



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Dora Alexandra Redruello

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO
CLIMA EMOCIONAL EM CUIDADORES DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM
CONTEXTO INSTITUCIONAL**

**Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Área de
Psicologia Clínica e da Saúde, Subespecialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e Saúde, orientado pelo Professor Doutor Daniel
Maria Bugalho Rijo, Co-Orientado pela Professora Doutora
Diana dos Santos Ribeiro da Silva e apresentado à Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra**

outubro de 2021

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional

Dora Alexandra da Silva Redruello Correia

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde,
Subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e Saúde, orientado pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo, Co-
Orientado pela Professora Doutora Diana dos Santos Ribeiro da Silva e apresentado à
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

outubro de 2021



Resumo

Os serviços associados aos cuidados a pessoas com deficiência e incapacidade assistiu a um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, que permite entender a condição de deficiência e incapacidade como resultado da interação da pessoa com o meio. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF, 2004) introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de saúde. Sendo a interação da pessoa com os contextos o que define a sua condição de participação, podendo o meio atuar como facilitador ou como bloqueio, não é de somenos importância que as instituições que atuam no sector devam ser elas mesmas protagonistas de um contexto facilitador. Para tal, são fundamentais as atitudes e emoções dos colaboradores que, diretamente, interagem com as pessoas com deficiência e incapacidade e que devem promover um contexto relacional seguro e de conforto.

É objeto desta tese a Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência e Incapacidade em Contexto Institucional (EACE-CPDICI), a partir da adaptação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Local de Trabalho/Estudo (EACEL/T; Albuquerque et al., 2019). A EACE-CPDICI baseia-se no modelo dos três sistemas de regulação do afeto: *threat*, *drive* e *safeness-soothing*. A EACE-CPDICI é composta por 30 itens, divididos em duas Partes, cada uma com 15 itens. A Parte 1 avalia a frequência com que são sentidas as emoções descritas no local de trabalho. A Parte 2 avalia as motivações subjacentes ao sistema ativado. Em cada uma das Partes cinco itens concorrem para o sistema de *drive*, cinco itens concorrem para o sistema de *threat* e cinco itens para o sistema de *soothing*.

Não existem, à data, aferida para a população portuguesa de cuidadores de pessoas com deficiência uma escala que avalie o clima emocional. Ainda, tendo em conta especificidade deste sector, entende-se que a validação da EACE-CPDICI permitirá a existência de um instrumento que avalie o clima emocional nas organizações de prestação de cuidados às pessoas com deficiência e incapacidade. A avaliação do clima emocional tornará possível, *a posteriori*, impactar na melhoria dos serviços prestados pelas organizações de terceiro sector, com benefícios diretos tanto para os clientes que servem como para os seus colaboradores.

A amostra foi constituída por 147 participantes, cuidadores de pessoas com deficiência em contexto institucional. Destes, 43 são do sexo masculino e 104 do sexo feminino,

correspondendo, respectivamente a 29% e 71%. As idades dos respondentes estão compreendidas entre 22 e 63 anos de idade ($M= 45$; $Dp= 8,7$).

Foi realizado o estudo de dimensionalidade da EACE-CPDICI através de Análise Fatorial Confirmatória (CFA) para cada uma das dimensões que a compõem. As CFA conduzidas demonstraram resultados satisfatórios para cada uma das dimensões do modelo. A consistência interna foi aferida utilizando o alfa de Cronbach com valores obtidos aceitáveis (Parte 1 *threat* $\alpha= .61$, *drive* $\alpha= .74$, *soothing* $\alpha= .76$; Parte 2 *threat* $\alpha= .71$, *drive* $\alpha= .74$ e *soothing* $\alpha= .68$). As correlações realizadas usando o coeficiente de correlação de Spearman revelaram associação positiva da dimensão *treath* com dimensões de afeto negativo e humor ansioso ou deprimido e correlação positiva com dimensões ansiosas, de stress e burnout. A dimensão *drive* correlacionou-se de forma positiva com dimensões de afeto positivo e de forma negativa com humor deprimido e estados ansiosos. A dimensão *soothing* apresentou associações positivas com dimensões afetivas positivas e de compaixão e associação negativa com estados/traços ansiosos e de desconexão.

Em suma, a EACE-CPDICI revela potencial para futuras investigações para que se possa apresentar como um instrumento fidedigno na utilização em contexto de cuidados a pessoas com deficiência e incapacidade, podendo, assim, promover uma correta avaliação do clima emocional e subseqüente desenvolvimento positivo das organizações.

Palavras-chave: deficiência; contexto institucional; clima emocional; cuidadores; regulação dos afetos

Abstract

Services associated with care for people with disabilities and incapacity witnessed a paradigmatic shift from the disease axis to the health axis, which allows understanding the condition of disability and incapacity as a result of the person's interaction with the environment. The International Classification of Functioning (ICF, 2004) introduces a new, more dynamic and complex way of understanding the health situation of individuals or populations, compatible with the multidimensional framework that involves the complete health experience. Since the person's interaction with the contexts defines their condition for participation, and the environment can act as a facilitator or as a block, it is not insignificant that the institutions operating in the sector should themselves be protagonists of a facilitating context. To this end, the attitudes and emotions of employees who directly interact with people with disabilities and incapacity are essential and must promote a safe and comfortable relational context.

The goal of this thesis is the Validation of the Emotional Climate Assessment Scale for Caregivers of People with Disabilities in Institutional Context (EACE-CPDICI), based on the adaptation of the Emotional Climate Assessment Scale in the Workplace/Study (EACEL/T; Albuquerque et al., 2019). The EACE-CPDICI scale is based on the theoretical model of the self-regulation system based on dimensions: threat, drive and safeness-soothing. The EACE-CPDICI consists of 30 items, divided into two Parts, each with 15 items. Part 1 assesses how often described emotions are felt in the workplace. Part 2 assesses the underlying motivations for the activated system. In each of the Parts five items concur for the drive system, five items for the threat system and five items for the soothing system.

Considering the fact that, to date, there is no scale for the Portuguese population of caregivers of people with disabilities that assesses the emotional climate and the specificity of this sector, the validation of the EACE-CPDICI will provide a specific instrument to assess the emotional climate in organizations providing care to people with disabilities and incapacities, making it possible to impact the improvement of services provided by third sector organizations, with direct benefits for both the clients they serve as for employees.

The sample consisted of 147 participants, caregivers of people with disabilities in an institutional context. Of these, 43 were male and 104 female, corresponding to 29% and 71%, respectively. Respondents' ages ranged between 22 and 63 ($M= 45$; $SD= 8.7$).

The study of the EACE-CPDICI dimensionality was carried out through Confirmatory Factor Analysis (CFA) for each of the dimensions that compose the Scale, which is based on the model of the three affect regulation systems: threat, drive and safeness-soothing. The CFA showed satisfactory outcomes for each of the dimensions of the model. Internal consistency was measured using Cronbach's alpha and acceptable values were obtained (Part 1 threat $\alpha=$

.61, drive $\alpha = .74$, soothing $\alpha = .76$; Part 2 threat $\alpha = .71$, drive $\alpha = .74$ and soothing $\alpha = .68$). The correlations performed using Spearman's correlation coefficient revealed a positive association of the threat dimension with dimensions of negative affect and anxious or depressed humor and a positive correlation with anxious, stress and burnout dimensions. The drive dimension was positively correlated with positive affect dimensions and negatively correlated with depressed humor and anxiety states. The soothing dimension presented positive associations with positive affect and compassion dimensions and negative association with anxious and disconnection states/traits.

In short, the EACE-CPDICI will need further research so that it can be presented with certainty as a reliable instrument in the context of care for people with disabilities and incapacity, thus being able to promote a correct assessment of the emotional climate and subsequent positive development of the organizations.

Keywords: *disability; institutional context; emotional climate; caregivers; affect regulation*

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo pela orientação, partilha de conhecimentos e sabedoria, paciência e compreensão.

À Doutora Diana Ribeiro da Silva pelo apoio e disponibilidade demonstrados e palavras de incentivo.

À Dra. Laura Santos pela amabilidade e aconselhamento.

Ao Dr. Ruben Sousa pela ajuda prestada.

À Joana (meu porto seguro, minha terra firme), à Ana B., à Carla, à Paula, à Ana Maria, à Ana S. e à Rosa por estarem e serem, sempre, para mim.

À APCC – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra por todo o tempo disponibilizado, pela solidariedade demonstrada, por todos os dias me recordar de que aquela é a minha casa.

À Laura por não me permitir trabalhar tanto quanto deveria lembrando-me assim do que é verdadeiramente importante.

Para a minha Avó.

You are whole and also part of larger and larger circles of wholeness you may not even know about. You are never alone. And you already belong. You belong to humanity. You belong to life.

Jon Kabat-Zinn

Índice

1- Enquadramento conceptual	9
1.1 As Pessoas com Deficiência e Incapacidade em Contexto Institucional	9
1.2 O Papel dos Cuidadores nos Contextos Institucionais de Deficiência e Incapacidade	11
1.3 A Perspetiva Evolucionária, o Papel das Emoções e o Sistema de Autorregulação dos Afetos	12
1.4 A Pertinência da Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional	16
2 - Objetivos	18
2.1 Hipóteses de Investigação	18
3 - Metodologia	19
3.1 Amostra	19
3.2 Instrumentos	20
3.3 Procedimento de Recolha de Dados	25
3.4 Estratégia Analítica	26
3.5 Resultados	28
4 - Discussão	39
Bibliografia	44
Anexos	49

1 - Enquadramento conceptual

1.1 As Pessoas com Deficiência e Incapacidade em Contexto Institucional

Pessoas com deficiência e incapacidade são todas as pessoas que apresentam ou alterações nas funções do corpo ou limitações na participação autónoma nas diferentes dimensões da vida, sendo esta limitação à participação potenciada pelos padrões de interação e funcionalidade entre a pessoa e o meio de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2004). Na CIF (2004), o termo deficiência corresponde, de forma mais restrita, a alterações ao nível das funções do corpo, enquanto o termo incapacidade é mais abrangente, integrando os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais), ou seja, interação dinâmica entre o indivíduo e o meio. Um indivíduo pode apresentar uma alteração ao nível das funções do corpo e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade. Por exemplo, uma pessoa que tem alterações nas funções visuais mas com as próteses adequadas, no caso, óculos, consegue ter um desempenho sem limitações na sua vida diária. De modo oposto, uma pessoa pode experienciar incapacidade sem ter nenhuma deficiência, apenas em razão de estigma ou preconceito. Como exemplo podemos referir as Perturbações do Comportamento. Não existindo conhecimento relativamente à sua problemática, estas pessoas e jovens são objeto de preconceito e estigma que passa por se considerar que se comportam de determinada forma apenas e exclusivamente por sua vontade. Esta incompreensão gera uma entropia na relação da pessoa com o meio levando a incapacidade para se relacionarem com as instituições de forma normal. Este modelo enquadra as novas abordagens à deficiência e incapacidade em que existe uma mudança de foco no modelo médico e centrado na pessoa para um modelo centrado na interação entre a pessoa e o meio (Di Nubila & Buchalla, 2008). A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, trazendo uma visão diferente da saúde, que permite entender a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos. Como classificação de saúde, a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de saúde.

De acordo com o trabalho Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências (2013) realizado pela FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social e o mais recente estudo a nível nacional, conduzido pelo Instituto Nacional de estatística (2012), cerca de 17.8% da população portuguesa com 5 ou mais anos de idade demonstrava muita dificuldade ou não conseguia mesmo realizar de forma autónoma, pelo menos uma das seis atividades da vida diária (ver, ouvir, andar, memória/concentração,

tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Na população com 65 ou mais anos de idade o número sobe para 50%, sendo as dificuldades mais representadas o “andar” (25%) e o “ver” (23%).

Os dados da realidade nacional encontram-se em consonância com os dados europeus. Num estudo que versou sobre a temática da Cidadania da União Europeia denominado “Eliminar os obstáculos ao exercício dos direitos dos cidadãos da UE” (UE, 2012), os dados apontam para que cerca de 16,6% da população europeia apresenta deficiência. Em detalhe, dos 500 milhões de cidadãos dos 27 Estados-Membros da União Europeia, cerca de 80 milhões tem uma deficiência expressa em graus variáveis (de ligeira a profunda), aumentando esta proporção em função da idade da população: 35% das pessoas com mais de 65 anos declaram sofrer de alguma incapacidade com consequências na realização das suas atividades da vida diária e 15 % das pessoas entre os 65 e os 74 anos consideram-se gravemente incapacitadas.

