

**Isabel Correia**

# **Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental**



Maio de 2012





**Isabel Correia**

## **Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental**

1º Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria

Estudo efetuado sob a orientação:

Professora Mestre e Especialista Carla Maria Viegas e Melo Cruz

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Maio de 2012



À minha mãe, Zulmira.



## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos são dirigidos às pessoas e/ou instituições que, de uma forma direta ou indireta, me ajudaram na realização deste trabalho. Assim passo a citá-los:

À Professora Mestrada Carla Cruz, orientadora científica deste meu trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua ajuda no tratamento estatístico.

Ao conselho administrativo do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE nomeadamente o serviço da consulta externa do Departamento de Psiquiatria de Saúde Mental pela autorização concedida para aplicação dos questionários, parte significativa deste estudo

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro pela autorização concedida da escala de EADS – 21 para aplicação neste estudo

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira pela autorização concedida da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal

Aos Cuidadores Informais que colaboraram no preenchimento do questionário e das escalas aplicadas neste estudo, um bem-haja grande!

A uma amiga querida, Filomena, pelo apoio e amizade.

E, por fim, mas não menos importantes, aos meus familiares especificamente ao José Filipe Carreira, Zulmira Gomes e Evaristo Correia pela paciência, o carinho e o amor incondicional que me deram, sem eles eu não teria conseguido ultrapassar os obstáculos que me deparei ao longo da dissertação

A todos, o meu OBRIGADA!



## RESUMO

**Contextualização:** Assume grande relevância para a prática profissional conhecer-se os fatores que interferem nas perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental, dado que esta é uma área pouco explorada. Como tal, objetivou-se: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas do cuidador informal e as perturbações psicopatológicas do cuidador informal; analisar a relação entre a sobrecarga e a personalidade do cuidador informal com as perturbações psicopatológicas do cuidador informal; avaliar a influência das variáveis sociodemográficas do doente mental sobre as perturbações psicopatológicas no cuidador informal.

**Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, descritivo correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 100 cuidadores informais de doentes mentais, dos quais a maioria é do sexo feminino, com idades mínimas de 20 anos e máximas de 80 anos. Para a mensuração das variáveis utilizaram-se instrumentos de medida, de reconhecida fiabilidade, aferidos e validados para a população portuguesa: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), a Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal e o Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI).

**Resultados:** Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação laboral com a sobrecarga do cuidador; houve influência do tempo que presta cuidados e a sobrecarga, nomeadamente em relação ao impacto na prestação de cuidados; o homem, regra geral, está muito mais dependente de prestação de cuidados que a mulher; inferiu-se que os cuidadores apresentam índices mais elevados de depressão ansiedade e stresse quando cuidam de pessoas dependentes do sexo masculino; os participantes com traços de neuroticismo são sobretudo os do sexo feminino; as mulheres apresentaram índices médios mais elevados condizentes com maiores níveis de estado depressivo, ansiedade stresse, do que os homens; os participantes com idade entre os 47 e os 57 anos foram os que apresentaram índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse; registaram-se maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse nos prestadores de cuidados que prestam cuidados às pessoas dependentes mais jovens.

**Conclusão:** Cuidar do doente mental, conforme demonstram os resultados apresentados, tem repercussões negativas em termos de sobrecarga, stresse, ansiedade e depressão.

**Palavras-chave:** Perturbações Psicopatológicas (stresse, depressão e ansiedade); Cuidador Informal; Doente Mental.



## ABSTRACT

**Background:** It is of great relevance to professional practice to know the factors that interfere with psychopathological disorders of informal caregivers of the mentally ill, as this is a little explored area. As such, it aimed to: analyze the relationship between the socio demographic variables of the informal caregiver and psychopathological disorders of the informal caregiver, to analyze the relationship between overload and personality of the informal caregiver with psychopathological disorders of the informal caregiver, evaluate the influence of socio demographic variables the mentally ill on the psychopathological disturbances in informal caregiver.

**Methods:** it was made a cross-sectional, descriptive correlational, quantitative study, in which participated 100 informal caregivers of mentally ill, most of whom are female, aged 20 years minimum and maximum of 80 years. For the measurement of the variables, were used measuring instruments of acknowledged reliability, measured and validated to the portuguese population: Scale of Anxiety, Depression and Stress (EADS-21), the scale and Informal Caregiver Overload Personality Inventory Eysenck (EPI).

**Results:** It was found that there are significant differences in the relationship between employment status with the caregiver burden; was no influence of time providing care and burden, particularly in relation to impact on care-man rule, is much more dependent care that the woman, we inferred that caregivers have higher rates of depression, anxiety and stress when caring for dependents male; participants with neuroticism are mostly females, women had rates higher average consistent with higher levels of depressed mood, anxiety, stress, than men; participants aged between 47 and 57 years presented the highest rates of depression, anxiety and stress, there were higher levels of depression, anxiety and stress in careers who provide care for dependents younger.

**Conclusion:** Caring for the mentally ill, as evidenced by the results presented, has negative repercussions in terms of overload, stress, anxiety and depression.

**Keywords:** Psychopathological disorders (stress, depression and anxiety); Informal Caregiver; Mentally ill.



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2. PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL .....	27
2.1. CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL.....	27
2.2. PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL .....	30
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
3. METODOLOGIA .....	47
3.1. MÉTODOS .....	47
3.2. TIPO DE ESTUDO .....	49
3.3. PARTICIPANTES.....	50
3.3.1. Caracterização Sociodemográfica do cuidador informal .....	51
3.3.2. Caracterização Sociodemográfica da Pessoa Dependente .....	53
3.4. INSTRUMENTOS.....	55
3.4.1. Questionário .....	55
3.4.2. Escalas.....	56
3.5. PROCEDIMENTOS .....	72
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	72
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	76
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	77
4.1.1. Variáveis independentes do cuidador informal: prestação de cuidados .....	77
4.1.2. Variáveis independentes do cuidador informal: comportamentos da doença.....	79
4.1.3. Variável independente do cuidador informal: sobrecarga do cuidador informal .....	84
4.1.4. Variáveis independentes do cuidador informal: personalidade do cuidador informal .....	88
4.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	91
4.2.1. Relação entre variáveis sociodemográficas e depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal.....	91

4.2.2. Relação entre variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal.....	94
4.2.3. Relação entre sobrecarga e personalidade do prestador de cuidados e personalidade, as perturbações psicopatológicas (depressão, ansiedade e stresse).....	96
5. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	102
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	103
CONCLUSÃO .....	113
BIBLIOGRAFIA .....	117
ANEXOS.....	123
ANEXO I - Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE	
ANEXO II – Instrumentos de recolha de dados	
ANEXO III – Autorizações dos autores das escalas	
ANEXO IV - Consentimento legal ao cuidador informal do doente mental	

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis .....	50
Figura 2 – Síntese da relação entre variável dependente e independente .....	102



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Estatística referente à Idade.....	51
Quadro 2 - Estatística referente à Idade da pessoa dependente.....	54
Quadro 3 – Regressão múltipla entre depressão e variáveis independentes .....	98
Quadro 4 – Regressão múltipla entre ansiedade e variáveis independentes.....	99
Quadro 5 – Regressão múltipla entre stresse e variáveis independentes.....	101



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	53
Tabela 2 – Caracterização da pessoa dependente .....	55
Tabela 3 - EADS-21 (Escala de Ansiedade Depressão e Stresse).....	58
Tabela 4 – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade .....	60
Tabela 5 – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e Stresse e valor global .....	60
Tabela 6 - Correlação dos itens com a escala de depressão, ansiedade e stresse .....	61
Tabela 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas ansiedade, depressão e stresse .....	62
Tabela 8 – Estatísticas e valores correlacionais da escala de sobrecarga do cuidador .....	64
Tabela 9 – Consistência interna por subescalas da escala sobrecarga do cuidador .....	66
Tabela 10 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da sobrecarga do cuidador e valor global .....	67
Tabela 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas da sobrecarga do cuidador .....	67
Tabela 12 - Correlação dos itens com as subescalas da sobrecarga do cuidador.....	68
Tabela 13 – Estatísticas e valores correlacionais da escala de personalidade de Eysenk .....	70
Tabela 14 – Consistência interna por subescalas da escala de personalidade de Eysenk .....	71
Tabela 15 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da personalidade de Eysenk .....	71
Tabela 16 - Correlação dos itens com as subescalas de personalidade .....	72
Tabela 17 – Caracterização contextual do prestador de cuidados.....	79
Tabela 18 - Variáveis de natureza clínica do prestador de cuidados .....	83
Tabela 19 – Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidado .....	84
Tabela 20 – Teste t para diferenças de médias sobrecarga do cuidador e sexo .....	85

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e sobrecarga do cuidador .....	85
Tabela 22 – Teste de UMW entre sobrecarga do cuidador e estado civil .....	86
Tabela 23 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e situação laboral .....	86
Tabela 24- Teste Kruskal-Wallis entre tempo que presta cuidados e sobrecarga do cuidador .....	87
Tabela 25- Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e sobrecarga do cuidador .....	87
Tabela 26 – Teste t para diferenças de médias sobrecarga do cuidador e sexo da pessoa dependente.....	88
Tabela 27 - Teste UMW entre estado civil da pessoa dependente e sobrecarga do cuidador .....	88
Tabela 28 – Estatísticas relativas ao tipo de Personalidade .....	89
Tabela 29 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e sexo.....	89
Tabela 30 - Teste Kruskal-Wallis entre idade e personalidade .....	89
Tabela 31- Teste de UMW entre personalidade e estado civil.....	90
Tabela 32 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e situação laboral .....	90
Tabela 33 - Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e personalidade.....	90
Tabela 34 – Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stresse .....	91
Tabela 35 – Teste t para diferenças de médias depressão, ansiedade e stresse e sexo .....	92
Tabela 36 - Teste Kruskal-Wallis entre idade e depressão, ansiedade e stresse .....	92
Tabela 37 – Teste t para diferenças de médias depressão, ansiedade e stresse e situação laboral .....	93
Tabela 38 - Teste de UMW entre estado civil e depressão, ansiedade e stresse do cuidador .....	93
Tabela 39 - Teste KW entre a depressão, ansiedade, stresse e tempo que presta cuidados à pessoa dependente.....	94
Tabela 40 – Teste t para diferenças de médias - depressão, ansiedade e stresse e sexo da pessoa dependente .....	94

Tabela 41 - Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e depressão, ansiedade e stresse .....	95
Tabela 42 - Teste UMW entre estado civil da pessoa dependente depressão, ansiedade e stresse .....	95
Tabela 43 – Correlação de Pearson entre depressão e variáveis independentes .....	97
Tabela 44 – Correlação de Pearson entre ansiedade e variáveis independentes.....	98
Tabela 45 – Correlação de Pearson entre stresse e variáveis independentes.....	100



## INTRODUÇÃO

O cuidado informal constitui a forma dominante de cuidado em todo o mundo. O cuidador informal de um doente mental confronta-se com mudanças no seu quotidiano, que advêm da cronicidade da doença, da pouca eficácia dos tratamentos, da perda progressiva da autonomia do doente, das mudanças na personalidade e das alterações emocionais e comportamentais, assim como, a perda da capacidade de estabelecer uma relação afetiva adequada com o cuidador. Estes fatores são responsáveis pelas dificuldades inerentes ao ato de cuidar de um indivíduo com doença mental (CARRETERO et al., 2006).

O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a perturbações psicopatológicas. Com frequência entram em crise, apresentando vários sintomas, tais como: stresse, frustração, redução do convívio, ansiedade, depressão, redução da autoestima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que interferem com o bem-estar do cuidador (CASTRO, 2008).

O prestador de cuidados ao doente mental enfrenta constantemente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da qualidade de vida (CARRETERO-GOMEZ et al., 2006).

O bem-estar dos cuidadores informais e a promoção da sua saúde mental, assim como a prevenção de situações extremas de perturbações psicopatológicas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os doentes de que cuidam e a sua permanência na comunidade.

Esta área de investigação despertou interesse em decorrência da observação, durante o estágio no Departamento de Psiquiatria e Mental, que muitos dos cuidadores informais não demonstravam um bem-estar psicológico, o qual era agudizado pelo facto de serem os doentes a sair do seu quarto na hora da visita, acompanhados por um único enfermeiro e/ou por um assistente operacional, limitando o possível diálogo entre o cuidador e o profissional de saúde, através do qual se poderia processar a escuta ativa e a partilha de informações sobre como agir face à situação do doente. A escuta seria, neste caso, um fator central na relação terapêutica com o cuidador, na medida em que permitiria a obtenção de informações que melhor o habilitavam a cuidar do doente e a alcançar um maior equilíbrio psicológico.

A experiência de cuidar de outrem é um fenómeno complexo que interfere em vários aspetos da vida do cuidador, incluindo a sua saúde física, emocional e psicológica.

Com base no exposto, surgiram as seguintes questões de partida, fios condutores de todo o estudo empírico:

- Que fatores influenciam as perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental?

- Em que medida as variáveis sócio demográficas do cuidador informal influenciam as perturbações psicopatológicas: ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal do doente mental?

- Em que medida as variáveis da sobrecarga do cuidador informal e a sua personalidade influenciam as perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental?

- De que modos as variáveis sociodemográficas do doente mental influenciam as perturbações psicopatológicas do cuidador informal?

Assim, e para a realização deste trabalho delineou-se um estudo descritivo-correlacional e transversal procurando dar resposta às questões de investigação foram traçados objetivos:

**Objetivo geral:**

- Determinar os fatores que interferem nas perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental.

**Objetivos específicos:**

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas do cuidador informal (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão/situação profissional) e as perturbações psicopatológicas do cuidador informal;

- Analisar a relação entre a sobrecarga e a personalidade do cuidador informal com as perturbações psicopatológicas do cuidador informal;

- Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas do doente mental sobre as perturbações psicopatológicas no cuidador informal.

O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário sociodemográfico com duas partes, uma relativa à caracterização do participante (prestador de cuidados) e outra referente à pessoa dependente. Abarca ainda a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), a Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal e o Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI).

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se uma contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual promotor de um maior conhecimento do tema, abordando algumas perturbações

psicopatológicas do cuidador informal do doente mental, (ansiedade, stresse e depressão); assim como a sobrecarga do prestador de cuidados e a sua personalidade.

Na segunda parte apresentamos a investigação empírica levado a cabo, onde clarificamos os objetivos e as questões metodológicas que permitiram o seu desenvolvimento, assim como a apresentação, análise e discussão dos resultados, principais conclusões e uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respetivas implicações práticas.



## **PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## **2. PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL**

Ao longo deste capítulo com a finalidade de dar resposta aos objetivos deste estudo iremos abordar o cuidador informal e as perturbações psicopatológicas a que estará sujeito no decurso dos cuidados ao doente mental. Essas perturbações envolvem as perturbações da ansiedade, stresse e humor como a depressão.

### **2.1. CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL**

O cuidador informal pode ser uma pessoa da família, amiga, cuidando sem fins lucrativos, responsável pela assistência e prestação de cuidados à pessoa doente ou dependente (Ribeiro et al., 2004, cit. por CASTRO, 2008). Acresce Cerqueira (2005) que as pessoas estão unidas não só por ligações de consanguinidade, mas também afetivas. Estas definições ainda são complementadas por Santos (2005) que refere que não são apenas os laços sentimentais, mas também a proximidade geográfica, a convivência numa residência e a utilização das mesmas redes de apoio. Os cuidadores informais realizam cuidados que excedem o que é designado de “normal”, ou seja, é uma assistência nas atividades de vida diárias (AVD).

Sequeira (2007) refere que os cuidadores informais se distinguem em: cuidador principal/primário (pessoa a quem é depositado a responsabilidade total); em secundário (alguém que ajude ocasionalmente ou regularmente na prestação de cuidados); e em terciário (ajuda esporadicamente).

De acordo com Mangas (2009), o ato de cuidar trata-se de uma atividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias. Estas atividades incluem as instrumentais (transporte, gestão do dinheiro, tarefas domésticas) e as de cuidados pessoais, sendo assim um cuidado extraordinário.

Figueiredo (2007) definiu o perfil do cuidador, o qual está relacionado mais com o sexo feminino cuja idade oscila entre os 45 e os 60 anos; o grau de parentesco (cônjuge, filha/o e na ausência destes são os amigos e/ou vizinhos); estado civil (casados) e a proximidade geográfica (coabitação ou vivem próximo do doente). No entanto, a participação do sexo masculino é crescente.

Sequeira (2007) complementa mencionando os quatro fatores de determinação do cuidador informal, que são a relação familiar, coresidência, género e as condicionantes relativas aos descendentes.

Marques (2007) refere que as funções mais importantes são a de proporcionar apoio emocional e segurança perante o amor, aceitação, interesse e compreensão e a proteção da saúde dos doentes, promovendo os cuidados que os seus membros necessitam. De acordo com o mesmo autor, as funções de maior relevo são também as de socialização, as afetivas e as de proteção.

De acordo Sequeira (2007, p.104), as funções do cuidador informal são:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada;
- Promover a autonomia e a independência;
- Adotar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião;
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar/incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diárias, autocuidado;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde.

O mesmo autor (2007) refere que o desempenho das funções do cuidador informal depende do tipo/frequência das necessidades de cuidados do doente, do contexto familiar e do contexto em que o doente está inserido. Para Marques (2007), estas estão relacionadas com a estrutura familiar, divisão e repartição de trabalhos, estatuto socioeconómico e etnia.

A doença constitui uma situação de crise no cuidador informal, provocando stresse, ansiedade, sofrimento e necessidade de mudanças, pois, como refere Alves (2010), a doença penetra também seu seio familiar. Estas mudanças são relativamente ao reajuste de papéis, estrutura, padrões de comunicação e reações afetivas, bem como aos estilos de vida, da privacidade e dos rendimentos.

