa: Silva & Campos, 1998). Este instrumento de autoaplicação, tem como objetivo avaliar a ansiedade podendo ser administrado tanto individualmente, como em grupo. Pretende-se que o indivíduo responda o que sente no momento da resposta na Escala de Estado de Ansiedade, e como se sente geralmente na Escala de Traço de Ansiedade. As respostas são formuladas numa escala de *likert* de 4 pontos, variando de 1 (grau mínimo de ansiedade) a 4 (grau máximo de ansiedade), contendo em cotação inversa 10 itens na Escala de Estado e 9 itens na Escala de Traço de Ansiedade. O resultado é obtido pela soma dos valores de cada escala, podendo ir de 20 a 80, sendo que quanto maior a pontuação, maior a ansiedade. As duas escalas apresentam valores de consistência interna com boa fiabilidade, apresentando a Escala de Estado, valores de *alfa de cronbach* de 0.91 para o sexo masculino e 0.93 para o sexo feminino; relativamente à Escala de Traço, esta demonstra valores de *alfa de*

*cronbach* de 0.89 no sexo masculino e de 0.89 no sexo feminino (Gonçalves, Simões, Machado, & Almeida, 2003).

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)** (*Brief Symptom Inventory*; Derogatis & Spencer, 1982; Versão Portuguesa aferida de Canavarro, 1999). Este inventário é composto por 53 itens e tem por objetivo avaliar nove dimensões básicas de sintomatologia psicopatológica (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). A cada uma destas dimensões apresentam-se associadas vários itens. A cotação da escala permite ainda calcular três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP), estes índices constituem-se como avaliações gerais da perturbação emocional. A avaliação da sintomatologia psicopatológica restringe-se a um período temporal, pedindo-se ao indivíduo que descreva o “grau em que cada problema o incomodou durante a última semana”, numa escala de *likert* que compreende os extremos “nunca” (0) e “muitíssimas vezes” (4) (Canavarro, 2007). Relativamente às características psicométricas, o BSI apresenta valores de consistência interna favoráveis, verificados através do coeficiente de *alfa de cronbach* que se situou entre os valores de 0.70 e 0.80 (Canavarro, 2007).

**Escala 23 QVS.** (Vaz Serra, 2000b). Tem como objetivo principal avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, identificando 7 fatores: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; privação de afeto e rejeição. A cotação é efetuada com recurso a uma escala de *likert* (concordo em absoluto; concordo bastante; nem concordo nem discordo; discordo bastante e discordo em absoluto). O valor que constitui o ponto de corte da escala é o 43, sendo que quem pontue acima desse valor apresenta vulnerabilidade ao *stress*. Em relação às características psicométricas, esta escala apresenta uma boa consistência interna, indicando valores de *alfa de Cronbach* de 0.82 (Vaz Serra, 2000b).

**Índice de Capacidade para o trabalho – ICT.** (*Work Ability Index*, desenvolvido pelo FIOH; Versão Portuguesa por Silva et al., 2001). O Índice de Capacidade para o Trabalho é composto por 7 dimensões: 1) capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor, 2) capacidade de trabalho em relação às exigências da atividade, 3) número de doenças atuais diagnosticadas por um médico, 4) estimativa do grau de incapacidade para o

trabalho devido a doenças, 5) absentismo no último ano devido a doença, 6) prognóstico do próprio acerca da capacidade para o trabalho daí a dois anos e 7) recursos psicológicos. Cada questão é pontuada individualmente, obtendo-se uma pontuação final numérica que pode variar entre 7 e 49 (Silva et al., 2001). De acordo com os resultados obtidos, a capacidade para o trabalho pode ser classificada em quatro níveis: 7-27 capacidade para o trabalho pobre; 28-36 capacidade para o trabalho moderada; 37-43 capacidade para o trabalho boa; e, 44-49 capacidade para o trabalho excelente. No primeiro caso, a análise dos resultados permite propor medidas, de modo a reparar a capacidade para o trabalho do indivíduo. No segundo caso, as medidas a propor devem visar a melhoria da capacidade para o trabalho. No terceiro caso, é essencial sustentar a capacidade para o trabalho. Por fim, no quarto caso, é importante que os trabalhadores recebam instruções acerca do modo como devem manter essa capacidade (Silva et al., 2001).

### **3. Procedimentos**

#### **3.1. Procedimentos de recolha de dados**

O presente estudo é quantitativo, de natureza transversal, baseado na aplicação de questionários de autorrelato. Num primeiro momento, efetuou-se o contato com os representantes das instituições onde se pretendia realizar o estudo, entregando-lhe uma carta de pedido de autorização. De seguida, procedeu-se ao contato com as diretoras técnicas, onde se explicou a finalidade e os objetivos da investigação, solicitando que fizessem chegar o protocolo a todos os colaboradores da instituição; foi ainda pedido que fornecessem algumas instruções: que respondessem pela ordem pelo qual eram apresentados os instrumentos e que lessem sempre as instruções do cabeçalho.