Em Portugal, os serviços disponíveis fundamentam-se ainda muito, por tradição, numa abordagem médica e assistencialista (FENACERCI, 2013). No entanto, as diretrizes internacionais enfatizam a necessidade de mudar o foco para modelos de interação com o meio (CIF, 2004), na medida em que é esta interação que facilita ou dificulta os padrões de funcionalidade. O meio engloba desde as instituições que os indivíduos frequentam aos colaboradores que nelas trabalham, a comunidade em que estão inseridos e todos os restantes espaços de domínio público, como sejam espaços de espetáculos ou lazer ou até o espaço político, e privado, nomeadamente o seu seio familiar. No que respeita às instituições prestadoras de serviços, os cuidadores têm um papel essencial. Consideram-se para este efeito cuidadores em sentido lato, ou seja, todas as pessoas que em contexto institucional prestam cuidado. São os cuidadores que promovem as condições necessárias à participação e inclusão, não excluindo as circunstâncias relacionais associadas à mesma participação. Muitas vezes, inadvertidamente, são os próprios cuidadores que criam bloqueios relacionais e emocionais impeditivos à pessoa com deficiência de uma participação plena (Pijpers et al., 2017; Seti, 2008). Apesar de se verificar algum crescimento na investigação e implementação de novas medidas na área da deficiência e incapacidade, proporcionando uma maior sensibilização por forma a adequar políticas de saúde, serviços e direitos, o cruzamento destas duas áreas – cuidadores e clientes - parece ainda não ser visto como eixo prioritário ao nível das ações de desenvolvimento no que respeita a políticas de formação e saúde (FENACERCI, 2013).

1.2 O Papel dos Cuidadores nos Contextos Institucionais de Deficiência e Incapacidade

Retomando os modelos e diretrizes mais recentes, a deficiência e incapacidade são conceptualizadas como o resultado da interação entre alterações nas funções/estruturas do indivíduo e o(s) seu(s) contexto(s), resultando em graus variáveis de limitações na execução das atividades ou na participação (social) em igualdade de oportunidades (Carvalho & Maciel, 2003; OMS, 2004). Este modelo permitiria que as instituições de solidariedade social desenvolvessem a sua atividade sobre esta perspectiva, tanto ao nível da abrangência do seu público-alvo (pessoas com deficiências psicológicas, intelectuais, físicas / motoras / neuromusculares – quer congénitas, quer adquiridas), como ao nível da concretização da instituição como um contexto privilegiado de capacitação, com o objetivo permanente de prevenir, reduzir ou eliminar a incapacitação, e consequentemente, a incapacidade e as desigualdades na participação.

Desta forma, tendo em conta as características de necessidade desta população, são diversas as suas dificuldades do ponto de vista relacional e emocional, com comorbilidades de doença mental, (e.g. depressão, ansiedade psicopatológica) que apresentam. Também é de salientar que a doença mental é já a segunda deficiência e incapacidade mais prevalente atendida pelos serviços de apoio a pessoas com deficiência e incapacidade (Caderno FORMEM, 2016).

O estudo da FENACERCI (2013), que procurou estudar as características dos cuidadores no setor da deficiência e incapacidade, apontou para que mais de metade da amostra envolvida desempenhava a função de Profissionais de Intervenção Direta. Esta é uma designação lata, na medida em que engloba desde Auxiliares, a Psicólogos e Formadores, portanto todos os que interagem diretamente com as pessoas com deficiência e incapacidade. O mesmo estudo indica que a grande maioria da amostra é do género feminino (80.9%), como característico e esperado para o setor de atividade. A média de idades dos respondentes rondava os 40 anos, sendo ainda de destacar que mais de metade dos profissionais possuía o grau de licenciatura e tinha um vínculo contratual efetivo (69,3%). Importa ainda destacar que a grande maioria dos profissionais se encontrava na organização há mais de 10 anos. Questionados sobre o número de clientes que estes profissionais acompanhavam, verificou-se uma média de cerca de 63 clientes por profissional, sendo superior o número de clientes do género masculino, o que se coaduna também com os indicadores de prevalência de deficiência e incapacidade por género.

O papel dos cuidadores em contexto institucional passa, assim, por suprir necessidades básicas de comunicação acessível, alimentação e higiene. Ainda, e não de somenos

importância, considerando as dificuldades emocionais da população acima supramencionadas, os cuidadores são os primeiros a lidar com situações de instabilidade emocional, situações de instabilidade psiquiátrica, problemas comportamentais, estados de frustração, raiva e conflitos interpessoais. Qualquer que seja a sua função na instituição (Formador, Técnico de Apoio a Estabelecimento, Diretor, Psicólogo), todos os cuidadores se confrontam com a tarefa de minorar o desconforto sentido pelos indivíduos com deficiência e incapacidade e atender às necessidades emocionais e relacionais ainda mais, ou tanto quanto, do que às necessidades educativas e formativas ou de alimentação e higiene. Estes cuidadores têm a responsabilidade de atuar como figura de referência, esperando-se, da sua parte, a resposta emocional adequada e um papel ativo na promoção do desenvolvimento de competências pessoais, numa perspetiva holística do indivíduo (Pijpers et al., 2017; Seti, 2008). Considerando ainda as vivências e a privação emocional de grande parte da população-alvo, revela-se necessária a existência de respostas ajustadas às necessidades emocionais e funcionais de cada um (Seti, 2008). No entanto, de acordo com o estudo de Pijpers, V., Cramm, J. & Nieboer, A. (2017) não é claro se esta resposta é disponibilizada por parte dos cuidadores, especialmente no que toca ao campo afetivo e emocional.

1.3 A Perspetiva Evolucionária, o Papel das Emoções e o Sistema de Autorregulação dos Afetos

São várias as definições encontradas na literatura para o constructo emoção. No entanto, com variações e especificidades de autor para autor, são comuns os seguintes atributos para a definição das mesmas: consideram-se emoções uma resposta automática intensa e rápida, de base biológica, que perante um estímulo, interno ou externo, levam o organismo a produzir uma ação (Magalhães, 2013; Damásio, 2000; Keltner & Gross, 1999).

Para Damásio (2000), a emoção consiste numa variação psíquica e física, desencadeada por um estímulo, sendo a mesma automática e subjetivamente experimentada, que prepara o organismo para desencadear uma resposta. As emoções são um meio para reagir de forma adaptativa ao ambiente, preservando a espécie. Da mesma forma, Keltner e Gross (1999) definem emoções como “*Padrões de base biológica, episódicos e de curta duração, de percepção, experiência, fisiologia, ação e comunicação, que ocorrem em resposta a desafios físicos e sociais e a oportunidades específicas*” (p. 468). Desta forma, Goleman (1995) procura sintetizar o estado de arte respeitante à definição de emoção, referindo que todas “*As emoções são essencialmente impulsos para o agir, planos de instância para enfrentar a vida, que a evolução instalou nos indivíduos*” (Goleman, 1995, pp. 28).

As emoções desempenham um papel fundamental em todo o processo evolutivo da espécie humana (Damásio, 2018; Gilbert, 2020). Gilbert (2020) reporta-se às funções das

emoções do ponto de vista da sua ação essencial na manutenção da vida, enquadrando-se tal no modelo de Damásio sobre o princípio da homeostasia e as informações que as emoções transmitem ao organismo vivo sobre o seu equilíbrio e as ações a tomar. Assim, as emoções acompanham passo a passo a evolução da espécie tendo tido na mesma um papel preponderante, várias vezes esquecido ou negligenciado (Damásio, 2018).

A evolução do ser humano é regida por vários princípios, sendo para este efeito de salientar o princípio da homeostasia e o princípio do *conatus* (Damásio, 2018). A homeostasia é o princípio inato fundamental pelo qual se regem todos os organismos vivos e que tem como finalidade o cumprimento do imperativo de persistir e prevalecer (Damásio, 2018). Desta forma, todos os organismos, grandes ou pequenos, têm em si o objetivo primário de “*persistir e prevalecer*”, para tal desenvolvendo sistemas mais ou menos complexos, que transmitem informação ao organismo sobre se o mesmo está equilibrado do ponto de vista homeostático ou se necessita de ações corretivas porque se encontra em desequilíbrio. Sendo ações químicas e biológicas inatas desde a origem das espécies, os sistemas foram evoluindo de forma complexa no sentido de manter o desígnio da homeostasia “*persistir e prevalecer*”. A ideia de persistir parece consensual no âmbito da comunidade científica (Damásio, 2018), o importante é salientar a ideia de “*prevalecer*”. Prevalecer não se trata apenas de um conceito bioquímico ou neuro químico, mas contém em si o objetivo de que “*a vida é regulada não só dentro de limites compatíveis com a sobrevivência, mas que seja também conducente ao florescimento, a uma projeção dessa vida no futuro de um organismo ou de uma espécie.*” (Damásio, 2018, p.42).

Do ponto de vista da homeostasia, as emoções “*são as expressões mentais da homeostasia, e a homeostasia, agindo sob a capa do sentimento, estabelece a ligação funcional entre as primeiras formas de vida e a extraordinária colaboração que se veio a estabelecer entre corpos e sistemas nervosos. Essa colaboração é responsável pela emergência das mentes conscientes e dotadas de sentimentos que, por sua vez, são responsáveis por aquilo que mais distingue a Humanidade, culturas e civilizações.*” (Damásio, 2018, p.17). Gilbert (2020, p.14), salvaguardando que existem muitas possíveis abordagens às funções das emoções, cita Nesse (2019) no âmbito de uma perspetiva evolucionária do tema “*As emoções são estados especializados que ajustam a fisiologia, a cognição, a experiência subjetiva, as expressões faciais e o comportamento para formatos que promovem a capacidade de enfrentar os desafios adaptativos que ocorreram, de forma circular, ao longo da história evolutiva da espécie.*”.

Gilbert (2020) reporta-se ainda aos conceitos de filogénese e ontogénese, indissociáveis da evolução da espécie e, de acordo com a perspetiva de Damásio (2018), guiados pelos princípios da homeostasia e do *conatus*, e com as emoções como indicadores subjetivos do cumprimento do princípio dos mesmos. Assim, as emoções são a revelação, em

cada ser humano e na sua mente, do equilíbrio homeostático em cada organismo, sendo que tal pode ter uma amplitude que vai do positivo ao negativo, ou seja, em perfeito equilíbrio ou total desequilíbrio. Quando o organismo se encontra em desequilíbrio homeostático são geradas emoções sobretudo negativas enquanto quando o organismo se encontra em equilíbrio são geradas emoções sobretudo positivas. Desta forma, as emoções e a homeostasia estão inerentemente e de forma inata associadas. “*Podemos pensar nos sentimentos como sendo adjuntos mentais da homeostasia.*” (Damásio, 2018, p. 42).

Gilbert (2020, p.14) continua “*De forma sucinta, as emoções servem as motivações e preparam o organismo para determinados tipos de ação e foco cognitivo. (...) As suas funções principais cumprem o propósito de apoiar as motivações primárias acima referidas: (1) evitar a ameaça e o perigo, (2) procurar e adquirir recursos, e (3) descansar, digerir e tranquilizar-se. Portanto, somos dotados de emoções que nos ajudam a agir para nos defendermos (raiva, ansiedade e nojo); emoções que nos ajudam a procurar recursos e recompensas e a repetir os comportamentos que levam a tal (alegria, diversão entre outras) e emoções que nos permitem relaxar, descansar e recuperar (sensação de segurança, paz e satisfação).*”.

Todos estes processos têm em comum o objetivo da manutenção da homeostasia do organismo, e dos objetivos de persistir e perseverar da espécie humana.

Perpetivando os princípios evolucionários aqui explanados, e conforme acima exposto, partindo do que foram as tarefas primárias da evolução da espécie, integradas na sua filogénese e ontogénese, Gilbert (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b) define três principais sistemas de regulação emocional, os quais permanecem em constante interação com os estímulos internos e externos e que são responsáveis por preparar o organismo para a ativação de respostas específicas. Estes sistemas são o sistema de defesa/ameaça (*threat*), o sistema de busca de recursos (*drive*) e o sistema de descanso e cuidado (*soothing*).

O sistema de defesa/ameaça tem como função, analisados os estímulos externos e internos, preparar o organismo para ativar estratégias de defesa, *coping*, ou procurar solução para a resolução de potenciais ameaças no sentido de se defender. Conforme descrito por Gilbert (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b), a este sistema estão associadas emoções como raiva, ansiedade, nojo ou tristeza. Consoante a avaliação do possível risco, cada emoção ativa potencialmente respostas diferentes. A raiva passará por ativar uma resposta de luta ou reação ativa, no sentido de anular o risco, a ansiedade ativará sobretudo respostas de evitamento, como a fuga. O nojo é a emoção primária que nos inibe de nos aproximarmos de situações com potencial danoso, como comida, sangue, ou outros estímulos avaliados como riscos potenciais. Por fim, a tristeza é ativada quando é necessário ultrapassar perdas, objetivas ou subjetivas (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b).

O sistema de *drive*, que do ponto de vista evolucionário está associado às necessidades de procura de recursos (e.g., comida, outros bens) e de alcançar objetivos (e.g., estatuto),

caracteriza-se pelo seu domínio motivacional e enérgico. É o sistema associado à motivação, à exploração do meio, à formação e manutenção de relações sociais, à excitação da novidade ou de uma tarefa interessante. Está associado às emoções de excitação e euforia, como quando, por exemplo, concluímos um empreendimento complexo (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b) .

