



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS:
O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E DO ENGAGEMENT**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Maria Isabel Wobeto

Orientadora: Professora Doutora Tânia Raquel Pais Brandão

Número da candidata: 30003951

Dezembro de 2021

Lisboa

MARIA ISABEL WOBETO

**SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS:
O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E DO *ENGAGEMENT***

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, à
Banca examinadora Universidade Autónoma de Lisboa.

Orientadora: Professora Doutora Tânia Brandão

Mestranda: Maria Isabel Wobeto – N° 0030003951

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Doutor.....Universidade Autónoma de Lisboa

Prof^o. Doutor.....Universidade Autónoma de Lisboa

Prof^a. Doutor.....Universidade Autónoma de Lisboa

Agradecimentos

Agradeço a Espiritualidade por me guiar no caminho e me iluminar desde o início e durante esta caminhada.

Agradeço aos meus admiráveis e especiais orientadores na vida, minha amada mãe, Carmélia Bonh Wobeto, por todo seu amor, fé, apoio e vibração nessa escolha em especial, e ao meu amado pai, Metávio Luis Wobeto (em memória), o qual, tenho a certeza, que está ao meu lado, vibrando por mais essa conquista.

Agradeço ao meu admirável e amado filho, Lucas Wobeto Martins, pelo amor, apoio, companheirismo e torcida a cada dia sobre cada passo conquistado nesse lindo estudo.

Agradeço ao meu querido e especial Murilo César Ramos, que esteve sempre ao meu lado, com amor, compreensão, apoio e paciência.

Agradeço aos meus familiares e amigos, que vibraram e colaboraram com toda essa minha trajetória.

Agradeço à minha admirável e excelentíssima Orientadora, Doutora Mestra Tânia Raquel Pais Brandão, por me guiar e por me ensinar a dar os passos nessa conquista tão importante para mim, na qual avançamos juntas com empatia, segurança, afinidade, compreensão e respeito aos dados de cada passo que envolveram essa pesquisa.

Agradeço a todos os excelentíssimos e admiráveis Mestres, Doutores(as) Ana Maria Gomes, Cláudia Castro, João E. de J. Hipólito, Joaquim Monteiro, Mônica T. Pires, Odete Nunes, Ruth Brites, Sandra Figueiredo, Tânia R. P. Brandão e Tito R. Laneiro, os quais fizeram parte desse crescimento pessoal, o qual tive a honra de aprender e compartilhar conhecimentos na cientificidade e na internacionalidade.

Agradeço ao Gabinete de apoio ao desenvolvimento do aluno (GACI) e à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que permearam a comunicação, sempre clara e transparente, a todos os passos legais e éticos, vindo a possibilitar uma comunicação rápida e íntegra.

Agradeço à Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) a oportunidade especial de fazer parte da primeira turma de Mestrado Internacional da Psicologia Clínica de Aconselhamento em Lisboa (PT).

Agradeço ao Centro de Investigação em Psicologia (CIP - UAL) pelo suporte e pelo apoio.

Agradeço aos membros administradores e profissionais cuidadores formais das Instituições de Longa Permanência (ILPIs), que aceitaram o convite para participar desta pesquisa, dando importância à saúde mental dos cuidadores formais em cientificidade.

Agradeço aos caros colegas de turma, uma vez que avançamos juntos e unidos, com honra e amor no aprendizado e na construção de todos os projetos envolvidos nesse estudo, na crença de que levamos nosso coleguismo e nossa amizade para toda a nossa história em vida.

“Não somos responsáveis pelas emoções, mas sim do que fazemos com as emoções.”

Jorge Bucay

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar se o *engagement* no trabalho medeia a associação entre regulação emocional e saúde mental de profissionais de saúde que atuam em instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Foi realizado um estudo transversal com profissionais de saúde cuidadores de idosos (n = 104). Foi utilizado um questionário online para a recolha de dados. A regulação emocional (supressão expressiva e reavaliação cognitiva), o envolvimento no trabalho (vigor, dedicação e absorção) e a saúde mental (depressão, ansiedade e estresse) foram medidos por meio de escalas de autorrelato. Vários modelos de mediação múltipla foram usados para testar o papel mediador do *engagement* no trabalho na associação entre regulação emocional e saúde mental. Os resultados mostram que a supressão expressiva se associa a mais vigor que, por sua vez, se associa a menos ansiedade e estresse; por outro lado, a reavaliação cognitiva associa-se a mais vigor que, por sua vez, se associa a menos ansiedade e estresse. Não foram encontrados efeitos indiretos para a depressão. Pode concluir-se que o uso de estratégias de supressão expressiva e de reavaliação cognitiva para lidar com as emoções parece estar associado a maior vigor em termos de resiliência e persistência para lidar com as demandas do trabalho, o que, por sua vez, contribui para manter baixos níveis de ansiedade e estresse em profissionais que atuam no contexto de cuidados geriátricos.

Palavras-chave: regulação emocional, envolvimento no trabalho, depressão, ansiedade, estresse, instituições de longa permanência, cuidado geriátrico.

Abstract

The aim of this study was to examine if work engagement mediated the association between emotion regulation and mental health of professionals working in long-term care institutions for older adults in Brazil. A cross-sectional study with formal caregivers of older adults was conducted (n = 104). An online questionnaire was used to collect data. Emotion regulation (expressive suppression and cognitive reappraisal), work engagement (vigor, dedication, and absorption), and mental health (depression, anxiety, and stress) were measured using self-report scales. Multiple mediation models were used to test the mediating role of engagement. Results showed that expressive suppression was associated with more vigor, which in turn was associated with less anxiety and stress; cognitive reappraisal was associated with more vigor, which in turn was associated with less anxiety and stress. No indirect effects were found for depression. It is possible to conclude that the use of expressive suppression and cognitive reappraisal strategies to regulate emotions seems to be associated with more vigor in terms of resilience and persistence to deal with work demands, which in turn contribute to maintaining low levels of anxiety and stress in professionals working within the context of geriatric care.

Keywords: emotion regulation, work engagement, depression, anxiety, stress, long-term care facilities, geriatric care.

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	V
Abstract	VI
Índice.....	VII
Lista de Tabelas.....	IX
Lista de Figuras	X
Lista de Abreviaturas/Siglas.....	XI
Introdução.....	12
Parte I – Enquadramento Teórico.....	15
Capítulo I – Envelhecimento Demográfico.....	16
1.1. Envelhecimento na contemporaneidade.....	16
1.2. A importância dos cuidados ao idoso em ILPIs	17
Capítulo II – Cuidadores formais de idosos em casas de longa permanência.....	19
2.1. O profissional de saúde	19
2.2. Impactos do cuidar	19
2.2.1. Saúde física	19
2.2.2. Saúde mental	20
Capítulo III – Regulação emocional.....	24
3.1. Definição e modelo processual	24
3.2. Regulação emocional e saúde mental.....	26
Capítulo IV – <i>Engagement</i>	28
4.1. Definições e modelo de <i>engagement</i> profissional.....	28
4.2 <i>Engagement</i> profissional e saúde mental	29
Capítulo V – Regulação emocional, <i>engagement</i> e saúde mental.....	31
5.1 Regulação emocional, <i>engagement</i> e saúde mental	31
Parte II – Estudo empírico.....	32
Capítulo VI – Metodologia	33
6.1. Participantes	33
6.2. Instrumentos	35
6.2.1. Questionário sociodemográfico dos cuidadores formais (Anexo C)	35
6.2.2. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse -21 (DASS-21).....	35
6.2.3. Questionário de Regulação Emocional (QRE).....	36

6.2.4. Escala de comprometimento face ao trabalho – Utrecht Work <i>Engagement</i> Scale (UWES).....	36
6.3. Procedimento.....	37
6.4. Análise de dados.....	37
Capítulo VII – Resultados	39
7.1. Estatística descritiva.....	39
7.2. Modelo de mediação (RE, <i>Engagement</i> e Saúde Mental).....	42
Capítulo VIII – Discussão	46
8.1. Discussão.....	46
8.2. Limitações e pistas para investigação futura.....	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXO A – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	62
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL PARA PESQUISA	65
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES FORMAIS	66

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Descrição da amostra.....	33
Tabela 2 – Características relacionadas ao trabalho dos participantes.....	34
Tabela 3 – Média (MD), Desvio Padrão (DP) e coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach dos questionários DASS-21, QRE e UWES.....	39
Tabela 4 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os questionários.....	40
Tabela 5 – Análises de mediação múltipla para verificar o efeito da reinterpretação cognitiva e do <i>engagement</i> na saúde mental (N=104).	41
Tabela 6 – Análises de mediação múltipla para verificar o efeito da supressão emocional e do <i>engagement</i> na saúde mental (N=104).	43

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo 1 de mediação múltipla.....	42
Figura 2 – Modelo 2 de mediação múltipla.....	42
Figura 3 – Modelo 3 de mediação múltipla.....	43
Figura 4 – Modelo 4 de mediação múltipla.....	44
Figura 5 – Modelo 5 de mediação múltipla.....	44
Figura 6 – Modelo 6 de mediação múltipla.....	45

Lista de Abreviaturas/Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART	Artigo
BR	Brasil
CBO	Certificação Brasileira de Ocupações
CIP	Centro de Investigação em Psicologia
DASS-21	<i>Depression Anxiety Stress Scale DASS-21</i>
DOU	Diário Oficial da União
DP	Desvio Padrão
ILPI	Instituições de Longa Permanência
MD	Média
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PT	Portugal
QRE.	Questionário de Regulação Emocional
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RE	Regulação Emocional
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RS	Rio Grande do Sul
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SC	Santa Catarina
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UAL	Universidade Autónoma de Lisboa
UWES	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i>

Introdução

O envelhecimento humano é um estágio social e biológico que ocorre, naturalmente, na sociedade atual e é visto como uma consequência contínua do aumento da esperança média de vida, mais do que qualquer outra faixa etária. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, entre 1970 e 2025, exista um crescimento de 223% ou em torno de 694 milhões de pessoas mais velhas; em 2025, existirão 1,2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos; e, em 2050, haverá dois bilhões, sendo 80% oriundos de países em desenvolvimento (OMS, 2005).

Em função do envelhecimento a pessoa idosa necessita de alguns cuidados especiais, dentre eles, os cuidados de outras pessoas. Além disso, a situação do envelhecimento acaba por gerar um problema social, que é a falta de cuidadores informais. Em resposta a isso e considerando o aumento da proporção de idosos por adultos, a longevidade populacional e as dificuldades culturais e socioeconômicas relacionadas à pessoa idosa e seus cuidadores, foram criadas as instituições de longa permanência, compostas por profissionais de saúde que cuidam destes idosos.

Assim, no início do milênio, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) estabeleceu o uso da expressão intitulada “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI), firmando, em 2005, definitivamente, desde a Resolução 283 da SBGG, o conceito de ILPI como um lugar institucional que presta os atendimentos em tempo integral para indivíduos com idade de 60 anos ou mais, que não possuem condições de estarem em sua própria morada ou junto dos seus familiares, sendo eles(as) independentes ou dependentes no dia a dia em suas atividades e cuidados necessários. Ademais, também define-se como instituição governamental ou não governamental, oferecendo um domicílio coletivo com características de residência, propondo um plano de condições que tragam liberdade, dignidade e exerçam a cidadania para indivíduos de 60 anos ou mais que tenham ou não o apoio familiar (ANVISA, 2005; Fagundes et al., 2017; Pollo & Assis, 2008; SBGG, 2003).

Nesse contexto, surge a importância dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que trabalham nestas instituições. Conforme informa o órgão do Ministério do Trabalho (MTE, 2016), sobre a classificação brasileira de ocupações (CBO) do profissional da saúde que presta cuidados aos idosos, estabelecidas as necessidades reais e os objetivos que zelam pelo bem estar do assistido, aplicados a cuidados com a saúde psicológica e orgânica, garantindo uma boa alimentação, controle de peso, higiene pessoal, cultural e educacional, momentos de recreação, lazer para a pessoa assistida, que é atribuído por instituições especializadas (ILPIs) e composta pelos profissionais da saúde, cuidadores formais, esses que descrevem os dados revelados no

decorrer desta pesquisa (e.g., Médicos(as), Enfermeiros(as), Auxiliares e Técnicos(as) de Enfermagem, Psicólogos(as), Fisioterapeutas, Preparadores(as) Físicos, Nutricionistas, Terapeuta Ocupacional/Recreacionista, Assistente Social e Administrador(a) das ILPIs.

As ILPIs têm um papel importante e necessário no contexto do envelhecimento das populações. Dessa forma, no processo de institucionalizar um idoso, o idoso, a família ou o estado em geral buscam não ser somente um abrigo, mas o mais próximo de um lar. A ILPI assume a responsabilidade e o compromisso de apresentar e oferecer ao idoso uma adaptação à sua nova realidade, ao novo ambiente produtivo e independente, com dinâmicas e serviços próprios à sua disposição.

Portanto, é importante ajudá-lo a se reorganizar e promover uma reestruturação ao idoso frente às regras e rotinas diárias da ILPI, possibilitando um convívio harmonioso e natural com os outros idosos instalados em suas unidades, pois cada um traz seus valores e experiências de vida para compartilhar. Os profissionais da saúde são os cuidadores formais e responsáveis diretos por manter um ambiente saudável e agradável, proporcionando bem-estar, como também conhecimento científico ampliado, avaliações clínicas, diagnósticos e intervenções com o objetivo de propiciar qualidade de vida e atender as necessidades diárias biopsicosocioespirituais (Fagundes et al., 2017).