No protocolo entregue a cada colaborador das instituições estava incluída uma carta de apresentação, onde se explicava, ao pormenor, o objetivo e contornos da investigação, e disponibilizava o contacto da investigadora. Para além disso, e com vista à obtenção do consentimento informado, os colaboradores receberam ainda um documento que dataram e assinaram.

Os questionários foram entregues aos participantes em envelope fechado pela diretora técnica de cada instituição e foram devolvidos à mesma, em envelope fechado, de maneira a garantir as questões de confidencialidade e minimizar a desejabilidade social. A recolha dos instrumentos, em cada instituição, foi efetuada por cada diretora técnica, junto

dos seus colaboradores e foi entregue à investigadora, dentro do prazo de um mês, dado o número de colaboradores existentes em cada instituição.

### **3.2. Procedimentos estatísticos**

No tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 19), com que procedemos aos cálculos necessários para as estatísticas descritivas e correlacionais. Em relação às estatísticas descritivas, foram calculadas frequências, médias e desvios-padrão das variáveis. Para testar associações entre variáveis calculámos coeficientes de correlação de *Pearson*. O nível de significância estatística foi estipulado para valores de  $p < .05$ .

## **4. Resultados**

Nesta secção pretendemos apresentar os resultados obtidos na sequência do tratamento estatístico. Começamos pela descrição dos dados obtidos em cada uma das escalas em função das dimensões avaliadas por cada uma, assim como o seu resultado global. Descrevemos depois a análise das relações existentes entre as variáveis em estudo, nomeadamente, entre o ICT, a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica.

### **4.1. Resultados descritivos**

Relativamente aos resultados obtidos nos instrumentos, apresentamos na tabela que se segue as pontuações obtidas nas diversas escalas em função das várias características sociodemográficas (ver Tabela 2).

Em relação aos resultados globais dos instrumentos, pode verificar-se que relativamente ao BDI, na sua globalidade, a maioria dos cuidadores formais de idosos institucionalizados não apresentavam sintomatologia depressiva, apresentando um valor que se situa entre os valores normativos de 0-9.

Os valores apresentados no inventário Estado-Traço de Ansiedade, quando comparados com os dados normativos portugueses para o grupo de adultos do sexo feminino (Ansiedade-Estado  $M= 39.20$ ;  $DP=10.21$ ; Ansiedade-Traço  $M=40.10$ ;  $DP= 9.01$ ) e sexo masculino (Ansiedade-Estado  $M= 37.80$ ;  $DP= 8.93$ ; Ansiedade-Traço  $M= 38.30$ ;  $DP= 9.01$ ), revelam-se próximos dos valores normativos.

**Tabela 2-** Descrição das pontuações das escalas em função das características sociodemográficas, assim como dos valores médios obtidos.

Variáveis	Categoria	Instrumentos							
		BDI	STAY-1	STAY-2	BSI			23 QVS	ICT
					TSP	IGS	ISP		
					<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>	<i>(DP)</i>		
Sexo	Feminino	6.16	38.81	39.72	26.52	0.78	1.61	40.67	39.78
	N=101	(6.24)	(9.74)	(10.80)	(14.08)	(0.53)	(1.31)	(11.03)	(5.14)
	Masculino	6.24	30.33	31.00	18.00	0.52	1.51	40.33	37.67
	N=3	(6.11)	(5.03)	(6.93)	(10.39)	(0.34)	(0.22)	(2.08)	(3.21)
Idade	22-35	3.90	34.76	36.48	23.00	0.61	1.35	35.29	42.43
	N=21	(5.15)	(7.94)	(9.45)	(13.32)	(0.40)	(0.26)	(11.81)	(3.99)
	36-50	7.00	39.44	39.67	27.69	0.85	1.75	41.04	38.87
	N=55	(6.94)	(10.80)	(11.97)	(14.86)	(0.61)	(1.75)	(10.88)	(5.18)
	51-68	6.21	39.71	41.32	25.96	0.73	1.50	43.96	39.36
	N=28	(5.09)	(8.16)	(8.96)	(12.80)	(0.40)	(0.23)	8.76)	(5.14)
Escolaridade	<6º ano	6.78	40.73	41.61	26.90	0.78	1.74	42.16	38.92
	N=49	(6.48)	(10.19)	(10.46)	(13.73)	(0.49)	(1.84)	(10.77)	(4.97)
	9º-12º ano	6.33	38.64	40.05	27.18	0.84	1.54	42.69	39.69
	N=39	(6.58)	(9.23)	(11.35)	(15.37)	(0.61)	(0.38)	(10.20)	(5.16)
	Ensino Superior	3.88	31.75	31.50	22.19	0.56	1.36	31.13	42.25
	N=16	(3.72)	(6.04)	(6.21)	(11.23)	(0.33)	(0.28)	(7.87)	(4.81)
Tempo de atividade	<10 anos	6.36	39.04	39.77	25.32	0.78	1.75	40.61	39.75
	N=56	(6.95)	(10.38)	(11.66)	(14.93)	(0.60)	(1.73)	(12.12)	(5.14)
	10-20anos	4.89	38.08	38.89	27.08	0.74	1.41	41.00	40.55
	N=38	(4.70)	(9.04)	(9.64)	(13.86)	(0.44)	(0.28)	(8.96)	(4.66)
	>20anos	9.90	37.80	40.00	28.60	0.81	1.49	39.70	36.40
	N=10	(5.72)	(9.22)	(10.77)	(9.13)	(0.34)	(0.25)	(11.10)	(5.64)
<b>M Total</b>		6.16	38.57	39.47	26.28	0.77	1.60	40.66	39.72
<b>N=104</b>		(6.21)	(9.73)	(10.78)	(14.02)	(0.52)	(1.29)	(10.87)	(5.10)