O sistema de *soothing*, que deriva das funções primárias de *rest and digest*, caracteriza-se por ser um sistema de cuidado, de descanso e de cooperação. Este sistema evoluiu acompanhando as necessidades desenvolvimentais da espécie, de um sistema primário de cuidado e descanso, cuidado em particular para com os elementos da fratria (filhos), para um sistema de cooperação em grupo, com nítidas vantagens do ponto de vista da adaptação da espécie (Damásio, 2018; Gilbert 2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b). O sofrimento e a empatia ao sofrimento terão sido, de acordo com Damásio (2018), um dos maiores motivadores de construção de cultura e ciência, em concordância com a ideia de que cuidar dos outros, empatizar com o sofrimento, proteger o grupo e cooperar traz vantagens adaptativas inexoráveis (Gilbert 2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b). *“Juntos, os sentimentos subjetivos e a inteligência criativa operaram nesse cenário e criaram instrumentos culturais que serviram as necessidades surgidas na nossa vida. A ser esse o caso, o inconsciente humano remonta realmente a formas de vida anteriores, de modo mais profundo e vasto do que Freud ou Jung alguma vez sonharam”*. (Damásio, 2018, p.39). A este sistema estão associadas emoções *“positivas”* (Gilbert, 2020) como a ternura, a bondade, a sensação de segurança e afetos positivos associados à relação com o outro (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b).

O sistema de *soothing* é o que adquire papel predominante quando nos posicionamos face a trabalhar os sentimentos negativos dos outros e os nossos e a procurar o bem-estar próprio e dos restantes (Gilbert 2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b). Sendo este o sistema que nos permite criar afetos positivos, proporcionar segurança (*secure haven*; Bowlby, 1969), empatizar com o sofrimento dos outros e o nosso e ser capaz demonstrar compaixão para conosco e com os outros, torna-se fundamental promover nos cuidadores o sistema de *soothing* com o objetivo último de potenciar a compaixão nos serviços de cuidado.

Sendo uma instituição um organismo com características sociais e culturais, os mesmos princípios dos organismos vivos prevalecem, nomeadamente o princípio básico da homeostasia *“Nos círculos humanos mais vastos, os grupos culturais, os países, até os blocos geopolíticos funcionam, frequentemente, como organismos individuais (...). Cada parte serve-se dos respetivos controlos homeostáticos para defender os interesses do seu organismo.”* (Damásio, 2018, p. 51). O mesmo é aplicável a uma organização como uma instituição de apoio a pessoas com deficiência e incapacidade. Esta tem como intuito a sobrevivência para tal procurando manter o seu equilíbrio homeostático e *“persistir e perseverar”* (Damásio, 2018). Considerando que para perseverar tem que existir florescimento, esta capacidade de florescimento está interligada à capacidade de cuidar, cooperar, e ao desenvolvimento de uma

mentalidade compassiva e da demonstração de compaixão (Gilbert 2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b).

1.4 A Pertinência da Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional

Tanto quanto foi possível verificar na literatura, não existe uma definição que seja congregadora de consenso quanto ao que é o clima emocional. Partindo dos pressupostos teóricos atrás enunciados (Gilbert 2005a; 2005b; 2015; 2019; 2020) e a população alvo envolvida, deve ser privilegiado um ambiente que promova a ativação do sistema de *soothing/safeness* tanto nos cuidadores como nas pessoas com deficiência e incapacidade. Um clima emocional de bem-estar, tranquilidade e cuidado é fundamental para que ambas as partes possam convergir num processo de crescimento e desenvolvimento, entendido em sentido holístico e integrante da filogénese e ontogénese humana (Gilbert 2005a; 2005b; 2015; 2019; 2020). Perspetivando ainda esta necessidade de um ponto de vista biológico e químico, a prevalência do sistema de segurança para os cuidadores e para com as pessoas com deficiência e incapacidade permite a ambos a manutenção do equilíbrio homeostático, possibilitando o seu florescimento (Damásio, 2018).

Não obstante, em literatura são feitas inúmeras referências às vantagens de avaliar o clima social das organizações, do qual o clima emocional é parte, com ganhos verificados para as intervenções e processos realizados (Lobo et al., 2014; Sousa et al., 2017; Tonkin, 2016). O Clima Social é, desta forma, um constructo multidimensional e multifatorial não se focando apenas nas emoções (Lobo et al., 2014; Sousa et al., 2017; Tonkin, 2016). Várias escalas são utilizadas na avaliação do clima social (Tonkin, 2016), algumas focando diferentes dimensões deste constructo, sendo importante analisar as suas características psicométricas e devendo ser utilizados vários questionários/escalas em concomitância para que se possa aferir a multidimensionalidade do mesmo (Tonkin, 2016).

Até à data não estão validados instrumentos que avaliem o Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional. Existe uma escala, inicialmente projetada para avaliar o Clima Emocional no Local de Trabalho/Estudo (EACEL/T), que pretende avaliar a forma como os cuidadores se sentem nas suas funções do seu dia-a-dia, remetendo para o sistema de autorregulação que é ativado. A diferença substancial da EACEL/T e da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional (EACE-CPDICI) é que se centram apenas na avaliação das emoções e dos sistemas de autorregulação dos afetos e as motivações que lhes são inerentes.

A EACE-CPDICI é composta por 30 itens, divididos em duas Partes, cada uma com 15 itens. A Parte 1 avalia a frequência com que são sentidas as emoções descritas no local de trabalho. A Parte 2 avalia as motivações subjacentes ao sistema ativado. Será esta estrutura de escala que será aplicada à população de cuidadores de pessoas com deficiência em ambiente institucional (cf. Instrumentos). O clima emocional, pela sua pertinência na área dos cuidados, tem impacto nos cuidadores, na população cuidada e nas dinâmicas que se estabelecem entre estes dois grupos (Pijpers et al., 2017). É de salientar, por exemplo, o impacto negativo que terá nas pessoas com deficiência e nas dinâmicas relacionais se os cuidadores estiverem a prestar cuidados em sistema de *threat* (Gilbert 2019, 2015, 2005b). Por sua vez, o impacto negativo nos próprios cuidadores é da mesma relevância uma vez que tal, e tendo em conta a permanência e dimensão dos cuidados exigidos, pode levar a processos de *burnout* por parte dos cuidadores (Gilbert, 2015, 2005a, 2005b; Pijpers et al., 2017), com consequências danosas para a sustentabilidade da organização.

Na literatura encontramos evidências de como o treino da mente compassiva traz melhorias significativas no domínio da compaixão, bem-estar e emoções positivas. Num estudo conduzido por Irons & Maitland (2020), foi aplicado um programa de treino da mente compassiva ao público em geral com ganhos muito significativos. A aplicação de um programa de treino com duração de oito semanas produziu aumentos significativos na compaixão, autoconfiança, posição social, emoções positivas e bem-estar, juntamente com reduções na autocrítica, ansiedade e angústia. Estas alterações mantiveram-se no seguimento realizado ao fim de três meses. Estes resultados traduziram-se em melhorias gerais no bem-estar e sofrimento psicológico. Outro estudo conduzido por Beaumont, Bell, McAndrew & Fairhurst (2021) avaliou o impacto de programas de treino da mente compassiva em profissionais de saúde, uma população específica mas mais semelhante à da amostra da presente investigação. Os resultados revelaram um aumento estatisticamente significativo na Auto compaixão após a realização do programa de treino e um aumento estatisticamente significativo na autoconfiança. Tendo em conta os resultados obtidos uma das implicações identificada pelos autores (Beaumont et al., 2021) foi o benefício de incorporar intervenções de mente compassiva nos programas letivos que ajudem a fomentar a compaixão do aluno/profissional ajudando-os a cultivar uma mentalidade compassiva e a aprender a ser mais gentis consigo mesmo. Estes programas, com as devidas adaptações, são aplicáveis à população em estudo que assim poderá melhorar os seus índices associados a dimensões de bem estar e satisfação, promovendo, por inerência, um clima organizacional mais prazeroso do ponto de vista relacional e afetivo.

Deste modo, a disponibilização de instrumentos capazes de avaliar o clima emocional nestas instituições é fundamental, de forma a que os responsáveis possam avaliar de forma robusta o clima emocional da instituição e, se necessário, implementar as medidas adequadas

para a promoção de uma relação compassiva cuidador-cliente e de comportamentos compassivos do cuidador em relação a si mesmo. Desta forma, a validação dessa mesma escala para a população de cuidadores de pessoas com deficiência e incapacidade em contexto institucional seria relevante na medida em que: (1) permitiria a disponibilização de um instrumento validado e aferido para a população portuguesa de cuidadores de pessoas com deficiência e incapacidade em contexto institucional (2) poderia auxiliar investigações futuras que promovessem uma consciência clara sobre qual destes sistemas prevalece nos cuidadores em contexto institucional através da análise das emoções predominantemente sentidas e (3) potenciar a melhoria dos cuidados prestados nas organizações que desenvolvem trabalho nesta área.

2 - Objetivos

O presente estudo pretende validar a Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional (EACE-CPDICI), com base na Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho/Estudo (EACEL/E; Albuquerque, Matos, Galhardo, Cunha, Palmeira, Lima, Gilbert, & Irons, 2018). São objetivos específicos deste estudo, analisar a dimensionalidade da Escala; analisar a sua consistência interna e aferir a sua validade de constructo com relação a medidas externas que avaliam sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress, afeto negativo e afeto positivo, comportamentos habituais de compaixão relativamente aos outros, comportamentos compassivos habituais do sujeito para consigo próprio e fadiga de compaixão, satisfação de compaixão e *burnout* em cuidadores.

2.1 Hipóteses de Investigação

H1. Dimensionalidade

É hipotetizado que os itens se agrupem nas três dimensões que serviram de base para o desenvolvimento da escala original: *threat*, *drive* e *soothing*.

H2. Consistência Interna

É hipotetizado obter uma boa consistência interna do *score* total da escala e suas subdimensões, ou seja, é esperado que a correlação entre os diferentes itens nos indique que medem o fator que se propõem medir, produzindo resultados semelhantes para o mesmo constructo geral.

H3. Validade de Constructo

É hipotetizado que:

- Uma pontuação mais elevada na dimensão associada ao sistema de *threat* apresente associação positiva com *scorings* mais elevados nas dimensões de ansiedade, depressão e stress, no afeto negativo e na fadiga da compaixão e *burnout*, associação negativa com a dimensão de afeto positivo, associações positivas com as dimensões de separação, desvinculação, indiferença, isolamento, superidentificação e autojulgamento, e associações negativas com as dimensões humanidade comum, bondade, benevolência e atenção plena;

- Uma pontuação mais elevada na dimensão associada ao sistema de *drive* apresentar-se-á em associação negativa com as dimensões de ansiedade, stress e depressão, associação positiva com as dimensões humanidade comum, bondade, benevolência e atenção plena e com o afeto positivo, associação positiva com a satisfação da compaixão e em associação negativa as dimensões ansiedade, stress e depressão, associação negativa com o afeto negativo e associação negativa com as dimensões de separação, desvinculação, indiferença, isolamento, superidentificação e autojulgamento e com a fadiga da compaixão e o *burnout*;

- Uma pontuação mais elevada na dimensão associada ao sistema de *soothing* estará associada negativamente com as dimensões de separação, desvinculação, indiferença, isolamento, superidentificação e autojulgamento e com o afeto negativo, associada negativamente com a fadiga da compaixão e *burnout*, associada positivamente com as dimensões humanidade comum, bondade, benevolência e atenção plena e com o afeto positivo e associada de forma positiva à satisfação da compaixão.

3 – Metodologia

3.1 Amostra

A amostra tratou-se de uma amostra de conveniência recolhida nas múltiplas instituições do terceiro sector que trabalham na área da deficiência e incapacidade. Para tal, foram contactadas as instituições chapéu, em particular as Federações da área da deficiência e incapacidade, no sentido de fazer chegar o protocolo ao máximo de instituições possível. O protocolo foi disponibilizado no período compreendido entre fevereiro e junho, inclusive, do corrente.

A amostra foi constituída por 147 participantes, cuidadores de pessoas com deficiência em contexto institucional. Destes, 43 são do sexo masculino e 104 do sexo feminino, correspondendo, respetivamente a 29% e 71%. As idades dos respondentes estão compreendidas entre 22 e 63 ($M= 45$; $Dp= 8,7$).

No concernente às habilitações literárias, 16% dos sujeitos têm o 9º ano de escolaridade, 27% o 12º ano, 45% uma licenciatura e 13% grau de mestre. A média de anos de escolaridade da amostra foi de 14 anos ($Dp=5,7$).

Quanto às características associadas às funções laborais, 50% dos respondentes exercem funções na valência de Formação/Educação, 16% na valência de Centro de Atividades Ocupacionais sendo que os restantes se dividem pelas valências de Lar/Residências, CARPD, Centro de Reabilitação, Outras representando, respetivamente, 8%, 8%, 5% e 13% dos respondentes. A média de tempo de trabalho é de 15 anos ($Dp=7$).