Como refere Soares (2009), o doente mental sofre intensamente com a sua condição, o que se repercute no cuidador informal.

Ao longo da vida qualquer pessoa pode ser afetada por problemas da saúde mental, maior ou menos gravidade. Segundo a informação do Ministério da Saúde (2001, cit. por Soares, 2009) estima-se que em cada cem pessoas trinta sofreram, ou venham a sofrer, num ou outro momento da vida, de problemas de saúde mental e que cerca de doze tenham uma doença mental grave.

Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como: a perda de um familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e a pobreza, podem ser causa de perturbações de saúde mental. São também causadoras de doenças mentais graves, fatores genéticos, infecciosos ou traumáticos (GUEDES, 2008).

As pessoas afetadas pelos problemas de saúde mental são muitas vezes incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas devido a falsos conceitos que a comunidade em geral tem acerca da saúde mental importa assim, esclarecer e desmistificar esta situação que empurra o doente mental (e às vezes a própria família) para o isolamento e para o abismo. Esta discriminação leva a que as pessoas tenham vergonha e medo de procurar apoio ou tratamento, ou que não queiram aceitar e compreender que a doença que os aflige (FISHER, 2006).

Os doentes mentais são cidadãos de pleno direito. Não deverão ser excluídos do resto da sociedade mas antes apoiados no sentido da sua plena integração na família, na escola, nos locais de trabalho e na comunidade.

Relativo à saúde mental, esta deve envolver o Homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: O seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (FISHER, 2006).

Sabe-se que o conceito de doença mental tem evoluído ao longo da história e varia de cultura para cultura, trabalhos antropológicos, impulsionados a partir de Darwin na década de 30 demonstraram a diferença radical de várias culturas e põem em causa o conceito de normalidade como algo universal e imutável. Tendo a psiquiatria sido confrontada com problemas concretos do que é normal e do que é patológico procurou socorrer-se destes estudos transculturais na procura de uma melhor classificação da doença mental (FERREIRA, 2005).

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental, em termos gerais, são mais frequentes, com uma prevalência aparentemente superior nas sociedades desenvolvidas. O abuso de substâncias, os fenómenos de violência e as taxas de suicídio conhecem proporções epidémicas (GUEDES, 2008),

Ainda, no Relatório Mundial de Saúde de 2001, segundo Marques e Dixe (2010), afirma-se que rara é a família poupada de um encontro com perturbação mental e que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida. A doença mental atravessa assim todos os grupos, raças, nacionalidades, é independente do modelo socioeconómico e enfrenta-se com os medos, ignorância e inevitavelmente o mesmo estigma, discriminação e exclusão. Procurando dar respostas às novas solicitações, em 1986, a Organização Mundial de Saúde tornou mais objetivo o conceito de saúde definindo-a como a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve.

O indivíduo tido como “doente” mental perde os horizontes. A lógica do mercado exclui todo aquele que se mostra incapaz para a produção, as instituições de ensino condenam o aluno que foge ao padrão estabelecido. As necessidades e as carências dessa população exigem uma postura interdisciplinar, ou seja, uma abordagem psicossocial e cultural, onde os vários aspetos da sua problemática possam ser visualizados e repensados na abordagem do sofrimento mental (MARQUES & DIXE, 2010).

## 2.2. PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL

A doença mental afeta não só o doente, mas toda a família de modo que, após lidar com a psicose por vários anos, todos sofrem alterações. Quando um dos membros da família adoece, com frequência todos os seus membros são afetados, existindo para além de outras, alterações nas suas atividades sociais normais.

Soares (2009), com base no seu estudo, centrado na qualidade de vida dos cuidadores informais de doentes esquizofrénicos, verificou que a confirmação do diagnóstico e o início da doença constituem-se como alguns dos fatores que geram inúmeras mudanças no contexto familiar. De acordo com os mesmos autores, os familiares acabam por ficar sobrecarregados pelas exigências inerentes à doença e ao tratamento. A convivência com um doente esquizofrénico acaba por representar um grande encargo monetário, subjetivo, pessoal e social.

As exigências implícitas na relação do cuidar podem afetar o cuidador de diferentes formas. Aqui a abordagem centra-se nas perturbações psicopatológicas como a depressão, ansiedade e estresse.

A depressão surge como uma das principais consequências negativas do papel de cuidador informal de doentes mentais. Beeson et al. (2006) compararam níveis de depressão em esposos cuidadores e em esposos não cuidadores, verificando que os primeiros tinham maior probabilidade de manifestar depressão (27% contra 7%).

A depressão como consequência da prestação de cuidados ao doente, está relacionada com a perceção negativa do estado de saúde do cuidador informal do doente mental, com o tempo dedicado à prestação de cuidados (Matsuu et al., 2000, cit. por Fonseca, 2010) com as atitudes negativas por parte da pessoa cuidada, com o pouco apoio sentido por parte de outros membros da família, com as dificuldades económicas (Karasawa et al. 2007), com as interações sociais negativas (Allen et al., 2006) e com a privação relacional (BEESON et al., 2006).

Beeson et al. (2006) testaram ainda a relação entre a solidão e a depressão nos cuidadores informais de doentes mentais, verificando que a solidão é o principal preditor de depressão nestes indivíduos e que a depressão está, por sua vez, intimamente relacionada com a privação relacional. A solidão, como consequência da falta de oportunidade ou capacidade para construir ou manter relações e o contacto social com pessoas ou coisas com significado, aumenta o nível de depressão dado que, num dia normal de trabalho as cuidadoras despendem mais 4 horas extra, tudo isto realizado sete dias por semana (Stone et al., 1986; George e Gwyther, 1986, cit. por GUEDES, 2008). No caso de cuidadores que cuidam de cônjuges, a solidão também é elevada, dado que à medida que a saúde e capacidade de comunicar do cônjuge a cuidar se deteriora, o cônjuge cuidador deixa de poder partilhar com este os seus pensamentos e sentimentos (Siriopoulos, Brown & Wright, 1999, cit. por GUEDES, 2008).

No estudo de Song et al. (1997, cit. por Guedes, 2008), foi observado que as famílias que possuíam os maiores níveis de sobrecarga apresentaram os graus mais elevados de sintomatologia depressiva.

As classificações mais recentes da depressão encontram-se na DSM-IV-TR (2006), onde se pode ler que as perturbações do humor dividem-se em perturbações depressivas, perturbações bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia. As perturbações depressivas podem ser Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação Distímica e Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação.

A Perturbação Depressiva *Major* é caracterizada por um ou mais episódios depressivos *major*, isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão.

A Perturbação Distímica é caracterizada pelo menos por dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios do humor depressivo *major*.

A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação é incluída para descodificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação Distímica, Perturbação da Adaptação Com o

Humor Depressivo e Ansiedade (ou sintomas depressivos acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória) (DSM-IV-TR, 2006).

A depressão pode ser concebida como um preditor ou uma consequência da sobrecarga (Figueiredo, 2007). Contudo, esta associação não se verifica em todos os cuidadores, uma vez que alguns que relatam elevada sobrecarga não apresentam depressão. Townsend e colaboradores (1989, cit. por Fonseca, 2010) argumentam que a depressão nos cuidadores informais pode estar relacionada com o facto de sentirem que não estão a fazer o suficiente por aquele que está a ser cuidado e não serem capazes de realizar as tarefas mais básicas da prestação de cuidados.

De facto, os sentimentos de culpa estão frequentemente associados à depressão, os quais são caracterizados por avaliações negativas e irrealistas do valor do próprio e das suas competências (DSM-IV-TR, 2006). Esses sentimentos de culpa surgem nos cuidadores informais de doentes mentais associados à saturação em relação à pessoa a ser cuidada, pelo facto de pensarem que não estão a fazer tudo o que podem, por desejar a morte do familiar (para terminar com o sofrimento deste e também para o cuidador poder sair desta situação) e por descurar de outras responsabilidades (FIGUEIREDO, 2007). Alguns autores (Schulz & Williamson, 1991, cit. por Figueiredo, 2007) referem ainda outros sentimentos depressivos nos cuidadores como tristeza, desespero, frustração e inquietação.

Alguns estudos têm demonstrado que cuidar de um doente mental resulta numa considerável sobrecarga para o seu cuidador (Loukissa, 1995; Rose, 1996; Magliano, et al., 2000; Jungbauer et al., 2003, cit. por Guedes, 2008), submetido ao efeito prolongado do evento stressor envolvido, na experiência quotidiana do cuidar afetando a sua saúde mental (RAMMOHAN et al., 2006).

Como percebemos esta sobrecarga pode originar transtornos psicológicos, tais como a depressão mas também a ansiedade, que ocorrem mais frequentemente nas mulheres que cuidam dos seus filhos ou maridos doentes mentais.

Sentir-se ansioso é uma experiência comum a qualquer ser humano, para vários acontecimentos na vida, “sendo um acompanhante do crescimento, de todas as mudanças e experiências adquiridas” (GRAZIANI, 2006, p. 10).

A ansiedade não pode ser vista como algo de negativo, pois muitas vezes ela facilita a adaptação, ou seja, mobiliza os recursos físicos e psicológicos para ajudar a enfrentar aquilo que ameaça o indivíduo, podendo ter consequências benéficas e facilitar o desenvolvimento psicológico.

Desde sempre, a ansiedade faz parte da condição humana, do instinto de preservação. Porém, tem sido tema para vários debates porque atinge muitas pessoas de forma patológica, causando-lhe sofrimento e doenças físicas e psíquicas. Assim, a ansiedade é o sentimento de temor face a algo (Nicolau, 2006). Definida como “um estado

emocional que possui a qualidade subjetiva sentida do medo ou de uma emoção muito próxima. É desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça, e implica sintomas corporais subjetivos e manifestos” (GRAZIANI, 2006, p. 15).

De acordo com o mesmo autor, a ansiedade foi considerada como uma emoção caracterizada pela ambiguidade (da informação disponível) ou a incerteza (o estado psicológico consequente). É “transversal à maioria das perturbações patológicas: surge como consequência de um défice psicológico, de um comportamento aditivo, de um conflito intrapsíquico ou da dificuldade em interpretar os acontecimentos” (2006, p. 15). Uma ansiedade elevada, segundo Lazarus, referenciado pelo mesmo autor, é desencadeada pela perceção de um perigo relativo às estruturas identitárias do sujeito ou de crise existencial profunda.

A ansiedade, descrita como sendo constituída por duas partes: a psicológica e a somática. A parte psicológica é fortemente influenciada pela personalidade variando assim de indivíduo para indivíduo e envolve sintomas de preocupação, sentimentos de pressão, frustração e preocupações sobre fracasso. A parte somática é descrita pelo doente e pode variar em gravidade e envolver sintomas, tais como: sentir-se apertado e inquieto, aumento da frequência cardíaca e dores de estômago.

Como Eysenck (1992 cit. por Graziani, 2006) afirmou, pode ser considerada um estado desagradável e aversivo cuja principal função ou propósito é, provavelmente, facilitar a deteção de perigo ou ameaça em ambientes possivelmente stressantes.

A ansiedade, vista como uma reação emocional, acompanhada de sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo, pensamentos desagradáveis e mudanças fisiológicas, trata-se de um processo emocional caracterizado por um estado de alerta, sensação de perigo e medo, e consequente perda de controlo da situação por parte do indivíduo. Este processo origina típicas e bem definidas alterações somáticas, fisiológicas e bioquímicas com reflexos ao nível do comportamento e do sistema nervoso autónomo (CLÁUDIO, 2008).

A distinção entre duas medidas de ansiedade: ansiedade traço, caracterizada como disposição adquirida, mais ou menos estável e permanente, estabelecendo reações características por parte do indivíduo e ansiedade estado, representa a emoção instantânea e temporária, variando de intensidade por influência das próprias características do indivíduo e pela maior ou menor dificuldade em responder às exigências de determinada tarefa. Quanto mais forte é o traço de ansiedade, mais provável será que o indivíduo experiencie níveis intensos de ansiedade estado (FREITAS, 2009).

Enquanto traço de personalidade, a ansiedade refere-se a diferenças individuais na forma de encarar determinada situação, que objetivamente não é perigosa, nem ameaçadora. A ansiedade-traço pode ou não manifestar-se diretamente no comportamento, mas pode ser julgada a partir da frequência de experiências individuais de elevada

ansiedade-estado. Os indivíduos com níveis elevados de ansiedade-traço avaliam uma ampla série de situações como mais perigosas ou ameaçadoras, por comparação com outros que registam reduzidos níveis de ansiedade-traço (FREITAS, 2009).

A abordagem cognitiva dá mais importância à qualidade da percepção do sujeito que está confrontado com um stresse e ao tipo de processamento deste confronto. Por exemplo, se um acontecimento é avaliado como «um desafio», as emoções que o sujeito sente podem ser a excitação e a impaciência; se se tratar de «um dano», a emoção pode ser a cólera, a raiva, o desgosto, a tristeza; se o sujeito avalia a situação como ameaçadora então sente inquietude, ansiedade ou medo. Portanto, “o tipo de informação emocional e a maneira como é tratada são fatores cruciais para a etiologia, o apoio e o tratamento das perturbações da ansiedade” (Beck e col., 1985, cit. por GRAZIANI, 2006, p. 17).

Para Freitas (2009), a ansiedade é um sinal de alerta que emerge quando a pessoa se sente ameaçada, podendo igualmente tornar-se mal adaptativo e interferir com a produtividade e o bem-estar. O estado de inibição da ansiedade pode repercutir-se em algumas características da personalidade, tais como: timidez, sensibilidade à rejeição e uma habilidade diminuída para perceber e tirar partido das oportunidades positivas.

Do ponto de vista cognitivo, pode afetar a concentração e distorcer a percepção da realidade. As pessoas ansiosas exibem um aumento dos níveis de atividade simpática e de ativação cortical, não se habitua com facilidade aos novos estímulos, comparativamente às pessoas que não estão sob ansiedade (FREITAS, 2009).

Existem três níveis de ansiedade: neuroendócrino, visceral e o de consciência (Callegari, 2000, cit. por OLIVEIRA et al., 2006).

Muitas das vezes, a pessoa que está ansiosa apenas tem consciência de um sentimento desagradável mas não tem noção das suas causas. Este sentimento pode relacionar dois elementos: a consciência das sensações fisiológicas e a consciência de estar nervoso.

A ansiedade tende a provocar confusão e distorções da percepção, não apenas temporal e espacial, mas também no que diz respeito a pessoas e ao significado dos acontecimentos (Callegari, 2000, cit. por OLIVEIRA et al., 2006).

É importante salientar que, além dos acontecimentos stressantes da vida, a existência de uma vulnerabilidade biológica e uma vulnerabilidade psicológica são necessárias para a formação de um Transtorno de Ansiedade. A vulnerabilidade biológica é uma tendência herdada, onde algumas pessoas reagem com uma activação fisiológica maior aos acontecimentos stressantes (GRAZIANI, 2006).

Mas essa resposta fisiológica é pouco específica, não determina, por si só, se uma pessoa desenvolverá o Transtorno de Ansiedade ou se outro tipo de transtorno poderá ocorrer. Desta forma, a vulnerabilidade psicológica é uma percepção de imprevisibilidade em

relação ao mundo, que é aprendida, a partir da relação familiar e das experiências de vida (NEUNDORFER et al., 2006).

Assim, se uma pessoa possui a componente biológico e desenvolve a componente psicológico, estará predisposta a sofrer de um Transtorno de Ansiedade, a partir do momento em que surgirem os acontecimentos stressantes da vida, tal como a doença e a hospitalização, os quais funcionam como um estímulo que dispara, conduzindo a um Transtorno de Ansiedade.

Em estudos contínuos das respostas de ansiedade, verifica-se que os distúrbios de ansiedade são os problemas psiquiátricos mais comuns, onde os níveis de ansiedade são os seguintes (SOUSA et al., 2007):

a) A ansiedade branda está associada à tensão da vida diária e torna a pessoa vigilante, aumentando o seu campo de perceção. Essa ansiedade pode motivar a aprendizagem, produz o crescimento e a criatividade;

b) A ansiedade moderada permite que uma pessoa focalize as preocupações imediatas e bloqueie a periferia. Estreita o campo de perceção da pessoa. Desta maneira, a pessoa experimenta a desatenção seletiva, mas pode focalizar mais áreas, se estiver voltada para isso;

c) A ansiedade grave reduz muito o campo de perceção de uma pessoa, que tente a focalizar um detalhe específico e a não pensar sobre qualquer outra coisa. Todo o comportamento é voltado para obtenção do alívio. A pessoa precisa de muita orientação para focalizar qualquer outra área;

d) O nível de pânico da ansiedade está associado ao pavor, medo e terror. Os detalhes são desprezados de forma desproporcional. Por experimentar uma perda de controlo, a pessoa é incapaz de desenvolver as suas atividades mesmo estando orientadas. O pânico envolve a desorganização da personalidade e resulta no aumento da atividade motora, diminuição da capacidade de se relacionar com os outros, perceções distorcidas e perda do pensamento racional. Esse nível de ansiedade é incompatível com a vida e se permanecer por um longo período, resultará em exaustão e morte.

Os distúrbios emocionais desempenham um papel importante, precipitando o início, a recorrência ou o agravamento de sintomas, distinguindo-se das doenças puramente orgânicas. Porém, podem transformar-se em doenças crónicas e tendem a associar-se a outros distúrbios psicossomáticos, podendo ocorrer numa família, em diferentes períodos da vida de uma pessoa ou em certos ambientes de trabalho e até de lazer (NEUNDORFER et al., 2006).