Na análise do BSI foram apenas considerados os seus valores totais, nomeadamente o IGS, que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados - valores normativos para a população geral  $M=0.84$ ;  $DP=0.48$ . No ISP, que apresenta a intensidade de todos os



sintomas apresentados - valores normativos para a população geral  $M=1.56$ ;  $DP=0.39$ , e o TSP, que caracteriza o número de queixas sintomáticas apresentadas - valores normativos para a população geral  $M=26.99$ ;  $DP=11.72$ . Em suma, e atendendo aos valores obtidos na nossa amostra e aos valores normativos para os vários índices, verificamos que a nossa amostra revelou um nível de sintomatologia psicopatológica dentro dos valores normativos.

Relativamente à escala 23 QVS, 49 indivíduos da nossa amostra apresentavam resultados que sugerem vulnerabilidade ao *stress* (i. e., um valor de QVS maior de 43). Contudo, verificou-se que a média global da amostra se situava abaixo do valor do ponto de corte (43).

Analisando os resultados obtidos no ICT e considerando cada um dos sete itens ou dimensões do mesmo, estes parecem sugerir que relativamente à “*Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor*” (ICT1), numa pontuação de 1 (*incapacidade total*) a 10 (*capacidade máxima*), os cuidadores formais de idosos institucionalizados apresentavam uma média de 8.54 pontos ( $DP=1.12$ ), revelando, desta forma, que a capacidade para o trabalho atual se encontra próxima da “*capacidade máxima*” (10). Relativamente à “*Capacidade de trabalho tendo em conta as exigências físicas e mentais da atividade*” (ICT2), a média de respostas traduz uma capacidade para o trabalho próxima de “*Boa*” ( $M=7.89$ ;  $DP=1.14$ ). Quando questionados sobre as “*Doenças atuais diagnosticadas pelo médico*” (ICT3), a média situou-se no valor de 4.46 pontos ( $DP=2.0$ ), indicando que a maioria apresentava duas doenças com diagnóstico médico. Em relação à “*Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença*” (ICT4), numa pontuação de 1 (*Completamente incapaz para trabalhar*) a 6 (*Ausência de limitações*), em média os cuidadores formais de idosos institucionalizados referiram ter capacidade para realizar o seu trabalho, apesar deste lhes provocar alguns sintomas ( $M=5.20$ ;  $DP=0.90$ ). No que concerne ao “*Absentismo durante o último ano*” (ICT5) devido a problemas de saúde (doença ou exames), numa pontuação de 1 (*Nenhum dia*) a 5 (*100-365 dias*), em média os cuidadores “*no máximo faltaram 9 dias*” ( $M=4.50$ ;  $DP=0.89$ ). Quando questionados sobre o “*Prognóstico da capacidade de trabalho para daqui a dois anos*” (ICT6), tendo em conta a saúde, numa pontuação descontínua de 1 (*Improvável*), 4 (*Talvez*) e 7 (*Quase de certeza*), os resultados sugerem que em média, os cuidadores formais avaliavam o prognóstico como mais próximo de “*Talvez*” ( $M=5.53$ ;  $DP=1.82$ ). Em relação aos

“*Recursos psicológicos*” (ICT7), numa pontuação de 0 (*Nunca*) a 4 (*Sempre*), na sua maioria os cuidadores formais consideram que “*frequentemente*” ( $M=3.58$ ;  $DP=0.79$ ) têm conseguido apreciar as suas atividades habituais do dia a dia e que nos últimos tempos se têm sentido ativos e otimistas em relação ao futuro. No global, verificamos assim que a nossa amostra apresenta valores de capacidade para o trabalho boas ( $M=39.72$ ;  $DP=5.10$ ) (ver Tabela 3), o que é consistente com os dados obtidos por Silva e colaboradores (2001).