Quanto à presença de psicopatologia, 77% dos participantes nunca foram diagnosticados com nenhuma doença mental, 23% já tinham sido diagnosticados com doenças mentais, destes 42% apontam questões pessoais, 12% questões profissionais, 42% ambas (pessoais e profissionais), e 3% outras causas. No que respeita à toma de medicação 80% nunca realizou medicação para perturbação psicológica, 10% já realizou, não estando neste momento a realizar tratamento medicamentoso e 10% faz atualmente medicação para a presença de patologia identificada.

3.2 Instrumentos

Os instrumentos para proceder à validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional incluem um questionário sociodemográfico e questionários de autorresposta, num total de nove instrumentos.

Questionário Sociodemográfico

Com o objetivo de caracterizar a amostra, foi construído um questionário sociodemográfico constituído por 13 questões. As questões abrangem aspetos biográficos (e.g. sexo, idade e estado civil), demográficos (e.g. distrito de residência) e habilitações académicas. Tendo em conta o contexto institucional de recolha da amostra e a relevância dos dados profissionais, este questionário sociodemográfico incluiu ainda questões que visavam a prática profissional dos sujeitos (e.g. profissão exercida na instituição, valência institucional em que desenvolve o seu trabalho, tempo total de atividade, trabalho por turnos). Foi ainda solicitado que o respondente referisse se realiza ou já realizou algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e se tomou ou toma medicação associada.

Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional (EACE-CPDICI)

Esta escala foi adaptada da Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho/Estudo (EACEL/T); versão portuguesa de Albuquerque, I., Matos, M., Galhardo, A., Cunha, M., Palmeira, L., Lima, M., Gilbert, P. & Irons, C., 2018 (cf. Procedimentos) e pretende avaliar a forma como os cuidadores se sentem nas suas funções no seu dia-a-dia remetendo para o sistema de autorregulação que é ativado. A (EACE-CPDICI) é composta por 30 itens, divididos em duas Partes, cada uma com 15 itens. A Parte 1 avalia a frequência com que são sentidas as emoções descritas no local de trabalho. A Parte 2 afere as motivações subjacentes ao sistema ativado. Na Parte 1, o sistema de *threat* é avaliado por 5 itens (e.g., “Irritado; Frustrado”), o sistema de *drive* por 5 itens (e.g., “Com vivacidade; Enérgico”) e o sistema de *soothing* por 5 itens (e.g., “Calmo; Ligado aos outros”). Na Parte 2, são 5 os itens para os motivos associados ao sistema de *threat* (e.g., “Fugir; Desaparecer”), 5 os motivos associados ao sistema de *drive* (e.g., “Cumprir metas; Competir”) e 5 os motivos associados ao sistema de *soothing* (e.g., “Estar no momento presente; Cuidar de outros”). Os itens são respondidos numa escala de frequência tipo *Likert* cinco pontos (0= nunca; 4= sempre), sendo que o período temporal a ser reportado é relativo às duas últimas semanas. As características psicométricas desta escala são apresentadas na secção dos resultados.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Depression, Anxiety and Stress Scales – 21 (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A EADS-21 avalia sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress. A Escala apresenta 21 itens divididos nas três dimensões referidas. Os itens representam sintomas emocionais negativos referentes a cada uma das dimensões: ansiedade (e.g. “Senti dificuldades em respirar”); depressão (e.g. “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo,”) e stress (e.g. “Senti dificuldade em me relaxar”). Os itens são respondidos utilizando uma escala de resposta tipo *Likert* de três pontos (0= não se aplica nada a mim; 3= aplicou-se a mim a maior parte das vezes). O período a considerar para o preenchimento é o da semana anterior à sua aplicação. A EADS-21, na sua versão original, apresentou bons valores de consistência interna ($\alpha=.91$ para a subescala da Depressão; $\alpha=.84$ para a subescala da Ansiedade e $\alpha=.90$ para a subescala do Stress) (Lovibond & Lovibond, 1995). A escala, na sua versão portuguesa, apresentou indicadores psicométricos bons-aceitáveis, contudo inferiores ao da versão original ($\alpha=.85$ para a subescala da Depressão, $\alpha=.74$ para a subescala de Ansiedade e $\alpha=.81$ para a subescala de Stress (Pais-Ribeiro et. al., 2004). No presente estudo, os valores foram $\alpha=.80$ para a subescala da Depressão, $\alpha=.84$ para a subescala de

Ansiedade e $\alpha=.87$ para a subescala de Stress. Para efeitos da presente investigação serão utilizadas as três dimensões que compõem a escala.

Escala da Compaixão

The Compassion Scale (CS; Pommier, 2011; versão portuguesa de Sousa, Castilho, Vieira, Vagos & Rijo, 2017).

A CS é composta por 24 itens que aferem os comportamentos habituais de compaixão relativamente aos outros por parte do sujeito. A escala contempla dois fatores de ordem superior: Compaixão e Desconexão. Os itens agrupam-se em 6 fatores: Bondade (e.g. “Gosto de estar com os outros em momentos difíceis”), Humanidade Comum (e.g. “Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu”) e Atenção Plena (e.g. “Presto muita atenção quando as pessoas falam comigo”) por contraposição a Indiferença (e.g. “Não me preocupo com os problemas dos outros”), Separação (e.g. “Não consigo, mesmo, ligar-me com as pessoas quando estão em sofrimento”) e Desvinculação (e.g. “Não penso muito sobre as preocupações dos outros”). Os participantes avaliam os itens em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = quase nunca; 5 = quase sempre).

A CS deve ser respondida tendo em conta aquilo que é o comportamento habitual do respondente. As características psicométricas da versão original, indicam resultados com uma boa consistência interna global ($\alpha=.87$). Na sua versão portuguesa, a escala manteve boas características de consistência interna global ($\alpha=.96$). No presente estudo, os valores foram $\alpha=.64$ para o fator Bondade, $\alpha=.76$ para Indiferença, $\alpha=.58$ para Humanidade Comum, $\alpha=.66$ para Separação, $\alpha=.59$ para Atenção Plena e $\alpha=.43$ para Desvinculação. No concernente aos fatores de ordem superior, os resultados foram de $\alpha=.68$ para a Compaixão e $\alpha=.84$ para a Desconexão. Para efeitos da presente investigação serão utilizados os seis fatores que compõem a escala.

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros

Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS; Cook, 1996; versão portuguesa de Dinis, Castilho & Pinto Gouveia, 2008).

A SSPS avalia o grau em que as pessoas se sentem aceites, seguras e acarinhadas no seu grupo social. É composta por 11 itens que afirmam sensações e sentimentos associados a situações sociais. É solicitado aos participantes que assinalem para cada item (e.g. “Sinto-me ligado aos outros”) a frequência com que experienciam sentimentos positivos de pertença, ligação e aceitação na interação social, utilizando uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = Quase nunca; 5= Quase sempre). A Escala apresenta bons valores de consistência interna,

tanto na sua versão original ($\alpha = .91$) quanto na validação portuguesa (Sousa et al., 2017). No presente estudo, o valor de alfa foi de $\alpha = .91$.

Escala de Afeto Positivo e Negativo

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark and Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Ribeiro, 2005).

O PANAS avalia o afeto negativo e o afeto positivo. A Escala mede as dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos, nomeadamente, o afeto positivo (prazer e bem-estar subjetivo) e negativo (desprazer e mal-estar subjetivo), ao longo das últimas semanas. Cada uma das dimensões é representada por 10 itens que representam emoções associadas tanto ao afeto positivo (e.g. “interessado”) como negativo (e.g. “assustado”), possuindo, assim, um total de 20 itens. As respostas são dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1= nada ou muito ligeiramente; 5= extremamente).

Na sua versão original, os alfas de *Cronbach* para a escala de Afeto Positivo e Negativo revelaram uma boa consistência interna ($\alpha=.88$ e $\alpha=.87$, respetivamente). Na versão portuguesa, a escala também revelou uma boa consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de .86 para a escala de afeto positivo e .89 para a escala de afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

No presente estudo, os valores foram $\alpha=.90$ para o afeto positivo e $\alpha=.85$ para o afeto negativo. Para efeitos da presente investigação serão utilizadas as duas dimensões da escala.

Escala de Autocompaixão

Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015).

A SCS pretende avaliar se o sujeito apresenta comportamentos compassivos para consigo, ou seja, se se conforta e não se julga, ou se adota comportamentos pouco compassivos, tais como o autocriticismo. A Escala é constituída por 26 itens, agrupados em 6 fatores, pensados para medir os três componentes principais da autocompaixão: Benevolência, Humanidade Comum e Atenção Plena. Estes três componentes estão por contraposição a Autojulgamento, Isolamento e Superidentificação. Benevolência versus Autojulgamento (e.g. “Sou tolerante com os meus erros e inadequações; Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), Humanidade Comum versus Isolamento (e.g. “Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo; Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso”) e Atenção Plena versus Superidentificação (e.g. “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação; Quando me sinto com

muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis”). O somatório das pontuações das subescalas representa o nível geral de autocompaixão do indivíduo.

O respondente tem que assinalar a frequência do seu comportamento para consigo em momentos difíceis, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= quase nunca; 5= quase sempre. Na versão original a consistência interna obtida foi muito boa ($\alpha = .92$).

No presente estudo, os valores foram de $\alpha = .83$ para a Benevolência, $\alpha = .78$ para o Autojulgamento, $\alpha = .67$ para a Humanidade Comum, $\alpha = .69$ para o Isolamento, $\alpha = .61$ para a Atenção Plena e $\alpha = .77$ para a Super Identificação. Para a SCS no seu total o valor de consistência interna obtido foi de $\alpha = .77$. Analisando a consistência interna para o agrupamento dos fatores Benevolência, Humanidade Comum e Atenção Plena obtivemos um $\alpha = .82$ e para o agrupamento dos fatores Isolamento, Autojulgamento e Super Identificação obtivemos $\alpha = .90$. Para efeitos da presente investigação serão utilizados os seis fatores que compõem a escala.

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS; Gomes, 2014; Gomes & Teixeira, 2016).

O QSPS pretende avaliar o nível de stress sentido pelos profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional. A Escala é composta por duas partes. Na primeira parte, composta por 1 item, o respondente deve assinalar o nível de *stress* que geralmente sente na sua atividade profissional. A Parte 2 do questionário, composta por 25 itens, pretende aferir as fontes geradoras de stress. Assim, são apresentadas várias situações que podem ser fatores geradores de *stress* (e.g., “O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho; A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores”) devendo ser assinalado o nível de stress associado a cada situação. Ambas as partes são respondidas numa escala tipo *Likert* de quatro pontos (0= nenhum stress; 4= elevado stress). Os valores de consistência interna das dimensões que integram a QSPS são bons-aceitáveis ($\alpha=0,84$ a $\alpha=0,64$ consoante o fator; Gomes & Teixeira, 2016).

No presente estudo, os valores foram $\alpha=0,87$ para Lidar com os Utentes, $\alpha=0,85$ para Excesso de Trabalho, $\alpha=0,91$ para Carreira e Remuneração, $\alpha=0,87$ para Relações Profissionais, $\alpha=0,85$ para Ações de Formação e $\alpha=0,85$ para Problemas Familiares.

Escala de Qualidade de Vida Profissional

Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue (ProQOL; Stamm, 2009; versão portuguesa de Carvalho & Sá, 2011).

A ProQOL avalia a fadiga de compaixão e a satisfação de compaixão em cuidadores. A Escala é composta por 3 subescalas: Fadiga da Compaixão (STS e.g. “Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que auxilio.); Satisfação de Compaixão (SC e.g. “Eu sou a pessoa que sempre quis ser.; Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros”) e Burnout (BO e.g. “Eu sinto-me exausto devido ao meu trabalho como cuidador”). A Escala apresenta 30 itens, 10 itens para cada subescala, a serem classificados pelo cuidador numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1= nunca, 5= muito frequentemente). O cuidador deve ter em conta os últimos 30 dias para proceder à seleção do indicador de frequência em que se revê. A Escala da Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) de Stamm (2009) é um dos instrumentos mais populares disponíveis para medir a Fadiga de Compaixão. O estudo de consistência interna da versão portuguesa, para as subescalas SC, BO e STS, apresentou, respectivamente, valores de alfa (α) de .86, .71 e .83, muito próximos dos obtidos na ProQOL5 original ($\alpha = .88, .75$ e .81).

No presente estudo, os valores foram de $\alpha = .68$ para a Satisfação de Compaixão, $\alpha = 0,69$ para o Burnout e $\alpha = 0,84$ para a Fadiga da Compaixão. Para efeitos da presente investigação serão utilizadas a três dimensões que compõem a escala.