Cuidar dos idosos nas ILPIs nem sempre é uma tarefa fácil para os profissionais da saúde, cuidadores formais que se doam intensivamente e extensivamente (e.g., como muitos plantões e turnos diversos). Ademais, exige desses profissionais um bom preparo emocional, físico e prático na dedicação aos idosos dependentes e/ou com alterações comportamentais associadas a doenças orgânicas (e.g., demência, parkinson, acidente vascular cerebral, câncer e outros). Alguns estudos mostram que estes cuidadores formais tendem a apresentar a piora em sua saúde mental, ocorrendo, muitas vezes, quadros de ansiedade, depressão, stress, burnout (e.g., Borges et al., 2021). No entanto, nem todos os profissionais de saúde apresentam estas dificuldades havendo diferenças individuais na forma como respondem a estes desafios no seu papel de cuidar.

Este estudo tem como objetivo compreender diferenças individuais na saúde mental dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas idosas em ILPIs. Especificamente, pretende explorar o papel da Regulação Emocional (RE), ou seja, o processo pelo qual os indivíduos influenciam as emoções que sentem, quando as sentem e como as sentem (Gross, 1998b) e do *Engagement* profissional, isto é, em que medida esses profissionais da saúde, cuidadores formais de idosos, estão conectados e inteirados tanto física, quanto cognitiva e emocionalmente em suas práticas desempenhadas no trabalho (Kahn, 1990; Oliveira & Rocha,

2017; Shuck & Wollard, 2010), enquanto fatores explicativos das diferenças individuais na saúde mental dos profissionais de saúde. Pretende-se, ainda, explorar se a RE se associa à saúde mental dos profissionais de saúde através do *engagement* profissional.

Assim, na estrutura do estudo realizado, são abordados, além desta introdução, os seguintes tópicos: o capítulo I apresenta a revisão da literatura com foco no envelhecimento contemporâneo e a importância dos cuidados aos idosos em ILPIs; no capítulo II, enfoca-se a saúde dos profissionais cuidadores formais de idosos, abordando também os impactos físicos e psicológicos do processo de cuidar; seguindo, no capítulo III, discorre-se sobre a temática da regulação emocional, definições e modelos, bem como os impactos na saúde mental; no capítulo IV, evidencia-se o tema *engagement*, abordando definições, modelos e sua associação à saúde mental; finalizando, no capítulo V, aborda-se o tema da regulação emocional, *engagement* e saúde mental. Na sequência, apresenta-se o estudo empírico, compondo, na metodologia, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados, bem como os resultados, a discussão e a conclusão sobre os resultados obtidos, apresentando-se as principais limitações e pistas de investigação futura.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Envelhecimento Demográfico

1.1. Envelhecimento na contemporaneidade

O envelhecimento da população mundial, no século XXI, é tido como um privilégio de grande satisfação e desafio. Esse triunfo global será responsável por um aumento de exigências sociais e econômicas, para que, assim, a população da terceira idade represente e constitua recursos significativos e fundamentais para que estejam, de forma estruturada, nas sociedades.

Envelhecer quer dizer o seguimento das fases de um organismo individual. No processo de envelhecimento, toda a estrutura de um organismo sofre a deterioração, que ocorre a todos os membros de uma espécie e essa passagem do envelhecimento acontece a cada dia que passa, fato que, para muitos, é inaceitável, provocando mitos, preconceitos e pré-julgamentos socialmente impostos (Duarte, 2001 *apud* Ferreira, 2013).

No envelhecimento, etimologicamente, a palavra “velho” significa indivíduo que atinge mais idade e que sofre as consequências do tempo. O principal critério para um indivíduo ser considerado velho é a idade cronológica, com a faixa de idade de 65 ou mais anos de vida (Ballesteros, 2004 *apud* Ferreira, 2013).

Ribeiro e Paúl (2018) salientam as variadas formas de se envelhecer. Sobre o processo do envelhecer “bem-sucedido”, “satisfatório”, “positivo” ou “ativo”, ressaltam que independe de sorte ou herança genética, mas de comportamento, interesse e responsabilidades individuais para uma vida saudável e longa, refletindo em bem-estar físico e psicológico.

Em 2002, a OMS caracterizou o “envelhecimento ativo” através da evolução do envelhecimento saudável, o qual se desenvolveu para muito mais que somente saúde, evoluindo, significativamente, para aspectos socioeconômicos, psicológicos e ambientais, que, agregados, resultam em um envelhecimento ativo, com o sentido de aumentar o bem estar e a qualidade de vida no decorrer desse processo, promovendo a integração de idosos de forma socialmente segura e em indivíduos plenos (Ribeiro & Paúl, 2018; Rowe & Kahn, 1998; Who, 2002).

Conforme a OMS (2005) salienta, são vários os fatores que determinam o molde do envelhecimento ativo, sendo eles: “pessoal”, que envolve fatores biológicos, genéticos, e psicológicos; “comportamental”, envolvendo o estilo de vida com saúde e como cuida de sua saúde; “econômico” refere-se aos rendimentos, aos trabalhos dignos e à proteção social; “meio físico” envolve facilidades em serviços de transporte, moradia, vizinhança boa e segura, ar puro, boa alimentação e água potável; “meio social” envolve o apoio social, a educação, a alfabetização e a proteção a violências; “serviços sociais e de saúde”, beneficiando e gerando

acessibilidade à população em geral, prestando orientações sobre a saúde e prevenção de doenças, apresentando muitos aspectos em políticas sociais e públicas de saúde implementadas pelos governos e instituições (Ribeiro & Paúl, 2018).

1.2. A importância dos cuidados ao idoso em ILPIs

Historicamente, no início da idade média, no cristianismo, entre 520 e 590, teve início o que mais tarde seria chamado de ILPI. A partir da necessidade de um espaço para prestar assistência a idosos, o Papa Pelágio II disponibilizou a residência onde morava para transformar em um hospital para idosos, focada nas demandas da época, em prestar formação espiritual e inclusão social, sobre os problemas de pobreza e de doenças. Com o passar do tempo, outras áreas tiveram de ser criadas para dar suporte isolado aos necessitados, como leprosários, manicômios, orfanatos para crianças, asilos para idosos e andarilhos e sanatórios. Apenas no século XX, a nomeação de “asilo” passou a ser representada pelo título de “Instituição para velhos” que necessitassem de um local para abrigar-se, alimentar-se e obter cuidados para suas necessidades básicas de saúde. No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, em 1794, foi instituída a Casa dos Inválidos, para assegurar aos soldados idosos uma velhice digna. Também foi fundada a primeira instituição com visibilidade para a velhice, em 1890, o “Asilo São Luiz” para os idosos desamparados (Alcântara, 2004; Fagundes et al., 2017; Foucault, 2003; Groisman, 1999; Rezende, 2004; Ximenes, 2007).

O aumento das taxas de crescimento da população idosa e o processo de saúde-doença associado ao envelhecimento que leva, muitas vezes, a uma capacidade funcional afetada e a impossibilidade de as famílias cuidarem destes idosos devido a alterações sociais e econômicas (e.g., entrada da mulher no mundo de trabalho) levam a que ILPIs sejam a única solução de prestação de cuidados aos idosos (Oliveira & Resende, 2016).

Com isso, os profissionais de saúde, cuidadores formais nas ILPIs, prestam os cuidados diariamente, garantindo as condições de bem-estar físico, emocional e social, tal como apresenta o Estatuto do Idoso, a legislação vigente e as políticas públicas (Alves-Silva et al., 2013; Born, 2008; Camarano & Kanso, 2011).

Segundo apresenta a Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021, Diário Oficial Da União (DOU), que dispõe sobre o funcionamento das ILPIs de caráter residencial em condições gerais, capítulo II, conforme o Art. 4º, a ILPI tem responsabilidade pela atenção ao idoso; de acordo com o Art. 5º, a instituição tem de promover a prática dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus moradores; em consonância com o Art. 6º, a ILPI precisa continuar atendendo outros princípios:

- I - Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;
- II - Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e de dignidade;
- III - Promover ambiência acolhedora;
- IV - Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;
- V - Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;
- VI - Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;
- VII - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;
- VIII - Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;
- IX - Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais; e
- X - Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir nela residentes. (Resolução n. 502, 2021, p. 110)

A importância de se ter uma equipe multiprofissional organizada e preparada para desenvolver o exercício do cuidar do idoso é fundamental, pois é através desse momento de fragilidade do idoso que o atendimento prestado pelos profissionais da saúde, cuidadores formais, envolve também o autocuidado, a autoestima e a autovalorização. Os profissionais da saúde, cuidadores formais que compõem o quadro nas ILPIs e/ou Centro dia, são Médicos(as), Enfermeiros(as), Auxiliares e Técnicos(as) de Enfermagem, Psicólogos(as), Fisioterapeutas, Preparadores(as) Físicos, Nutricionistas, Terapeuta Ocupacional/Recreacionista, Administrador(a) e Assistente social, com o propósito de assessorar plenamente o idoso e seus familiares em suas necessidades (Born & Boechat 2006; Caldas et al., 2004; Terra et al., 2016).

Capítulo II – Cuidadores formais de idosos em casas de longa permanência

2.1. O profissional de saúde

Conforme a expressão sugere, “cuida-dor” é um indivíduo que cuida da dor de outro, cuida de um indivíduo doente, sensibilizado e impossibilitado por uma doença. Aliado a isso, também cuida da sua família e de todos os que a envolvem (Ferreira, 2013; Franca, 2004).

O cuidador formal é retratado pelas características de um indivíduo que se responsabiliza pelo ato de cuidar, diante de necessidades que outro indivíduo apresenta, buscando a melhora da saúde (Leitão & Almeida, 2000). Outras propostas de autores definem o cuidador como o indivíduo que auxilia o outro na sua incapacidade funcional, seja ela temporária ou permanente, como também aquele que cuida de idosos com necessidades de diferentes níveis, com incapacidade e inabilidades funcionais e/ou doenças (Lopes & Cachioni, 2013; Nascimento et al., 2008; Neri, 2008).

Born Tomiko (2008) refere-se ao “cuidador formal” como um profissional da saúde que adquiriu um treinamento específico conforme a função desejada, realizada com o intermédio de uma remuneração, através de vínculo contratual com uma instituição. O profissional cuidador formal é uma ocupação com reconhecimento pelo Ministério do Trabalho (MTE), com Certificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002, descrita na categoria de cuidados das crianças, jovens, adultos e idosos, sob o número 5162-10.

Na próxima seção, serão abordados os impactos físicos e psicológicos gerados nos cuidadores formais diante do serviço prestado diariamente.

2.2. Impactos do cuidar

Prestar cuidados a idosos é uma tarefa inerentemente física e emocionalmente desafiadora. Profissionais que trabalham em ambientes geriátricos lidam com várias dificuldades, incluindo carga de trabalho física e psicológica, bem como condições de trabalho árduas (e.g., Kubicek et al., 2013; Mantzorou & Koukia, 2018; Molina-Praena et al., 2018). Por essas razões, os profissionais de saúde que trabalham em instalações de vida assistida correm maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental.

2.2.1. Saúde física

O desgaste que esses profissionais vivenciam, diariamente, no trabalho, é um dos fatores mais significativos, o qual resulta em estresse e pode desencadear transtornos psíquicos. A

demanda que o profissional da saúde assume em plantões pode comprometer a qualidade do sono e, por consequência, podem surgir problemas físicos, gastrointestinais e cardiovasculares (Tonon et al., 2020; Vargas & Dias, 2011).

Conforme estudo realizado em uma ILPI com 53 cuidadores formais, na faixa dos 23 aos 70 anos, concluiu-se que há sobrecarga física, sendo que o fator mais comprometedor é a idade avançada e as morbidades das pessoas cuidadas. Outro fator observado foi a jornada exaustiva de trabalho desses profissionais: 24 x 24 horas ou até mesmo 48 x 48 horas, gerando uma queda de desempenho no serviço realizado com o passar das horas. Sabe-se que jornadas maiores de 8 ou 9 horas são improdutivas e geram fadiga, podendo reverter em doenças e ocasionar a redução reversível das habilidades orgânicas, reduzindo a qualidade do trabalho realizado (Cunha, 2013; Iida, 2005).

Os impactos físicos gerados aos profissionais da saúde que cuidam de um idoso dependente são gerados pela necessidade de uso da força física, referente às necessidades de locomoção, banhos, alimentação, troca de fraldas, curativos, entre outros. Tais atividades requerem do profissional saúde e preparo físico, postura e técnica adequadas para livrar-se do estresse muscular, dos desconfortos, das dores e das lesões (Cunha, 2013; Iida, 2005).

2.2.2. Saúde mental

Os dados revelados no Brasil, em 2017, mostram que os transtornos mentais são a terceira causa de incapacidade para o trabalho no país, acarretando preocupação, prejuízos para o indivíduo, para as organizações e para a sociedade (ANAMT, 2017, Ashkanasy & Dorris, 2017; Hirschle & Gondim, 2019; Webb et al., 2012).