**Tabela 3** – Distribuição da amostra em relação à classificação da capacidade para o trabalho.

Capacidade para o trabalho	N	%
Pobre (7-27)	1	0.96
Moderada (28-36)	29	27.88
Boa (37-43)	44	42.31
Excelente (44-49)	30	28.85

#### 4.2. Correlações entre as variáveis

De seguida, apresentaremos os resultados obtidos referentes à análise estatística correlacional dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta aos objetivos específicos de investigação e testar as hipóteses formuladas. O primeiro objetivo formulado, dizia respeito à relação entre as variáveis sociodemográficas e a capacidade para o trabalho. Os resultados obtidos indicam que a variável idade se encontra significativa e negativamente relacionada com a capacidade para o trabalho ( $r=-.217$ ,  $p=.014$ ), evidenciando que à medida que a idade aumenta, a capacidade para o trabalho diminui, tal como previsto. Relativamente à variável escolaridade, e também de acordo com o que prevíamos, a correlação foi igualmente significativa, mas, neste caso, positiva com a capacidade para o trabalho ( $r=.276$ ,  $p=.002$ ). No caso da variável tempo de atividade, esta não se apresentou significativamente correlacionada com a capacidade para o trabalho ( $r=-.132$ ,  $p=.092$ ), embora a relação ocorra no sentido esperado (i.e., quanto maior o tempo de atividade, menor a capacidade para o trabalho).

Relativamente ao segundo objetivo formulado, que pretendia avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a vulnerabilidade ao *stress*, ficou evidente que quanto maior fosse a idade, maiores os valores de vulnerabilidade ao *stress* ( $r=.247$ ,  $p=.006$ ). Os resultados revelaram ainda que maiores níveis de escolaridade indicavam menores valores de vulnerabilidade ao *stress* ( $r=-.414$ ,  $p<.001$ ), o que corrobora igualmente uma das nossas

hipóteses. Em relação à variável tempo de atividade, os resultados esperados indicavam a diminuição dos níveis de vulnerabilidade ao *stress* em função dessa variável, apesar de se ter verificado o inverso, embora de forma não significativa ( $r=.012, p=.452$ ).

Na análise da relação da sintomatologia psicopatológica com a capacidade para o trabalho apresentada pelos cuidadores formais de idosos, os resultados obtidos indicaram que, na globalidade, todas as variáveis se encontravam negativa e significativamente correlacionadas com a capacidade dos cuidadores formais desempenharem o seu trabalho, como ilustrado na Tabela 4. Estes resultados vão, uma vez mais, de encontro ao previsto inicialmente.

Os resultados obtidos relativamente à relação entre a vulnerabilidade ao *stress*, a sintomatologia psicopatológica e a capacidade para o trabalho, são também apresentados na Tabela 4. Estes resultados indicam que a vulnerabilidade ao *stress* se encontra positiva e significativamente correlacionada com a sintomatologia psicopatológica, contrastando com a correlação negativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e a capacidade para o trabalho. Não obstante, em ambos os casos, os resultados obtidos vão de encontro ao esperado.

## **5. Discussão e conclusões**

Apresentados e analisados os resultados obtidos, procedemos agora a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito da capacidade para o trabalho e a sua relação com a sintomatologia psicopatológica e vulnerabilidade ao *stress*. Vamos apresentar a discussão dos resultados, de acordo com a sequência da sua apresentação.

As variáveis sociodemográficas que nos propusemos avaliar apresentaram, na sua maioria, correlações significativas com a capacidade para o trabalho. Relativamente à idade, constatámos que à medida que a idade avança, tende a existir uma diminuição da capacidade para o trabalho, o que vai ao encontro de vários estudos, que indicam que o avançar da idade pode vir a provocar um aumento dos problemas de saúde e, consequentemente, a diminuição progressiva da capacidade para o trabalho (Andrade & Monteiro, 2007; Bugajska, Makowiec-Dabrowska, Jegier, & Marskalek, 2005; Hasselhorn et al., 2003; Kiss, Walgraeve & Vanhoorne, 2002; Liira et al., 2002; Pereira, Silva, Castelo-Branco, & Latino, 2002; Pohjonen, 2001), diminuindo assim, a capacidade de realizar e assimilar novas funções (Nunez, 2010; Rabbitt & Lowe, 2000).

**Tabela 4-** Correlações entre as variáveis estudadas

Variáveis	ICT	STAIY-1	STAIY-2	23 QVS	TSP	IGS	ISP	BDI	Idade	Escolaridade
1. ICT										
2. STAIY-1	-.336**									
3. STAIY-2	-.391**	.873**								
4. 23 QVS	-.352**	.527**	.611**							
5. TSP	-.318**	.579**	.615**	.411**						
6. IGS	-.367**	.668**	.712**	.476**	.915**					
7. ISP	-.240**	.418**	.408**	.252**	.249**	.398**				
8. BDI	-.413**	.558**	.600**	.527**	.435**	.582**	.168*			
9. Idade	-.217*	.107	.096	.247**	.038	.013	-.001	.093		
10. Escolaridade	.276**	-.247**	-.283**	-.414**	-.099	-.105	-.108	-.133	-.364**	
11. Tempo de atividade	-.132	-.060	.003	.012	.062	-.011	-.033	.027	.567**	-.021

BSI

\*p < .05; \*\* p < .01

Relativamente à variável escolaridade, verificámos que quanto maior o nível de escolaridade do trabalhador, maior a sua capacidade para desempenhar as suas tarefas. Este dado vai de encontro aos resultados encontrados por Golubic, Milosevic, Knezevic, & Mustajbegovic (2009), que sugerem que um maior nível de escolaridade envolve uma melhor capacidade para o trabalho. Esta poderá ser fomentada pelas capacidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para realizar o seu trabalho (Tuomi, Huuhtanen, Nykyri, & Ilmarinen, 2001).