3.3. Procedimento de Recolha de Dados

A presente investigação integra o projeto de doutoramento “Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD7132327/2017), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Neste âmbito, foi emitido um parecer positivo pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, garantindo-se os princípios éticos na sua realização. Foram ainda pedidas autorizações, junto dos autores, para a utilização de todos os instrumentos que constituem o protocolo. Pediu-se permissão aos autores da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Local de Trabalho/ Estudo (EACEL/T; Albuquerque et al., 2019) para validar este instrumento para a população de cuidadores de pessoas com deficiência em contexto institucional.

Para a seleção dos respondentes, consideraram-se como critérios de exclusão:

- a) Tempo total de atividade inferior a 3 meses;
- b) Exercício de atividade em valência institucional em que não contacte diretamente com as pessoas com deficiência e incapacidade;

A recolha de dados foi realizada via inquérito online disponibilizado ao máximo número de entidades de solidariedade social que trabalham na área da deficiência, e respetivos colaboradores, por via das próprias entidades ou das suas entidades representativas. De forma a manter o rigor dos procedimentos de recolha e a facilitar o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir durante o preenchimento do protocolo, o email e o contacto telefónico da investigadora foi disponibilizado nos protocolos.

A participação foi voluntária e apenso o respetivo consentimento informado (cf. Anexo 1). Foi garantida a confidencialidade dos dados e esclarecida e assegurada a possibilidade de desistência, em qualquer momento da investigação, sem qualquer dano para o respondente.

3.4 Estratégia Analítica

Os dados recolhidos foram inseridos no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 25), tendo sido realizadas as respetivas estatísticas descritivas, análises da consistência interna e correlações entre os fatores da escala a ser validada. Para estudar a dimensionalidade da escala foi utilizado o *software* MPlus v.8.3 (Muthén & Muthén, 2019). A análise de pressupostos para a realização de Análise Factorial Confirmatória foi realizada utilizando o *software* R - *The R Project for Statistical Computing* v.4.1.1. (The R Foundation).

Primeiramente iniciou-se a análise de pressupostos para a realização de Análise Factorial Confirmatória (CFA), nomeadamente, o Tamanho da amostra e *missing data*, a Normalidade uni e multivariada, existência de *outliers* uni e multivariados e Lineariedade, utilizando para tal o *software* R.

Sabendo que o instrumento a aferir tem 15 itens e a partir da fórmula aplicada por Tabachnick & Fidell (2012), tem-se: $(15(15+1))/2 = 120$ *data points*, dos quais existem 33 parâmetros a serem estimados (15 coeficientes de regressão, 3 covariâncias e 15 variâncias de resíduos) e 87 graus de liberdade. De acordo com MacCallum, Browne, & Sugawara (1996), para um poder de análise de 0.8 e com 87 graus de liberdade, deveríamos ter uma amostra entre 174 e 179 participantes. Logo, com 147 participantes, haverá problemas com a sobreidentificação do modelo. Não há *missing data*. A normalidade univariada foi analisada com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de significância de Lilliefors, para cada item, através do SPSS. Todos os *p values* foram significativos, apontando para uma distribuição dos dados significativamente diferente da distribuição normal. Além disso, de forma a avaliar violações grosseiras à normalidade univariada de cada item, foram inspecionados os valores de *skewness* e de *kurtosis*, maiores do que |3| e do que |10| (Kline, 2016), respetivamente. Conclui-se que a não normalidade da distribuição dos itens não é

grosseira. A normalidade multivariada foi avaliada com recurso ao teste de Mardia (1985), através da biblioteca “MVN” para o *software* R. Através do mesmo output, conseguimos perceber que foram identificados 13 *outliers* multivariados (através do quadrado da distância de Mahalanobis, D^2). Além disso, através da análise das *boxplots*, pedidos através do SPSS, surgem vários *outliers* univariados. No entanto, de modo a preservar a variabilidade existente e inerente a cada fator (Kline, 2016), bem como a amostra ser já reduzida e de forma a manter-se o nível de poder de amostra, optou-se por não se eliminar os valores extremos observados. A análise aleatória dos 210 *scatterplots*, usando a função “`univariatePlot = "scatter"`” da biblioteca “MVN” para R, demonstrou, na sua maioria, uma relação linear entre as diversas variáveis.

Foram realizadas estatísticas descritivas relativamente à amostra, indicando-se medidas de tendência central (média e desvio-padrão).

Reunidos os pressupostos de análise, iniciou-se o procedimento dos estudos de dimensionalidade da medida procurando aferir se o modelo teórico é válido para os dados recolhidos, através da avaliação dos índices de ajustamento (Mâroco, 2018). Para tal, procedeu-se à realização das Análises Fatoriais Confirmatórias (CFA).

Tendo em conta o acima descrito sobre a normalidade relativamente à EACE-CPDICI, as CFA foram conduzidas utilizando o estimador *Maximum Likelihood Robust* (MLR). De acordo com Hu & Bentler (1999), devem ser analisados os seguintes itens de ajustamento: *Chi-Square* (χ^2/df) e os seus graus de liberdade; *Comparative Fit Index* (CFI); *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), no sentido de determinar a qualidade do ajustamento do modelo de medida. Para se que se possa afirmar que o modelo tem um bom ajustamento é necessário um SRMR $\leq .09$ combinado com um RMSEA $\leq .06$ ou um CFI $\geq .95$. Para um ajustamento aceitável considera-se um SRMR $\leq .09$ combinado com um RMSEA entre .05 e .08 (Kline, 2016) ou a um CFI $\geq .90$ (Hu & Bentler, 1999). A qualidade dos itens foi testada, considerando-se aceitável quando apresentam valores de *loadings* iguais ou superiores a .40 (Mâroco, 2018).

Foram posteriormente conduzidas as análises da consistência interna para cada um dos fatores da EACE-CPDICI e dos instrumentos que constituem o protocolo da presente investigação, utilizando para tal o cálculo do alfa de *Cronbach*. De acordo com a literatura (Pallant, 2011), um instrumento tem uma fiabilidade apropriada a partir de $\alpha = .70$. Sendo uma investigação conduzida no campo das ciências sociais e de acordo com DeVellis (1991), assume-se como aceitável um $\alpha \geq .60$. Um valor igual ou superior a .80 é classificado como bom, e igual ou superior a .90 como excelente (George & Mallery, 2003).

Foi testada a validade do constructo utilizando o cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal, entre os três fatores que compõem a EACE-CPDICI e as medidas consideradas relevantes e acima identificadas.

Para este efeito, foram tidos em conta os pressupostos de Pestana e Gageiro (2005) em que valores inferiores a .20 são tidos como muito baixos, entre .21 e .39 baixos, entre .40 e .69 moderados, entre .70 e .89 elevados e superiores a .90 muito elevados.

4 - Resultados

H.1 Estudo da dimensionalidade

Foi conduzida uma Análise Fatorial Confirmatória (CFA) do modelo original da escala Parte I, por forma a avaliar o ajustamento dos dados ao modelo. Conforme supracitado, o modelo defende que os itens da medida se agrupam em três fatores: *safeness-soothing*, *threat* e *drive*, compostos por cinco itens cada (Albuquerque et al. 2019).

Os índices de ajustamento apresentados revelaram-se insatisfatórios ($\chi^2/df = 273.291$, $p < .001$; CFI = 0.624;/ TLI = 0.546; RMSEA = .121; SRMR = .094). A EACE-CPDICI no modelo I apresentava ainda índices de *loading* muito baixos em vários itens como o item 7 (“assustado/com medo”), pertencente à dimensão *threat*, com um *loading* 0.210, o item 15 (“ansioso”) e o item 12 (“envergonhado”), também pertencentes à dimensão *threat*, com 0.227 e -0.469, o item 13 (“entusiasmado”), da dimensão *drive*, com um *loading* de 0.086, entre outros. Também a covariância entre a dimensão *threat* e *soothing* era de -1.102, ultrapassando o intervalo de ajustamento. Iniciou-se então por voltar a realizar a CFA com a remoção do item 12 (“envergonhado”) no sentido de procurar melhorar o ajustamento e os *loadings* mas os resultados mantiveram-se insatisfatórios. Seguidamente, removeu-se o item 15 (“ansioso”) mas ainda assim os índices de ajustamento bem como os *loadings* não se mostraram aceitáveis. Seguidamente, mudou-se de estimador para aferir de eventuais alterações aos resultados para melhores índices de ajustamento e *loadings*. Para o efeito foi utilizado o estimador *Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted* (WLSMV) com resultados igualmente insatisfatórios ($\chi^2/df = 273.291$, $p < .001$; CFI = 0.864;/ TLI = 0.817; RMSEA = .175; SRMR = .094).

Tendo em conta as análises efetuadas e supra mencionadas e respetivos resultados obtidos, optou-se por realizar uma CFA unifatorial para cada um dos fatores da escala, o *threat*, o *drive* e o *soothing*, utilizando novamente o estimador MLR. Desta forma, os fatores revelaram índices adequados de ajustamento ao modelo, com a integração de algumas alterações (cf. Tabela 1). Assim, os índices aferidos para o fator *threat* demonstraram um ajustamento satisfatório ao modelo, com remoção do item 1 (irritado) ($\chi^2/df = 4.549$, $p .01028$; CFI = 0.935;/ TLI = 0.806; RMSEA = .093; SRMR = .035). Seguidamente foi utilizado o mesmo procedimento analítico para o fator *drive* que apresentou bons índices de ajustamento sem qualquer alteração ou remoção de itens ($\chi^2/df = 5.207$, $p .03911$; CFI = 0.997;/ TLI =

0.993; RMSEA = .017; SRMR = .036). No concernente ao fator *soothing* foram encontradas maiores dificuldades para que pudesse traduzir um índice de ajustamento satisfatório. Este facto prende-se com a falta de variabilidade de resposta nos diferentes itens de frequência de resposta à escala. Verificou-se que os respondentes polarizaram as respostas para os itens de frequência 3 e 4 optando-se assim em termos de análise por fundir as respostas dos itens de frequência 0, 1 e 2 (0=2; 1=2; 2=2). Desta forma, o fator *soothing* apresentou também índices satisfatórios de ajustamento ($\chi^2/df = 10.400, p . 0.0647$; CFI = 0.961;/ TLI = 0.922; RMSEA = .086; SRMR = .038).

O mesmo procedimento analítico foi utilizado para a Parte II da escala, considerando a observância e experiência do sucedido na Parte I. Assim, foram realizadas CFA unifatoriais cada uma das dimensões da escala na Parte II tal como na Parte I que revelaram, no geral, índices satisfatórios de ajustamento (cf. Tabela 2). Na dimensão *threat* foi retirado o item 15 (“me proteger”) revelando a análise índices satisfatórios de ajustamento ($\chi^2/df = 3.425, p . 0.1805$; CFI = 0.983;/ TLI = 0.950; RMSEA = .070; SRMR = .026). No fator *drive* verificase ajustamento sem qualquer necessidade de alteração ($\chi^2/df = 8.129, p . 0.1493$; CFI = 0.979;/ TLI = 0.958; RMSEA = .065; SRMR = .032). Na dimensão *soothing* optou-se por retirar o item 2 (“abrandar”) sendo que nesta parte da escala optou-se ainda por não alterar os resultados associados às respostas aos itens de frequência, apresentando o fator um bom ajustamento ao modelo ($\chi^2/df = 2.557, p . 0.2784$; CFI = 0.991;/ TLI = 0.973; RMSEA = .044; SRMR = .026).

Conforme acima exposto, e em síntese, excluiu-se da Parte 1 o item 1 (dimensão *threat*) e da Parte 2 o item 2 (dimensão *soothing*) e o item 15 (dimensão *threat*). A escala de frequência de resposta do fator *soothing* teve também que ser reformulada para 0=2; 1=2; 2=2; 3=3; 4=4 na Parte 1 da Escala.

Tabela 1

Índices de Ajustamento dos Modelos de Medida – Parte 1 EACE-CPDICI

<i>Parte 1 da EACE-CPDICI</i>						
	χ^2	df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
Modelo 1 (CFA total estimador MLR)	273.29	87	.121	.624	.546	.094
Modelo 2 (CFA total estimador WLSMV)	273.29	41	.175	.864	0.817	.094
Modelo 3 (CFA unifatorial estimador MLR)						
threat (- item 1)	4.55	2	.093	0.935	0.806	.035
drive	5.21	5	.017	0.997	0.993	.036
soothing (escala de resposta 0=2;1=2;1=2; 2=2; 3=3; 4=4)	10.40	5	.086	0.961	0.922	.038

χ^2 = qui-quadrado; df = graus de liberdade; RMSEA = root mean square error of approximation; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.

Tabela 2

Índices de Ajustamento dos Modelos de Medida – Parte 2 EACE-CPDICI

<i>Parte 2 da EACE-CPDICI</i>						
Modelo 3 (CFA unifatorial estimador MLR)						
	χ^2	df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
threat (- item 15)	3.43	2	.070	0.983	0.950	.026
drive	8.13	5	.065	0.979	0.958	.032
soothing (-item 2)	2.56	2	.044	0.991	0.973	.026

χ^2 = qui-quadrado; df = graus de liberdade; RMSEA = root mean square error of approximation; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.