Ficam evidentes os impactos ocasionados nos profissionais de saúde, através da fala, das formas de se expressar, do medo, da tristeza e da ansiedade, pois necessitam prestar constante atenção ao idoso a ser cuidado, enfrentando constantes pressões emocionais, que se acentuam frente ao agravamento ou à morte do idoso cuidado, gerando estresse evidente com irritabilidade e queixas entre os profissionais e conflitos na equipe. Muitos profissionais acabam se sentindo parte das famílias, ficando emocionalmente mais vulneráveis. O estresse vivenciado passa a reduzir a produtividade e a qualidade, arriscando-se a acidentes, licenças e revezamentos dos trabalhadores (Cunha, 2013).

Os aspectos sobre o ato de cuidar podem ser positivos e/ou negativos para os cuidadores que investem emocionalmente em seus pacientes mesmo sabendo que não terão possibilidade de cura, como gerar contentamento e grande satisfação ao cuidar do idoso e culpa por não

conseguir alcançar todas as necessidades do paciente, oferecendo apoio emocional e material. Essas situações podem produzir no profissional cuidador grande desgaste psicológico e físico (Ferreira, 2013; Floriani, 2004; Neri, 2002).

Nesse contexto, os diversos sentimentos são uma constante diante do serviço investido pelos cuidadores das estruturas residenciais, como cansaço, estresse e exaustão, ao mesmo tempo em que sentem o bem-estar, a afeição, a ternura e a satisfação (Ferreira, 2013; Simonetti & Ferreira, 2007). Por exemplo, uma revisão mostrou que entre (25-75%) dos profissionais de saúde que trabalham em ambientes geriátricos têm probabilidade de sofrer burnout (Sanchez et al., 2015).

Ribeiro (2012) apresenta outros casos que geram estresse, tendo grande prevalência frente às instituições e aos familiares, a cobrança no cumprimento das regras e por serem avaliados em todos os momentos nas funções desempenhadas. Também gera estresse a pressão emocional diante de situações em que o idoso e os familiares se encontram em momento mais delicado da saúde do idoso.

Acerca dos profissionais cuidadores formais, que apresentam um preparo exigido, Born (2006) salienta que existem competências que vão muito além da formação, pois o ato de cuidar não se restringe só a técnicas, mas a um compromisso que deve desempenhar, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, é imprescindível que ele possua uma preparação emocional (i.e., domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreensão sobre a passagem difícil vivida pelo idoso) e física (i.e., saúde física, possuir capacidade de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões) além de comportamentos éticos e morais, estabelecendo relações de confiança e de respeito com o paciente e com a sua família. Sendo essas competências não reguladas para seu desempenho, apresentará uma grande sobrecarga física e mental, implicando para si e para a instituição onde presta suas funções diárias (Goodhead & McDonald, 2007; Martins, 2016).

Estudos revelam que (77%) dos profissionais da saúde, cuidadores formais de idosos que prestam seus serviços, principalmente, aos idosos que têm doenças e que exigem muitos esforços em cuidados prestados, relatam um aumento significativo do estresse e, aproximadamente, (28%) carecem de medicalização adequada para tratar e auxiliar no enfrentamento emocional relacionado à carga de emoções investidas nessa prestação de cuidados aos idosos (Ferreira, 2013; Gomes, 2010).

É necessário que haja um olhar atento e cuidadoso ao que ocorre no âmbito do trabalho, é importante observar e identificar nos profissionais comportamentos e sintomas relacionados à depressão e outras desordens psíquicas que podem ocorrer em consequência da tarefa de

cuidar (Neves, 2019; Tonon et al., 2020). A observação deve ser uma prática constante sobre os excessos de sintomas psíquicos, sociais e físicos nos profissionais, como também sobre as condições do ambiente, que podem refletir e comprometer a qualidade da habilidade do cuidado prestado ao idoso (Grison et al., 2015; Silva, 2019).

Diversos estudos apresentam que os profissionais envolvidos nos cuidados do idoso suportam elevados índices de sintomas depressivos (a chegar aos 20%) (Borges et al., 2021), como ansiedade, estresse e burnout (Goodhead & McDonald, 2007; Özçakar et al., 2012), apresentam um grau menor de satisfação com a vida e grande sensação de se sentirem sobrecarregados (Goodhead & McDonald, 2007; Martins, 2016). Outros resultados negativos, como baixa qualidade de vida e estresse, foram encontrados nesta profissão, em comparação com populações de mesma idade e sexo (ver Costello et al., 2019 para uma revisão).

No entanto, nem todo profissional de saúde experimenta esse tipo de resultado. De fato, existe uma grande variabilidade individual na forma como os profissionais de saúde vivenciam o cuidado geriátrico. Os recursos individuais e de trabalho são fatores importantes, capazes de explicar essa variabilidade individual.

Segundo os autores Ruitenbug et al. (2012), algumas variáveis que apontam o comprometimento da saúde psicológica do profissional cuidador formal de idosos e que causam prejuízos pessoais incluem a gestão familiar e a menor percepção de bem-estar e qualidade de vida e, a nível profissional, afeta a qualidade do serviço prestado, o desempenho das funções, a ausência de empatia e a falta de qualidade na inter-relação entre pacientes e colegas (Martins, 2016). Outras variáveis, no entanto, continuam por explorar.

Um recurso importante que começou a ser explorado recentemente é a regulação da emoção (RE). A RE refere-se ao processo pelo qual os indivíduos “influenciam quais emoções eles têm, quando as têm e como as experimentam e expressam” (Gross, 1998b, p. 271) e tem sido vinculado ao funcionamento psicológico dos indivíduos em geral (e.g., Brandão et al., 2020; Newman & Nezlek, 2021). Os estudos apontam sobre a importância da regulação emocional para o bem-estar e o funcionamento psicológico em geral (Augustine & Hemenover, 2009; Gross & John, 2003; Quoidbach et al., 2010; Rodrigues & Gondim, 2014), mas também para o contexto profissional, estando associada a mais *engagement* (Albrecht, 2010).

Outro recurso importante parece ser o *engagement*, conceituado como uma dedicação individual do profissional, com seu eu completo em uma função (Dajani, 2015; Khan, 1992). De forma semelhante, o dicionário Merriam-Webster caracteriza o estado de estar engajado como “envolvimento ou compromisso emocional” e “estar em movimento” (Schaufeli, 2013). Ademais, significa ter um posicionamento positivo, ou seja, quando o funcionário apresenta-se

envolvido além do seu dever, promovendo o interesse comercial da organização como um todo (Dajani, 2015; Robinson et al., 2004), estando associado a mais bem-estar físico e emocional (Bakker et al., 2008).

Nesta pesquisa, serão exploradas as variáveis acima citadas, não somente nos impactos diretos que a regulação emocional e o *engagement* têm na saúde mental, mas também será adotada uma perspectiva mais processual, testando o papel mediador do *engagement* na associação entre RE e saúde mental. Aliado a isso, será descrito, com mais detalhes, em sessões seguintes, o papel destas variáveis na saúde mental.

Capítulo III – Regulação emocional

3.1. Definição e modelo processual

As emoções estão, constantemente, expressas na vivência dos dias, são de variados tipos, estão nos pensamentos, nas respostas de comportamentos e podem ser eficazes e/ou ineficazes. Acima de tudo, é importante reconhecê-las, aceitá-las e usá-las. As emoções dão significado, contentamento, entendimento, sentido, textura e conectam com as outras pessoas, elas fazem lembrar de necessidades, de frustrações e de direitos, motivam mudanças, defesas, decisões e remetem a situações difíceis e/ou situações de contentamento e felicidade. É importante aprender a conhecer e a manejar, com eficácia, tantas emoções, principalmente, por quem sente a sobrecarga de emoções negativas, que geram temor e a sensação de incapacidade de enfrentá-las, pois cultivam crenças de que a tristeza e a ansiedade impossibilitam ter um comportamento bem sucedido (Leahy et al., 2013).

A regulação da emoção está relacionada às emoções que influenciam as emoções que o indivíduo venha a ter e a forma como ele as sente e as expressa. Além disso, a forma de regular a emoção é fundamental e tem papel importante sobre sintomas e a saúde física (Brandão, 2017; Creswell et al., 2007; Gross, 1998b; Stanton et al., 2000).

Tanto as emoções como, em particular, a regulação das emoções foram certificadas por abranger uma área de grande importância, pois ambas estão correlacionadas e podem afetar o ajuste e o controle psicológico, como também as áreas biológica e física (Brandão, 2017; Considine & Moskowitz, 2007; DeSteno et al., 2013). Dessa forma, os indivíduos controlam as suas emoções através dos seus objetivos e pelo meio como vivem suas relações interpessoais (Aldao, 2013; Brandão, 2017; Mikulincer & Shaver, 2016; Thompson & Goodman, 2009).

Gross (1998b) propôs um modelo processual para melhor entender a regulação das emoções. Em 2015, fez uma atualização do modelo de forma a aprimorar e conceituar os elementos da emoção, da geração e da regulação da emoção (Gross, 2015). Para avaliar esses elementos, a escala compõe quatro estágios diferentes: “estágio do estado do mundo (*W*), estágio de percepção (*P*), estágio de avaliação (*V*) e estágio de ação (*A*) ou seja, sistema (*W-PVA*)” (Brandão, 2017; Gross, 2015; Ochsner & Gross, 2014). É importante ressaltar que sistemas de avaliação diferentes têm a capacidade de interagir entre si (Brandão, 2017; Gross, 2015).

A nomeação dada para cada elemento traz a informação de representatividade, auxiliando na leitura de uma avaliação eficaz, como mostra-se a seguir: o mundo (*W*) fornece estímulos internos e externos, que são codificados por percepções (*P*) para calcular uma

avaliação (os estímulos são avaliados de forma dinâmica) que pode integrar avaliações centrais/básicas, contextuais ou conceituais (*V*), com o objetivo de incentivar um conjunto de ações, para atingir um estado desejado (*A*) (Brandão, 2017; Gross, 2015; Suri & Gross, 2016).

Desse modo, Gross (2014) e Thompson e Goodman (2009) destacam, na ativação da RE, “influências intrínsecas”, quando o foco é regular as próprias emoções e “influências extrínsecas”, quando o foco é regular as emoções dos outros (Brandão, 2017). Em concordância, Gross (1998b, 2015) elucida sobre as estratégias de RE serem divididas e operadas no momento da geração dessas emoções, isto é, ocorrem as “estratégias antecedentes” referentes à seleção de situação, modificação de situação e mudança cognitiva e as “estratégias posteriores” na emoção, as quais se referem à modulação das respostas (Gross, 1998b, 2015).

Ainda neste modelo, destacam-se duas estratégias, isto é, a “reavaliação cognitiva”, estratégia com o olhar nos antecedentes das respostas emocionais que se apresenta como uma forma de eliminar, dispensar uma emoção, modificando o impacto da emoção (Gross, 1998a, 2001, 2002; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Veloso et al., 2011) e a “supressão expressiva”, uma estratégia que aponta para respostas emocionais como uma modelação, alterando a forma como as emoções são expressas (Gross, 1998a, 2001, 2002; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1993; John & Gross, 2004; Veloso et al., 2011).

A reavaliação cognitiva prevê emoções e comportamentos mais positivos, isto é, diminui as vivências e as expressões de emoções negativas, utilizando menos os recursos cognitivos e, assim, expressa um comportamento interpessoal assertivo. Já, a supressão expressiva acontece de forma tardia, sobre o momento da formação das emoções, mudando o comportamento emocional de respostas, debilitando, cognitivamente, as ações e interferindo, negativamente, no desempenho pessoal e social (Gross, 1998a, 1998b, 2001, 2002).

É importante ressaltar e observar enquanto o processo regulador da emoção ocorre, pois apresenta contextos e determinadas dimensões importantes, como “características do regulador” (e. i., idade, formação cultural, saúde mental), as “características da eliciação” (e. i., estímulos, situações, processos interpessoais, tipo de emoção a ser regulada), a variedade de processos regulatórios a serem efetuados (i. e., processos implícitos ou explícitos) e os resultados (i. e., curtos ou longos) (Aldao & Tull, 2015; Brandão, 2017).

Na verdade, quando ocorre a regulação emocional, os indivíduos são influenciados e, conseqüentemente, influenciam os outros. Por conseguinte, a forma como essas emoções são administradas passam a influenciar nas transferências e nas interações entre os indivíduos, por meio da situação ou da vivência do momento (Butler & Randal, 2013; Brandão, 2017; Chervonsky & Hunt, 2017; Gross, 2014; Netzer et al., 2015).

3. 2. Regulação emocional e saúde mental

Na visão da psicopatologia, o papel da regulação emocional mostra relação com o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas em vários estágios psicopatológicos, mostrando déficits na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004; Kring & Sloan, 2010; Veloso et al., 2011).

No entanto, pouco se sabe sobre como os cuidadores profissionais que trabalham com idosos regulam suas emoções e como essas estratégias afetam o funcionamento psicológico dos trabalhadores ou os resultados do trabalho. Alguns estudos recentes começaram a explorar essas ligações com resultados promissores. Por exemplo, em um estudo diário recente, realizado com 89 enfermeiras geriátricas, constatou-se que a reavaliação cognitiva foi associada a um maior bem-estar subjetivo e negativamente associada ao estresse percebido; ao contrário, a supressão expressiva foi negativamente associada ao bem-estar e positivamente associada ao estresse percebido, quando o alvo eram emoções positivas; quando o alvo eram emoções negativas, nenhuma associação significativa foi encontrada (Katana et al., 2019).