Em relação à variável tempo de atividade, apesar de vários estudos indicarem que quanto maior é o tempo de atividade, maior é o risco de apresentar uma capacidade para o trabalho pobre ou moderada (ex., Bellusci & Fischer, 1999), e que quanto mais tempo o trabalhador se encontra sujeito às exigências do seu trabalho, menor será a sua capacidade funcional (Tuomi, Ilmarinen, & Martikainen, 1997), esta hipótese não foi corroborada na amostra estudada, dado que esta correlação não atingiu significância estatística. Contudo, a relação ocorreu no sentido negativo esperado. Uma possível explicação prende-se com o facto de apenas 9.62% da amostra apresentar mais do que 20 anos de atividade profissional.

No que diz respeito à relação entre vulnerabilidade ao *stress* e as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a idade e a escolaridade se correlacionavam significativamente com a vulnerabilidade ao *stress*. No caso da idade, e de acordo com Rogers, Dubey e Reich (1979, citado por Santos & Castro, 1998), esta parece ser determinante na diminuição da capacidade do indivíduo para lidar com situações de *stress*, verificando-se um aumento da vulnerabilidade ao *stress*. A escolaridade demonstra-se igualmente relacionada com a vulnerabilidade, mas de forma inversa, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade ou habilitações, menor o nível de vulnerabilidade a situações de *stress*, o que vai ao encontro de estudos como o de Zimmerman e colaboradores (2005), que demonstraram que uma formação adequada poderá proporcionar menores níveis de *stress* nos cuidadores. Contudo, relativamente à variável tempo de atividade, o mesmo não se observou, tendo os resultados obtidos contrariado a hipótese formulada, em que prevíamos que o aumento dos anos de atividade fossem acompanhados da diminuição dos níveis de vulnerabilidade ao *stress*. Estes resultados podem ser comparados com outros estudos que corroboram a mesma ideia, apesar de terem envolvido outro tipo de amostras, apresentando os cuidadores em média 10 anos de tempo de serviço (cuidadores de pessoas

com doença mental, Silva, 2008; professores, Payne & Furnham, 1987). As características sociodemográficas da amostra do nosso estudo poderão suportar os presentes resultados, dado que uma grande percentagem dos cuidadores (53.85%) se encontrara há menos de 10 anos neste tipo de atividade. Quanto à sintomatologia psicopatológica, os resultados mostram que a presença de sintomas psicopatológicos diminui a capacidade de trabalho, ficando o cuidador mais suscetível ao desenvolvimento de doenças profissionais (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, & Gómez-Benito, 2004; Salanova, 2009). Outros autores indicam que a presença de sintomatologia depressiva prejudica a capacidade do trabalhador, impedindo-o de desempenhar as suas funções eficazmente, encontrando-se fortemente ligada ao aumento do absentismo e diminuição da produtividade (Elinson, et al., 2004; Gilmour & Patten, 2007). No presente estudo verificámos ainda que a vulnerabilidade ao *stress* estava correlacionada com a diminuição do índice de capacidade para o trabalho e com o aumento da sintomatologia psicopatológica. No que diz respeito à relação entre vulnerabilidade ao *stress* e o ICT, a literatura indica que o *stress* no trabalho poderá prejudicar a eficácia do trabalhador, pois influencia negativamente a atenção e concentração na realização da tarefa (Skosnik, Chatterton, & Swisher, 2000), bem como a tomada de decisão (Lehner et al., 1997, citado em Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). A falta de eficácia no trabalho acarreta no indivíduo consequências, tais como, a insatisfação com a realização das funções que lhe são atribuídas e a falta de cumprimento dos objetivos defendidos pela organização, podendo levar esse facto à diminuição da produtividade, aumento do absentismo e de acidentes de trabalho (Vaz Serra, 2000a).

Segundo a literatura, são os profissionais de saúde que se apresentam como o setor profissional mais sensível a desenvolver doenças físicas e psicológicas, potenciando a vulnerabilidade a situações de *stress*, devido principalmente à sobrecarga e excesso de trabalho, à pressão de tempo para realizar as suas tarefas, à relação com os colegas de trabalho, mas também à necessidade de lidar com a morte e sofrimento de quem cuida (Payne & Firth-Cozens, 1987). O *stress* e a pressão a que se encontram sujeitos poderão provocar uma diminuição do seu rendimento de trabalho e, principalmente, comprometer os seus níveis de bem-estar (Payne & Firth-Cozens, 1987). No caso específico de estudos com cuidadores formais de idosos, os resultados demonstram que os profissionais da área da geriatria estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas,

potenciando assim a vulnerabilidade as situações de *stress* a que se encontram permanentemente sujeitos (Azevedo, 2010).