H.2 Consistência Interna

Foram calculados os alfas de *Cronbach* para cada uma das dimensões que constitui a EACE-CPDICI. É possível verificar que os todos os fatores, de acordo com os pressupostos de DeVellis (1991) para as investigações na área das ciências sociais, apresentam uma consistência interna aceitável com $\alpha \geq .60$. Assim, os itens da EACE-CPDICI medem o que se propõem medir concorrendo para a dimensão a que pertencem.

Tabela 3

Propriedades Psicométricas dos Itens – Parte 1 EACE-CPDICI

<i>Parte 1 da EACE-CPDICI</i>					
Modelo 3					
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>r</i>	λ	α^*
<i>Threat α .61</i>					
(- item 1)					
7. assustado/a/com medo	.56	.83	.44	.60	.50
10. frustrado/a	1.49	.93	.23	.29	.64
12. envergonhado/a	.61	.94	.40	.61	.52
15. ansioso/a	1.54	1.07	.48	.64	.45
<i>Drive α .74</i>					
5. com vivacidade	2.73	.82	.59	.68	.66
6. excitado/a	1.52	.90	.27	.31	.77
8. ativo/a	2.86	.86	.62	.78	.64
13. entusiasmado/a	2.65	.92	.42	.60	.70
14. enérgico/a	2.63	.92	.58	.67	.66
<i>Soothing α .76</i>					
(escala de resposta 0=2;1=2;1=2; 2=2; 3=3; 4=4)					
2. satisfeito/a	3	.59	.59	.64	.69
3. calmo/a	2.89	.61	.64	.80	.68
4. ligado aos outros	3.1	.62	.45	.51	.74
9. relaxado/a	2.48	.66	.57	.72	.70
11. seguro/a	3.04	.61	.37	.42	.76

M = média; *DP* = desvio-padrão; *r* = correlação item-total corrigida; λ = *loading* do item e α^* = alfa de *Cronbach* se o item fosse eliminado.

Tabela 4

Propriedades Psicométricas dos Itens – Parte 2 EACE-CPDICI

<i>Parte 2 da EACE-CPDICI</i>					
Modelo 3					
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>r</i>	λ	α^*
Threat α .71 (- item 15)					
1. fugir	.69	.87	.59	.77	.60
7. evitar (algo/algúem)	1.05	1.02	.45	.49	.69
10. desaparecer	.71	.88	.63	.85	.56
12. atacar	.33	.76	.35	.39	.73
Drive α .74					
5. me realizar	2.90	.82	.64	.80	.60
6. cumprir metas	2.94	.97	.49	.61	.66
8. competir	.90	1.16	.25	.29	.78
13. ser bem-sucedido	2.90	.81	.64	.75	.60
14. me esforçar	3.07	.80	.46	.61	.67
Soothing α .68 (- item 2)					
3. estar no momento presente	2.69	.98	.61	.84	.51
4. me ligar aos outros	2.59	.99	.50	.65	.59
9. cuidar de outros	3.31	.81	.31	.36	.70
11. sentir que cuidam de mim	1.66	1.09	.46	.52	.62

M = média; *DP* = desvio-padrão; *r* = correlação item-total corrigida; λ = *loading* do item e α^* = alfa de *Cronbach* se o item fosse eliminado.

H.3 Validade de Constructo

A validade de constructo foi aferida utilizando para o efeito cinco medidas externas: a “EADS”, “PANAS”, “CS”, “SCS” e “ProQOL” considerando as dimensões e/ou subescalas de cada medida.

Tabela 5

Coefficientes de Correlação entre as variáveis em estudo (one-tailed Spearman's rho). – Parte 1 EACE-CPDICI

<i>Variable</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1.Dep	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.Ans	.507 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.Stress	.633 **	.592 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.EC_Bond	-.204 **	.022	-.161 *	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.EC_Ind	.256 **	-.077	.041	-.427 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.EC_Hc	-.339 **	-.039	-.074	.256 **	-.262 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.EC_Sep	.311 **	.125	.117	-.282 **	.528 *	-.209 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.EC_Mindf	-.234 **	.006	-.228 **	.676 **	-.426 **	.377 **	-.311 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9.EC_Ne	.028	.013	-.152 *	.216 **	.584 **	-.128	.457 **	-.164 *	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.EC_Comp	-.327 **	.022	-.199 **	.799 **	-.460 **	.678 **	-.341 **	.860 **	-.232 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11.EC_Dis	.235 **	-.002	-.008	-.376 **	.868 **	-.252 **	.763 **	-.364 **	.809 **	-.415 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 6

Coefficientes de Correlação entre as variáveis em estudo (one-tailed Spearman's rho). – Parte 2 EACE-CPDICI

<i>Variable</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1.Dep	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.Ans	.507 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.Stress	.633 *	.592 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.EC_Bond	-.204 **	.022	-.161 *	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.EC_Ind	.256 **	-.077	.041	-.427 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.EC_Hc	-.339 **	-.039	-.074	.256 **	-.262 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.EC_Sep	.311 **	.125	.117	-.282 **	.528 **	-.209 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.EC_Mindf	-.234 **	.006	-.228 **	.676 **	-.426 **	.377 **	-.311 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9.EC_Ne	.028	.013	-.152 *	-.216 **	.584 **	-.128	.457 **	-.164 *	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.EC_Comp	-.327 **	-.022	.199 **	.799 **	-.460 **	.678 **	-.341 **	.860 **	-.232 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11.EC_Dis	.235 **	-.002	-.008	.376 **	.868 **	-.252 **	.763 **	-.364 **	.809 **	-.415 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12.AF_Pos	-.435 **	-.083	-.365 **	.345 **	-.254 **	.112	-.415 **	.428 **	-.008	-.374 **	-.263 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13.AF_Neg	.430 **	.448 **	.424 **	.119	.034	-.161 *	.079	-.068	-.050	-.051	.021	-.047	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14.SC_Bond	-.409 **	-.168 *	.162 *	.118	-.176 *	.284 **	-.270 **	.320 **	.124	.301 **	-.132	.311 **	-.211 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

15.SC_Crit	.385 **	.177 *	.239 **	- .016	.185 *	- .150 *	.367 **	- .139 *	.019	- .131	.220 **	- .373 **	.243 **	- .392 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
16.SC_Hc	- .305 **	- .161 *	.058	.188 *	- .238 **	.365 **	- .090	.391 **	- .214 **	.404 **	- .217 **	.190 *	- .295 **	.515 **	- .053	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	-	
17.SC_Isol	.409 **	.150 *	.343 **	- .194 **	.290 **	- .190 *	.286 **	- .218 **	.069	- .245 **	.280 **	- .512 **	.223 **	- .223 **	.719 **	- .043	1.00 0	-	-	-	-	-	-	-	
18.SC_Min df	- .327 **	- .083	- .048	.209 **	- .262 **	.248 **	- .080	.274 **	- .049	.318 **	- .167 *	.232 **	- .190 **	.576 **	- .303 **	.620 **	- .242 **	1.00 0	-	-	-	-	-	-	
19.SC_Sid	.349 **	.217 **	.194 **	- .029	.270 **	- .208 **	.262 **	- .233 **	.080	- .210 **	.247 **	- .315 **	.300 **	- .363 **	.770 **	- .214 **	.636 **	- .463 **	1.00 0	-	-	-	-	-	
20.SAT_Co mp	- .215 **	.092	- .042	.278 **	- .406 **	.298 **	- .405 **	.297 **	- .228 **	.343 **	- .398 **	.374 **	- .069	.256 **	- .166 *	.222 **	- .164 *	.235 **	- .176 *	1.00 0	-	-	-	-	
21.Burn	.624 **	.336 **	.543 **	- .368 **	.311 **	- .280 **	.318 **	- .354 **	- .023	- .418 **	- .251 **	- .567 **	.322 **	- .464 **	.322 **	- .339 **	.438 **	- .309 **	.193 **	- .448 **	1.00 0	-	-	-	
22.STS	.415 **	.532 **	.484 **	- .036	- .132	- .058	.105	.035	- .072	- .026	- .046	- .309 **	.366 **	.065	.417 **	- .007	.476 **	- .084	.335 **	.030	.394 **	1.00 0	-	-	
23.THREA T_2	.386 **	.442 **	.305 **	- .144 *	.076 **	- .311 **	.214 **	- .170 *	.115	- .294 **	.116 **	- .124	.376 **	- .233 **	.077 **	- .417 **	- .032	- .287 **	.174 *	- .214 **	.335 **	.257 **	1.0 00	-	
24.DRIVE_ 2	.087	.208 **	.009	.105	.011	.018	- .082	.131	.221 **	.062	.033	.350 **	.140 *	.214 **	.028	- .034	- .165 *	.087	- .018	.254 **	- .235 **	.078	.17 8*	1.00 0	
25.SOOTH NG_2	- .117	- .002	.025	.282 **	.039	.138 *	- .151 *	.276 **	.146 *	.284 **	.031	.081	- .020	.334 **	.107	.128	.162	.112	.102	.246 **	- .187 *	.121	- .20 2*	.372 **	1.0 00

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

Foi possível identificar múltiplas associações entre EACE-CPDICI, Parte 1 e Parte 2, e as medidas externas selecionadas. As correlações significativas identificadas são positivas e negativas, e apresentam-se de muito baixas a moderadas.

No concernente à dimensão *threat*, na Parte 1 da EACE-CPDICI, identificam-se correlações positivas baixas com a Ansiedade, Depressão e Stress, correlação negativa baixa com o fator Humanidade Comum da EC, correlação positiva moderada com o fator Afeto Positivo, correlação negativa moderada com o fator Afeto negativo, correlação positiva baixa com a dimensão Autojulgamento, negativa baixa com os fatores Humanidade Comum e Atenção Plena da SELFCS, correlação positiva baixa com o fator Super Identificação da SELFCS e correlação positiva baixa com a dimensão Burnout da ProQOL.

Quanto à dimensão *drive*, Parte 1 da EACE-CPCICI, identifica-se correlação negativa baixa com Depressão e Stress, correlação positiva baixa com a Bondade da EC, negativa baixa com a Indiferença e a Separação da EC, correlações positivas baixas com a Compaixão e a Atenção Plena da EC, correlação positiva elevada com o Afeto Positivo, negativa moderada com a dimensão Isolamento da SELFCS, negativa baixa com a dimensão Super Identificação da SELFCS, correlação positiva moderada com a Satisfação da Compaixão da ProQOL e negativa moderada com o Burnout.

A dimensão *soothing*, Parte 1 da EACE-CPCICI, apresenta correlação negativa moderada com a Depressão, negativa baixa com a Ansiedade e negativa moderada com o Stress. Apresenta ainda correlação positiva baixa com a Bondade da EC, correlação positiva moderada com o fator Atenção Plena da EC, positiva baixa com a Compaixão da EC, correlação positiva moderada com o Afeto Positivo, correlação negativa baixa com o Afeto Negativo, positiva baixa com a Benevolência, a Humanidade Comum e a Atenção Plena da SELFCS, correlação positiva baixa com a Satisfação da Compaixão da ProQOL e correlação negativa moderada com o Burnout da ProQOL.

Entre si, o *soothing* apresenta uma correlação negativa baixa com a dimensão *threat* e positiva moderada com a dimensão *drive*.

Na parte 2 da EACE-CPCICI foi possível identificar a mesma tipologia de correlações.

A dimensão *threat* apresenta uma correlação positiva baixa com a Depressão, positiva moderada a Ansiedade e positiva baixa com o Stress. Identifica-se uma correlação negativa baixa com a Humanidade Comum da EC, positiva baixa com a Separação da EC, correlação negativa baixa com a Compaixão da EC, positiva baixa com o Afeto Negativo, correlação negativa baixa com a Benevolência, negativa moderada com a Humanidade Comum e negativa baixa com a Atenção Plena da SELFCS, correlação negativa baixa com a Satisfação da Compaixão da ProQOL e correlações positivas baixas com a Saturação da Compaixão e o Burnout da ProQOL.

A dimensão *drive* apresenta uma correlação positiva baixa com a Compaixão da EC, positiva baixa com o Afeto Positivo, correlação positiva baixa com a Benevolência da SELFCS, correlação positiva baixa com a Satisfação da Compaixão da ProQOL e correlação negativa baixa com o Burnout.

A dimensão *soothing* apresenta uma correlação positiva baixa com o fator Bondade da EC, positiva baixa com a Atenção Plena da EC e positiva baixa com a Compaixão da EC. Identifica-se ainda uma correlação positiva baixa com a Benevolência da SELFCS e com a Satisfação da Compaixão da ProQOL.

As dimensões da EACE-CPCICI apresentam na Parte 2 uma correlação positiva baixa do *soothing* com o *drive*.

Discussão

O contexto relacional e o bem-estar em situação de cuidado institucional apresenta-se fundamental para o desenvolvimento das pessoas com deficiência e incapacidade (Pijpers et al. 2017).

O presente trabalho procurou, tendo em conta a conjectura acima referida, a composição e validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência em Contexto Institucional (EACE-CPDICI).