De acordo com Figueiredo (2007, p.149), a prestação informal de cuidados é uma experiência complexa, específica e diversificada, de forma que “não se pode estabelecer um único padrão de adaptação e enfrentamento perante as diversas situações de prestação de

cuidados”. Na ausência de mecanismos imediatos de resolução de problemas perante situações potencialmente ameaçadoras, o cuidador informal do doente mental pode entrar num estado de desorganização psicossocial caracterizado por sentimentos de tensão e mal-estar. Esta situação não é tolerável por muito tempo, o que leva o cuidador informal a mobilizar as capacidades de *coping* que o poderão levar a duas situações: a uma adaptação positiva ou a um ajustamento prejudicial com consequências emocionais negativas (Martins, Ribeiro & Garrett, 2004). Deste modo, ainda de acordo com os mesmos autores, perante a mesma situação, alguns cuidadores informais são capazes de experimentar uma grande sobrecarga, enquanto outros não, uma vez que conseguiram adaptar-se com êxito às sucessivas exigências da tarefa de cuidar do seu doente mental.

As experiências vividas pelo cuidador informal do doente mental estão relacionadas com os agentes stressores. Estes são entendidos, por Santos (2005), como acontecimentos da vida que afetam um dos membros da família, resultando em mudanças do sistema familiar, podendo manifestar-se nas diversas áreas da dinâmica familiar ao nível das interações, dos objetivos, dos papéis, das regras e das fronteiras. Desta forma, o stresse surge quando há desequilíbrio entre as diversas exigências e os recursos, por exemplo, familiares, pelo que se torna necessário um reajuste dos papéis de todos os membros para colmatar essas novas exigências.

Segundo Vaz Serra (2007), o stresse faz parte da vida do ser humano e quando as capacidades pessoais não são as mais adequadas para lidar com as novas problemáticas, quando há baixa resistência à frustração, as situações de stresse podem ocorrer. Como tal, perante as diferentes situações de vida o indivíduo pode reagir com maiores ou menores níveis de stresse, que pode ser entendido como uma reação do organismo com componentes psicológicas, físicas, mentais e hormonais que surgem quando existe a necessidade de uma adaptação a um determinado acontecimento. O stresse é, então, a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbados e as reações, tais como: em sentimento, pensamento e comportamento (VAZ SERRA, 2007).

Uma descoberta significativa para a compreensão da resposta total de stresse, foi descoberto por Maruzzi e Magoun (1944), referenciados por Vaz Serra (2007), referindo a existência no encéfalo de um sistema de alarme<sup>1</sup> ou de atuação geral, após estas, ou outras descobertas que seguiram, possibilitaram uma compreensão mais ampla do que é a resposta biológica do stresse, levando a ter em conta, o papel desempenhado pelas vias aferentes que transportam a informação para o cérebro, a análise que é feita à informação,

---

<sup>1</sup> - Sistema de alarme – o indivíduo identifica a ameaça física ou psicológica pelos mais variados sintomas. Limongi-França (1999) destaca as dores de cabeça, pressão alta, dores nos ombros e coluna, ansiedade, depressão, aumento do absentismo e rotatividade, entre outros.

a gênese das emoções e a sua repercussão sobre os processos vegetativos, endócrinos, imunitários e comportamento em geral.

Segundo Hinkle (1987, cit. por Leite e Uva, 2010), o conceito de stresse tem uma utilidade heurística, uma vez que os cientistas de diversas áreas (biológica, social e comportamental) continuam a usá-lo frequentemente, parecendo partilhar uma compreensão geral comum do seu significado, salientando “as ciências sociais e comportamentais tendem a interessar-se pelas fontes de stresse que apresentam informações que provêm de fora do indivíduo e é medida pelos centros superiores do sistema nervoso central” (p. 38). Pode dizer-se que o conceito foi inicialmente definido como uma resposta ou como um estímulo ambiental, mas os modelos teóricos tiveram em conta os processos internos que influenciam a relação entre acontecimentos ambientais e as variáveis comportamentais, emocionais e fisiológicas.

O stresse, segundo Selye (1956, cit. por Fontaine *et al.*, 2006, p. 56), “é a resposta não específica do organismo a qualquer necessidade, por definição, não pode ser evitado. A completa liberdade em relação ao stresse é a morte.”

Lazarus (1999, cit. por Leite e Uva, 2010) realçou a importância da componente cognitiva e deu a definição que até hoje tem sido a mais amplamente aceite. Para este autor, o stresse é visto como uma transação entre a pessoa e o ambiente, na qual a situação é avaliada pelo indivíduo, como exercendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar, também refere que as condições externas, os processos de avaliação, os recursos pessoais e as consequências psicológicas e físicas fazem parte integrante do processo de stresse.

Por outro lado, por vezes, é adotada uma definição de stresse com três componentes ligados entre si: as situações externas, indutoras de stresse, a forma como o indivíduo as interpreta e a sua resposta de stresse.

Paterson e Neufeld (2009) mencionam que o conceito é habitualmente concebido como um processo de interação entre a pessoa e o ambiente, que comporta três períodos, antes da ocorrência do estímulo ou a situação ambiental (ameaça), o impacto e o pós-impacto. Estes autores propõem que se continuasse a utilizar o termo stresse, não para referir um conceito teórico mas para designar um campo de estudo e que se utilizassem as expressões “agentes indutores de stresse” (para os estímulos ou situações ambientais que desencadeiam o processo) e “resposta de stresse” (para as consequências). Conceptualizaram a resposta de stresse em um mecanismo de adaptação, que foi muito útil para o homem nos tempos primitivos, uma vez que o prepara para lutar ou fugir das ameaças à sua sobrevivência física, mas que é gerador de problemas no mundo moderno onde o homem se depara sobretudo com ameaças ao seu bem-estar psicológico. Segundo

estes autores, o homem adaptou o meio a si próprio, através de avanços tecnológicos, mas o seu corpo não se adaptou à moderna civilização.

Stephens (2001, cit. por Leite e Uva, 2010) refere que o termo stresse deve referir uma grande variedade de fenómenos, nomeadamente um complexo de reações emocionais, comportamentais e seus correlatos fisiológicos. Empregou as designações “situações indutoras de stresse” ou “exigências pessoais”, para se referir às condições que provocam estas respostas.

Segundo Tyrer (1980, cit. por Vaz Serra, 2007), a questão fulcral é se há ou não adaptação à mudança no momento em que se verifica o stresse. Se o indivíduo se adapta, o stresse passa despercebido, quando não se adapta, vai-se acentuando e acaba por transformar-se em distúrbio mais ou menos grave de saúde física e psíquica. As pessoas reagem à mudança de modo diferente porque têm uma personalidade diferente e diferentes modos de lidar com as situações. Estas são, por vezes, tão desagradáveis que é inevitável o stresse inicial transformar-se em rutura grave. Por isso, o relacionamento da pessoa com o stresse traduz-se numa tentativa de ajustamento face às mudanças que ocorrem à sua volta. Muitos destes ajustamentos efetuam-se sem que deles nos apercebamos com nitidez, enquanto outros constituem motivo de permanente preocupação. São estes que nos fazem “sentir sob stresse”, e que nos levam a procurar uma opinião qualificada ou a ter outras iniciativas tendentes a eliminar os seus efeitos nefastos.

Segundo Vaz Serra (2007), não há nenhum ser humano que esteja livre de enfrentar circunstâncias indutoras de stresse. É inevitável na existência humana e não há ninguém que periodicamente não esteja exposto, só deixa de existir após a morte. Algumas vezes pode constituir uma condição de incentivo e noutras ocasiões de desgaste pessoal.

É suscetível de ser determinado tanto por circunstâncias agradáveis como desagradáveis, internas ou externas, por exemplo, um casamento ou a passagem num exame (situações potencialmente agradáveis), a morte de um familiar ou uma doença (acontecimentos penosos e desagradáveis).

De acordo com Vaz Serra (2007), em relação às circunstâncias indutoras de stresse, há que ter em conta aspetos qualitativos e quantitativos. Os aspetos qualitativos são representados pela circunstância em si a que um indivíduo está sensibilizado, podendo ter um impacto maior ou menor. Os aspetos quantitativos são constituídos pela amplitude que a situação atinge ou pela repetição de circunstâncias desagradáveis. Para o autor citado, os fatores que determinam a predisposição do indivíduo para o stresse são variados: a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele.

Lazarus (1999, cit. por Leite e Uva, 2010) menciona que uma situação indutora de stresse é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é

avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando, o seu bem-estar. Os acontecimentos ameaçadores são mais sentidos, tornando-se mais prejudiciais do que outro tipo de ocorrências, pois estes afetam psicologicamente as pessoas. Contudo, o mesmo autor salienta que o grau e o tipo de resposta de stresse que induz varia muito de pessoa para pessoa. Segundo Lazarus (1999, cit. por Leite e Uva, 2010), as reações do stresse não se podem prever sem se ter em conta os traços de personalidade e os processos que explicam as diferenças individuais que influenciam as pessoas a responder ao estímulo desagradável.

Para Folkman e Lazarus (1985, cit. por Leite e Uva, 2010), as situações indutoras de stresse pertencem a três categorias: a ameaça, o dano e o desafio. As diferenças entre elas são de natureza temporal. As ameaças referem-se a uma antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a acontecer, mas que ainda não aconteceu; o dano pretende-se com alguma coisa que já ocorreu, restando ao indivíduo tolerar o acontecimento ou reinterpretar consequências e/ou significado do mesmo e, por fim, o desafio relaciona-se com as circunstâncias em que o indivíduo sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

O stresse é desencadeado a partir de stressores cuja origem pode ser do meio externo, do ambiente social e do meio interno (LOUREIRO, 2006). Segundo Vaz Serra (2007), uma situação indutora de stresse é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação. Na mesma linha de pensamento, Pacheco (2008) refere que os fatores indutores de stresse podem ser de natureza física (hábitos de vida, clima, ambiente, etc.), psicológica (qualquer situação de desgosto ou sofrimento, por um lado, ou, por outro, alegria, satisfação) e social (o meio familiar ou o ambiente profissional). Tanto os acontecimentos de natureza física, como os sociais são suscetíveis de se fazerem acompanhar de um componente psicológico marcado, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo.

Todo e qualquer estímulo interpretado pelo indivíduo como ameaçador, que despoleta uma reação de stresse, ou seja, qualquer situação provocadora de um estado emocional forte conduz à rutura do equilíbrio interno e externo, exigindo da pessoa um ajustamento ao ambiente. Neste sentido, uma experiência geradora de stresse é um acontecimento relevante, percebido como uma ameaça e acompanhado por um sentimento de incapacidade de responder com eficácia a essa ameaça. O stresse pode ser originado a partir de vários fatores com origem interna ou externa. Os stressores externos ao sujeito colocam desafios à homeostase, tais como: os acidentes, a morte, os conflitos, a doença, entre outros, e apresentam-se como experiências traumáticas, desafiadoras e imprevisíveis, vividas por cada indivíduo. Por outro lado, os stressores internos são pressões que são

pertença da mente que fazem parte do mundo interno, das cognições do sujeito, do seu modo de ver o mundo, do seu nível de assertividade, expectativas, crenças, valores e características pessoais (PACHECO, 2008).

Independentemente da natureza, interna ou externa, a sua expressão traduz-se em sintomas que, segundo Ditzkofsky (2004, cit. por Leite e Uva, 2010), podem ser físicos, emocionais e mentais. Para este autor, os sintomas emocionais incluem irritabilidade, depressão, hostilidade e ansiedade, o que torna mais difícil a relação com as pessoas; os sintomas de stresse mental manifestam-se por esquecimento, perda de concentração, desorganização, confusão e falta de vontade de conversar, o que condiciona o desempenho no trabalho; os sintomas físicos incluem aumento do ritmo cardíaco, ataques de pânico, insónia, alterações do apetite, náuseas, dores de cabeça e diminuição da resistência a infeções. O processo de stresse pode culminar em reações psicológicas do tipo ansiedade ou depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas (FRASQUILHO, 2005).

De acordo com Vaz Serra (2007), os fatores de stresse produzem vários tipos de resposta na pessoa. Estas podem ser de natureza biológica, cognitiva, emocional ou de comportamento observável, ocorrem de forma concomitante e influenciam-se mutuamente, sendo estas respostas tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada for a exposição ao stresse. Assim, a resposta ao stresse é diferente de pessoa para pessoa, dependendo de um conjunto de fatores: idade, sexo, temperamento, competências cognitivas e de resolução de problemas, apoio social, entre outros fatores (RAMOS, 2003).

De uma forma geral, a resposta ao stresse envolve uma componente cognitivo-emocional e uma componente fisiológica e de sintomatologia psicossomática (NETO & MARUJO, 2007).

Relativamente à dimensão cognitivo-emocional, pode observar-se, por exemplo, nos doentes hospitalizados, sentimentos como: agressividade, preocupação, tristeza, nervosismo, confusão e medo (KARADEMAS, KARVELIS & ARGYROPOULOU, 2007).

No que diz respeito à sintomatologia psicossomática, as pessoas podem queixar-se de cefaleias, algias a nível abdominal, mas também sudação, taquicardia, náuseas, tremores e tensão muscular. Consideradas como reações normais ao stresse, não devem ser motivo de preocupação, com exceção para as situações em que a intensidade e a duração deste tipo de respostas são indicadores de um nível bastante deficitário de bem-estar. Nestes casos, podem surgir perturbações de ansiedade e de natureza depressiva ou perturbações do comportamento (Frasquilho, 2005). Custódio, Leite e Uva (2010) referem que as manifestações do stresse podem ser múltiplas, salientado: a taquicardia, a sudorese, a insónia, as dores abdominais, a incapacidade de relaxar, a tensão, a irritabilidade, as náuseas/vómitos, as palpitações, as lombalgias, as epigastralgias, as cefaleias e a ansiedade, o que interfere na qualidade de vida do indivíduo.

Fernández-Balesteres (2006) sistematiza em três grandes grupos as respostas do indivíduo ao stresse: um primeiro relacionado com os aspetos cognitivos; um segundo ligado com os aspetos motores; e um terceiro relativo aos aspetos fisiológicos. O citado autor considera que, no que se refere aos aspetos cognitivos, a forma como o sujeito percebe o seu meio, filtra e processa a informação proveniente desse mesmo meio, avalia se as situações devem ser consideradas como relevantes ou irrelevantes, agradáveis ou aterradoras, determinará em grande medida o seu modo de resposta e a forma como a pessoa se sentirá afetada pelo stresse. Quanto aos aspetos motores, considera que as respostas motoras básicas perante o stresse podem ser de enfrentamento (ataque), evitamento (fuga) ou passividade (colapso). Como tal, possuir-se habilidades adequadas para enfrentar situações de stresse depende da aprendizagem de condutas pertinentes e do reforço com base em acontecimentos anteriores.

Segundo McCubbin, (1998, cit. in Sequeira, 2007), as situações causadoras de stresse, podem causar alterações no cuidador informal, por norma, um familiar, no seu modo de interagir, nos seus valores e suas finalidades. Estas alterações são explicadas, com o modelo ABCX em que Sequeira (2007), citando Hill (1958), explica a designação, sendo:

- A - os factos que induzem o stresse;
- B - os recursos familiares;
- C - o significado que a família confere aos acontecimentos stressantes;
- X - o resultado final, isto é as consequências que ocorrem da situação.

Desta forma, para Sequeira (2007, p. 110), a capacidade de adaptação do cuidador informal depende da “interação entre o “stressor” (A), os recursos existentes (B) e da perceção do “stressor” pelo mesmo.

Segundo Pinto (2007), o stresse da doença surge do somatório das diferentes crises resultantes e acumuladas, ou seja, de todas as crises anteriores não resolvidas. A mesma autora refere que quando o cuidador informal se confronta perante uma situação de stresse grave, como é cuidar de um doente com doença mental, ele vai relembrar as situações passadas e ativar os recursos pessoais, como a harmonia e as tradições familiares.

Aquando da doença, surgem agentes stressores, provocados por alguns fatores mencionados por Martins (2006), como: as exigências postas ao cuidador informal, em que a evolução da doença, a deterioração do estado de saúde do doente e o agravamento da sua dependência acarretam consequências ao cuidador informal; o sofrimento do doente; as alterações da dinâmica familiar, a nível social pela mudança das funções dos membros da família; as alterações financeiras, entre outras. A mesma autora refere que a doença de um membro da família pode causar outra ordem de “agentes stressores”, relacionadas com a

transição normativa da família. Podendo surgir alterações dos objetivos pessoais do cuidador informal, como o abandono da atividade laboral ou a necessidade de um esforço suplementar para ultrapassar determinadas situações por si só já geradoras de ansiedade e de stresse, como o caso do nascimento de um novo membro de família. Outros agentes stressores estão relacionados com dificuldades contextuais e solitudes situacionais, que têm a ver com o acompanhamento dos doentes, terapêutica e com a supervisão dos doentes.

As pessoas que prestam cuidados a doentes durante longos períodos, como acontece no caso do cuidador de um doente mental, sofre alterações na sua vida social, familiar e profissional provocada pela sobrecarga física, psíquica e económica (MARTINS, 2006).

Cuidar implica “cortes” familiares, sociais e na saúde do cuidador informal. A atenção à pessoa doente cria sentimentos contraditórios, de exclusão, restrição da liberdade pessoal e impacto na própria saúde no cuidador informal. Estes efeitos negativos sobre o cuidador informal terão repercussões no cuidado da pessoa com doença mental (ARAÚJO, 2011).

A sobrecarga do cuidador informal do doente mental tem sido analisada dentro do contexto de desinstitucionalização psiquiátrica, sendo objeto de estudo a sobrecarga que estas pessoas sentem em todo o processo de prestação de cuidados ao doente (PEREIRA, 2009).

O termo sobrecarga, conforme definido na literatura da especialidade, refere-se às consequências negativas resultantes especificamente da existência do doente mental na família. O impacto da doença mental atinge um amplo espectro de dimensões da vida familiar e constitui uma sobrecarga porque requer que os familiares do doente passem a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano (GUEDES, 2008).

A sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas concretas e observáveis, resultantes da presença do doente mental na família, tais como: perdas financeiras, perturbações na vida na vida social e profissional dos cuidadores e tarefas adicionais que eles necessitam de executar para cuidar de todos os aspetos da vida do doente (higiene, transporte, controlo da medicação, alimentação, lazer, compras, consultas), perturbações nas relações entre os membros da família, ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais os cuidadores precisam de lidar, tentando evitá-los ou lidando com as suas consequências (comportamentos embaraçosos, agressões físicas e verbais, condutas sexuais inadequadas, comportamentos que perturbam a rotina diária, ameaças ou tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas) (Maurin e Boyd,1990; Tessler e Gamache, 2000; Martens e Addington, 2001, cit. por GUEDES, 2008).

Essa sobrecarga do cuidador informal do doente mental pode, inclusive, originar transtornos psicológicos, tais como: a ansiedade e a depressão, que ocorrem mais

frequentemente nas mulheres que cuidam dos seus filhos ou maridos doentes mentais. Tendo-se em vista a natureza crónica da doença mental, o cuidador informal é submetido ao efeito prolongado do acontecimento stressor envolvido, na experiência quotidiana de cuidar do doente, o que pode afetar a sua própria saúde mental (PEREIRA, 2009).

No estudo de Song et al. (1997, cit. por Guedes, 2008), foi observado que os prestadores de cuidados de doentes mentais, todos familiares, que possuíam os maiores níveis de sobrecarga apresentaram os graus mais elevados de sintomatologia depressiva. Estudos incluídos na revisão de literatura de Maurin e Boyd (1990, cit. por Guedes, 2008) indicaram que a sobrecarga afeta a saúde mental destes cuidadores com destaque para as medidas de sobrecarga subjetiva.

Na pesquisa de St. Onge e Lavoie (1997, cit. por Guedes, 2008), com uma amostra de 99 familiares cuidadores informais de doentes mentais, a presença de transtornos psicológicos nas mães de doentes psicóticos foi duas vezes maior do que na população em geral. Segundo os autores, estas perturbações resultaram da sobrecarga sentida pela família por ter que cuidar dos seus filhos doentes. No estudo de Martens e Addington (2007), com 41 familiares de doentes esquizofrénicos, o impacto no bem-estar psicológico foi relacionado com aspetos diferenciados da experiência do cuidado, tais como: o estigma associado à doença mental, os comportamentos inadequados do doente e o sentimento de perda por parte do familiar cuidador.

Como tal, a literatura da especialidade evidência que a sobrecarga sentida pelos familiares prestadores de cuidados de doentes mentais pode resultar em consequências negativas para a sua saúde mental, diminuindo a qualidade de vida. A deterioração na saúde mental dos cuidadores, por outro lado, pode contribuir para uma maior frequência de situações de conflito ou de stresse para com o doente, o que afeta o próprio tratamento ou os cuidados prestados, uma vez que eles reagem com dificuldade a acontecimentos interpessoais stressantes (MARTENS & ADDINGTON, 2007). O efeito da sobrecarga na saúde mental dos prestadores de cuidados dos doentes mentais pode ser atenuado por fatores mediadores como a capacidade de enfrentar situações de adversidade e o suporte social que o cuidador tem (Maurin & Boyd, 1990, cit. por GUEDES, 2008).

Uma outra variável destacada na literatura e que pode influenciar a sobrecarga do prestador de cuidados informais ao doente mental é a personalidade, que segundo Monteiro (2002), depende fundamentalmente de três conjuntos de fatores: influências do meio social, influências hereditárias e influências das experiências pessoais. Dentro dos determinantes sociais da personalidade, incluem-se a cultura (microambiente) e a família (microambiente).

O traço de personalidade tem por objetivo determinar o perfil ou a matriz dos traços característicos de uma pessoa, o que a diferencia de outro e o que a torna única. A personalidade é constituída por um conjunto de traços que caracterizaria o comportamento

geral das pessoas. Um traço é um nome que descreve um “padrão ou um conjunto de comportamentos (...) é uma disposição relativamente estável ao longo do tempo” (PINTO, 2007, p.283). É definido como o modo característico da pessoa pensar, sentir, reagir e de se comportar. “Uma pessoa pode ter o traço dominante de ansiedade, outra o da extroversão e outra ainda estes mesmos traços em graus intermédios” (PINTO, 2007, p.283). Para Eysenck (1970, cit. por Pinto, 2007), um traço refere-se às consistências do comportamento. Uma dimensão inclui um grupo de traços que apresentam uma correlação mútua significativa.

Os vários modelos existentes dos traços da personalidade são: Modelo de Hans Eysenck, que propôs um modelo hierárquico baseado em três dimensões: extroversão/introversão, neuroticismo/estabilidade e psicoticismo (PINTO, 2007).

Em suma, são os traços de personalidade que muitas vezes influenciam a própria saúde mental dos prestadores informais de cuidados ao doente mental, ou seja, os efeitos negativos do cuidado advêm não só dos sintomas mais visíveis da doença, que perturbam o cuidador, mas sim das características/traços da personalidade de quem cuida.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



### 3. METODOLOGIA

Este capítulo comporta uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente expõem-se os objetivos da investigação, a questão de investigação, as variáveis consideradas e a sua operacionalização, o processo de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados; o processo de recolha de dados e os pressupostos éticos considerados; bem como as técnicas e medidas estatísticas utilizadas para o procedimento estatístico.

#### 3.1. MÉTODOS

A prestação informal de cuidados é entendida como uma “atividade tipicamente prestada por familiares ou amigos chegados a uma pessoa que já não consegue gerir todos os aspetos da vida diária e cuidados pessoais” (FIGUEIREDO, 2007, p. 101). De entre a rede familiar do indivíduo necessitado de cuidados, surge um membro que habitualmente se constitui como mais diretamente envolvido nos cuidados prestados.

Este membro da família é considerado o cuidador principal. Portanto, o cuidador informal é um indivíduo sem formação profissional que presta cuidados e apoios a outro indivíduo, podendo ser familiar direto, indireto ou amigo. De acordo com a OMS (1999, cit. por Castillo et al., 2008), o cuidador principal é aquele que assume voluntariamente o papel responsável pelo doente, que está disposto a tomar decisões por ele, para ele e a responder às necessidades básicas do mesmo, seja de forma direta ou indireta.

A experiência de ser cuidador informal é, contudo, um processo idiossincrático. O papel de cuidador não é em si um novo papel, mas uma transformação de um outro já existente numa relação (MONTGOMERY & KOSLOSKI, 2009). Aquele que se assume como cuidador construirá o seu papel com base na relação inicial que mantinha anteriormente com o recetor de cuidados e na sua crença do que para si é ser cuidador. Ao longo da prestação informal de cuidados, ocorre uma mudança de identidade de papel, dado que o tipo de cuidados se torna inconsistente com as expectativas associadas ao papel inicial do cuidador na relação com o recetor de cuidados. De acordo com os mesmos autores, esta mudança não é um processo fácil e contínuo. É, pelo contrário, um processo que alterna entre períodos de estabilidade, em que a identidade de papel é mantida através de pequenos ajustes no comportamento ou na perceção do seu papel, e períodos que exigem mudanças significativas na identidade do cuidador, associadas à aceitação de novas atividades a desempenhar (MONTGOMERY & KOSLOSKI, 2009).

Os cuidadores informais do doente mental, por norma, são provenientes da família, apresentando frequentemente alguma perturbação na sua saúde (física, emocional e social), devido à sobrecarga da tarefa de cuidar, sendo estes um elo de ligação com a equipa de saúde, fornecendo informações fundamentais sobre a situação do familiar doente (CASTILLO et al., 2008). Estes expressam sintomas como stresse, depressão, ansiedade, assim como raiva, frustração, culpa, desmoralização, desespero, irritabilidade e exaustão emocional, os quais surgem, muitas vezes, devido a ausência de tempo para si mesmo, problemas relacionais, isolamento, conflito entre as responsabilidades e os seus diferentes papéis, perda de intimidade, diminuição das atividades sociais, perturbação das rotinas domésticas, como resultado das alterações de vida que o seu papel de cuidador implica. Por outro lado, os cuidadores percecionam o seu estado de saúde mental como fraco (FIGUEIREDO & SOUSA, 2008), consideram que a prestação informal de cuidados ao doente mental tem um impacto negativo na satisfação de vida, o qual é mais manifesto naqueles que prestam cuidados de forma frequente, em comparação com aqueles que prestam cuidados com menor frequência (BORG & HALLBERG, 2006).

Os cuidadores informais são suportes indispensáveis ao apoio dos doentes mentais. Por isso, torna-se pertinente e importante conhecer a dimensão das perturbações psicopatológicas: ansiedade, depressão e stresse a que estão sujeitos. Tendo como princípio que o doente mental deve permanecer o máximo de tempo no seio familiar e que o cuidador informal é aquele que faz parte do processo de cuidar formou-se um conjunto de questões que constituem a base deste estudo:

- Que fatores influenciam as perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental?
- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam as perturbações psicopatológicas: ansiedade, depressão e stresse no cuidador informal do doente mental?
- Em que medida as variáveis da sobrecarga do cuidador informal e a sua personalidade influenciam as perturbações psicopatológicas do mesmo?
- De que modos as variáveis sociodemográficas do doente mental influenciam as perturbações psicopatológicas do cuidador informal?

De forma a dar resposta às questões de investigação foram traçados objetivos.

Como **objetivo geral**: Determinar os fatores que interferem nas perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental.

Como **objetivos específicos**:

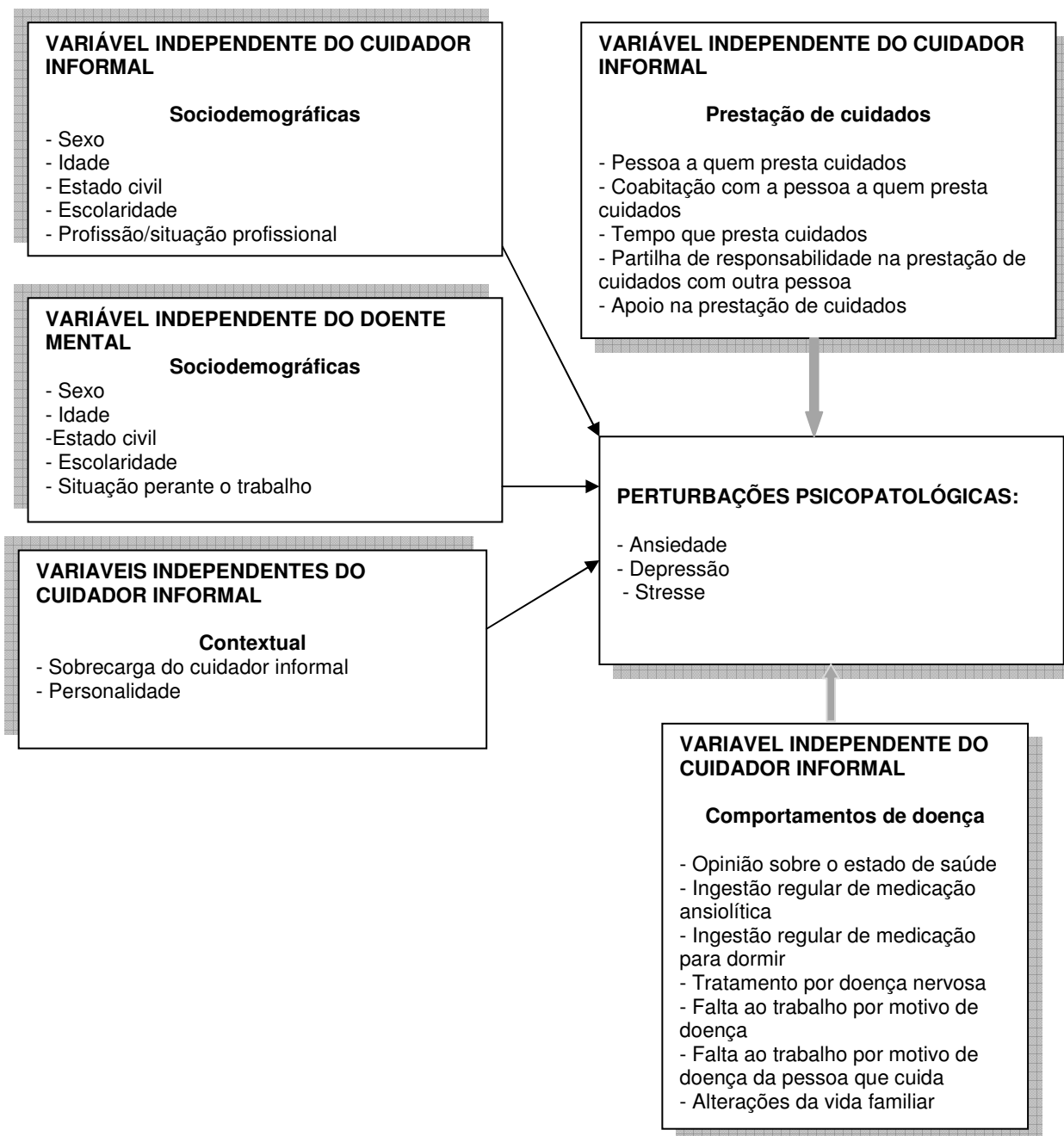
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas do cuidador informal (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão/situação profissional) e as perturbações psicopatológicas do cuidador informal;
- Analisar a relação entre a sobrecarga e a personalidade do cuidador informal com as perturbações psicopatológicas do cuidador informal;
- Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas do doente mental sobre as perturbações psicopatológicas no cuidador informal.

### 3.2. TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta aos objetivos e questões enunciados desenvolvemos um estudo quantitativo, na medida em que procura descrever, verificar relações entre variáveis; descritivo-correlacional pois assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis; transversal pois avalia a frequência de um acontecimento num dado momento.

O desenho de investigação constitui um plano ou estratégia de investigação que tem como objetivo obter uma resposta válida às questões de investigação, transmitindo uma imagem clara da investigação. Este está representado esquematicamente na Figura 1, e expõe as variáveis consideradas para o estudo bem como a previsível articulação.

Figura 1 – Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis



NOTA: As variáveis **prestação de cuidados** e **comportamento da doença** não foram objeto de análise inferencial, mas exclusivamente de análise descritiva.

### 3.3. PARTICIPANTES

A população de estudo foi constituída pelos cuidadores informais que prestam cuidados aos doentes mentais inseridos no ficheiro das consultas externas do Departamento

de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE que cobre toda a população do distrito de Viseu.

A amostra deste estudo é constituída por 100 cuidadores informais de doentes mentais. Para a obtenção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Como requisitos para a sua inclusão consideramos: ter mais de 18 anos de idade; ser o cuidador principal do doente mental (com um mínimo de 6 meses de prestação de cuidados); ser prestador de cuidados ao doente mental inscrito no Serviço das consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE; não ser pago pelo facto de cuidar do doente mental; dar consentimento informado.

### 3.3.1. Caracterização Sociodemográfica do cuidador informal

#### Idade

Observando o quadro 1, verifica-se que os participantes do sexo masculino que reproduzem 38,0% da totalidade da amostra, têm idades compreendidas entre os 19 e os 74 anos, com uma média de idades a centrar-se nos 49,53 anos, e um desvio padrão de 2,44 anos. Os do sexo feminino com uma representatividade de 62% da amostra possuem idades mínimas de 20 anos e máximas de 80 anos, com média de 45,21 anos, ( $\pm 1,72$  anos). Entre os sexos a diferença não é estatisticamente significativa conforme resultado do teste t para amostras independentes ( $t= 1.481$ ;  $p=0.142$ )

Para o total da amostra a idade mínima e máxima é de 19 anos e 80 anos, respetivamente, a que corresponde uma média de 46,85 anos, e desvio padrão de 1,42 anos.

Os coeficientes de variação revelam dispersões fracas uma vez que são inferiores a 15,0% e os valores de assimetria e curtose sugerem curvas gaussianas, sendo que o teste de Kolmogorov Smirnov apresenta uma distribuição normal.

Quadro 1- Estatística referente à Idade

Idade	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/Erro	K/EP	KS
Masculino	19	74	49,53	2,44	4,93	-0.613	-1.218	0.344
Feminino	20	80	45,21	1,72	3,80	0.582	-0.055	0.372
Total	19	80	46,85	1,42	3,03	0.153	-1.158	0,200

Dada a amplitude de variação encontrada que se situa nos 61 anos, para melhor interpretação dos resultados obtidos, efetuámos o agrupamento das idades em classes com frequências homogéneas. Através da tabela 1, constata-se que existe predominância de

participantes com idades compreendidas entre os 38 e os 46 anos (26,0%) e com 58 ou mais anos também com 26,0%. Contudo, 27,4% dos participantes com 37 ou menos anos e 30,6% com idades compreendidas entre os 38 e os 46 anos são do sexo feminino. Os participantes com idades entre os 47 e os 57 anos (26,3%) e com 58 ou mais anos (34,2%) são predominantemente do sexo masculino. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e os distintos grupos etários, uma vez que o nível de significância é superior a 0,050 ( $\chi^2 = 3.618$ ;  $p=0.306$ )

### **Estado Civil**

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 80% dos participantes estão casados ou vivem em união de facto, sendo que destes a grande maioria é do sexo masculino (84,2%). Os solteiros/separados/divorciados surgem em maior percentagem no sexo feminino (22,6%), As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 0.679$ ;  $p=0.410$ )

### **Escolaridade**

Ao analisar-se a variável *escolaridade*, apura-se que a maioria dos sujeitos possui o 2º Ciclo do Ensino Básico (28,0%), sendo que destes, 32,2% são do sexo feminino. Entre os que possuem o 1º ciclo do Ensino Básico incompleto a maior percentagem ocorre também no sexo feminino (11,3%), tal como os que possuem o ensino superior (19,4%). No sexo masculino predominam os sujeitos com o 1º ciclo do Ensino Básico (23,7%) e com o 3º ciclo do Ensino Básico (42,1%). São visíveis significâncias estatísticas entre os grupos ( $\chi^2 = 10.060$ ;  $p=0.039$ ), situando-se pelos resíduos ajustados entre os que possuem o terceiro ciclo do ensino básico e sexo masculino e os do ensino superior e sexo feminino.