Quanto à relação entre o *stress* e a presença de sintomas psicopatológicos, são vários os autores que concordam com a ideia de que existe uma relação direta entre a vulnerabilidade ao *stress* e a depressão (Vaz Serra, 2000a; Wang et al., 2010), encontrando-se estas variáveis igualmente associadas a outros problemas mentais, como a fadiga, irritabilidade, baixa autoestima e ansiedade (Connor-Smith & Compas, 2002; Griffiths, Knight, & Mahudin, 2009). Outros autores afirmam que os indivíduos mais vulneráveis ao *stress* têm maior tendência para desenvolver perturbações psicopatológicas, bem como para a manutenção e agravamento de sintomas já existentes (Amaral & Vaz Serra, 2010; Delongis & Newth, 1998; Vaz Serra, 2000a).

No presente estudo procurou-se adicionalmente caracterizar a amostra segundo a sua capacidade para o trabalho, onde se pôde observar que a capacidade de trabalho atual é, na sua globalidade, “boa”. Neste sentido, as instituições deverão ter como objetivo promover estratégias para a manter e melhorar o desempenho dos colaboradores nas instituições, dado que se verificou que a presença de sintomatologia psicopatológica compromete a capacidade para o trabalho e, conseqüentemente, a prestação de cuidados aos idosos institucionalizados. Ao mesmo tempo, deverão ser minimizadas as circunstâncias que possam colocar em risco estas capacidades (Silva et al., 2001), desenvolvendo para isso a supervisão e a cooperação na prestação de cuidados, uma vez que cuidar de idosos acarreta ao cuidador formal exigências que se refletem muitas vezes na sua saúde (Fragoso, 2008).

### **Implicações práticas**

No presente estudo verificámos que níveis mais elevados de escolaridade se encontram associados a maiores níveis de ICT, o que pode justificar a proposta de ações de formação dirigidas especialmente aos grupos com menor grau de escolaridade. Estas ações teriam como intuito dotar os cuidadores formais com menores habilitações de mais conhecimentos técnicos, permitindo-lhes responder de uma forma mais adequada e eficaz aos desafios que este tipo de população acarreta.

Outra correlação significativa encontrada foi entre as variáveis idade e capacidade para o trabalho, ou seja, à medida que a idade avança o ICT diminui. Nesse sentido, poderíamos sugerir que as organizações adotassem estratégias de prevenção face à perda

precoce da capacidade para o trabalho e de promoção da saúde. No que concerne à dimensão psicológica, os resultados obtidos indicam que existe uma relação significativa entre a sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao *stress* e ICT. Neste contexto poderíamos sugerir, por exemplo, formações com vista a uma melhor gestão dos elevados níveis de *stress* e desgaste emocional, e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes. Esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente: 1) a possível dificuldade sentida pelos trabalhadores em interpretar as questões dos instrumentos, podendo esse facto dever-se aos baixos níveis de escolaridade; 2) a divisão não homogénea do tempo de trabalho, idade, nível de escolaridade e da representatividade das categorias profissionais, na medida em que pode ocultar algumas relações entre as variáveis estudadas; e 3) o estudo basear-se nos autorrelatos dos trabalhadores, facto que nos alerta para a necessidade de interpretar os resultados com cautela. No entanto, apesar destas limitações, este é um estudo inovador que explora pela primeira vez a relação entre variáveis que se revelaram importantes para o ICT e que podem orientar sugestões de intervenção nas instituições com vista à melhoria da capacidade para o trabalho dos seus colaboradores.

Como sugestões para outras investigações, poderíamos realizar um estudo longitudinal que permitisse acompanhar o trabalhador ao longo do tempo. Esta avaliação permitiria uma melhor compreensão da evolução das diferentes variáveis de interesse ao longo do tempo, assim como a avaliação da eficácia das medidas propostas, tendo por base os resultados iniciais do ICT. Deverá ser ainda acautelada uma melhor representatividade das diferentes variáveis da amostra, nomeadamente, ao nível do tempo de trabalho, idade, nível de escolaridade e da representatividade das categorias profissionais dos cuidadores formais de idosos. Reforçamos a importância da realização deste tipo de estudos que poderão contribuir para a melhoria das capacidades de trabalho e bem-estar dos profissionais estudados e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.