Foi utilizada a Escala de Avaliação do Clima Emocional na Sala de Aula (Albuquerque et al., 2019) e adaptada para cuidadores de pessoas com deficiência e incapacidade em contexto institucional tendo sido aplicada a uma amostra desta população. Conforme proposto na presente investigação, foi analisada a dimensionalidade da escala, a sua consistência interna e a validade de constructo.

Considerando o modelo teórico dos sistemas de autorregulação de Gilbert (2020, 2019, 2015, 2005a, 2005b), o instrumento deveria traduzir não só o agrupamento dos itens nos fatores, conforme expectável, mas a interligação dos fatores entre si, aspeto que não foi possível apurar tendo em conta os valores obtidos na CFA para a totalidade da Parte1 da EACE-CPDICI.

Tendo por base o enquadramento dos resultados apurados, procuraremos equacionar hipóteses e questões que poderão estar associadas aos resultados obtidos.

No Modelo 1, que considera todos os itens da EACE-CPDICI para a Parte 1, verificou-se que a covariância entre a dimensão *threat* e *soothing* era de -1.102. A covariância destes dois fatores ultrapassava o intervalo de ajustamento. Tendo em conta que posteriormente foi verificado que no sistema de *soothing* na Parte 1 havia uma polarização das respostas nas frequências “3= Frequentemente” e “4= Sempre” da escala de resposta, hipotetizamos que esta exacerbação do sistema de *soothing* anula o sistema de *threat*, conforme pressuposto no modelo teórico (Gilbert, 2019, 2015), e reduz de forma drástica a relação entre os diferentes sistemas na medida em que um dos sistemas está hiperativado, no caso o sistema de *soothing* que serve de regulador.

Outra possível hipótese é que a escala de frequência de resposta ao *soothing* não é adequada, pelo menos para esta população. Sendo a população alvo cuidadores de pessoas com deficiência e incapacidade, cujas funções estão direcionadas, de forma direta, para os cuidados, os parâmetros “0= Nunca”; “1= Raramente”; “2= Às vezes” serão itens que, tendo em conta as funções dos cuidadores, com maior dificuldade serão selecionados porque reportam uma frequência baixa de emoções associadas ao cuidado. Isto promoverá uma incidência de respostas nos parâmetros “3= Frequentemente; 4= Sempre” na medida em que o cuidar é o aspeto prevalente da sua função.

A amostra foi constituída por 104 respondentes do sexo feminino e 43 do sexo masculino. Uma hipótese também a colocar está relacionada com os estereótipos de género associados ao

cuidado. Em concordância com os processos evolutivos da espécie (Damásio, 2000), a tarefa de cuidados relativamente tanto às crianças como aos idosos das comunidades era atribuída às mulheres saudáveis. Ainda hoje essa tipologia de tarefas é maioritariamente assumida (inclusive de forma subjetiva e interna) pelas mulheres da família. A diferença substancial de mulheres e homens na amostra (71% de mulheres por comparação a 29% de homens) demonstra a prevalência das mulheres na área dos cuidados. Desta forma, uma outra possibilidade para o sistema de *soothing* se apresentar com registos tão elevados na escala de frequência poderá estar associado ao desequilíbrio de género da amostra. Esta hipótese poderia ainda explicar os *loadings* baixos dos itens semanticamente associados a comportamentos mais externalizantes como o 6 (“excitado”) da dimensão *drive* na Parte 1 e na Parte 2 os itens 12 (“atacar”) da dimensão *threat* e 8 (“competir”) da dimensão *drive*. Não explicaria, no entanto, o baixo *loading* do item 9 (“cuidar de outros”) da dimensão *soothing* na Parte 2.

Sendo a EACE-CPDICI dirigida a cuidadores de pessoas com deficiência e incapacidade e considerando aquilo que são as expectativas comunitárias e sociais relativamente às entidades deste sector e aos seus colaboradores, hipotetiza-se que os mesmos possam ter respondido de acordo com fatores de desiderabilidade social. Desta forma, os respondentes tenderam assinalado as frequências “3= Frequentemente” e “4=Sempre” que são aquelas que traduzem maior frequência de emoções associadas ao seu papel de cuidador, conforme esperado em termos micro e macro social.

No que diz respeito à consistência interna dos fatores, esta foi considerada satisfatória. Encontram-se ainda itens com *loadings* inferiores a .40: da Parte 1 constam os itens 10 (“frustrado”) da dimensão *threat* e 6 (“excitado”) da dimensão *drive*; na Parte 2 os itens 12 (“atacar”) da dimensão *threat*, o 8 (“competir”) da dimensão *drive* e o 9 (“cuidar de outros”) da dimensão *soothing*. Desta forma, considerando os *loadings*, o tamanho da amostra e os resultados obtidos na dimensionalidade, estes dados devem ser interpretados com cautela.

No que concerne à validade de constructo, as correlações obtidas foram ao encontro do esperado associando-se a dimensão de *threat* de forma positiva às dimensões negativas das medidas externas e de forma negativa às dimensões positivas das medidas externas, com correlações que vão de uma amplitude de baixas a moderadas. A dimensão de *drive* apresentou amplitudes de correlação que vão de baixa a elevada também de acordo com o hipotetizado. O sistema de *drive* associa-se também de forma positiva aos fatores/dimensões das medidas externas selecionadas e de forma negativa aos fatores/dimensões das medidas externas consideradas em investigação. O mesmo foi verificado com a dimensão *soothing* que apresentou correlações entre baixas a moderadas com as dimensões das cinco medidas externas. As correlações apresentaram o padrão esperado em hipótese, correlacionando-se o sistema de *soothing* de forma positiva com as dimensões positivas das medidas externas e de forma negativa com as dimensões negativas das mesmas. Estes padrões de correlação foram verificados tanto na Parte 1 como na Parte 2 da Escala, com maior incidência de correlações na Parte 1 da EACE-CPDICI. Os padrões de correlação obtidos vão ao encontro do modelo teórico

proposto por Gilbert (2020, 2019) de um sistema de autorregulação com três dimensões, duas de cariz positivo e uma de cariz negativo. A depressão, o stress e a ansiedade são respostas fisiológicas e psíquicas a estímulos externos ameaçadores. Também o burnout e a fadiga de compaixão são estados físicos e psíquicos associados a sensação de ameaça ou mal experienciada pelo sujeito. Desta forma, conforme postulado em teoria, o sistema de *threat* apresenta correlações positivas com estas dimensões na medida em que é o sistema que prepara o organismo para se defender de estímulos externos ameaçadores, fazendo recurso a vários processos fisiológicos e químicos, consoante a natureza identificada do estímulo. O padrão de correlações verificado em sentido inverso, portanto, correlações negativas com dimensões positivas como a atenção plena, a benevolência, o afeto positivo, e outras supra identificadas, vem reforçar a teoria edificada e as ações iniciadas pelo organismo quando ativado o sistema de *threat*. O sistema de *drive*, sendo o sistema de busca de bens e recompensas, apresenta-se associado de forma positiva com dimensões positivas como o afeto positivo. Assim, o sistema de *drive* está ainda associado a outras dimensões positivas como a atenção plena, a benevolência, a bondade e a satisfação da compaixão. Este aspeto é também concordante com o modelo teórico (Gilbert, 2020, 2019, 2015) na medida em que encontrar uma recompensa ou suprir uma necessidade comportam uma resposta fisiológica e psíquica prazerosa. Em sentido inverso, e conforme expectável, apresenta associações negativas com a depressão, stress e ansiedade, na medida em que a satisfação e o prazer associados ao sistema de *drive* não poderiam ativar respostas psíquicas de desprazer, tristeza, raiva ou ansiedade. O mesmo acontece em larga medida com o sistema de *soothing*. O sistema de *soothing* ativa comportamentos que permitem ao organismo descansar, relaxar e tranquilizar-se. São ações que estão associadas a emoções positivas pelo que o padrão de correlações encontrado também confirma os postulados teóricos (Gilbert, 2020, 2019). As associações negativas com a depressão, o stress, a ansiedade e o afeto negativo manifestam que se o organismo está a ativar respostas fisiológicas e psíquicas associadas a bem-estar e tranquilidade não ativa simultaneamente respostas fisiológicas que se sustentem na raiva, na ansiedade ou no medo (Gilbert, 2020). As associações positivas compelem a verificar que as respostas neuroquímicas ativadas são de afeto positivo, bondade, atenção plena e humanidade comum, ou seja sentir-se ligado aos outros e ao mundo, aquando da ativação do sistema de *soothing*.

Limitações e Sugestões

A investigação desenvolvida e aqui exposta apresenta algumas limitações que é necessário endereçar, bem como também revela potencial para sugestões associadas a eventuais futuras investigações.

O tamanho da amostra (147 respondentes) apresenta-se como uma limitação a esta investigação. A investigação decorreu em pleno período pandémico Covid-19 com múltiplas determinações governamentais de Estado de Emergência e encerramento de várias atividades em todos os sectores da economia. As instituições do terceiro sector que atuam na área da deficiência e incapacidade foram alvo de sucessivos encerramentos de serviços, de forma total ou parcial. Sendo que estas instituições desenvolvem diferentes valências, como os Centros de Atividades para a Capacitação para a Inclusão, a Formação Profissional de Pessoas com Deficiência e Incapacidade, os Centros de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade, entre outros serviços, todos estes estiveram encerrados, ora concomitante ora de forma desfasada. Acrescem às determinações governamentais as orientações de tutela de cada uma das valências (e.g. Segurança Social, Ministério da Educação) que, de forma unilateral, determinaram o encerramento dos serviços por motivo de caso suspeito identificado. Assim, tendo sido o protocolo enviado às organizações-chapéu das entidades em causa e reencaminhado para os serviços pelas mesmas, bem como tendo também sido enviado diretamente a múltiplas organizações, a taxa de resposta foi baixa uma vez que as pessoas não se encontravam no serviço e grande parte das valências da organizações estava encerrada. Desta forma, seria pertinente o estudo da EACE-CPDICI em contexto não pandémico, ou em contexto pandémico controlado, com uma amostra superior.

Outro aspeto que surge como hipótese de sugestão é a alteração da escala de frequência de resposta da EACE-CPDICI na Parte 1. A escala de frequência de resposta é “0= Nunca”; “1= Raramente”; “2= Às vezes”; “3= Frequentemente”; “4= Sempre”. Esta frequência, de acordo com os dados obtidos, não revela ser adequada à população alvo uma vez que são três os itens com uma frequência reduzida de emoções associadas ao cuidado “0= Nunca”; “1= Raramente”; “2= Às vezes” por oposição a dois com uma maior frequência de emoções do sistema de *soothing* “3= Frequentemente” e “4= Sempre”. Se analisarmos as escalas de frequência de resposta da SELFCS e da EC verificamos que não são tão taxativas quanto à forma como expressam a frequência “1= Quase nunca; 2= Raramente; 3= Algumas vezes; 4= Muitas vezes; 5= Quase Sempre”. Em particular, os parâmetros 0 e 3 da EACE-CPDICI que são “0=Nunca”, “3= Às vezes” poderiam ser substituídos por “0= Quase nunca”; “3= Algumas vezes” alargando a possibilidade semântica de entendimento da frequência explanada.

Em concordância com a hipótese de os sujeitos terem respondido considerando fatores de desiderabilidade social, poder-se-iam associar ao protocolo, em futuras investigações medidas de desiderabilidade social como a Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS) (Crowne & Marlowe, 1960). Estas medidas permitiriam compreender se, de facto, houve influência nas respostas dos sujeitos pelo motivo de pretenderem corresponder a valores e princípios sociais expectáveis.

O estudo da dimensionalidade também se apresenta como uma limitação. A EACE-CPDICI deverá ser aplicada numa amostra maior e, eventualmente, com algumas das sugestões acima apresentadas, para que se possam conduzir novos estudos de dimensionalidade da Escala.

Outra limitação que consideramos estar associada à investigação é o facto de o protocolo ter sido disponibilizado em formato inquérito on-line. Tendo sido a forma encontrada de obviar aos constrangimentos colocados pela pandemia Covid-19, acarreta o seu fator negativo. A limitação nítida associada é que existe uma autosseleção automática dos respondentes. Tendo sido o protocolo encaminhado para as Federações na área da deficiência e para várias outras instituições deste sector, e, encaminhado para os cuidadores via correio eletrónico, existe imediatamente e à partida uma autosseleção da amostra. Apenas os que tiverem vontade manifestada de participar irão proceder ao preenchimento do inquérito sendo que os que cuja vontade manifestada seja ambivalente ou negativa, não o irão preencher. Este aspeto difere de uma recolha presencial na medida em que o investigador entregando em mão o protocolo e solicitando o seu preenchimento poderá fazer com cuidadores com vontade ambivalente o preencham, seja por se sentirem mais motivados a tal ou até para corresponder positivamente às expectativas do investigador. Decorre daqui a sugestão de que a EACE-CPDICI possa ser utilizada em futuras investigações que apliquem o protocolo em formato presencial evitando assim a autosseleção da amostra.