Em outro estudo realizado com 54 enfermeiros, verificou-se que estratégias de RE, como ruminação e reorientação do planejamento, foram associadas a menor burnout (especificamente em termos de despersonalização) (Bamonti et al., 2020).

Em outros contextos de cuidados formais (e.g., hospitais), as dificuldades de (RE) foram associadas a maior exaustão emocional no trabalho e maior fadiga e afeto negativo em casa (Blanco-Donoso et al., 2017), enquanto habilidades de RE mais altas foram associadas a mais motivação no trabalho e bem-estar em casa, mesmo quando são enfrentadas altas demandas emocionais no trabalho (Blanco-Donoso et al., 2015). Além disso, em um estudo com cuidadores formais de pessoas com demência, as dificuldades no RE foram associadas a problemas de saúde física e mental (Bassal et al., 2015).

Outro estudo realizado teve como objetivo principal avaliar a percepção dos cuidadores formais sobre o ambiente laboral, correlacionando-o com a regulação emocional essencial à administração de emoções e sobre o confronto da vivência diária das condições de vulnerabilidade dos doentes, que se apresentam, muitas vezes, emocionalmente fragilizados e impotentes, desenvolvendo, não raro, sintomas psicopatológicos. A amostra foi obtida com 41 cuidadores formais das unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Esposende-Portugal. Os resultados conquistados mostram que, globalmente, os cuidadores apresentaram percepções positivas acerca do ambiente de trabalho, revelando associações significativas com variáveis sociodemográficas dos trabalhadores.

Constatou-se que os profissionais utilizam a reavaliação cognitiva, como estratégia de RE, em oposição à supressão emocional. Os profissionais não tiveram sintomas psicopatológicos clinicamente significativos. Concluiu-se que existe uma relação da percepção do local de trabalho, entre a regulação emocional e a saúde mental dos profissionais cuidadores formais (Ferreira, 2010).

Finalmente, em um estudo com o objetivo de avaliar o impacto de um treinamento de RE padronizado (visando aceitação, tolerância e modificação de emoções negativas), oferecido a 96 trabalhadores idosos, descobriu-se que melhorias nas habilidades da RE do pré ao pós-tratamento estavam associadas ao bem-estar dos trabalhadores, por estarem em seis meses de acompanhamento (Buruck et al., 2016).

Por essas razões, acredita-se que a RE pode ser um recurso importante para explicar as diferenças individuais na saúde mental de cuidadores profissionais que trabalham com idosos.

Capítulo IV – *Engagement*

4.1. Definições e modelo de *engagement* profissional

Kahn (1990), precursor dos estudos sobre *engagement*, acrescenta que trabalhadores que se mostram engajados estão tanto físico, quanto cognitivo e emocionalmente integrados e conectados em suas ações e papéis no trabalho que exercem (Oliveira & Rocha, 2017; Shuck & Wollard, 2010).

Para esse estudo, o *engagement* no trabalho, conforme Schaufeli, Salanova, et al. (2002), é descrito como vigor, dedicação e absorção, definindo como o cuidador encontra-se envolvido. Descreve-se o vigor como correspondente a altos níveis de energia e resiliência mental durante o trabalho e caracteriza a vontade e a persistência que o indivíduo demonstra sobre dificuldades que se apresentam. A dedicação refere-se ao senso de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. A absorção envolve um estado de total concentração, felicidade e imersão no trabalho, em que o trabalhador está compenetrado no que faz, ou seja, o tempo passa e ele nem percebe (Oliveira & Rocha, 2017; Salanova et al., 2005; Schaufeli & Bakker, 2003).

Não existe um único modelo de *engagement* no trabalho. Segundo Schaufeli (2013), existem vários modelos que têm sido propostos (e.g., abordagem da satisfação de necessidades; modelo da mudança afetiva; teoria da troca social). Para o autor, o modelo de recursos e demandas no trabalho representa a melhor forma de conceituar o *engagement* profissional. De acordo com este modelo, existe um processo motivacional cujas características e recursos relacionados ao trabalho conseguem motivar e levar a um maior *engagement* por parte dos profissionais. Assim, tem-se como resultado um equilíbrio entre as demandas do trabalho e os recursos pessoais para lidar com essas demandas (Schaufeli, 2013). Por sua vez, esse equilíbrio resulta em uma maior capacidade individual para lidar com as tarefas profissionais e para se sentir mais realizado quando da concretização das mesmas.

Pesquisas sobre o *engagement* já demonstraram haver evidências de como um constructo motivacional de grande importância independe da satisfação, do compromisso com o trabalho e do comportamento organizacional, acrescenta Bakker et al. (2011). Para os autores, esse constructo e as evidentes consequências do próprio *engagement* estão ligadas a efeitos positivos, tanto pessoais quanto organizacionais, isto é, quando o trabalhador está engajado/empenhado, sente-se estimulado a investir mais em seu desempenho físico, cognitivo e emocional. Assim, ele ganha um desempenho de apresentação superior e positivo, apresenta intensidade nas responsabilidades do trabalho e tem um vínculo emocional com suas práticas diárias (Bakker et al., 2014; Oliveira & Rocha, 2017; Rich et al., 2010).

Ainda sobre as evidências, apontam Bakker et al. (2014) que trabalhadores engajados apresentam uma característica comportamental de nível elevado, a extra função, a partir da qual alcançam níveis de responsabilidades que vão além. Os recursos pessoais que cada indivíduo pode apresentar positivamente e que associa com as suas capacidades de controlar e expressar assertivamente envolvem a contribuição de fixar metas, a motivação pessoal, o desempenho, a satisfação com a vida e outros resultados desejáveis, incluindo o *engagement* (Oliveira & Rocha, 2017).

Conforme estudos mostram, fatores como a diversidade e a complexidade sobre as atividades no trabalho, desde a autonomia, o que representa essas atividades, a capacidade de resolver as adversidades que surgem e o apoio social motivam positivamente os níveis de *engagement* laboral. No entanto, as exigências físicas e as condições oferecidas no trabalho são fatores que afetam negativamente os níveis de *engagement* dos indivíduos no trabalho (Christian et al., 2011; Silva, 2018).

Outro estudo realizado, em maio de 2016, com enfermeiros portugueses, em uma ilha nos Açores, revelou níveis altos de *engagement*, nos três estágios referentes ao laboral, aparecendo, nas enfermeiras, com filhos e com mais tempo dedicado à profissão, níveis maiores de *engagement*. Validados estes resultados, outros estudos, realizados no interior de Portugal com profissionais da saúde, constataram altos níveis de dedicação e médios níveis de vigor e absorção. Por outro lado, apresentaram altos níveis de vigor e absorção e altos níveis de dedicação (Silva et al., 2015; Silva, 2018).

Notam-se consequências positivas do envolvimento do laboral com o local do trabalho: aumento da produtividade, maior disposição, interação com a equipe de trabalho, motivação, criatividade, diminuição dos erros e redução das faltas (Machado et al., 2012; Porto-Martins et al., 2013; Teixeira et al., 2017).

4.2 *Engagement* profissional e saúde mental

Embora a associação específica entre o envolvimento no trabalho e a saúde mental dos profissionais que trabalham em ambientes geriátricos não tenha sido explorada, a ligação entre o envolvimento no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores em geral aponta para algumas direções importantes. Por exemplo, um estudo longitudinal de um ano, conduzido com 8.837 indivíduos empregados, descobriu que um maior envolvimento no trabalho no início do estudo estava associado a uma melhor saúde física e mental um ano depois (Leijten et al., 2014).

Outros estudos realizados com funcionários evidenciaram que o *engagement* no trabalho está associado a melhor saúde mental, menos depressão e ansiedade (Hakanen &

Schaufeli, 2012; Imamura et al., 2016; Innstrand et al., 2012), menos sofrimento psicológico (Schaufeli et al., 2008) e melhor qualidade do sono (Kubota et al., 2010).

Em um estudo usando uma amostra de 435 profissionais de saúde, as ligações entre o envolvimento no trabalho e os indicadores de bem-estar (e.g., bem-estar psicológico e recursos mentais) foram mais fortes do que as ligações entre o envolvimento no trabalho e os resultados relacionados ao trabalho (Kanste, 2011).

Uma amostra verificou se a empatia e o *engagement* são preditores do burnout, contendo 78 auxiliares, mulheres cuidadoras formais de idosos, a trabalhar em lares e centros de dia do conselho de Castelo de Paiva, Aveiro (PT). Os resultados mostraram baixos valores de burnout e elevados níveis de *engagement* e de empatia, encontraram-se baixos os valores de burnout e altos níveis de *engagement* e de empatia, verificando-se a empatia 11% da exaustão e 18% da despersonalização e, para o elevado *engagement*, previu 18% da realização pessoal (Monteiro et al., 2014).

Tendo em conta estes resultados, acredita-se que o *engagement* profissional pode ser um fator importante para compreender as diferenças individuais na saúde mental de cuidadores profissionais que trabalham com idosos.

Capítulo V – Regulação emocional, *engagement* e saúde mental

5.1 Regulação emocional, *engagement* e saúde mental

Em geral, tanto a regulação emocional quanto o *engagement* no trabalho parecem ser fatores importantes e que influenciam a saúde mental dos trabalhadores e dos profissionais que trabalham em ambientes geriátricos. Estudos anteriores já estabeleceram associações entre RE e saúde mental dos trabalhadores (Bamonti et al., 2020; Blanco-Donoso et al., 2015, 2017; Katana et al., 2019) e entre o envolvimento no trabalho e a saúde mental dos funcionários (Hakanen & Schaufeli, 2012; Imamura et al., 2016; Innstrand et al., 2012; Kanste, 2011; Leijten et al., 2014). No entanto, não há estudos que explorem uma abordagem mais abrangente e processual desses vínculos, principalmente, no contexto da assistência geriátrica, o que leva à hipótese de mediação.

Como pesquisas anteriores sugeriram que RE (especialmente a inteligência emocional) tende a influenciar positivamente o *engagement* no trabalho (e.g., Castillo-Gualda et al., 2017; George et al., 2021; Mérida-López & Extremera, 2020), acredita-se que o *engagement* profissional pode ser um mecanismo importante que liga a RE à saúde mental no contexto dos cuidados geriátricos.

O presente estudo tem por objetivo investigar como a regulação emocional e o *engagement* profissional se associam à saúde mental dos cuidadores formais de idosos. Além disso, pretende-se explorar se a regulação emocional se associa à saúde mental dos profissionais através do *engagement*.

Assim, tem-se como hipótese que a supressão expressiva (uma estratégia geralmente associada a custos de adaptação) estará associada a menos envolvimento no trabalho (i.e., menos vigor, dedicação e absorção) que, por sua vez, estará associada a problemas de saúde mental (i.e., mais depressão, mais ansiedade e mais estresse) (H1); pelo contrário, espera-se que a reavaliação cognitiva (uma estratégia geralmente associada a melhores resultados) estará associada a mais envolvimento no trabalho (i.e., mais vigor, dedicação e absorção) o que, por sua vez, estará associado a uma melhor saúde mental (H2).

Parte II – Estudo empírico

Capítulo VI – Metodologia

6.1. Participantes

Participaram do estudo 104 profissionais da saúde, cuidadores formais de treze (13) Instituições de Longa Permanência (ILPIs), com média etária de 37.93 (DP=10.57) anos de idade. A maioria dos participantes era do sexo feminino (81.7%), solteiro(a) (40.4%), com nível médio de escolaridade (55.8%) e residiam em zona urbana (94.2%). Cabe ressaltar que 14.4% dos entrevistados faziam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico no momento da avaliação e (19.2%) tomavam algum tipo de medicamento. Informações mais detalhadas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição da amostra.

	Frequência (n)	Percentual (%)
Idade, média (desvio padrão)	37.93 (10.57)	
Sexo		
Feminino	85	81.7
Masculino	19	18.3
Estado civil		
Solteiro(a)	42	40.4
Casado(a)	36	34.6
Divorciado(a)	13	12.5
Outro	13	12.5
Escolaridade		
Nível Fundamental	5	4.8
Nível Médio	58	55.8
Nível Superior	20	19.2
Pós-Graduação	19	18.3
Mestrado	2	1.9
Local de Residência		
Rural	6	5.8
Urbano	98	94.2
Tem filhos?		
Não	33	31.7
Sim	71	68.3
Quantos filhos?		
0	33	31.7
1 – 2	50	48.1
3 – 5	21	20.2
Tem outros dependentes?		
Não	95	91.3
Sim	9	8.7
Quantos dependentes?		

0	95	91.3
1	7	6.7
2 – 3	2	2.0
Possui acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?		
Não	89	85.6
Sim	15	14.4
Toma medicação?		
Não	82	78.9
Sim	20	19.2
Prefiro não responder	2	1.9

Na Tabela 2, são apresentadas as características dos participantes em relação ao trabalho. As categorias profissionais com maior prevalência entre os participantes foram cuidador(a) (34.6%), técnico(a) de enfermagem (30.8%) e enfermeiro(a) (14.4%). Participaram do estudo 13 instituições das seguintes cidades: Biguaçu, Florianópolis e Tijucas no estado de Santa Catarina (SC) e Passo Fundo e Porto Alegre do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A maioria dos participantes tinha três anos ou mais de serviço nas instituições (43%), trabalhava por turnos (74%), nunca ou raramente faltava ao serviço (83.7%) e não tinha o desejo de mudar de profissão (83.7%).