## 6. Referências bibliográficas

- Associação Empresarial de Portugal (2004). *Manual de formação: Higiene e segurança no trabalho* - Programa formação PME, retirado de [http://pme.aeportugal.pt/Aplicacoes/Documentos/Uploads/2004-10-15\\_16-29-37\\_AEP-HIGIENE-SEGURANCA.pdf](http://pme.aeportugal.pt/Aplicacoes/Documentos/Uploads/2004-10-15_16-29-37_AEP-HIGIENE-SEGURANCA.pdf)
- Amaral, A. & Vaz Serra, A. (2010). Vulnerabilidade ao *stress*, circunstâncias adversas e estado de saúde – Estudos transversais. *Psiquiatria Clínica*, 31(1), 5-12.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Andrade C., & Monteiro, M. (2007). Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 237-244. doi:10.1590/S0080-62342007000200009
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. P., & Cunha, M. J. (2010, fevereiro). *Vulnerabilidade ao stress, desordens emocionais, qualidade de vida e bem-estar em cuidadores formais de idosos institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga.
- Baba, V., Galaperin, B. L., & Lituchy, T.R. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.
- Bellusci, S. M., & Fischer, F. M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista Saúde Pública*, 33(6), 602-609. doi: 10.1590/S0034-89101999000600012
- Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., & Stewart-Patterson, C. (2005). *Depression & work function: Bridging the gap between mental health care & the workplace*. Calgary: Gilbert Action Le Page Ltd.
- Bugajska, J., Makowiec-Dabrowska, T., Jegier, A., & Marskalek, A. (2005). Physical work capacity ( $VO_{2\max}$ ) and work ability (WAI) of active employees (men and women) in Poland. *International Congress Series*, 1280, 156-160. doi:10.1016/j.ics.2005.03.001
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 95-109). Braga: APPORT/ SHO.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 95-107). Coimbra: Quarteto Editora.
- Codo, W., Sampaio, J. C., & Hitomi, A. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: Uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39–55. doi:10.1023/A:1013889504101
- Decreto-lei nº 26/94 de 1 de fevereiro. *Diário da República nº26/94 - I Série A*. Ministério do Emprego e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de novembro. *Diário da República nº262/91*. Lisboa.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Oboré.
- DeLongis, A., & Newth, S. (1998). Coping With Stress. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp.583-593). San Diego: Academic Press.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dohrewend, B. P. (1998). *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S., & Pincus, H. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55(1), 29-34. doi:10.1176/appl.ps.55.1.29
- Fernandes, A., Magalhães, C., Antão, C., Anes, E., & Mata, M. (2011). Avaliação da capacidade para o trabalho em enfermeiros. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem*, 2(4), p.666.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede - Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar*, 5(8), 51-61.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D.,... Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.

- Gilmour, H. & Patten, S. (2007). Depression at work. *Perspetives on labour and Income*, 8(11), 19-31.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2056-2066. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05057.x
- Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C. (2003). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Governo Português (2012). *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações - Programa de ação do AEEASG 2012 Portugal*. Retirado de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Griffiths, A., Knight, A., & Mahudin, D. (2009). *Ageing, work-related stress and health: Reviewing the evidence*. Institute of Work, Health & Organisations. University of Nottingham. Retirado de [http://taen.org.uk/uploads/resources/24455\\_TAEN\\_Work\\_Related\\_Stress\\_32pg.pdf](http://taen.org.uk/uploads/resources/24455_TAEN_Work_Related_Stress_32pg.pdf)
- Hartke, R. J., King, R. B., Heinemann, A. W., & Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 150-156. doi:10.1037/0090-5550.51.2.150
- Hasselhorn H-M, Tackenberg, P., & Müller, B.H. (2003). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout e stress ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Ilmarinen, J. (2001). Aging workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 58(8), 546-551. doi:10.1136/oem.58.8.546
- Ilmarinen. J. (2009). Work ability-a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1-5. doi:10.5271/sjweh.1304
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80-87.

- Kiss, P., Walgraeve, M., & Vanhoorne, M. (2002). Assessment of work ability in aging fire fighters by means of the work ability index preliminary results. *Archives of Public Health*, 60(3-4), 233-243.
- Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, São Paulo.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Leite, M. (2006). *Impacto da demência de alzheimer no cônjuge prestador de cuidados*. (Dissertação de Doutorado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Leiter, M. (2005). Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(2),131-144. doi:10.1080/10615800500082473
- Liira, J., Peltomäki, P., Leino, T., Räsänen, K., Bergström, M., & Huuskonen, M. (2002). Maintaning working ability in Finland. In: *Proceedings of the Workshop Quality of Work. New approaches and strategies in occupational safety and health*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Limonero, T., Tomás-Sábado, T., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. Y. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad Y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: Desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Universidad Complutense de Madrid.
- Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, ciência e tecnologia*,32, 126-140. Retirado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258.
- Miguel, M., Barros Pinto, M. E., Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de*