Não obstante as limitações e sugestões apresentadas, o pressuposto de que uma escala de avaliação do clima emocional, como a EACE-CPDICI ou outra, é necessária para a população de cuidadores de pessoas com deficiência em contexto institucional mantém-se. Os cuidados a pessoas com deficiência são um sector específico bastante exigente do ponto de vista emocional (Pijpers et al., 2017) que beneficiariam com uma avaliação rigorosa do ambiente afetivo. Dessa forma, é importante que existam medidas que possam avaliar o ambiente relacional e afetivo, no sentido de assegurar o conforto dos cuidadores e também das pessoas com deficiência, e fomentar a implementação de medidas que promovam o bem-estar, potenciando um clima organizacional tranquilo e de florescimento.

Bibliografia

- Ainsworth, F. & Fulcher, L. (2006). Chapter 7. Creating and Sustaining a Culture of Group Care. *Child and Youth Services*. 28: 1, pp. 151-176. https://doi.org/10.1300/J024v28n01_01
- Albuquerque, I., Matos, M., Galhardo, A., Cunha, M., Palmeira, L., Lima, M., Gilbert, P., & Irons, C. (2018). *Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho/Estudo (EACELT/E)*
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S. & Fairhurst, H. (2021) The impact of Compassionate Mind Training on qualified health professionals undertaking a Compassion Focused Therapy module. *Couns Psychother Res*. 2021;00:1–13., [wileyonlinelibrary.com/journal/capr. http://dx.doi.org/10.1002/capr.12396](http://dx.doi.org/10.1002/capr.12396)
- Bowlby, J. (1969). Attachment. *Attachment and loss*. Vol. 1. London: Hogarth Press
- Cabral, E. & Nick, E. (2013). *Dicionário Técnico de Psicologia*. 14ª Edição. Editora Pensamento Cultrix, Ltda. São Paulo.
- Caderno FORMEM. (2016). O Estado da Arte da Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidades. *Caderno FORMEM, n°7*, Edição Especial
- Carvalho & Sá (2011). Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala “Professional Quality of Life 5”, *Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos*
- Carvalho, E. & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 2, 147 – 156.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Running Head: Confirmatory Analysis of the Self-Compassion Scale*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- CIF (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa 2004
- Cook, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The internalized shame scale. In D. L. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script and psychotherapy*. 132-165. New York: W. W. Norton & Company.
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354. doi:10.1037/h0047358

- Damásio, A. (2000). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas*. 8.a Edição. Temas e Debates Círculo de Leitores. Bertrand Editora.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publications, Inc.
- Di Nubila, H. & Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. Bras. Epidemiol.* 11(2), Jun 2008, <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
- FENACERCI (2013). *Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências*. Documento cofinanciado pelo Fundo Social Europeu através do Programa Operacional Potencial Humano Eixo 9, Tipologia de Intervenção 6.15 – Educação para a Cidadania – Projetos Inovadores, Projeto n.º: 097089/2013/9615
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II-Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227. doi:10.14417/ap.84
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J. & Giguere C. (2019). Construct Validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a Sample of Child Protection Worker. *Journal of Traumatic Stress*, August 2019, 566-576. DOI 10.1002/jts.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *Using SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference* (4th ed.). London: Pearson Education.
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and Cruelty. A biopsychosocial approach. *Compassion: Conceptualizations, research and use in Psychotherapy*. 11-74 Ed. P. Gilbert (London, Routledge)
- Gilbert, P. (2005b). Social Mentalities: a biopsychosocial and evolutionary reflexion on social relationships. *Interpersonal Cognition*. 299-333 ed. M. Baldwin (New York: Guilford)
- Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9/6, 239-254
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 99, 108-114: DOI 10.1111/spc3.12176
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its Evolution to Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*. 11, 1-30. DOI 10.3389/fpsyg.2020.586161
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 6(4), 135–143.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

- Gomes, A. R., & Teixeira, P. (2016). Stress, cognitive appraisal, and psychological health: Testing instruments for health professionals. *Stress and Health*, 32(2), 167-172. doi: 10.1002/smi.2583.
- Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia*, 48(1), 118-130
- Gomes, D. F. (2014). *Validação da Escala de Experiências Atuais de Cuidados e Segurança para Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//1089-2680.2.3.271>
- Harris, J. (2006). *Intellectual Disability. Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. Oxford University Press
- Hemmings, C. (2006). Schizophrenia spectrum disorders in people with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 470–4.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- INE. (2012). *Portugal em Números – 2010*. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa, Portugal, 2012
- INR, I.P. (2014) www.inr.pt/uploads/docs/infestatistica/InqueritoSNR.rtf.
- Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist*, 29(3), 179–188. <https://doi.org/10.1037/h0035994>
- Irons, C. & Heriot-Maitland, C. (2020). Compassionate Mind Training: An 8-week group for the general public. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*. Vol. 94.-3, The British Psychological Society. <https://doi.org/10.1111/papt.12320>
- Keltner, D. & Gross, J. (1999). Functional Accounts of Emotions. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 467-480. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/026999399379140>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Lobo, F. & Fernández, D. R. (2001). Escala de clima social no trabalho. Validação em organizações portuguesas. *Economia e Sociologia*, 71, 163-176.

- Lobo, F., Maciel, M. do C., & Pinheiro, M. (2014). Clima social no trabalho numa empresa municipal. *Conferência - Investigação E Intervenção Em Recursos Humanos*, (4). <https://doi.org/10.26537/iirh.v0i4.2049>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- Magalhães, A. (2013). *O código de Ekman o cérebro, a face e a emoção*. Porto: Feelab Science Books
- Mardia, M. V. (1985). Mardia's test of multinormality. In S. Kotz & N. L. Johnson (Eds.), *Encyclopedia of statistical sciences* (Vol. 5, pp. 217-221). New York: John Wiley.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7th ed.). Report Number.
- Neff, D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- OMS (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Direção Geral de Saúde*, Lisboa.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão, stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235–246.
- Pallant, J. (2011) *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program*. 4th Edition, Allen & Unwin, Berkshire.
- Pestana, H. & Gageiro, N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Edições Silado.
- Pijpers, V., Cramm, J. & Nieboer, A. (2017). Influence of the organizational environment on challenging behaviour in people with intellectual disabilities: Professionals' views. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019; 32, 610–621. DOI: 10.1111/jar.12555
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., & Dinis, A. (2008). Portuguese version of the Social Safeness and Pleasure Scale. *Unpublished manuscript*, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.

- Pommier, E. A. (2011). The Compassion Scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 72, 1174.
- Santos, M. C. (2012). Comentários - Artigo recomendado. Nascer e Crescer, *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 21 (4), 248-249.
- Santos, S., & Mourato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Porquê? *Rev. bras. educ. espec. [online]*, 18 (1), 3-16. ISSN 1413-6538.
- Seti, C. (2008). Causes and treatment of burnout in residential child care workers: A review of the research. *Residential Treatment For Children & Youth*, 24(3), 197-229. <https://doi.org/10.1080/08865710802111972>
- Sousa, R., Castilho, P., Vieira, C., Vagos, P., & Rijo, D. (2017). Dimensionality and gender-based measurement invariance of the Compassion Scale in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 117, 182-187. doi:10.1016/j.paid.2017.06.003
- Stamm, B. 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). Using Multivariate Statistics (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tonkin, M. (2016). A Review of Questionnaire Measures for Assessing in Social Climate in Prisons and Forensic Psychiatric Hospitals. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, SAGE, 1376-1405. DOI 10.1177/0306624x15578834
- UE (2012). Summary report on the causes of the diversification of users. *Lifelong Learning Programme*.
- Vagos, P., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., Rijo, D. and Elison, J. (2019). Psychometric Properties of the Compass of Shame Scale: Testing for Measurement Invariance across Community Boys and Boys in Foster Care and Juvenile Detention Facilities. *Child and Youth Care Forum. Journal of Research and Practice in Children's Services*. 48-1, 93-110. DOI 10.1007/s10566-018-9474-x
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- WHO (2001). Mental Health and Intellectual Disabilities: Addressing The Mental Health Needs Of People With Intellectual Disabilities. *Mental Health Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities to the World Health Organisation*. WHO.
- WHO (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.



Anexos

Anexo 1 - Declaração relativa à Informação sobre o tratamento dos seus dados pessoais e privacidade (nos termos do art.º 13.º do RGPD¹) e ao Consentimento

Declaração relativa à Informação sobre o tratamento dos seus dados pessoais e privacidade (nos termos do art.º 13.º do RGPD²) e ao Consentimento

O estudo de Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional (EACELT/E) em Cuidadores de Pessoas com Deficiência insere-se na Tese de Mestrado “Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional em Cuidadores de Pessoas com Deficiência” do Mestrado Integrado em Psicologia, subespecialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, a ser desenvolvida na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo.

O estudo em causa tem como finalidade validar uma medida de autorrelato para avaliar a perceção que os cuidadores de pessoas com deficiência apresentam do clima emocional no seu local de trabalho.

Para a realização deste estudo será solicitado o preenchimento de um conjunto de questionários que abordam questões sobre emoções, e a forma como se reage às situações do dia-a-dia no trabalho enquanto cuidador, bem como dados sociodemográficos (e.g., Entidade em que trabalha, valência institucional, nome, idade, sexo, estado civil, distrito onde reside, habilitações académicas, profissão exercida na entidade, tempo total de trabalho na entidade, trabalho direto com os clientes realiza ou já realizou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, toma de medicação).

A recolha será realizada em suporte de papel e/ou digital, seguida de tratamento informático com pseudonimização, através de atribuição de código, dos dados.

Os dados recolhidos ficarão na posse da mestranda Dora Alexandra da Silva Redruello Correia, e serão destruídos 5 anos após terminado o estudo.

A participação na presente investigação é de carácter voluntário, podendo o participante desistir em qualquer altura do estudo. Se em algum momento desejar retirar a informação que forneceu, por favor, entre em contacto com a mestranda. Serão assegurados o anonimato e a total confidencialidade dos dados recolhidos sendo que os mesmos serão exclusivamente utilizados no referido estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

A Mestranda
Dora Redruello

O Orientador
Daniel Rijo

¹ Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016

² Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016

Eu tomei conhecimento da presente informação de privacidade e, para os efeitos previstos no RGPD, declaro por este meio, prestar o meu EXPRESSO CONSENTIMENTO para o tratamento dos dados pessoais, ao responsável pelo tratamento, sob compromisso deste manter a confidencialidade dos dados.

O Responsável pelo Tratamento garante o cumprimento do disposto no RGPD, bem como na demais legislação aplicável, obrigando-se a respeitar e a cumprir o direito ao apagamento, e a não colocar à disposição de terceiros os dados pessoais de forma nominativa, sem a minha autorização pessoal.

Mais declaro, para os efeitos do RGPD, ter tomado pleno conhecimento e compreendido devidamente os direitos que me assistem relativamente aos meus dados pessoais e o teor completo da presente declaração, nomeadamente os fins a que destina o presente tratamento de dados.

Anexo 2 – Informações sobre o Estudo de validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência e Anonimato

Estudo de validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores de Pessoas com Deficiência

O estudo de validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional para Cuidadores Pessoas com Deficiência insere-se no projeto de Mestrado “Validação da Escala de Avaliação do Clima Emocional (EACELT/E) em Cuidadores de Pessoas com Deficiência, que se encontra a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra em estreita articulação com o Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Este estudo tem como objetivo validar uma medida de autorrelato para avaliar a frequência com que os cuidadores de pessoas com deficiência experienciam diferentes emoções no seu local de trabalho. Para o efeito, pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários que abordam questões sobre emoções, a sua forma de pensar e de reagir a situações do dia a dia.

De modo a garantir o anonimato será atribuído um código a cada participante. Assim, pedimos-lhe que preencha a tabela abaixo, indicando: as iniciais do nome da rua onde vive, o dia e o mês do seu nascimento.

Iniciais do nome da rua onde vive	Dia em que nasceu	Mês em que nasceu



Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico

Dados sociodemográficos

1. Instituição onde trabalha: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Idade: _____ anos
4. Estado Civil:
 - Solteiro(a)
 - Casado(a)/União de facto
 - Divorciado(a)/Separado(a)
 - Viúvo(a)
5. Distrito onde reside: _____
6. Habilitações académicas: _____
7. Profissão exercida na Instituição: _____
8. Valência em que exerce atividade: _____
9. Tempo total de atividade na área dos cuidados a pessoas com deficiência (nº de meses/anos) _____
10. Trabalha por turnos? Sim Não
 - 10.1. Se sim, há quanto tempo? _____
11. Realiza de momento ou já realizou algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? Sim Não
 - 11.1. Se sim, o mesmo foi motivado por:
 - Questões pessoais
 - Questões profissionais
 - Ambas
 - Outras
12. Encontra-se a tomar medicação devido a essa condição?
 - 13. Sim Não De momento não, mas já t