### **Profissão/Situação profissional**

No que concerne à situação profissional, verifica-se que 58% dos inquiridos se encontram desempregados, sendo que destes 67,7% são do sexo feminino. Dos empregados, a maior percentagem é do sexo masculino (57,9%). Entre os grupos e sexo as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 6.357$ ;  $p=0,012$ ), situando-se entre os empregados e do sexo masculino e não empregados e sexo feminino.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>							
≤ 37 Anos		8	21,1	17	27,4	25	25,0
38 – 46 Anos		7	18,4	19	30,6	26	26,0
47 – 57 Anos		10	26,3	13	21,0	23	23,0
≥ 58 Anos		13	34,2	13	21,0	26	26,0
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro/Separado/Divorciado		6	15,8	14	22,6	20	20,0
Casada/União facto		32	84,2	48	77,4	80	80,0
<b>Escolaridade</b>							
1º Ciclo do Ensino Básico incompleto		3	7,9	7	11,3	10	10,0
1º Ciclo do Ensino Básico completo		9	23,7	12	19,4	21	21,0
2º Ciclo do Ensino Básico		8	21,1	20	32,3	28	28,0
3º Ciclo do Ensino Básico		2	42,1	11	17,7	27	27,0
Ensino Superior		16	5,3	12	19,4	14	14,0
<b>Situação Laboral</b>							
Ativo		22	57,9	20	32,3	42	42,0
Não ativo		16	42,1	42	67,7	58	58,0

### 3.3.2. Caracterização Sociodemográfica da Pessoa Dependente

#### Idade

Procuraremos agora caracterizar a pessoa dependente, começando pela idade. Os resultados das estatísticas revelam-nos uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 88 anos, com uma média centrada nos 52,44 anos, e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,85 anos.

No que se refere à pessoa dependente do sexo masculino verificamos que tem uma idade compreendida entre os 19 e os 87 anos, com média de 48,51 anos, e desvio padrão 3,26 anos enquanto a do sexo feminino, os valores mínimos e máximos oscilam entre os 19 anos e os 88 anos, com uma média centrada nos 54,55 anos, e desvio padrão de 2,22. As diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para diferença de médias ( $t= 1.565$ ;  $p= 0.121$ )

Olhando para as medidas de enviesamento (Sk/EP) e de achatamento (K/EP), aferimos que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica, embora para a totalidade da amostra se verifique tendência para a curva se apresentar leptocúrtica. O teste de aderência à normalidade não revela uma distribuição normal e o coeficiente de variação indiciam dispersões fracas.

Quadro 2 - Estatística referente à Idade da pessoa dependente

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Teste KS
<b>Masculino</b>	19	87	48,51	3,262	6,72	0,359	-1,249	0.000
<b>Feminino</b>	19	88	54,55	2,223	4,07	-0,549	-1,858	0.000
<b>Total amostra</b>	19	88	52,44	1,855	3,53	-0,307	-2,251	0,009

Ainda na continuação da análise da tabela anterior e tendo em consideração que a amplitude de variação se situa nos 68 anos, para uma melhor visualização dos resultados efetuámos o seu agrupamento em classes com frequências homogenias. Constatou-se pela tabela 2 que a maioria das pessoas dependentes possuem idades compreendidas entre os 53 e os 67 anos (26%), e destas 39,5% são do sexo feminino e 17,7% do masculino. As dependentes com idades entre os 36 e os 52 anos são predominantemente do sexo feminino (26,3%) e as de idades inferiores a 35 anos (24,2%) e com 86 ou mais anos (33,9%) do sexo feminino. Entre os grupos encontramos significâncias estatísticas, ( $\chi^2=9.460$ ;  $p=0,024$ ),

### Estado Civil

No referente ao estado civil da pessoa dependente, apura-se que 67,0% dos participantes são casados ou vivem em união de facto, sendo que destes a grande maioria (73,7%) é do sexo masculino. Quanto aos que declaram o estado civil de solteiros, separados e divorciados e que corresponde a 33,0% da totalidade de amostra, a maior percentagem (37,1%), recai para o sexo feminino. Refira-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o sexo, pois a probabilidade encontra é de ( $p=0,186$ ).

### Escolaridade

Analisando os resultados relativos à escolaridade da pessoa dependente, regista-se que a maioria possui o 1º Ciclo do Ensino Básico completo (24,2%), sendo que destes, a maior percentagem é do sexo masculino (34,2%). Quanto aos que não sabem ler nem escrever, que no total perfazem 23% e os que possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico incompleto (18%) a sua maioria é do sexo feminino. No sexo masculino predominam os que possuem o 2º ciclo do Ensino Básico (26,3%), os do 3º ciclo do Ensino Básico (18,4%) e os com o Ensino superior (5,3%). Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a escolaridade.

### Situação perante o trabalho

Relativamente à situação profissional da pessoa dependente, verifica-se que 84,0% dos participantes não se encontram no ativo, e na sua maior percentagem (54%) são

oriundos do sexo feminino. Dos que se encontram no ativo, 21,1% são homens. As diferenças entre os grupos não são significativas ( $\chi^2 = 1.164$ ;  $p = 0.211$ ).

Tabela 2 – Caracterização da pessoa dependente

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>						
≤ 35 Anos	9	23,7	15	24,2	24	24,0
36 – 52 Anos	10	26,3	15	24,2	25	25,0
53 – 67 Anos	15	39,5	11	17,7	26	26,0
≥ 86 Anos	4	10,5	21	33,9	25	25,0
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro/Viúvo/Divorciado	10	26,3	23	37,1	33	33,0
Casada/União facto	28	73,7	39	62,9	67	67,0
<b>Escolaridade</b>						
Não sabe ler nem escrever	1	2,6	14	23,0	15	15,2
1º Ciclo do Ensino Básico incompleto	5	13,2	11	18,0	16	16,2
1º Ciclo do Ensino Básico completo	13	34,2	11	18,0	24	24,2
2º Ciclo do Ensino Básico	10	26,3	13	21,3	23	23,2
3º Ciclo do Ensino Básico	7	18,4	11	18,0	18	18,2
Ensino Superior	2	5,3	1	1,6	3	3,0
<b>Situação Laboral</b>						
Ativo	8	21,1	8	12,9	16	16,0
Não ativo	30	30,0	54	54,0	84	84,0

### 3.4. INSTRUMENTOS

Como se trata de um estudo descritivo e correlacional utilizou-se como instrumento de recolha de dados um protocolo constituído por um questionário e escalas, que nos permitirão caracterizar as variáveis em estudo.

#### 3.4.1. Questionário

Este é constituído por quatro partes que procuram avaliar as variáveis socio demográficas; a prestação de cuidados; aspetos comportamentais do cuidador informal e por último avaliar as variáveis socio demográficas do doente mental.

**Parte I - Variáveis sociodemográficas do cuidador informal-** pretende-se avaliar os aspetos sociodemográficos, nomeadamente obter elementos de natureza pessoal, ou seja, a caracterização do indivíduo: sexo; idade; estado civil; escolaridade; profissão/situação profissional;

**Parte II – Variáveis de prestação de cuidados** – pretende-se avaliar a prestação de cuidados nomeadamente: a pessoa a quem presta cuidados; se vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados; há quanto tempo presta cuidados; se partilha as

responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa; apoio na prestação de cuidados;

**Parte III – Variáveis comportamentais da doença** – pretende-se avaliar aspetos comportamentais de doença tais como: Como descreve o seu próprio estado geral de saúde; se toma regularmente medicamentos para acalmar os nervos, se toma regularmente medicamentos para dormir; tratamento por doença nervosa; falta ao trabalho por motivo de doença; falta ao trabalho por motivo de doença da pessoa que cuida e alterações da vida familiar.

**Parte IV – variáveis sociodemográficas do doente mental** – pretende-se a caracterização do doente mental: sexo; idade; estado civil; escolaridade, situação perante o trabalho

### **3.4.2. Escalas**

#### **Parte II - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21):**

Para avaliar a variável dependente – perturbações psicopatológicas do cuidador informal (Depressão, Ansiedade e Stresse), utilizamos a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21); Lovibond & Lovibond, 1955, adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) a EADS-21.

Esta escala foi originalmente construída com base na teoria do modelo tripartido modelo este que pretende clarificar a relação entre a Ansiedade e a Depressão e postula uma estrutura e três grupos de sintomas distintos: sintomas específicos da Ansiedade; sintomas específicos da Depressão e sintomas inespecíficos, comuns à Ansiedade e Depressão, como por exemplo a insónia. É constituída por 21 itens e cada variável é medida por sete itens. Cada item consiste numa frase, numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, e à qual se pede ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada” Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas em escala tipo Likert onde é avaliada a extensão em que os sujeitos experimentaram, cada sintoma durante a última semana numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência “ não se aplicou nada a mim” aplicou-se a mim algumas vezes” aplicou-se a mim muitas vezes” e aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala em que o mínimo é “7” e o máximo “21”. Notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Pela análise fatorial e de acordo com conceitos clínicos, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma:

Depressão – item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; Ansiedade – item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e o Stresse – item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas subescalas foram utilizados os seguintes construtos:

Depressão – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).

Ansiedade – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20).

Stresse – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

As perturbações depressão, ansiedade e Stresse, de acordo com a EADS-21, são perturbações psicológicas conceptualizadas e avaliadas em termos dimensionais e não categoriais, ou seja, são essencialmente diferenças de grau (sujeitos normais *versus* sujeitos com perturbação psicológica) que vão de “normal” a “muito grave”.

A validação para a população portuguesa revelou uma estrutura semelhante à original. A consistência interna (alfa de Cronbach) da versão portuguesa foi de 0,85 para a subescala de Depressão, 0,47 para a subescala de Ansiedade e 0,81 para a subescala de Stresse. A escala de 21 itens esteve fortemente correlacionada com a escala de 41 itens e a correlação entre as três subescalas foi semelhante nas duas versões da escala (PAIS-RIBEIRO ET AL., 2004).

### **Estudo psicométrico da escala**

Efetuámos a avaliação das propriedades psicométricas da escala, através da realização do **estudo da fiabilidade** que nos permite avaliar a consistência interna ou homogeneidade dos itens, determinando para o efeito o coeficiente alfa de Cronbach. Este indicador possibilita estimar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa (PESTANA & GAGEIRO, 2005).

Por outro lado e dado que não foi possível efetuar o reteste recorreremos ao coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente tem por objetivo dividir os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens

da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. A tabela apresenta os resultados da fiabilidade ao mostrar as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global, o que nos aferir da forma como cada subescala se combina com esse índice.

Olhando para os valores de alfa de Cronbach, podemos considerá-los de muito bons pois oscilam entre 0.934 no item “Senti dificuldade em me relaxar e os 0.940 no item “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”. Os coeficientes de correlação item total corrigido os itens parecem-nos bem centrados pois apresentam valores correlacionais acima de 0,50 sendo o menor no item 21 “Senti que a vida não tinha sentido”. Os valores médios e respetivos desvios padrões permitem-nos observar alguma variabilidade entre itens, nomeadamente no item 21 e no item 18 “Senti que por vezes estava sensível”. A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades indica-nos valores de alfa de cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.940), mas mesmo assim classificados de bons já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.897 e para a segunda de 0.889 (tabela 3).

Tabela 3 - EADS-21 (Escala de Ansiedade Depressão e Stresse)

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	Alphas/item
1	Tive dificuldades em me acalmar	0.75	0.842	0.720	0.936
2	Senti a minha boca seca	0.61	0.840	0.534	0.936
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.67	0.779	0.558	0.938
4	Senti dificuldades em respirar	0.51	0.823	0.623	0.937
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.86	0.954	0.577	0.938
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.90	0.810	0.661	0.937
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.44	0.808	0.544	0.939
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.84	0.918	0.748	0.935
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.64	0.916	0.704	0.936
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.60	0.888	0.520	0.939
11	Dei por mim a ficar agitado	0.92	0.872	0.783	0.935
12	Senti dificuldade em me relaxar	0.96	0.909	0.803	0.934
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.84	0.825	0.737	0.936
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.79	0.880	0.654	0.937
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.48	0.847	0.778	0.935
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.62	0.826	0.585	0.938
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.51	0.810	0.565	0.938
18	Senti que por vezes estava sensível	1.08	0.837	0.557	0.939
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0.81	0.929	0.509	0.940
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.63	0.884	0.639	0.937
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.37	0.691	0.506	0.939
<b>Coefficiente Split-half</b>				0.897	
				0.889	
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0.940	

Ainda na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos na tabela 4 os resultados de fiabilidade das subescalas de Stresse ansiedade e depressão.

Na subescala **depressão** nota-se pelos valores médios heterogeneidade dos itens nas respostas dado que se obteve uma pontuação que oscila entre os 0.37 no item 21 e

0.86 no item 5. Todavia a variabilidade não é afectada pois encontramos homogeneidade nos valores apresentados. Os coeficientes de alpha de Cronbach que oscilaram entre 0.779 no item 3 “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo” e 0.954 no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o coeficiente alpha global (0.835), dão-nos indicações de uma boa consistência interna (tabela 4). Contudo o coeficiente de bipartição de split-half (0.751) para a primeira metade e (0.696) para a segunda revela razoável consistência interna. Os itens que mais se correlaciona com os restantes são o 13 “Senti-me desanimado e melancólico “ com valor correlacional de  $(r=0.633)$  e o 21 “Senti que a vida não tinha sentido” explicando respetivamente 40.06% e 37.69% da variabilidade.

Analisando os resultados da **ansiedade**, notamos pela mesma tabela que o melhor resultado verifica-se no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” sendo também este o que apresenta maior variabilidade de resposta. Já a consistência interna revela valores de alfa a oscilarem entre 0.830 e 0.849 podendo classificar-se de bons (cf. tabela 4) para um valor de alfa global para esta escala de 0.859. O coeficiente de bipartição de split half continua a manifestar boa consistência entre os itens que o constituem pois na primeira metade o alfa de Cronbach foi de 0.819 e na segunda metade ligeiramente mais baixo situando-se nos 0.799 (tabela 4).

Finalmente no que concerne ao **Stresse** obtiveram-se valores de alfa classificados entre o muito bom e o bom uma vez que oscilam entre os 0.908 no item 18 “Senti que por vezes estava sensível” e 0.869 no item 12 “Senti dificuldade em me relaxar “ com um valor global para o total da escala de 0.897 (Tabela 4). Os valores de split-half na primeira metade (alfa= 0.881) são bons nas na segunda metade decresce ligeiramente (alfa= 0.717) constituindo-se como razoável indicador da consistência interna da subescala. Os valores correlacionais, indicam que o item 12 “ Senti dificuldade em me relaxar” é o que está mais correlacionado com o Stresse ( $r=0.805$ ) sendo o que melhor representa esta subescala uma vez que a sua variabilidade se situa nos 64.8%.

Tabela 4 – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade.

Dimensões	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
Depressão	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,84	0,825	0,633	0,806
	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,60	0,888	0,579	0,815
	Senti que a vida não tinha sentido	0,37	0,691	0,578	0,816
	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,51	0,810	0,568	0,816
	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,67	0,779	0,571	0,815
	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,62	0,826	0,571	0,815
	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,86	0,954	0,614	0,809
Ansiedade	Senti a minha boca seca	0,61	0,840	0,597	0,843
	Senti dificuldades em respirar	0,51	0,823	0,699	0,830
	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,81	0,929	0,607	0,843
	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,44	0,808	0,620	0,841
	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,64	0,916	0,620	0,841
	Senti-me quase a entrar em pânico	0,48	0,847	0,686	0,831
Stresse	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,63	0,884	0,563	0,849
	Tive dificuldades em me acalmar	0,76	0,842	0,772	0,874
	Senti dificuldade em me relaxar	0,90	0,810	0,693	0,883
	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,84	0,918	0,751	0,876
	Senti que por vezes estava sensível	0,92	0,872	0,795	0,871
	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,96	0,909	0,805	0,869
	Dei por mim a ficar agitado	0,79	0,880	0,635	0,890
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	1,08	0,837	0,461	0,908	

A tabela 5 apresenta em síntese os valores de alfa de cronbach por subescala obtidos no nosso estudo e estabelece a comparação com os resultados da escala validada para a população portuguesa. Como notamos os valores obtidos no nosso estudo estão próximos dos da escala original com exceção da escala de ansiedade em que no nosso estudo os valores de alfa são bastante mais elevados.

Tabela 5 – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e Stresse e valor global

Sub escalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach versão portuguesa
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte2		
Depressão	7	0.751	0.693	0.835	0.85
Ansiedade	7	0.819	0.799	0.859	0.47
Stresse	7	0.881	0.717	0.897	0.81
Valor global	21	0.897	0.889	0.940	

Em continuação aos estudos de fiabilidade e validade efetuámos correlações de Pearson entre as subescalas com cada um dos itens para saber o comportamento dos itens face à escala a que pertence e a sua relação com as demais. Pela análise da tabela 6 uma primeira conclusão a extrair é a de que todos os itens estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p = <0,00$ ) Na subescala depressão os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,347$ ) no item 7 “Senti tremores (por ex., nas mãos)

” pertencente à subescala de ansiedade e ( $r= 0,748$ ) no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” que é um item pertencente à própria escala.