Tabela 2

Características relacionadas ao trabalho dos participantes.

	Frequência (n)	Percentual (%)
Categoria profissional		
Administrador(a)	6	5.8
Assistente Social	3	2.9
Cuidador(a)	36	34.6
Enfermeiro(a)	15	14.4
Fisioterapeuta	2	1.9
Fonoaudiólogo(a)	1	1.0
Médico(a)	1	1.0
Nutricionista	1	1.0
Profissional de Educação Física	4	3.8
Psicólogo(a)	3	2.9
Técnico(a) de enfermagem	32	30.8
Instituição		
Acalanto Residence	17	16.3
Aconchego Lar e Cuidados	8	7.7
Associação Metodista de Ação Social CVPI	3	2.9
Bella Vita Residencial Geriátrico	3	2.9
Casa Santa Catarina	4	3.8
Cristo Rey	1	1.0

Obra Social São Vicente de Paulo	14	13.5
Opas Haus Residencial Senior Ltda	11	10.6
Residencial Vovó Lydia	7	6.7
Residencial Bem-Estar	10	9.6
Residencial Geriatrico Luzidade	12	11.5
Residencial Ville de La Vie	7	6.7
Sennes Residencial Geriátrico	7	6.7
Cidade – Estado		
Biguaçu – SC	7	6.7
Florianópolis – SC	54	51.9
Passo Fundo – RS	26	25.0
Porto Alegre – RS	10	9.6
Tijucas – SC	7	6.7
Tempo de serviço na instituição		
Até 1 ano	37	37.0
1 a 2 anos	20	20.0
3 anos ou mais	43	43.0
Trabalha por turnos		
Não	27	26.0
Sim	77	74.0
Nos últimos meses/anos faltou ao serviço:		
Algumas vezes	14	13.5
Bastante vezes	3	2.8
Nunca/Raramente	87	83.7
Se pudesse mudaria de profissão?		
Não	87	83.7
Sim	17	16.3

6.2. Instrumentos

6.2.1. *Questionário sociodemográfico dos cuidadores formais (Anexo C)*

Dados dos participantes: idade, sexo, escolaridade, estado civil, se tem dependentes, local que reside (coabitação), categoria profissional, funções que desempenha na instituição, tempo de trabalho na instituição, quantas horas trabalha na semana, trabalha por turnos, se tem muitas faltas de trabalho (motivo), se pudesse mudaria de trabalho (motivos), renda salarial, possui acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (motivo), toma medicação (quais).

6.2.2. *Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse -21 (DASS-21).*

Proposta por Lovibond e Lovibond (1993) na língua inglesa, a escala de Ansiedade e Estresse - Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) é composta por 42 itens, com uma versão reduzida com 21 itens e validada no Brasil por Vignola e Tucci (2014). Os itens da escala trifatorial 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 representam o fator Depressão, os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 representam o fator Estresse e o fator Ansiedade é composto pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e

20. Ademais, compõe 4 formas de resposta: 0 - não se aplicou a mim, 1 - aplicou-se a mim um pouco ou durante parte do tempo, 2 - aplicou-se bastante a mim ou durante uma boa parte do tempo, 3 - aplicou-se muito a mim ou a maior parte do tempo. Para avaliar os escores finais do instrumento e a ordem dos participantes segundo os graus (normal, leve, moderado, severo e muito severo) de Depressão, Ansiedade e Estresse, seguem as propostas dos autores originais (Lovibond & Lovibond, 1993).

6.2.3. Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) foi desenvolvido por Gross e John (2003) com o objetivo de avaliar e compreender a utilização de duas estratégias de regulação emocional, ou seja, (1) reinterpretação cognitiva e (2) supressão emocional. Foi validado e adaptado para a população brasileira por Boian et al. (2009). O QRE é uma medida de auto relato composta por 10 itens, isto é, (4) itens avaliam a supressão das emoções e (6) o uso da estratégia de reavaliação das emoções). Os itens são cotados numa escala Likert que varia de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente). Escores mais elevados indicam o uso mais frequente de uma determinada estratégia. Originalmente, o questionário apresentou boas propriedades psicométricas com coeficiente alfa de Cronbach's entre (0,79) (para a subescala de reavaliação cognitiva) e (0,73) (para a subescala de supressão emocional) (Batistoni et al., 2013).

Para avaliar a pontuação, os itens 1, 3, 5, 7, 8 e 10 indicam a categoria da reinterpretação cognitiva e os itens 2, 4, 6 e 9 indicam a categoria de supressão emocional. Essa pontuação se mantém contínua e a pontuação de cada categoria é mantida em separado (Gross & John, 2003).

6.2.4. Escala de comprometimento face ao trabalho – Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

A *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) foi desenvolvida por Schaufeli, Martínez, et al. (2002) e validada para a população brasileira por Vazquez et al. (2015). É composta por 17 itens: 6 avaliam o vigor (i.e., níveis de energia, resiliência e persistência face às dificuldades), 5 avaliam a dedicação (i.e., entusiasmo, orgulho, inspiração) e 6 medem a absorção (i.e., dificuldade em desapegar-se do trabalho, felicidade e envolvimento) relacionados com a atividade profissional. Os itens são cotados numa escala tipo Likert que varia entre 0 (Nunca) e 6 (Sempre). A consistência interna é boa, tanto para a versão breve quanto para as outras duas versões longas e mostra o intervalo de α (α de Cronbach) assim como a média (Md), sendo que são baseadas nas amostras dos 9 países. A consistência interna da

versão breve excede consideravelmente do critério geralmente aceito para escalas existentes de $\alpha \geq 70$ (Angst et al., 2009).

O escore bruto de *engagement* é atingido pela soma das respostas dadas e divididas pelo número total de itens (N=17), não havendo nenhum item invertido na escala, pois são todos positivos. Para conseguir chegar ao escore bruto de Vigor, Dedicção e Concentração, é necessário somar, separadamente, as respostas específicas a cada fator e dividir esse resultado pelo número total de itens. O Vigor é mensurado por seis itens: 1, 4, 8, 12, 15 e 17; a Dedicção por 5 itens: 2, 5, 7, 10 e 13; e a Concentração por 6 (seis) itens: 3, 6, 9, 11, 14 e 16 (Magnan et al., 2016).

6.3. Procedimento

Esta pesquisa segue todos os procedimentos éticos e foi submetida ao Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP). Mediante autorização, as instituições foram contactadas para que aprovassem o termo de autorização local para pesquisa (Anexo B), a qual ocorreu em meados dos meses de outubro de 2020 a agosto de 2021 com os cuidadores formais que estavam dispostos a colaborar com esse estudo de forma voluntária.

A recolha dos dados foi realizada em formato de papel e por meios eletrônicos como a “Plataforma Google Forms”, de forma presencial e não presencial. Em ambos os formatos, foi obtido o termo de consentimento informado para a recolha e o tratamento dos dados pessoais livre e esclarecido, feito segundo as normas do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) em vigor na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), Portugal (PT), seguindo a apresentação do estudo (Anexo A) que assegura a confidencialidade dos dados coletados, os quais foram utilizados somente para fins de investigação científica. No caso da recolha em papel, após a concordância com a participação, foi marcado o melhor horário e local para os cuidadores poderem responder os instrumentos com a instituição. A coleta de dados ocorreu em diferentes regiões no sul do Brasil (BR), em Instituições de Longa Permanência (ILPIs).

6.4. Análise de dados

As dimensões e escores totais dos questionários foram testados para normalidade dos dados (teste Kolmogorov-Smirnov e observação de histogramas) e não apresentaram distribuição normal. Testes de correlação de Spearman foram aplicados a fim de verificar a correlação entre essas variáveis. A consistência interna e a confiabilidade das dimensões e escores totais dos questionários foram verificadas por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A

classificação dos valores de coeficiente de correlação utilizada foi: grande - 0.50 a 1.00; moderada - 0.30 a 0.49; e pequena - 0.10 a 0.29 (Cohen, 1988). As análises foram realizadas no software SPSS IBM Statistics versão 26. O nível de significância adotado foi $p < 0.05$.

As análises de mediação múltipla foram realizadas por meio da macro PROCESS para SPSS versão 3.4 (Hayes, 2017). Em todas as análises (modelos de mediação múltipla), foi utilizado o modelo 4, nível de confiança de 95% e número de amostras bootstrap de 5000. Nestes modelos, as variáveis independentes foram a supressão expressiva e a reinterpretação cognitiva (regulação emocional). As variáveis mediadoras foram o vigor, a dedicação e a absorção (*engagement*) e as variáveis dependentes foram a depressão, a ansiedade e o estresse (saúde mental).

Capítulo VII – Resultados

7.1. Estatística descritiva

A Tabela 3 apresenta as Médias (MD), os Desvios Padrão (DP) e a alfa de Cronbach dos questionários DASS-21, QRE e UWES. Todas as dimensões e escores totais tiveram valores aceitáveis de consistência interna e confiabilidade ($\alpha > 0.6$).

Tabela 3

Média (MD), Desvio Padrão (DP) e coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach dos questionários DASS-21, QRE e UWES.

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
DASS-21			
Estresse	5.28	4.48	0.83
Ansiedade	2.89	3.83	0.83
Depressão	3.47	3.93	0.79
QRE			
Reinterpretação Cognitiva	5.23	1.32	0.71
Supressão Emocional	3.83	1.53	0.62
UWES			
Vigor	5.06	0.95	0.84
Dedicação	5.40	0.83	0.79
Concentração	4.84	0.94	0.66

A Tabela 4 apresenta as correlações entre as dimensões dos questionários DASS-21, QRE e UWES. Foram observadas correlações positivas e fortes (≥ 0.50) apenas entre as dimensões do questionário DASS-21 e entre as dimensões do UWES. No QRE, a dimensão de reinterpretação cognitiva apresentou correlação moderada com a supressão emocional. As duas dimensões do QRE foram inversamente correlacionadas com estresse, ansiedade e depressão. A dimensão vigor do questionário UWES foi inversamente correlacionada a todas as dimensões do DASS-21 e positivamente correlacionado com as dimensões do QRE. A dedicação foi inversamente correlacionada ao estresse e à depressão e positivamente correlacionada com a reinterpretação cognitiva. Todas essas correlações foram estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

Tabela 4

Coefficientes de correlação de Spearman entre os questionários.

	DASS-21			QRE		UWES		
	Estresse	Ansiedade	Depressão	Reinterpretação Cognitiva	Supressão Emocional	Vigor	Dedicação	Concentração
DASS-21								
Estresse	-							
Ansiedade	0.606**	-						
Depressão	0.630**	0.547**	-					
QRE								
Reinterpretação Cognitiva	-0.392**	-0.352**	-0.424**	-				
Supressão Emocional	-0.269**	-0.197*	-0.263**	0.404**	-			
UWES								
Vigor	-0.361**	-0.288**	-0.259**	0.333**	0.237*	-		
Dedicação	-0.218*	-0.133	-0.249*	0.328**	0.107	0.664**	-	
Concentração	-0.167	-0.139	-0.024	0.139	0.089	0.642**	0.557**	-

** A correlação é significativa no nível $p < 0.01$ (bicaudal).

* A correlação é significativa no nível $p < 0.05$ (bicaudal).

Neste estudo, também foi testado o papel mediador do *engagement*, avaliado por meio das dimensões concentração, dedicação e vigor, na associação entre regulação emocional (reinterpretação cognitiva e supressão emocional) e saúde mental (estresse, ansiedade e depressão).

Na Tabela 5 e nas Figuras 1, 2 e 3, observa-se o efeito indireto de mediação (parcial) da dimensão vigor nas associações da reinterpretação cognitiva com o estresse e da reinterpretação cognitiva com a ansiedade.

Tabela 5

Análises de mediação múltipla para verificar o efeito da reinterpretação cognitiva e do engagement na saúde mental (N=104).