- Enfermagem*, 9(3), 784 – 795. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17>
- Ministério da Saúde. (2004). *Doenças profissionais na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2003. Um contributo para o diagnóstico e a prevenção*. Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa. Retirado de [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SO\\_DoemProf03.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SO_DoemProf03.pdf)
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J., Veloso, L. C., & Vale, A. R. (2008). Cuidador de idosos: Conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514- 517. doi:10.1590/S0034-7167200800400019
- Nunez, I. (2010). The effects of age on health problems that affect the capacity to work: An analysis of United Kingdom labour-force data. *Ageing and Society*, 30(3), 491–510. doi:10.1017/S0144686x09990602
- Oginska, H., Pokorski, J., Pokorska, J., & Nitecka, E. (2005). Chronoergonomics and WAI in Polish physicians. *International Congress Series*, 1280, 118-123. doi:10.1016/j.ics.2005.02.047
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação, cultura*. 3(2), 345-362.
- Payne, M. A., & Furnham, A. (1987). Dimensions of occupational stress in West Indian secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57, 141-150. doi: 10.1111/j.2044-8279.1987.tb03148.x
- Payne, R., & Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in health professionals*. Chichester: Wiley & Sons.
- Pereira, A. M., Silva, C. F., Castelo-Branco, M. C., & Latino, M. L. (2002). *Saúde e a capacidade para o trabalho na docência*. IV Congresso Nacional de Saúde Ocupacional (Livro de Comunicações), 29 a 31 de Outubro. Póvoa do Varzim, pp. 159-167.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de *coping* e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367.
- Pohjonen, T. (2001). Age-related physical fitness and the predictive values of fitness tests for work ability in home care work. *Journal of occupational and environment medicine*, 43(8), 723-730.

- Rabbitt, P., & Lowe, C. (2000). Patterns of cognitive ageing. *Psychological Research*, 63, (3–4), 308–316. doi:10.1007/s004269900009
- Radkiewicz, P., & Widerszal-Bazyl, M. (2005). Psychometric properties of work ability index in the light of comparative survey study. *International Congress Series*, 1280, 304-309. doi:10.1016/j.ics.2005.02.089
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M., Bakker, A., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 1–22. doi:10.1007/s10902-005-8854-8
- Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, A. M., & Castro, J.J. (1998). *Stress. Análise Psicológica*, 4, 675-690.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff,s job morale and functioning. *Research in nursing & health*, 19(1), 63-73. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199602)19:1<63::AID-NUR7>3.0.CO;2-J
- Schroots, J., & Birren, J. (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. *Proceedings of 9<sup>th</sup> International Conference of Social Gerontology*. Quebec, 43-54.
- Schulz, R., & Quittner, A. L. (1998). Caregiving for children and adults with chronic conditions: introduction to the special issue. *Health Psychology*, 17(2), 107-111. doi:10.1037/h0092707
- Seibt, R., Lutzkendorf, L., & Thinschmidt, M. (2005). Risk factors and resources of work ability in teachers and office workers. *International Congress Series*, 1280, 310-315. doi:10.1016/j.ics.2005.02.006
- 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*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shyu, Y. (2006). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 35-41.

- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: três conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Rodrigues, V., ... Alves, A. (2011). *Índice de capacidade para o trabalho – Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Análise Exata – Consultadoria, Formação e Edição de Livros.
- Silva, C., Rodrigues, V., Sousa, C., Cotrim, T., Rodrigues, P., Pereira A., ... Maia, P. (2001). Índice de capacidade para o trabalho – Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa. FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventario de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Silva, M. F. (2008). *A vulnerabilidade ao stress e as estratégias de coping dos prestadores de cuidados a pessoas com deficiência mental*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Skosnik, P. D., Chatterton, R. T., Swisher, T., & Park, S. (2000). Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology*, 36(1), 59–68. doi:10.1016/S0167-8760(99)00100-2
- Sörensen, L. E, Pekkonen, M. M., Männikkö, K. H, Louhevaara, V. A., Smolander, J., & Alén M. J. (2008). Associations between work ability, health-related quality of life, physical activity and fitness among middle-aged men. *Applied Ergonomics*, 39(6), 786-791. doi:10.1016/j.apergo.2007.11.001
- Tuomi, K. (1997). Eleven-year-follow-up of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 1-71
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine*, 51(5), 318-324. doi:10.1093/occmed/51.5.318
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., & Martikainen, R. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 58-65.
- Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 4, 279-308.

- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vaz, M., E., Silva, L. F., Alves, F., Vieira, C., Silva, T., Sousa, F., ... Hoven, R. (2004). *Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: resultados preliminares*. Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: reflexividade e ação. Atelier: Modernidade, Incerteza e Risco.
- Wang, Z., Inslicht, S. S., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., McCaslin, S.E., Tong, H.,... Marmar CR. A. (2010). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, 175(3), 211-216. doi:10.1016/j.psychres.2008.11.010
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization Sustainable Development and Healthy Environments (1999). *Internacional statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) in occupational health*. World Health Organization. Retirado de [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/oehicd10.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf)
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(1), 96-105. doi: 10.1093/geront/45.suppl\_1.96