Para a subescala ansiedade o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r= 0.384$ ) “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas e o maior no item 8 “Senti dificuldades em respirar” pertencente a esta subescala. Já no que respeita à escala de Stresse os valores correlacionais situam-se entre ( $r= 0.424$ ) no item 21 “Senti que a vida não tinha sentido “que pertence à escala de depressão e o mais elevado no item 11 ( $r= 0.858$ ) “Dei por mim a ficar agitado” pertencente a esta escala. Aliás, é visível pelos sublinhados que todos os itens pertencentes à mesma escala, apresentam correlações ligeiramente superiores aos itens das restantes escalas.

Tabela 6 - Correlação dos itens com a escala de depressão, ansiedade e stresse

	Itens	Depressão	Ansiedade	Stresse
		r	r	r
1	Tive dificuldades em me acalmar	0.596***	0.594***	0.838***
2	Senti a minha boca seca	0.416***	0.721***	0.453***
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.692***	0.448***	0.511***
4	Senti dificuldades em respirar	0.412***	0.788***	0.592***
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.748***	0.384***	0.5888***
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.596***	0.512***	0.776***
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.347***	0.726***	0.518***
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.563***	0.711***	0.829***
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.576***	0.738***	0.692***
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.713***	0.388***	0.474***
11	Dei por mim a ficar agitado	0.619***	0.709***	0.858***
12	Senti dificuldade em me relaxar	0.643***	0.727***	0.867***
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.745***	0.620***	0.722***
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.555***	0.581***	0.738***
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.674***	0.780***	0.729***
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.698***	0.531***	0.495***
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.694***	0.450***	0.525***
18	Senti que por vezes estava sensível	0.587***	0.460***	0.593***
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0.349***	0.730***	0.448***
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.546***	0.691***	0.611***
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.678***	0.402***	0.424***

\*\*\*  $p < =0,001$

Por último efetuámos uma matriz de correlação entre os diversos fatores da escala, por o considerarmos importante para a validação da escala. De acordo com os resultados apresentamos na tabela 7 verificamos que as correlações são positivas e significativas oscilando entre ( $r=0.645$ ) na relação Depressão vs. Ansiedade, e ( $r=0.783$ ) na relação Ansiedade vs. Stresse com variabilidades respetivamente de 41,60% e 61,30%.

Tabela 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas ansiedade, depressão e stresse

	Stresse	Ansiedade
Ansiedade	0.783***	--
Depressão	0.755***	0.645***

### Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal:

É uma escala traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2004, 2010), a partir da versão original inglesa. Consta de 22 itens, sendo que as respostas a cada item são apresentadas numa escala ordinal tipo *Likert*, ordenadas e cotadas entre 1 e 5, em que a 1 corresponde a “nunca”, 2 “quase nunca”, 3 “às vezes”, 4 “muitas vezes” e 5 “quase sempre”. Não possui itens invertidos.

A estrutura fatorial apresentado por Sequeira (2004, 2010) apresenta quatro fatores que no seu conjunto explicam 62,1% da variância total. O fator um intitulado impacto de prestação de cuidados é constituído pelos itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22), e aglutina itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação e cuidados diretos. Explica 41,2% da variância total e apresenta um alfa de Cronbach de 0.93. O fator dois designado por relação interpessoal possui os itens (4,5,16,18 e 19) que estão associados à sobrecarga relacionada com o cuidador e a pessoa dependente, alvo de cuidados. Este fator explica 8.69% da variância total e apresenta um valor de alfa de 0.83. O fator 3 foi designado por expectativas face ao cuidar, possui quatro itens (7,8,14 e 15) que estão relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação e cuidados, Explica 7.15% da variância total e o valor de alfa de Cronbach é considerado de razoável (alfa= 0.67). Finalmente o fator 4 foi designado por perceção de autoeficácia e possui apenas dois itens (20 e 21) que estão relacionados com a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Explica 4.90% e o valor de alfa é de 0.80. Acresce referir que vários autores utilizam a escala de uma forma global.

Nesta escala obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga. São utilizados os seguintes pontos de corte: inferior a 46 é sem sobrecarga, entre 46 a 56 é sobrecarga ligeira e superior a 56 é sobrecarga intensa. É uma escala de autopreenchimento.

### **Estudo Psicométrico da escala**

Tal como para a escala anterior efetuámos a avaliação das propriedades psicométricas realizamos **o estudo da fiabilidade** com a determinação do coeficiente de alfa de Cronbach. E do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half).

A tabela 8 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global.

Numa análise aos valores de alfa de Cronbach, podemos considerá-los de muito bons ao situarem-se entre os 0.906 nos itens 10 “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar “ e 11 “Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?” e os 0.918 no item 20 “Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?”. Pelos coeficientes de correlação item total corrigido os itens 20 e 21 são os que apresentam mais problemáticos no que respeita à consistência interna dado apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.20

Quanto aos índices médios e desvios padrões notamos alguma inconsistência e variabilidade, com valores em vários itens inferior ao valor médio esperado e noutros itens acima desse valor.

O coeficiente de bipartição de Split Half ou método das metades indica-nos valores de alfa de cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.914), mas que podem ser classificados de bons já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.860 e para a segunda de 0.826 (tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas e valores correlacionais da escala de sobrecarga do cuidador

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	Alpha s/item
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2.52	1.096	0.255	0.916
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2.18	1.095	0.578	0.910
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2.28	1.064	0.575	0.910
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1.50	0.948	0.456	0.912
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1.69	0.971	0.447	0.912
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1.88	1.066	0.697	0.908
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3.13	1.248	0.491	0.912
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	3.12	1.486	0.594	0.910
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1.99	1.133	0.730	0.907
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2.13	1.186	0.734	0.906
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2.00	1.279	0.720	0.906
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1.76	1.120	0.706	0.907
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1.61	1.034	0.652	0.909
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3.25	1.591	0.403	0.915
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2.49	1.374	0.513	0.911
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1.94	1.254	0.670	0.908
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1.85	1.086	0.671	0.908
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1.42	0.867	0.499	0.912
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2.15	1.167	0.634	0.909
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	2.20	1.163	0.185	0.918
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	2.07	1.183	0.207	0.917
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	2.11	1.317	0.737	0.906
<b>Coefficiente Split-half</b>				0.860	
				0.826	
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0.914	

Apresentamos na tabela 9, os valores de alfa de cronbach por subescala. Iniciando pela escala de impacto na prestação de cuidados, os coeficientes de alpha de Cronbach

continuam a dar boas indicações da sua consistência interna ao oscilarem entre 0,891 e os 0,919, podendo por tal facto ser classificados de bons (cf. tabela 9). Os coeficientes de bipartição de split-half (0,790) para a primeira metade e (0,861) para a segunda embora ligeiramente inferiores que o valor global mantém uma consistência interna razoável.

Analisando os coeficientes totais corrigidos, notamos pela mesma tabela que o item que melhor se correlaciona com os restantes é o item “Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?” que explica 57,76% da sua variabilidade e o que menor correlação estabelece é o item “Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?” com apenas uma variabilidade de 5,56%.

Os resultados **das relações interpessoais** revelam que o item “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?” é o que apresenta maior índice médio, mas o de menor variabilidade diz respeito ao item “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?”. Olhando para os valores de alfa de Cronbach verificamos que estes oscilam entre 0,693 no item “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?” e 0,759 no item “Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?” podendo classificar-se de razoáveis (tabela 9) para um valor de alfa global para esta escala de 0,766. O coeficiente de bipartição de split half manifesta também razoável consistência entre os itens que o constituem pois na primeira metade o alfa de cronbach foi de 0,587 e na segunda metade de 0,636 (tabela 9).

No que respeita ao fator **Expectativas com o Cuidar**, obtiveram-se valores de alfa razoáveis ao oscilarem entre 0,652 “Considera que o seu familiar está dependente de si?” e 0,735 “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?” com um valor global para o total da escala de 0,758 (quadro 9). Os valores de split-half tanto na primeira metade (alfa= 0,582) como na segunda metade (alfa = 0,514) são admissíveis para as ciências sociais. O item que melhor se correlaciona com os restantes é o item “Considera que o seu familiar está dependente de si?” apresentando uma variabilidade de 41,12%.

Finalmente no que concerne à subescala percepção da autoeficácia, dado tratar-se de uma escala com dois itens, não é aplicável o estudo da sua consistência interna. Todavia o valor de alfa global é bom ao pontuar com 0,882.

Tabela 9 – Consistência interna por subescalas da escala sobrecarga do cuidador

Fatores	Itens	M	DP	R item-total	Alfa de Cronbach (s/item)
Impacto da prestação de cuidados	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2,52	1,096	0,235	0,918
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2,18	1,095	0,602	0,900
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2,28	1,064	0,525	0,904
	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1,88	1,066	0,701	0,895
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1,99	1,133	0,760	0,891
	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2,13	1,186	0,756	0,891
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2,00	1,279	0,748	0,891
	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1,76	1,120	0,751	0,892
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1,61	1,034	0,660	0,897
	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1,85	1,086	0,685	0,895
Relação Interpessoal	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	2,11	1,317	0,715	0,894
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1,50	0,948	0,478	0,743
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1,69	0,971	0,425	0,759
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1,94	1,254	0,598	0,703
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1,42	0,867	0,595	0,711
Expectativas com o Cuidar	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2,15	1,167	0,617	0,693
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3,13	1,284	0,513	0,725
	Considera que o seu familiar está dependente de si?	3,12	1,486	0,642	0,652
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3,25	1,591	0,588	0,685
Percepção de Auto-eficácia	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2,49	1,374	0,491	0,735
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	2,20	1,163	,790	-
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	2,07	1,183	,790	-

Na tabela 10 apresentamos um quadro síntese e pretende comparar os índices de alfa de cronbach por subescala e do coeficiente de bipartição obtidos no estudo psicométrico do nosso estudo com os obtidos na validação para a versão portuguesa. Como

se verifica apenas as subescalas expectativas como cuidar e perceção de autoeficácia valores de alfa ligeiramente superior aos do autor da escala. O valor de alfa global, tal como já foi referido é semelhante ao da escala original.

Tabela 10 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da sobrecarga do cuidador e valor global

Sub escalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach versão portuguesa
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte2		
Impacto da prestação de cuidados	11	0.790	0.861	0.906	0.93
Relação Interpessoal	5	0.587	0.636	0.766	0.83
Expectativas com o Cuidar	4	0.582	0.514	0.758	0.67
Perceção de Autoeficácia	2	Não aplicável		0.882	0.80
Sobrecarga global	22	0.860	0.826	0.914	0.93

Reportando-nos à matriz de correlação de Pearson entre as diferentes domínios que constituem a escala de sobrecarga do cuidador. Notamos a existência de correlações positivas entre os diferentes fatores, o que nos permite afirmar que ao aumento dos índices de cada um dos fatores corresponde aumento no outro fator com o qual se correlaciona. O maior valor correlacional e significativo, situa-se entre as relações interpessoais e o impacto na prestação de cuidados ( $r= 0.790$ ) e o menor e não significativa na perceção da autoeficácia com as relações interpessoais ( $r= 0.025$ ). Por outro lado é também notório que os maiores índices correlacionais se obtêm com o valor global da escala com exceção para a prestação da autoeficácia. (tabela 11).

Tabela 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas da sobrecarga do cuidador

	Impacto prestação de cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas com o Cuidar	Perceção de Auto-eficácia
Relação Interpessoal	0.790***	--	--	--
Expectativas com o Cuidar	0.573***	0.430***	--	--
Perceção de Autoeficácia	0.150n.s.	0.025n.s.	0.171n.s.	--
Sobrecarga global	0.952***	0.824***	0.742***	0.248**

A correlação entre as respostas dadas pelos participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada uma das subescalas são apresentadas na tabela 12. Podemos verificar que todos os itens estabelecem correlações positivas e significativas com as subescalas e apenas não significativas entre o item 1, 20 com as expectativas do cuidar e os itens 20 e 21 com a importância na prestação dos cuidados, relações interpessoais e expectativas de cuidar. A correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte.

Tabela 12 - Correlação dos itens com as subescalas da sobrecarga do cuidador

	Itens	Imp. prestação cuidados r	Relação Interpessoal r	Expectativas cuidar r	Percepção autoeficácia r
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0.349***	0.204**	0.192n.s.	0.321**
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.677***	0.379***	0.415***	0.624***
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0.608***	0.458***	0.445***	0.620***
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	0.479***	0.660***	0.210*	0.504***
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	0.507***	0.624***	0.170n.s.	0.496***
6	Considera que a situação atual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	0.759***	0.691***	0.363***	0.731***
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.411***	0.391***	0.713***	0.553***
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.561***	0.374***	0.819***	0.655***
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.811***	0.677***	0.450***	0.763***
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	0.810***	0.586***	0.552***	0.768***
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.807***	0.617***	0.474***	0.759***
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.803***	0.642***	0.366***	0.742***
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	0.723***	0.671***	0.291**	0.689***
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.351***	0.197*	0.800***	0.487***
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.429***	0.373***	0.710***	0.577***
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0.695***	0.789***	0.450***	0.713***
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0.746***	0.555***	0.424***	0.708***
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0.532***	0.733***	0.185n.s.	0.540***
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.604***	0.790***	0.459***	0.678***
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0.117n.s.	0.005n.s.	0.191n.s.	0.257*
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0.167n.s.	0.043n.s.	0.133n.s.	0.280**
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.783***	0.731***	0.513***	0.774***

### Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI):

O Inventário de Personalidade de Eysenck é uma escala ordinal tipo Likert constituída por 12 itens, havendo para cada um deles quatro alternativas de resposta.

Trata-se de uma versão curta do Eysenck Personality Inventory que resultou de extensas análises fatoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da

personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva e cols., 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respetivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois fatores. Também se determinaram correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, tendo-se obtido um valor de “r” de 0,5 (Barton e cols., 1992, citado por Silva e cols., 1995).

A cotação desta escala faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Nesse sentido, são atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. *Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões* (Silva e cols., 1995, cit. por Duarte, 1996). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva e cols., 1995, cit. por Duarte, 1996), bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada fator.

### **Estudo Psicométrico da escala de personalidade de Eysenck**

As propriedades psicométricas da escala referenciada encontram-se reportadas na tabela 13 que nos mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global.

Pelos índices médios e respetivos desvios padrões verificamos que existe consistência entre os diferentes itens com valores médios muito próximos dos índices médios esperados, mas o mesmo não ocorre em relação à sua variabilidade sendo que o item “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” é o que apresenta maior variabilidade é o que apresenta maior variabilidade.

Quanto ao índice de alfa de Cronbach ao situarem-se entre os 0.419 no item “Vai e diverte-se muito numa festa animada?” e 0.518 no item “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?” podemos classifica-los como inadmissíveis para Pestana e Gageiro (2005) mas de aceitáveis para as ciências sociais de acordo com Maroco (2007). Os coeficientes de bipartição seguem no mesmo sentido com valores para a primeira metade de 0.300 e para a segunda de 0.240 (Tabela 13).

No que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido notamos que apresentam correlações muito fracas oscilando entre ( $r=0.066$ ) no item “sofre de insónia” e ( $r=0.356$ ) no item “Vai e diverte-se muito numa festa animada?”

Tabela 13 – Estatísticas e valores correlacionais da escala de personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	Alpha s/item
A	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1.63	0.825	0.259	0.446
B	O seu humor tem altos e baixos?	2.41	0.712	0.131	0.478
C	É uma pessoa cheia de vida?	2.77	0.983	0.208	0.458
D	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1.73	0.839	0.175	0.468
E	Gosta de se misturar com as pessoas?	2.62	0.908	0.250	0.446
F	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.14	0.964	0.152	0.475
G	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.34	1.047	0.229	0.451
H	É perturbado por sentimentos de culpa?	1.53	0.717	0.212	0.460
I	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2.13	0.825	0.356	0.419
J	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2.39	0.886	0.015	0.518
K	Gosta de pregar partidas?	1.91	0.900	0.243	0.448
L	Sofre de insónia	1.82	0.968	0.066	0.501
<b>Coefficiente Split-half</b>				0.300	
				0.240	
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0.487	

Tal como o desenvolvido no estudo psicométrico das escalas anteriores, procedemos de igual forma à determinação dos índices de alfa de Cronbach por subescala. Os resultados obtidos com a extroversão revelam que o item “Gosta de se misturar com as pessoas?” é o que obtém maior índice médio e o menor respeita ao item “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta”. Já os índices de alfa de Cronbach revelam valores razoáveis oscilando entre os 0.692 no item “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?” e 0.575 no item “É uma pessoa cheia de vida?”, sendo que o alfa global para esta escala é de 0.706. O coeficiente de split half mostra também razoável consistência porquanto na primeira metade é de 0.514 e na segunda metade de 0.572 (tabela 14). O item que melhor se correlaciona com os restantes itens é o item “Vai e diverte-se muito numa festa animada?” explicando 26,11%

Em relação ao neuroticismo os valores de alfa são relativamente mais baixos, comparáveis com os obtidos para a escala global situando-se entre 0.478 no item “Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?” e 0.658 no item “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” com um valor global para o total da escala de 0.590 (quadro 14). Os valores de split-half tanto na primeira metade (alfa= 0.389) como na segunda metade (alfa = 0.417) são considerados inadmissíveis. A maior variabilidade encontrada obtém-se no item “Sente-se infeliz sem ter motivos para isso” que explica 22,84%.