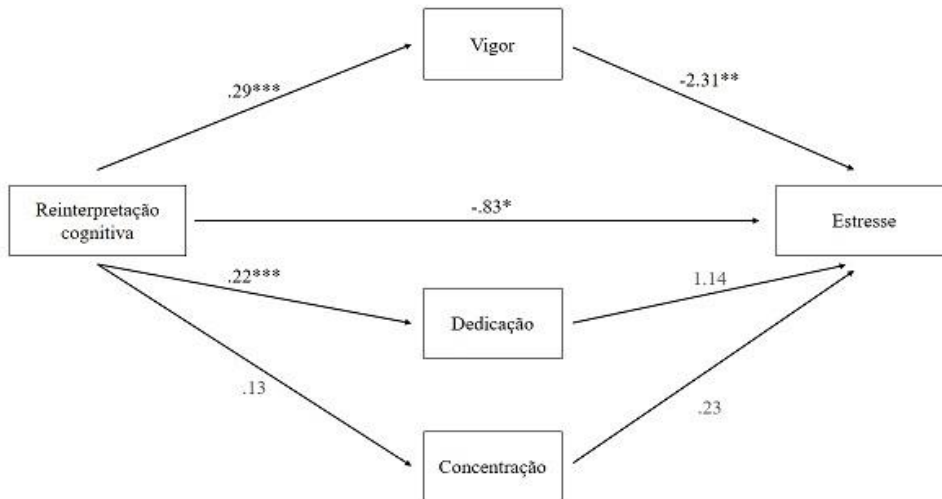
Exposição	Variáveis e Efeitos	Modelo	
Estresse	Efeito total:	-1.20, p<.001	
	Efeito direto:	-.83, p<.05	
	Efeito indireto:		
	Concentração	-.03 (95% CI: -.203; .247)	R ² = 22% F (4,99) = 6.86, p<.001
	Dedicação	.25 (95% CI: -.224; 1.096)	
Vigor	-.66 (95% CI: -1.442; -.139)		
Ansiedade	Efeito total:	-1.05, p<.001	
	Efeito direto:	-.54, p=.051	
	Efeito indireto:		
	Concentração	.09 (95% CI: -.079; .336)	R ² = 54% F (4,99) = 10.25, p<.001
	Dedicação	.14 (95% CI: -.194; .642)	
Vigor	-.73 (95% CI: -1.539; -.127)		
Depressão	Efeito total:	-1.27, p<.001	
	Efeito direto:	-.86, p<.05	
	Efeito indireto:		
	Concentração	.14 (95% CI: -.036; .445)	R ² = 25% F (4,99) = 8.27, p<.001
	Dedicação	-.08 (95% CI: -.446; .310)	
Vigor	-.44 (95% CI: -1.092; .020)		

Legenda: 95% CI = intervalo de confiança de 95%. Efeitos indiretos significativos estão destacados em negrito.

7.2. Modelo de mediação (RE, *Engagement* e Saúde Mental)

Figura 1.

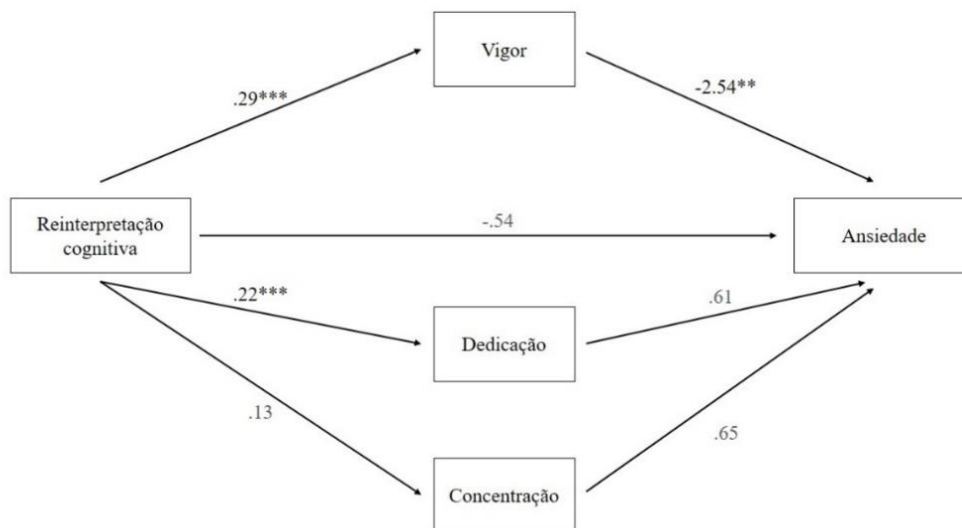
Modelo 1 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Resultados não significativos estão em cinza.

Figura 2.

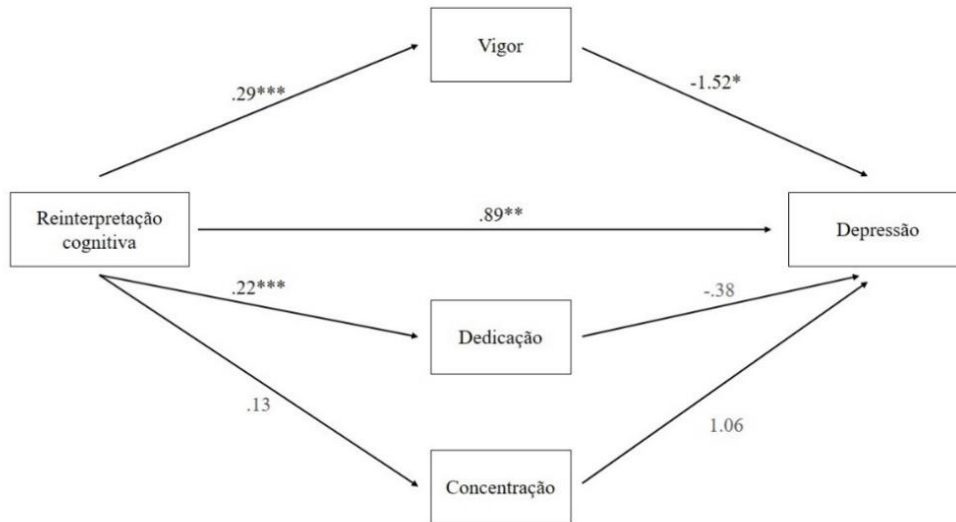
Modelo 2 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Resultados não significativos estão em cinza.

Figura 3.

Modelo 3 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Resultados não significativos estão em cinza.

Na Tabela 6 e nas Figuras 4, 5 e 6, observou-se o efeito indireto de mediação para a dimensão vigor nas associações da supressão emocional com os domínios estresse (mediação parcial) e ansiedade (mediação total).

Tabela 6

Análises de mediação múltipla para verificar o efeito da supressão emocional e do engagement na saúde mental ($N=104$).

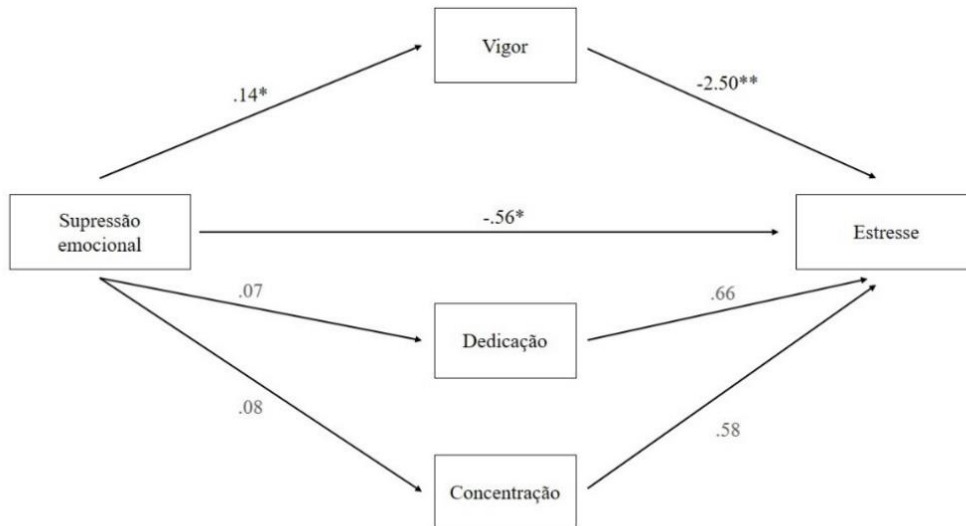
Exposição	Variáveis e Efeitos	Modelo	
Estresse	Efeito total:	$-.82, p < .01$	
	Efeito direto:	$-.56, p < .05$	
	Efeito indireto:		
	Concentração	$.05$ (95% CI: $-.086; .222$)	$R^2 = 20\%$ $F(4,99) = 6.37, p < .001$
	Dedicção	$.05$ (95% CI: $-.142; .322$)	
	Vigor	$-.35$ (95% CI: $-.839; -.042$)	
Ansiedade	Efeito total:	$-.61, p < .05$	
	Efeito direto:	$-.33, p = .138$	
	Efeito indireto:		
	Concentração	$.07$ (95% CI: $-.047; .263$)	$R^2 = 28\%$ $F(4,99) = 9.68, p < .001$
	Dedicção	$.02$ (95% CI: $-.109; .185$)	
	Vigor	$-.37$ (95% CI: $-.886; -.027$)	
Depressão	Efeito total:	$-.70, p < .01$	
	Efeito direto:	$-.51, p < .05$	
	Efeito indireto:		
	Concentração	$.12$ (95% CI: $-.050; .370$)	$R^2 = 22\%$ $F(4,99) = 6.86, p < .001$

Dedicação	-0.06 (95% CI: -.269; .055)
Vigor	-0.25 (95% CI: -.641; .001)

Legenda: 95% CI = intervalo de confiança de 95%. Efeitos indiretos significativos estão destacados em negrito.

Figura 4.

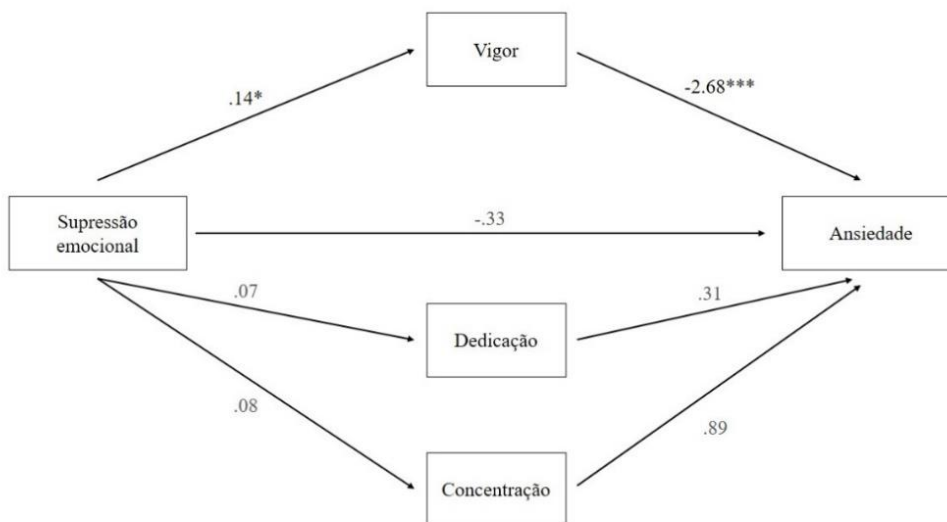
Modelo 4 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: *p<.05; **p<.01; ***p<.001. Resultados não significativos estão em cinza.

Figura 5.

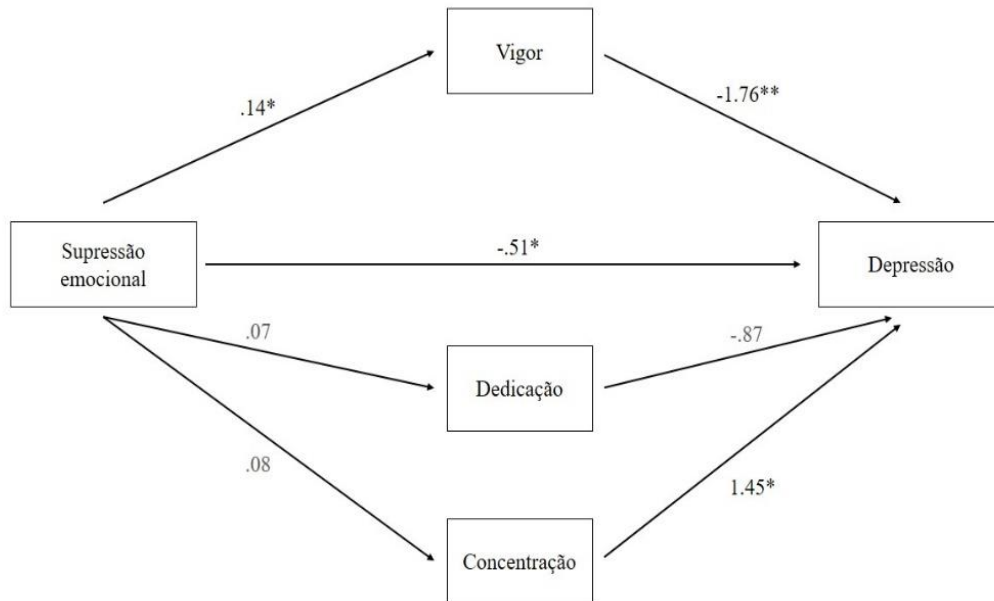
Modelo 5 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: *p<.05; **p<.01; ***p<.001. Resultados não significativos estão em cinza.

Figura 6.

Modelo 6 de mediação múltipla.



Legenda das figuras: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Resultados não significativos estão em cinza.

Capítulo VIII – Discussão

8.1. Discussão

O presente estudo examinou as associações entre RE, *engagement* no trabalho e saúde mental em uma amostra de profissionais de saúde que trabalham em instituições de longa permanência no Brasil. Embora estudos anteriores tenham identificado associações entre RE (especialmente inteligência emocional) e *engagement* no trabalho ou saúde mental e entre *engagement* no trabalho e saúde mental, até onde se sabe, nenhum estudo explorou um modelo mediacional e processual, especificamente, no contexto dos cuidados geriátricos em ILPI.