Tabela 14 – Consistência interna por subescalas da escala de personalidade de Eysenck

Fatores	Itens	M	DP	R item-total	Alfa de Cronbach (s/item)
Extroversão	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1.63	0.825	0.350	0.692
	É uma pessoa cheia de vida?	2.77	0.983	0.467	0.575
	Gosta de se misturar com as pessoas?	2.62	0.908	0.443	0.665
	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.34	1.047	0.452	0.664
	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2.13	0.825	0.511	0.647
	Gosta de pregar partidas?	1.91	0.900	0.412	0.675
neuroticismo	O seu humor tem altos e baixos?	2.41	0.712	0.465	0.497
	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1.73	0.839	0.478	0.478
	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.14	0.964	0.076	0.658
	É perturbado por sentimentos de culpa?	1.53	0.717	0.288	0.560
	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2.39	0.886	0.448	0.488
	Sofre de insónia	1.82	0.968	0.290	0.563

Apresentamos na tabela 15 uma síntese relativa aos índices de alfa de cronbach por subescala e do coeficiente de bipartição obtidos no estudo psicométrico do nosso estudo Apesar dos inúmeros estudos publicados onde se utilizou esta escala reduzida não foi possível reter os valores de alfa para a versão portuguesa. Como notamos, os índices de alfa de Cronbach para as subescalas apresentam valores oscilando entre o admissível e o bom, mas quando comparamos com os valores de split half revelam-se índices mais baixos, o que é admissível, dado que há a tendência para diminuir quando se analisa um menor número de itens.

Tabela 15 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da personalidade de Eysenk

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach versão portuguesa
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte2		
Extroversão	6	0.514	0.572	0.706	Não publicado
Neuroticismo	6	0.389	0.446	0.590	Não publicado
Valor global	12	0.300	0.240	0.487	Não publicado

Terminamos o estudo psicométrico desta escala apresentando os valores correlacionais obtidos em cada item com as subescalas de personalidade.

Apuramos que todos os itens relativos ao neuroticismo estabelecem correlações negativas e não significativas com a extroversão o que nos permite afirmar que a maiores índices de extroversão estão associados menores índices de neuroticismo e vice-versa. Quanto à escala de extroversão apenas não se denotam correlações negativas nos itens da subescala de neuroticismo em relação aos itens “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e “É perturbado por sentimentos de culpa?”

Acresce referir que entre o neuroticismo e a extroversão se encontra uma correlação negativa e não significativa baixa ( $r=-0.187$ ) deduzindo-se deste resultado que quanto mais extrovertido o participante no estudo, menor o índice de neuroticismo.

Tabela 16 - Correlação dos itens com as subescalas de personalidade

	Itens	Neuroticismo	Extroversão
a	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	-0.034 n.s.	0.548***
b	O seu humor tem altos e baixos?	0.644***	-0.188 n.s.
c	É uma pessoa cheia de vida?	-0.198 n.s.	0.672**
d	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	0.683***	-0.138 n.s.
e	Gosta de se misturar com as pessoas?	-0.130 n.s.	0.639***
f	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	0.399***	0.109 n.s.
g	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	-0.154 n.s.	0.673***
h	É perturbado por sentimentos de culpa?	0.504***	0.019 n.s.
i	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	-0.068 n.s.	0.674***
j	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	0.673***	-0.327 *
kl	Gosta de pregar partidas?	-0.110 n.s.	0.614***
l	Sofre de insónia	0.578***	-0.133 n.s.

### 3.5. PROCEDIMENTOS

O pedido formal de autorização à realização do estudo foi efetuado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE a fim de obter o consentimento, para a colheita de dados (ANEXO I).

Antes da aplicação do questionário (ANEXO II) foram oficializados os pedidos aos autores, (ANEXO III) que fizeram a validação dos instrumentos para a população portuguesa, para a sua aplicação.

Foi pedido o consentimento legal ao cuidador informal do doente mental que fez parte da amostra, ressaltando o anonimato e a confidencialidade (ANEXO IV).

E, por fim, antes da aplicação do questionário, foram explicados ao cuidador informal, a natureza e os objetivos do estudo.

### 3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita de dados, efetuámos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como

amplitude de variação, quociente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA E GAJEIRO, 2003).

Para as medidas de achatamento curtose (K), o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicámos o *teste da percentagem residual* que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana & Gajeiro (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- $< 1.96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2005), do seguinte modo:

<b>Coefficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (MAROCO, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (MAROCO, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2007), o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2005) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só recorreremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (PESTANA & GAGEIRO, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um factor (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA e GAGEIRO, 2005);

- **Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuámos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuámos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2008) sugerem que:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
  - $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
  - $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
  - $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
  - $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta
- O **coeficiente de correlação de Pearson** – é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;
  - **Teste de qui quadrado ( $X^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os

valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre às variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (PESTANA & GAGEIRO, 2008, p.127, 128 e 131).

- **Teste de Wilcoxon** – Este teste foi utilizado quando se pretendeu analisar diferenças entre duas situações no mesmo grupo de sujeitos. Trata-se de uma alternativa ao teste t para amostras emparelhadas.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Acresce referir que no decurso do tratamento do estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos cuidadores informais. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

Postas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

#### **4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Tem este capítulo como propósito explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos com os dados recolhidos no trabalho de campo. O processo de análise que iniciamos encontra-se estruturado de modo a dar resposta aos diferentes objetivos e questões de investigação estabelecidas. A apresentação e análise dos resultados estão decompostas em duas partes. Na primeira

procedemos a uma análise de tipo descritivo e na segunda é feita uma análise de tipo inferencial.

#### 4.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Na análise descritiva é elaborado um perfil dos indivíduos que participaram no estudo, apresentando um agregado de características que os distinguem de forma inequívoca (FORTIN, 2009).

##### 4.1.1. Variáveis independentes do cuidador informal: prestação de cuidados

###### **Pessoa a quem presta cuidados**

Constata-se pela tabela 16 que 45,0 % da amostra presta cuidados ao marido/esposa, denotando-se que dessa percentagem, 76,3% são prestadores do sexo masculino que presta cuidados ao marido/esposa e 25,8% do sexo feminino. Contudo, os cuidados prestados ao/à pai/mãe (35,5%), ao/à sogro/sogra (9,7%), ao/à irmão/irmã (4,8%), ao amigo/vizinho (6,5%) e a outro (11,7%) são predominantemente os participantes do estudo do sexo feminino.

###### **Coabitação com a pessoa a quem presta cuidados**

Observa-se pela tabela 17 que 75,0% dos inquiridos afirma que a pessoa a quem presta cuidados vive no mesmo domicílio, sendo que desta percentagem predominam com 89,5% os que vivem com os prestadores do sexo masculino. A maior percentagem (33,9%) dos prestadores do sexo feminino não coabita com a pessoa a quem presta cuidados. Entre os grupos encontramos significância estatística ( $\chi^2 = 6,848$ ;  $p = 0,009$ ) que se situam face aos resíduos ajustados entre os prestadores do sexo masculino e que coabitam com as pessoas a quem prestam cuidados e do sexo feminino com as pessoas a quem não prestam cuidados.

###### **Tempo que presta cuidados**

Também procuramos saber o tempo a que o participante no estudo presta cuidados. Dos resultados apresentados na tabela 16 observa-se que 36,0% presta cuidados há mais de 10 anos e a grande maioria é do sexo masculino (47,4%). Entre um a cinco anos encontramos 31,0% dos inquiridos e neste grupo ponderam sobretudo os prestadores do sexo feminino (58,1%). Analisando ainda os resultados em função do sexo, notamos que cerca de sete em cada 10 mulheres presta cuidados há menos de 1 ano (64,3%); contrapondo-se com os seus homólogos do sexo masculino cujo percentual é de 13,2%.

Refira-se, por último, que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo (masculino e feminino) e o tempo que presta cuidados, ( $\chi^2= 6,848;p=0,036$ ), localizado entre os que prestam cuidados entre 5 a 10 anos e do sexo feminino.

### **Partilha de responsabilidades na prestação de cuidados com outra pessoa**

É comum o prestador de cuidados procurar a ajuda habitualmente de familiar ou e mais raramente de um não familiar para proceder à prestação de cuidados. O nosso estudo revela que mais de metade da amostra (58,0%) partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa, sendo sobretudo as mulheres com 62,9% embora a percentagem dos prestadores de cuidados do sexo masculino que partilham a responsabilidade na prestação de cuidados se cifre nos 50,0%. Face a estes resultados é claro que a não partilha de responsabilidades na prestação de cuidados com outra pessoa é maior nos participantes do sexo masculino (50,0%) do que no feminino (37,1%). Mencione-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a partilha de responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa.

No seguimento da questão anterior procuramos saber a pessoa com quem se partilha a responsabilidade de prestação de cuidados, constatando-se que 18,8% dos inquiridos divide as responsabilidades com o marido (25,7%).

Verifica-se que apenas os participantes do sexo feminino dividem as responsabilidades com a cunhada (8,6%), o genro (2,9%), a mãe (8,6%), o pai com a empregada (5,7%), com outros vizinhos (2,9%) e com a filha e o marido (8,6%) para além da irmã e sogra (11,4%; 8,6%) respetivamente. Os sujeitos que partilham responsabilidades de prestação de cuidados com os pais (15,4%), com a esposa (30,8%) e com os filhos (38,5%) são maioritariamente do sexo masculino.

### **Apoio na prestação de cuidados**

A quase totalidade dos participantes no estudo (92,0%) referiu não receber ajuda regular para a prestação de cuidados (serviço domiciliário, empregada, etc.). Dos que aludiram não receber ajuda regular para a prestação de cuidados 87,1% são do sexo feminino. Refira-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a ajuda regular para a prestação de cuidados sendo que a mesmas se situa entre os que não recebem ajuda e sexo masculino e recebem e sexo feminino.

Para os que responderam afirmativamente receber ajuda regular essa é consignada pelo Lar, pela empregada, pelo marido e pelo Centro de Dia.

Tabela 17 – Caracterização contextual do prestador de cuidados

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
<b>Pessoa a quem presta cuidados</b>						
Marido/Esposa	29	76,3	16	25,8	45	45,0
Pai/Mãe	4	10,5	22	35,5	26	26,0
Sogro/Sogra	0	0,0	6	9,7	6	6,0
Irmão/Irmã	0	0,0	3	4,8	3	3,0
Amigo/Vizinho	2	5,3	4	6,5	6	6,0
Outro	3	7,9	11	11,7	14	14,0
<b>Coabitação</b>						
Sim	34	89,5	41	66,1	75	75,0
Não	4	10,5	21	33,9	25	25,0
<b>Tempo presta cuidados</b>						
Menos de 1 ano	5	13,2	9	64,3	14	14,0
Entre 1 e 5 anos	13	34,2	18	58,1	31	31,0
Entre 5 e 10 anos	2	5,3	17	27,4	19	19,0
Mais de 10 anos	18	47,4	18	29,0	36	36,0
<b>Partilha de responsabilidades na prestação de cuidados</b>						
Não	19	50,0	23	37,1	42	42,0
Sim	19	50,0	39	62,9	58	58,0
<b>Se sim, com quem</b>						
Cunhada	-	0,0	3	8,6	3	6,2
Genro	-	0,0	1	2,9	1	2,1
Mãe	-	0,0	3	8,6	3	6,2
Irmã	1	7,7	4	11,4	5	10,4
Pai e empregada	-	0,0	2	5,7	2	4,2
Sogra	1	7,7	3	8,6	3	6,2
Marido	-	0,0	9	25,7	9	18,8
Pais	2	15,4	4	11,4	6	12,5
Outros vizinhos	-	0,0	1	2,9	1	2,1
Filha e Marido	-	0,0	3	8,6	3	6,2
Esposa	4	30,8	-	0,0	4	8,3
Filhos	5	38,5	2	5,7	7	14,6
<b>Ajuda regular para a prestação de cuidados</b>						
Não	38	100,0	54	87,1	92	92,0
Sim	-	0,0	8	12,9	8	8,0
<b>Se sim, especifique</b>						
Lar	-	0,0	2	100	2	100
Empregada	-	0,0	1	100	1	100
Marido	-	0,0	1	100	1	100
Centro de Dia	-	0,0	1	100	1	100

#### 4.1.2. Variáveis independentes do cuidador informal: comportamentos da doença

##### Opinião sobre o estado geral de saúde

Apesar de 55,6% da totalidade da amostra já prestar cuidados há mais de 5 anos, metade dos inquiridos considera razoável o seu próprio estado geral de saúde (50%), destes 54,8% são do sexo feminino e 42,1% são do sexo masculino. O estado de saúde é considerado bom por 35,0% da amostra e neste particular, cerca de metade (47,4%) são do sexo masculino e 27,4% do feminino. De notar ainda que 10,0% dos inquiridos opina que a sua saúde é fraca, a que correspondem 11,3% de mulheres e 7,9% de homens; por último,

5% dos indivíduos considerou ter um estado de saúde muito bom, onde 6,5% pertence ao sexo feminino e 2,6% pertence ao sexo masculino.

Alude-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado de saúde geral e o sexo, uma vez que o nível de significância é superior a 0,050.

### **Ingestão regular de medicação ansiolítica**

Ao questionarmos os inquiridos se tomam regularmente medicação para “acalmar os nervos” constatamos que 79,0% dos inquiridos não recorre a esse tipo de medicação, com maior incidência nos homens (89,5% vs 72,6%) do que nas mulheres. Dos que tomam medicação e a que correspondem 21,0% da amostra 27,4% são do sexo feminino e 10,5% são do sexo masculino. Para os que referiram tomar medicação, constata-se que é muito diversificada e sem interesse científico para o estudo que estamos a realizar.

### **Ingestão regular de medicação para dormir**

Um outro aspeto que procuramos indagar foi se o prestador de cuidados toma regularmente medicação para dormir. Cerca de três quartos da amostra (74,0%) da amostra referiu não o fazer, sendo que destes, cerca de 8 em cada 10 são do sexo masculino e 71% são do feminino. Dos que tomam medicação a que correspondem 26% a percentagem mais elevada centra-se nos sujeitos do sexo feminino (29%), comparativamente com os do sexo masculino (21,1%). Entre os grupos não existem diferenças estatisticamente significativas.

Para os que tomam medicação para dormir o lorazepan com 46,7% é o mais utilizado tanto pelos homens (50%) como pelas mulheres (45,5%). Outro tipo de medicação que é tomada para dormir, mas sem significado estatístico, dada as pequenas percentagens encontradas.

### **Tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)**

Associada ao prestador de cuidados principalmente quando a prestação de cuidados é de longa duração, podem ocorrer perturbações do foro psíquico nomeadamente estados depressivos. No nosso estudo, 76% dos inquiridos referiu nunca ter feito tratamento e 24% da amostra aludiu ter já feito um tratamento por doença nervosa, sendo que destes a maioria é do sexo feminino (32,3%). Observou-se que o teste de qui quadrado apresenta diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em questão ( $\chi^2 = 6,100$ ;  $p=0,011$ ), sendo que as mesmas se situam entre os que não fizeram tratamento e do sexo masculino e entre os que fizeram e do sexo feminino.

Dos que fizeram tratamento 88,9% da amostra foi para situação de estado depressivo e 11,1% referiu utilizar medicação para tratamento por doença nervosa. Refira-se que em ambos os casos o sexo feminino apresenta maior valor percentual.

### **Falta ao trabalho por motivo de doença**

Não é habitual os participantes no estudo faltarem ao trabalho por motivo de doença. Efetivamente, 96,0% da amostra afirmou não ter faltado ao trabalho nos últimos 6 meses devido a doença, sendo que destes 97,4% são do sexo masculino e 95,2% são do sexo feminino. Entre os que referiram ter faltado, por motivo de doença sua, 4,8% são do sexo feminino e 2,6% são do sexo masculino. Observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a falta ao trabalho por motivo de doença, pois o valor de  $p$  é superior a 0.05 ( $p=0,509$ ). Quanto aos motivos invocados para faltar ao trabalho foram as enxaquecas, a pneumonia e a depressão. Refira-se ainda que todos os sujeitos que faltaram são do sexo feminino.

### **Falta ao trabalho por motivo de doença da pessoa que cuida**

Se o percentual alusivo ao não faltarem ao trabalho por motivo de doença era bastante elevado conforme resultados da tabela 17, quando questionados se nos últimos 6 meses faltaram ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem cuida, denota-se um decréscimo ligeiro, porquanto 79% da amostra referiu não o ter feito e 21% mencionou ter faltado, nos últimos 6 meses.

Dos participantes que referiram ter faltado ao trabalho a maior percentagem são do sexo feminino (24,2%), mas diferenças não são estatisticamente significativas pois  $p$ -value é superior a 0,050.

Entre os motivos apontados para a falta ao trabalho, 92,3% refere as consultas médicas e 7,7% a ansiedade.

### **Alterações da vida familiar**

Questionados sobre se a vida familiar foi significativamente afetada devido à situação da pessoa de quem cuida, 63% da amostra é de opinião que não sendo esta mais prevalente entre os participantes do sexo masculino (68,4%). Dos 37,0% que referem que a sua vida familiar foi significativamente afetada, 40,3% são do sexo feminino e 31,6% do masculino. Entre os grupos não encontramos significâncias estatísticas.

Para os que responderam que a sua vida foi afetada a nível da dependência 33,3% menciona a existência de alterações nos horários de trabalho; 11,1% a acumulação de tarefas; 14,8% alude instabilidade emocional e aumento de pressão e 3,7% foca as despesas monetárias.

São sobretudo os sujeitos do sexo masculino que evocam as alterações nos horários de trabalho e na acumulação de tarefas; enquanto as inquiridas do sexo feminino apontam a dependência e as despesas monetárias. Contudo metade dos inquiridos de ambos os sexos

considera que a sua vida foi afetada a nível do aumento de pressão e da instabilidade emocional.