Em primeiro lugar, em linha com estudos anteriores em outros contextos profissionais, os resultados deste estudo mostraram uma associação significativa entre RE e *engagement* no trabalho (Castillo-Gualda et al., 2017; George et al., 2021; Mérida-López & Extremera, 2020). Especificamente, a supressão expressiva foi positivamente associada ao vigor e a reavaliação cognitiva foi positivamente associada ao vigor e à dedicação. Os resultados relativos à supressão expressiva foram bastante interessantes por estarem associados a mais vigor, ao contrário das previsões feitas.

A supressão expressiva é, geralmente, uma estratégia de RE associada a resultados intrapessoais e interpessoais negativos (e.g., Chervonsky & Hunt, 2017; Hu et al., 2014). Porém, neste estudo, esteve associada a mais vigor e a menos depressão, ansiedade e estresse, sugerindo que pode ter um papel adaptativo para profissionais que atuam em contexto geriátrico. É possível hipotetizar que, em contextos marcados por cargas de trabalho pesadas e desafios no ambiente de trabalho, como os enfrentados por trabalhadores de IPLI, o uso da supressão expressiva pode ser benéfico. Na verdade, esse padrão foi encontrado em estudos anteriores com equipes de resgate que acreditavam que reclamar e “desabafar” seriam mais prejudiciais para seu trabalho do que suprimir suas emoções, porque aumentaria seu ressentimento e seu afeto negativo em relação ao trabalho (Gan et al., 2014; Moore et al., 2008).

É importante notar, no entanto, que esses estudos foram realizados em uma cultura ocidental em que a supressão é valorizada, estando, geralmente, associada a resultados mais positivos (Hu et al., 2014). Ainda assim, alguns estudos sugeriram que a supressão das emoções pode ser importante para manter relacionamentos e empregos (Gross, 2002; Gross & John, 2003). Um padrão semelhante foi encontrado em uma amostra de estudantes de medicina que, ao se depararem com um incidente negativo com pacientes associados a emoções negativas, tenderam a usar diferentes estratégias, sendo uma delas a supressão expressiva a qual lhes

permite ser eficientes na tarefa que tinham de realizar ou para tomar melhores decisões (Doulougeri et al., 2016).

Assim, é possível que ocultar as emoções contribua para níveis mais elevados de vigor em termos de resiliência e persistência para lidar com as demandas do trabalho. Além disso, os resultados mostraram que a supressão expressiva e a reavaliação cognitiva se associaram positivamente, sugerindo que os indivíduos utilizam os dois tipos de estratégias. Dessa forma, pode-se hipotetizar que, quando a supressão expressiva é usada de forma flexível, junto com outras estratégias (como a reavaliação cognitiva), ela pode levar a resultados mais positivos. Estudos anteriores sugeriram que é o uso habitual e inflexível de supressão expressiva que está associado a resultados negativos (e.g., Bonanno et al., 2004).

No que diz respeito à reavaliação cognitiva, os resultados desta pesquisa estão de acordo com estudos anteriores, sugerindo que esta estratégia costuma ser adaptativa. A associação positiva entre reavaliação cognitiva e *engagement* no trabalho foi encontrada em estudos anteriores, em contextos de outros profissionais (e.g., no contexto de ensino; Burić & Macuka, 2018; Greenier et al., 2021). Esse resultado parece sugerir que profissionais que conseguem reenquadrar cognitivamente as situações e mudar seu significado de forma mais positiva têm maior probabilidade de se envolver em sua profissão (em termos de vigor e dedicação).

Além disso, a ligação positiva entre a reavaliação cognitiva e a saúde mental também foi encontrada em estudos anteriores, inclusive com profissionais da saúde (Katana et al., 2019). Neste estudo de Katana, a análise de conteúdo permitiu compreender que a reavaliação cognitiva contribui para aumentar a vivência de emoções mais positivas e reduzir a vivência de emoções negativas que podem promover o bem-estar e diminuir o estresse percebido.

Por fim, constatou-se que a regulação da emoção (tanto em termos de supressão expressiva quanto de reavaliação cognitiva) influencia a saúde mental (especificamente ansiedade e depressão) por meio do vigor. Esses resultados parecem sugerir que trabalhadores mais capazes de regular suas emoções (utilizando tanto a supressão expressiva quanto a reavaliação cognitiva de forma flexível de acordo com as demandas de trabalho) têm maior probabilidade de serem resilientes, investirem em sua profissão e persistirem diante de dificuldades. Isso, por sua vez, contribui para protegê-los de sentir ansiedade e estresse.

8.2. Limitações e pistas para investigação futura

Para compreender com mais precisão os resultados apresentados, várias limitações devem ser observadas. Em primeiro lugar, este é um estudo transversal e, portanto, não se pode inferir causalidade. Estudos longitudinais devem ser conduzidos para estabelecer uma

sequência temporal entre as variáveis de estudo e examinar como elas interagem ao longo do tempo.

Em segundo lugar, este estudo baseou-se apenas em dados de autorrelato. Uma abordagem qualitativa deve ser empregada para melhor compreender as relações entre as variáveis do estudo. De fato, conforme relatado anteriormente, alguns estudos com dados qualitativos forneceram pistas sobre por que os profissionais se beneficiam tanto da supressão expressiva quanto da reavaliação cognitiva. Futuros estudos qualitativos devem ser realizados para melhor compreender os motivos subjacentes ao uso dessas estratégias, a fim de compreender por que estão vinculadas ao *engagement* no trabalho e, conseqüentemente, à saúde mental.

Por fim, esta amostra foi composta principalmente por mulheres, cuidador(as), enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem. Estudos futuros devem incluir uma amostra diversa mais igualitária e, eventualmente, examinar se o sexo ou a profissão moderam as associações entre regulação emocional, *engagement* no trabalho e saúde mental em trabalhadores de ILPI.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2005). *Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Aprova Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- Albrecht, S. (2010). *Handbook of employee engagement: Perspectives, issues, research and practice*. Edward Elgar Publishing.
- Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Alínea.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., & Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.022>
- Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: Desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 820-830. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>
- Angst, R., Benevides-Pereira, A. M., & Porto-Martins, P. C. (2009). *Utrecht Work Engagement Scale (UWES): Escala de Engajamento no Trabalho de Utrecht (Manual em Português)*. Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout (GEPEB).
- Ashkanasy, N. M., & Dorris, A. D. (2017). Emotions in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113231>
- Associação Nacional de Medicina do Trabalho. (26 de outubro de 2017). *Transtorno mental é a 3ª causa de afastamentos de trabalho*. Saúde no trabalho. <https://www.anamt.org.br/portal/2017/10/26/transtorno-mental-e-a-3a-causa-de-afastamentos-de-trabalho/>
- Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4-28. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.485352>

- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Bamonti, P. M., Smith, A., & Smith, H. M. (2020). Cognitive Emotion Regulation Strategies Predict Burnout in Geriatric Nursing Staff. *Clinical Gerontologist*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1829230>
- Bassal, C., Czellar, J., Kaiser, S., & Dan-Glauser, E. S. (2016). Relationship between emotions, emotion regulation, and well-being of professional caregivers of people with dementia. *Research on Aging*, 38(4), 477-503. <https://doi.org/10.1177/0164027515591629>
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. da, Nascimento, P. P. P. do, & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 10-18. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100002>
- Blanco-Donoso, L. M., Demerouti, E., Hernandez, E. G., Moreno-Jimenez, B., & Cobo, I. C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.002>
- Blanco-Donoso, L. M., Garrosa, E., Demerouti, E., & Moreno-Jiménez, B. (2017). Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. *International Journal of Stress Management*, 24(2), 107–134. <https://doi.org/10.1037/str0000023>
- Boian, A. C., Soares, D. S. M., & Lima, J. (2009). *Questionário de Regulação Emocional adaptado para a população brasileira*. https://spl.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj19321/files/media/file/portuguese_brazilian.pdf
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>
- Borges, M. M., Bomfim, A. J. D. L., & Chagas, M. H. N. (2021). Depression and empathy in health professionals who work in the long-term care institutions for older adults.

- Dementia & Neuropsychologia*, 15(3), 381-386. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030011>
- Born, T. (2006). A formação de cuidadores: Acompanhamento e avaliação. *Anais do Seminário Velhice Fragilizada do Serviço Social do comércio*. SESC.
- Born, T. (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 1131-1141). Guanabara Koogan.
- Brandão, T. R. P. (2017). *Adaptação ao câncer de mama: explorando o papel de processos de regulação de anexos e emoções* [Tese de Doutorado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/105478>
- Brandão, T., Matias, M., Ferreira, T., Vieira, J., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2020). Attachment, emotion regulation, and well-being in couples: Intrapersonal and interpersonal associations. *Journal of Personality*, 88(4), 748-761. <https://doi.org/10.1111/jopy.12523>
- Burić, I., & Macuka, I. (2018). Self-efficacy, emotions and work engagement among teachers: A two wave cross-lagged analysis. *Journal of Happiness Studies*, 19(7), 1917-1933. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9903-9>
- Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>
- Caldas, C. P. (2004). Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In A. L. Saldanha, C. P. Caldas (Org.), *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (2ª ed., pp. 37-40). Interciência.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2011). Previdência Social no Brasil: Contornos e horizontes. In G. Biasoto Junior, & L. A. P. Silva (Orgs.). *Políticas Públicas em questão* (pp. 27-57). Fundação do Desenvolvimento Administrativo.

- Castillo-Gualda, R., García, V., Pena, M., Galán, A., & Brackett, M. A. (2017). Preliminary findings from RULER Approach in Spanish teachers' emotional intelligence and work engagement. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 15*(3), 641–664. <https://doi.org/10.14204/ejrep.43.17068>
- Chervonsky, E., & Hunt, C. (2017). Suppression and expression of emotion in social and interpersonal outcomes: A meta-analysis. *Emotion, 17*(4), 669-683. <https://doi.org/10.1037/emo0000270>
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology, 64*(1), 89-136. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01203.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge Academic.
- Consedine, N. S., & Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology, 12*(2), 59-75.
- Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics, 31*(8), 1203-1216. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001606>
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(2), 238-250. <https://doi.org/10.1177/0146167206294412>
- Cunha, C. V. (2013). Condições de trabalho dos cuidadores formais de idosos em uma instituição de longa permanência para idosos: conhecer para intervir. Work conditions of formal caregivers of older adults in a long-stay institution: know to intervene. *Revista Enfermagem Brasil, 12*(3), 160-164.
- Dajani, M. A. Z. (2015). The Impact of Employee Engagement on Job Performance and Organisational Commitment in the Egyptian Banking Sector. *Journal of Business and Management Sciences, 3*(5), 138-147. <http://doi.org/10.12691/jbms-3-5-1>
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology, 32*, 474-486. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030259>
- Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Medical Education, 16*(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>

- Fagundes, K. V. D. L., Esteves, M. R., Ribeiro, J. H. de M. R., Siepierski, C. T., Silva, J. V da., & Mendes, M. A. (2017). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública* 19(2), 210-214. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>
- Ferreira, C. F. C. (2013). *Sentimentos experienciados pelos cuidadores formais em estruturas residenciais para idosos perante o cuidado ao idoso em fim de vida* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viena do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1660/1/Carina_Ferreira.pdf
- Ferreira, V. L. P. (2010). *Relação do ambiente laboral percebido pelos cuidadores formais com a regulação emocional e com sintomas psicopatológicos: estudo exploratório das unidades de internamento de cuidados continuados integrados* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde]. Cespú Repository. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/102>
- Floriani, A. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 341-345.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do poder* (18ª ed.). Graal.
- Franca, D. C. (2004). Cuidando do cuidador: atendimento psicológico no apoio do doente de Alzheimer. *Revista Ciência e Profissão*, 2004 (1), 50-52.
- Gan, Y., Wen, Y., Wang, J., Rodriguez, M. A., Gong, X., & Xie, X. (2014). Is expressive suppression an effective coping strategy? A study of Chinese rescue medical staff following an earthquake. *Asian Journal of Social Psychology*, 17(4), 264-276. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12059>
- George, O. J., Okon, S. E., & Akaighe, G. (2021). Emotional intelligence and work engagement: a serial mediation model. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1-39. <https://doi.org/10.1108/JOEPP-02-2021-0025>
- Gomes, A. M. R. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida. *Enfermaria Global*, 18, 1-13.
- Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). *Informal caregivers literature review: A report prepared for the National Health Committee*. Health Services Centre, Victoria University of Wellington.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Greenier, V., Derakhshan, A., & Fathi, J. (2021). Emotion regulation and psychological well-being in teacher work engagement: A case of British and Iranian English language teachers. *System*, 97, 102446. <https://doi.org/10.1016/j.system.2020.102446>
- Grisson, E. M. C., Alves, V. P., & Faleiros, V. P. (2015). O Imaginário de um Grupo de Cuidadores de Idosos Institucionalizados no Cotidiano Asilar. *Revista Kairós*, 18(1), 177-197. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p177-197>
- Groisman, D. (1999). *A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século* [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- Gross, J. J. (1988a). Antecedent -and response-focused emotion regulation: Divergent Consequences, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74,224-237.
- Gross, J. J. (1988b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 2(5),271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017.S0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3-20). Guilford.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional Suppression: Physiology, Self-report, and Expressive Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (6), 970-986.
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 415-424. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.043>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

- Hirschle, A. L. T., & Gondim, S. M. G. (2019). Medida de regulação emocional no trabalho (RE-Trab): Estrutura e evidências de validade. *Psico-USF*, 24(1), 41-54. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240104>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>
- Iida, I. (2005). *Ergonomia: projeto e produção* (2ª ed.). Blucher.
- Imamura, K., Kawakami, N., Inoue, A., Shimazu, A., Tsutsumi, A., Takahashi, M., & Totsuzaki, T. (2016). Work engagement as a predictor of onset of major depressive episode (MDE) among workers, independent of psychological distress: a 3-year prospective cohort study. *PloS one*, 11(2), e0148157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148157>
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., & Falkum, E. (2012). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and Health*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/smi.1395>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. <https://doi.org/10.5465/256287>
- Kanste, O. (2011). Work engagement, work commitment and their association with well-being in health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 754-761. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00888.x>
- Katana, M., Röcke, C., Spain, S. M., & Allemand, M. (2019). Emotion Regulation, Subjective Well-Being, and Perceived Stress in Daily Life of Geriatric Nurses. *Frontiers in psychology*, 10, 1097. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01097>
- Khan, A. W. (1992). To be fully there; Psychological presence at work. *Human Relations*, 45, 321-349.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kubicek, B., Korunka, C., & Ulferts, H. (2013). Acceleration in the care of older adults: New demands as predictors of employee burnout and engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1525-1538. <https://doi.org/10.1111/jan.12011>

- Kubota, K., Shimazu, A., Kawakami, N., Takahashi, M., Nakata, A., & Schaufeli, W. B. (2010). Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. *Industrial Health*, 48(6), 864-71. <https://doi.org/10.2486/indhealth.MS1139>
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.
- Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J., & Burdorf, A. (2014). Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: a 1-year follow-up study among older workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 86-95. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9525-6>
- Leitão, G. D. C. M., & Almeida, D. T. D. (2000). O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), 80-85.
- Lopes, L. D. O., & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21(1), 165-181. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-12>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. The Psychology Foundation.
- Machado, P. G. B., Porto-Martins, P. C., & Amorim, C. (2012). Engagement no trabalho entre profissionais da educação. *Revista Intersaberes*, 7(13), 193-214.
- Magnan, E. S., Vazquez, A. C. S., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2016). Normatização da versão Brasileira da Escala Utrecht de Engajamento no Trabalho. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 133-140. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712016000200002&lng=pt&tlng=pt
- Mantzorou, M., & Koukia, E. (2018). Professional burnout of geriatric nurses caring for elderly people with dementia. *Perioperative Nursing (GORNA)*, 7, 6-26. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1401170>
- Martins, S. I. C. (2016). *Burnout e sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29463/1/ulfpie051423_tm_tese.pdf
- Mérida-López, S., & Extremera, N. (2020). The interplay of emotional intelligence abilities and work engagement on job and life satisfaction: Which emotional abilities matter most for secondary-school teachers?. *Frontiers in Psychology*, 11, 563634. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563634>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood structure, dynamics, and change* (2nd ed). The Guilford Press.
- Ministério do Trabalho (2016). *Classificação Brasileira de Ocupações: CBO*. MTE, SPPE. <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/saibaMais.jsf>
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2800. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A., (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-12. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Moore, S. A., Zoellner, L. A. & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behavior Research and Therapy*, 46, 993-1000. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001>
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R. de, Carvalho, J., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. da C. (2008). Cuidador de idosos: Conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514-517. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>
- Neri, A. (2002). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Alínea.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia* (3ª ed.). Alínea.
- Netzer, L., Van Kleef, G. A., & Tamir, M. (2015). Interpersonal instrumental emotion regulation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 124-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2015.01.006>
- Neves, Ú. (2019). *Como reconhecer sinais de depressão em profissionais de enfermagem*. <https://pebmed.com.br/como-reconhecer-sinais-de-depressao-em-profissionais-de-enfermagem/>
- Newman, D. B., & Nezlek, J. B. (2021). The Influence of Daily Events on Emotion Regulation and Well-Being in Daily Life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(1), 19-33. <https://doi.org/10.1177/0146167220980882>
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 23-42). Guilford.

- Oliveira, L. B., & Rocha, J. da C. (2017). Engajamento no trabalho: Antecedentes individuais e situacionais e sua relação com a intenção de rotatividade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios (RBGN)*, 19(65), 415-431. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v19i64.3373>
- Oliveira, N. M., & de Resende, G. S. L. (2016). A necessidade de implantação de instituições de longa permanência para idosos frente ao princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Direito em Debate*, 25(46), 143-163.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dİrİk, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: What affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266-272. http://www.geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_662.pdf
- Pollo, S. H. L., & Assis, M. de. (2008). Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 11(1), p. 29-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11014>
- Porto-Martins, P. C., Machado, P. G. B., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2013). Engajement no trabalho: uma discussão teórica. *Fractal*, 25(3), 629-643.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021. (2021, 31 maio). Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.
- Rezende, J. M. (2004). *Linguagem médica: “institucionalização” do idoso*. <http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende>
- Ribeiro, M. C. S. (2012). *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores* (2ª ed.). Martinari.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2018). *Manual do envelhecimento ativo* (2ª ed.). Lidel-Edições Técnicas, 2º edição.
- Rich, B. L., Lepine, J. A., & Crawford, E. R. (2010). Job engagement: Antecedents and effects on job performance. *Academy of Management Journal*, 53(3), 617-635. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.51468988>
- Robinson, D., Perryman, S., & Hayday, S. (2004). *The Drivers of Employee Engagement*. Institute for Employment Studies.

- Rodrigues, A. P. G., & Gondim, S. G. (2014). Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: Um estudo com servidores públicos. *Revista de Administração Mackenzie (RAM)*, 15(2), 38-65. <https://doi.org/10.1590/S1678-69712014000200003>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. The Random House.
- Ruitenburg, M. M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-292>
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1217-1227. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>
- Sanchez, S., Mahmoudi, R., Moronne, I., Camonin, D., & Novella, J. L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.04.014>
- Schaufeli, W. B. (2013). What is engagement? In C. Truss, K. Alfes, R. Delbridge, A. Shantz, & E. Soane (Eds.), *Employee Engagement in Theory and Practice*. Routledge. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/414.pdf>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary manual*. Occupational Health Psychology Unit.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques-Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173-203. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x>
- Shuck, B., & Wollard, K. (2010). Employee engagement and HRD: A seminal review of the foundations. *Human Resource Development Review*, 9(1), 89-110. <https://doi.org/10.1177/1534484309353560>

- Silva, A. G. (2018). *Níveis de engagement em enfermeiros da atenção primária à saúde* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP]. https://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/443/2/AlbertinaSilva_dissert.pdf
- Silva, A. L. C. da. (2019). *Fatores psicológicos e sociais relacionados às atribuições dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório Universidade Federal de Pernambuco. <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/34320/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Andr%C3%A9%20Luis%20Cabral%20da%20Silva.pdf>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e Engagement em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Simonetti, J. & Ferreira, J. (2007). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista de Enfermagem USP*, 42(1), 19-25.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2003). *Manual de funcionamento para Instituição de Longa Permanência para Idosos*. SBGG.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (6), 1150-1169. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.6.1150>
- Suri, G., & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: A valuation perspective. In L. F. Barrett, M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 453-466). Guilford.
- Teixeira, P. R., Lourenção, L. G., Gazetta, C. E., Gonzalez, E. G., Rotta, D. S., Pinto, M. H., Peres, L., & Beretta D. (2017). Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(1), 126-133. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160039>
- Terra, M. R., Pereira, M. G. N., Silva R. S., Santos, E. R., & Benetti, J. (2016). Profissionais de saúde de instituições de longa permanencia e os cuidados de enfermagem nas lesões por pressão. *Periódico Múltiplo Saber*, 36(2), 1-1. https://www.inesul.edu.br/site/revista_eletronica.php?vol=46
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2009). Development of self, relationships, and socioemotional competence: Foundations for early school success. In O. A. Barbarin & B. Wasik (Eds.), *Handbook of child development and early education: Research to practice* (pp. 147-171). Guilford.

- Tonon, T. C. A., Tenório, E. L. S., Oliveira, J. P.C., & Beloto T. V. T. (2020). Fatores associados à depressão no campo da Enfermagem: revisão bibliográfica Factors associated with depression in the Nursing field: bibliographic review Factores asociados a la depresión en el campo de Enfermería: revisión bibliográfica. *Research, Society and Development*, 9(8), e77985342. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5342>
- Vargas, D., & Dias, A. P. V (2011). Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, (5), 1114-1121.
- Vazquez, A. C. S., Magnan, E. D. S., Pacico, J. C., Hutz, C. S., & Schaufeli, W. B. (2015). Adaptation and validation of the Brazilian version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Psico-usf*, 20, 207-217. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200202>
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, (54), 87-110. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_4
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- World Health Organization (2002). *Active aging: a Policy Framework*. World Health Organization.
- Ximenes, M. A. (2007). Côrte B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 29-52.

ANEXO A – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito do estudo na unidade curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Lisboa/Portugal (UAL), foi requisitado um estudo de Projeto com o objetivo de explorar quais as variáveis psicológicas associadas ao bem-estar dos cuidadores formais de idosos. Solicitamos a sua participação através da resposta e preenchimento de escalas. A entrevista é realizada com os cuidadores formais de idosos que atuam em Casa de Longa Permanência ou Centros-Dias apenas utilizada no âmbito deste estudo. Os dados recolhidos serão anónimos, confidenciais, serão codificados e posteriormente eliminados, mantendo o anonimato. A duração prevista para preencher os instrumentos é de aproximadamente 10 minutos, podendo ser online, presencial ou não presencial. A participação neste estudo é de carácter voluntário, não remunerado, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento. O participante é livre para não responder ou partilhar informações se não se sentir confortável a fazê-lo.

A instituição participante não terá acesso à informação individual dos participantes, garantindo as confidencialidades.

Obrigada, a sua colaboração é muito importante!

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação, neste estudo, são confidenciais e anônimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu, (abaixo assinado), aceito participar de livre vontade.

1 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, NIF: 501641238

Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa, Portugal.

onunes@autonoma.pt

Coordenadora da Investigação: Prof.^a Dr.^a Tania Brandão.

tbrandao@autonoma.pt

2 – QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Dados dos participantes: idade, sexo, escolaridade, estado civil, se tem dependentes, local que reside (coabitação), categoria profissional, funções que desempenha na instituição, tempo de trabalho na instituição, quantas horas trabalha na semana, trabalha por turnos, se tem muitas faltas de trabalho (motivo), se pudesse mudaria de trabalho (motivos), renda salarial, possui acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (motivo), toma medicação (quais).

3 – FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4 – O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Estudo dos diferentes contextos de saúde mental em cuidadores formais de idosos.

5 – DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA.

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados.

Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, firewalls e programas antivírus.

9 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do e-mail onunes@autonoma.pt, sem qualquer encargo.

O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço onunes@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____/____/____

NOME: _____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da Investigadora Responsável
Maria Isabel Wobeto

Assinatura da Prof.^a Dr.^a Orientadora da Pesquisa
Prof.^a Dr.^a Tania Brandão.

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL PARA PESQUISA

Eu, Maria Isabel Wobeto, responsável principal pelo projeto de pesquisa, o qual pertence ao Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões/Lisboa/PT, venho pelo presente, solicitar autorização da _____ (Nome da Instituição) para realização da coleta de dados através de instrumentos validados e autorizados, no período de outubro a dezembro do ano de 2020 para o trabalho de pesquisa sob o título, “**Saúde mental em cuidadores formais de idosos: o papel da regulação emocional e do engagement**” com o objetivo de investigar como a regulação emocional e o *engagement* profissional se associam à saúde mental dos cuidadores formais de idosos.

Especificamente, pretende explorar o processo pelo qual os cuidadores formais influenciam as emoções que sentem, quando as sentem e como as sentem e se estejam conectados e inteirados tanto físico, cognitivos e emocionalmente em suas práticas desempenhadas no trabalho.

Esta pesquisa está sendo orientada pela Prof.^a Dr.^a Tania Brandão (UAL).

Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

Nome e Assinatura do Responsável pela Instituição

Maria Isabel Wobeto

Nome e Assinatura da Pesquisadora Responsável

Tania Brandão

Nome e Assinatura da Prof.^a Dr.^a Orientadora da Pesquisa

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES
FORMAIS**

Nome da Instituição: _____

Código do participante: _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

4. Escolaridade: Nível escolar _____

5. Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

6. Tem outros dependentes? () Não () Sim. Quantos? ____ Quem?

7. Local de residência:

() Rural () Urbano () Casa () Apartamento

8. Categoria profissional: _____

9. Funções desempenhadas na Instituição:

10. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes)

11. Quantas horas trabalha por semana?

12. Trabalha por turnos? () Sim () Não _____

13. Nos últimos () meses () anos faltou ao serviço?

() Nunca/Raramente () Algumas vezes () Bastante vezes

Qual motivo _____

14. Se pudesse, mudaria de profissão? () Sim () Não

15. Por qual motivo? _____

16. Renda salarial? _____

17. Possui acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico? Qual motivo? _____

18. Toma medicação? _____

19. Qual? _____