Tabela 18 - Variáveis de natureza clínica do prestador de cuidados

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	n	%	n	%
<b>Opinião sobre estado de saúde</b>							
Muito bom		1	2,6	4	6,5	5	5,0
Bom		18	47,4	17	27,4	35	35,0
Razoável		16	42,1	34	54,8	50	50,0
Fraco		3	7,9	7	11,3	10	10,0
<b>Toma medicamentos ansiolíticos</b>							
Não		34	89,5	45	72,6	79	79,0
Sim		4	10,5	17	27,4	21	21,0
<b>Tipo de medicação</b>							
Calmantes para combater a ansiedade		-	0,0	2	100,0	2	100,0
Sedoxil		1	100,0	-	0,0	1	7,1
Mediprax 10 ml		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Lorsedal		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Lexotan		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Medicamentos Depressão Nervosa		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Vários		-	0,0	4	30,8	4	28,6
Valium		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Victan		-	0,0	1	7,7	1	7,1
Cainever protiasene		-	0,0	1	7,7	1	7,1
<b>Toma medicação para dormir</b>							
Não		30	78,9	44	71,0	74	74,0
Sim		8	21,1	18	29,0	26	26,0
<b>Se sim, especifique</b>							
Lorenin		2	50,0	5	45,5	7	46,7
Vários		-	0,0	1	9,1	1	6,7
Alprazolam		1	25,0	2	18,2	3	20,0
Xanax		1	25,0	1	9,1	2	13,3
Diazepam		-	0,0	1	9,1	1	6,7
Sedilnox		-	0,0	1	9,1	1	6,7
<b>Tratamento por doença nervosa</b>							
Não		34	89,5	42	67,7	76	76,0
Sim		4	10,5	20	32,3	24	24,0
<b>Se sim, especifique</b>							
Para a Depressão		1	100,0	7	87,5	8	88,9
Xanax, Lorenie		-	0,0	1	12,5	1	11,1
<b>Falta ao trabalho por doença do cuidador</b>							
Não		37	97,4	59	95,2	96	96,0
Sim		1	2,6	3	4,8	4	4,0
<b>Tipo de doença</b>							
Enxaqueca		-	0,0	1	100,0	1	100,0
Pneumonia		-	0,0	1	100,0	1	100,0
Depressão		-	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Falta ao trabalho por doença da pessoa dependente</b>							
Não		32	84,2	47	75,8	79	79,0
Sim		6	15,8	15	24,2	21	21,0
<b>Motivos</b>							
Ir a Consultas Médicas		4	100,0	8	88,9	12	92,3
Ansiedade		-	0,0	1	11,1	1	7,7
<b>Alteração da vida familiar</b>							
Não		26	68,4	37	59,7	63	63,0
Sim		12	31,6	25	40,3	37	37,0
<b>Razões</b>							
Alterações nos horários de trabalho		3	37,5	6	31,6	9	33,3
Acumulação de tarefas		1	12,5	2	10,5	3	11,1
Aumento de pressão		1	50,0	1	50,0	2	7,4
Instabilidade emocional		1	50,0	1	50,0	2	7,4
Dependência		2	25,0	8	42,1	10	37,0
Despesas monetárias		-	0,0	1	5,3	1	3,7

### 4.1.3. Variável independente do cuidador informal: sobrecarga do cuidador informal

As estatísticas relativas à sobrecarga do cuidador informam que o valor mínimo e máximos se encontra na perceção da autoeficácia, ado tratar-se da subescala que menor número de itens contém. Por outro lado, também é visível que o impacto da prestação de cuidados é o que apresentam valores mais elevados tanto no que se refere aos índices mínimos como máximos, por ser aquela que maior número de itens possui. Nesta conformidade, os valores médios também oscilam entre os 4,270 e 22,310 nas mesmas subescalas. Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas e os valores de curtose e assimetria, curvas leptocurtica para a relação interpessoal e normal para as restantes subescalas e enviesadas à esquerda no que respeita ao impacto na prestação de cuidados, relações interpessoais, e perceção de autoeficácia. Os testes de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov indiciam uma distribuição não normal.

Tabela 19 – Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidado

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Teste KS
Impacto da prestação de cuidados	11	47	22,310	9,898	4,025	2,971	-0,799	0,000
Relação Interpessoal	5	25	8,700	0,378	4,345	5,390	5,090	0,000
Expectativas com o Cuidar	4	19	11,900	0,438	3,653	-1,030	-2,010	0,001
Perceção de Autoeficácia	2	10	4,270	0,222	5,199	2,050	-1,906	0,000
Sobrecarga Total do Cuidador	22	86	47,270	1,555	3,287	1,568	-1,368	0,020

### Sobrecarga do cuidador e sexo

No intuito de saber se a sobrecarga do cuidador dependia do sexo do cuidador, efetuámos um teste t para amostras independentes. Apuramos que o sexo feminino é o que apresenta maior sobrecarga em todas as dimensões, sendo que as diferenças apenas se manifestam significativas em relação ao impacto na prestação de cuidados, relações interpessoais, e sobrecarga global, confirmando por esse facto a relação de dependência nestas dimensões e não confirmando em relação àquelas onde não se encontraram significância estatística.

**Tabela 20** – Teste t para diferenças de médias sobrecarga do cuidador e sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Leven,s p	t	p
	Masculino	Dp	Média	Dp			
Impacto prestação cuidados	19.81	6.92	23.83	9.77	0.006	-2.403	0.018
Relação Interpessoal	7.42	2.38	9.48	4.24	0.001	-3.105	0.002
Expectativas com o Cuidar	10.97	4.46	12.61	4.24	0.886	-1.815	0.069
Perceção de Autoeficácia	4.26	2.18	4.27	2.25	0.634	-0.024	0.981
Sobrecarga global	42.47	12.72	50.20	16.42	0.015	-2.633	0.010

### Sobrecarga do cuidador e idade

Também procuramos saber o tipo de relação existente entre a sobrecarga do cuidador e a idade. Os resultados da tabela 21 expressam que os mais velhos têm maior sobrecarga no que respeita ao impacto da prestação de cuidados e às relações interpessoais o grupo intermédio com as expectativas com o cuidar e sobrecarga total com o cuidador e o grupo mais jovem na perceção da autoeficácia. O teste de qui quadrado associado ao teste de Krskall Wallis não apresenta diferenças estatísticas significativas.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e sobrecarga do cuidador

Idade	<= 37 anos Ordenaçã o Média	38 - 46 anos Ordenação Média	47 - 57 anos Ordenação Média	> = 58 anos Ordenação Média	X2	P
Impacto da prestação de cuidados	38.78	49.77	56.83	56.90	6.400	0.090
Relação Interpessoal	39.46	48.65	56.04	58.00	6.522	0.089
Expectativas com o Cuidar	39.84	48.02	58.74	55.94	6.373	0.095
Perceção de Autoeficácia	56.20	56.52	47.40	41.71	5.075	0.166
Sobrecarga Total do Cuidador	38.16	50.00	57.41	56.75	7.049	0.070

### Sobrecarga do cuidador e estado civil

Será que o estado civil também influencia a sobrecarga do cuidador? No intuito de dar resposta a esta questão efetuámos o teste de UMW. Dos resultados obtidos ressalta que os participantes no estudo com o estado civil de casado têm uma maior sobrecarga do cuidador em todas as facetas do que os solteiros mas as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, o que não comprova a existência de relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 22 – Teste de UMW entre sobrecarga do cuidador e estado civil

	Idade	Solteiro Ordenação Média	casado Ordenação Média	X2	P
Impacto da prestação de cuidados		47.15	51.34	733.000	0.563
Relação Interpessoal		49.25	50.81	775.000	0.827
Expectativas com o Cuidar		45.13	51.84	692.500	0.535
Perceção de Autoeficácia		48.98	50.88	769.500	0.785
Sobrecarga Total do Cuidador		48.00	51.13	750.000	0.666

### Sobrecarga do cuidador e situação laboral

É sabido que a situação laboral interfere com a sobrecarga do cuidador. No intuito de procurarmos saber o tipo de relação existente efetuámos o teste t para amostras independentes. Aporta-se que os não ativos ou por outras palavras os desempregados ou reformados têm maior sobrecarga que os ativos (empregados) excerto no que respeita à perceção da autoeficácia. As diferenças são apenas significativas para a relação interpessoal.

Tabela 23 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e situação laboral

Situação laboral Variáveis	Ativo		Não ativo		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Impacto da prestação de cuidados	20.64	7.08	23.51	10.01	0.013	-1.680	0.096
Relação Interpessoal	7.78	2.70	9.36	4.29	0.006	-2.247	0.027
Expectativas com o Cuidar	11.23	4.36	12.53	4.34	0.810	-1.469	0.145
Perceção de Autoeficácia	4.61	2.07	4.01	2.30	0.493	1.344	0.182
Sobrecarga Total do Cuidador	44.28	13.66	49.43	16.55	0.161	-1.699	0.093

### Sobrecarga do cuidador e tempo que presta cuidados à pessoa dependente

Procuramos relacionar a sobrecarga do cuidador informal com o tempo que presta cuidados. Apuramos que a maior sobrecarga se observa em relação ao impacto na prestação de cuidados; as relações interpessoais e à sobrecarga total nas pessoas que estão dependentes entre 5 a 10 anos. Por outro lado a sobrecarga relativa à perceção da autoeficácia ocorre nos dependentes entre 1 a 5 anos e a expectativa com o cuidar observa-se sobretudo nos que se encontram dependentes há mais de 10 anos. Os cuidados que usufruem de menos sobrecarga na prestação de cuidados são os que têm a seu cargo pessoas dependentes há menos de um ano. As diferenças encontradas entre os grupos apenas são significativas para o impacto da prestação de cuidados e situam-se entre as pessoas dependentes à menos de um ano e entre 5 e 10 anos ( $p= 0.042$ ) e na sobrecarga total também para os mesmos dois grupos com um valor de  $p= 0.024$ .

Tabela 24- Teste Kruskal-Wallis entre tempo que presta cuidados e sobrecarga do cuidador

Idade	< 1anos Ordenaçã o Média	1 - 5 anos Ordenação Média	5 – 10 anos Ordenação Média	> 10 anos Ordenação Média	X2	P
Impacto da prestação de cuidados	30.39	51.92	55.58	54.42	8.066	0.045
Relação Interpessoal	35.14	51.10	62.08	49.85	7.193	0.066
Expectativas com o Cuidar	37.46	53.45	48.66	54.00	3.770	0.287
Perceção de Autoeficácia	35.14	54.05	54.39	51.36	5.111	0.164
Sobrecarga Total do Cuidador	29.82	52.45	56.45	53.72	8.502	0.037

### Sobrecarga do cuidador e idade da pessoa dependente

Reportando-nos à relação entre a sobrecarga do cuidador e idade da pessoa dependente, notamos pelos resultados da tabela 25 que as pessoas dependentes mais idosas são as que na sua globalidade maior sobrecarga acarretam para o cuidador em todos os domínios expressos, excetuando-se a perceção da autoeficácia que ocorre sobretudo nas pessoas dependentes com idades compreendidas entre os 53 e 57 anos. Curiosamente é este grupo que apresenta uma menor sobrecarga ao cuidador no que respeita ao impacto da prestação de cuidados, relações interpessoais, expectativas com o cuidar e sobrecarga total. Os valores de p não são significativos o que denota independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 25- Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e sobrecarga do cuidador

Idade	<= 35 anos Ordenaçã o Média	36 - 52 anos Ordenação Média	53 - 67 anos Ordenação Média	> = 68 anos Ordenação Média	X2	P
Impacto da prestação de cuidados	51.04	47.92	44.62	58.68	3.275	0.351
Relação Interpessoal	52.29	47.32	42.90	59.86	4.922	0.178
Expectativas com o Cuidar	45.23	50.70	43.65	62.48	6.543	0.088
Perceção de Autoeficácia	49.79	49.42	51.79	50.92	0.113	0.990
Sobrecarga Total do Cuidador	51.23	47.80	42.06	61.28	5.890	0.117

### Sobrecarga do cuidador e sexo da pessoa dependente

As evidências empíricas dizem-nos que o homem, regra geral, está muito mais dependente de prestação de cuidados que a mulher. Comprovamos este facto ao verificarmos que a sobrecarga do cuidador é maior em todas as dimensões da escala nas pessoas dependentes do sexo masculino com diferenças significativas entre os grupos em relação ao impacto na prestação de cuidados, expectativas com o cuidar e sobrecarga global. O teste de Levene assume igualdade de variâncias em todos os fatores da escala.

Tabela 26 – Teste t para diferenças de médias sobrecarga do cuidador e sexo da pessoa dependente

Variáveis	Sexo		Feminino		Leven,s p	t	p
	Masculino	Dp	Média	Dp			
Impacto da prestação de cuidados	24.77	9.31	20.98	8.57	0.513	2.043	0.044
Relação Interpessoal	9.57	3.68	8.23	3.76	0.759	1.709	0.091
Expectativas com o Cuidar	13.48	3.85	11.18	4.46	0.153	1.720	0.012
Perceção de Autoeficácia	4.37	2.31	4.21	2.18	0.685	2.575	0.739
Sobrecarga global	52.20	15.20	44.61	15.18	0.919	2.381	0.019

### Relação entre estado civil da pessoa dependente e sobrecarga do cuidador

Na tabela 27 expressa-se a relação entre o estado civil da pessoa dependente e a sobrecarga do cuidador informal. As ordenações médias indicam que a sobrecarga do cuidador é maior em todos os domínios nos dependentes solteiros, divorciados ou viúvos do que nos casados, mas as diferenças encontradas entre os dois grupos mostra que existe independência entre as variáveis.

Tabela 27 - Teste UMW entre estado civil da pessoa dependente e sobrecarga do cuidador

Idade	Solteiros Ordenação Média	casados Ordenação Média	UMW	p
Impacto da prestação de cuidados	54.39	48.58	977.000	0.345
Relação Interpessoal	53.38	49.08	1010.500	0.480
Expectativas com o Cuidar	54.61	48.48	970.000	0.319
Perceção de Autoeficácia	55.32	48.13	946.500	0.227
Sobrecarga Total do Cuidador	55.88	47.85	928.000	0.193

#### 4.1.4. Variáveis independentes do cuidador informal: personalidade do cuidador informal

Ao estudarmos a personalidade dos participantes no estudo, começamos por referir os valores encontrados nas estatísticas. Como se observa pela tabela 28, os índices mínimos para ambas as subescalas são seis e os máximos de 20 e 21 para o neuroticismo e extroversão com valores médios de 12,03 ( $\pm 0.293$  dp) e 13,40 ( $\pm 0.350$  dp) respetivamente. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov revela que o neuroticíssimo não possui uma distribuição normal e os valores de assimetria e curtose curvas normocúrticas com ligeiro enviesamento à esquerda para o neuroticismo. Já os coeficientes de variação são indicadores de uma dispersão baixa por apresentarem valores inferiores a 15,0%.

Tabela 28 – Estatísticas relativas ao tipo de Personalidade

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Teste KS
Neuroticismo*	6	20	12,020	0,293	2,438	2,021	0,171	0.008
Extroversão**	6	21	13,400	0,350	2,612	0,257	-1,324	0.176

### Personalidade do cuidador informal e sexo

Procuramos saber qual o tipo de personalidade era mais determinante nos participantes do estudo. Tendo para o efeito efetuado um teste t para amostras independentes. Dos resultados incertos na tabela 29 notamos que os participantes com traços de neuroticismo se verificam sobretudo no sexo feminino com diferenças estatísticas significativas e os mais extrovertidos no masculino, mas com índices médios não suficientemente fortes para produzir significância estatística.

Tabela 29 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
		Média	Dp	Média	Dp			
Neuroticismo		10.48	2.33	12.74	3.04	0.133	-3.296	0.001
Extroversão		13.81	2.88	13.14	3.83	0.011	0.993	0.326

### Personalidade do cuidador informal e idade

De igual modo também quisemos saber se a idade contribuía para os diferentes tipos de personalidade. Sem significância estatística, o teste de UMW revela que os neuróticos e os extrovertidos observam-se entre os cuidadores informais com idades compreendidas entre os 47-57 anos.

Tabela 30 - Teste Kruskal-Wallis entre idade e personalidade

Idade	<= 37 anos	38 - 46 anos	47 - 57 anos	> = 58 anos	X2	P
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Neuroticismo	53.70	44.48	57.78	47.00	3.293	0.349
Extroversão	61.84	52.42	52.85	35.60	11.020	0.012

### Personalidade do cuidador informal e estado civil

A tabela 31 reposta-se à relação entre personalidade e estado civil. Os resultados evidenciam que os inquiridos casados ou a coabitarem em união de facto são mais neuróticas mas em simultâneo mais extrovertidas que os solteiros separados ou divorciados, sem porém haver significância estatísticas entre os grupos em estudo.

Tabela 31- Teste de UMW entre personalidade e estado civil

Variáveis	Estado civil	Solteiro/sep/div.	Casado/u.facto	X2	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Neuroticismo		39.58	53.23	581.500	0.058
Extroversão		47.65	51.21	743.000	0.622

### Personalidade do cuidador informal e situação laboral

De que modo a situação laboral tem repercussões no tipo de personalidade? Foi uma das questões que se nos colocou e que procuramos dar resposta através do teste t de para amostras independentes? Denota-se, pelos valores médios, que o cuidador que se encontra numa situação de atividade laboral é menos neurótico e mais extrovertido que o participante desempregado. Assumindo igualdade de variâncias, o teste t não é explicativo o que significa uma relação de independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 32 – Teste t para diferenças de médias tipo de personalidade e situação laboral

Variáveis	Situacão laboral		Activo		Nãõ activo		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp					
Neuroticismo	11.64	2.54	12.29	3.17	0.125	-1.095	0.276		
Extroversão	14.04	3.63	12.93	3.36	0.519	1.564	0.116		

### Personalidade do cuidador informal e idade da pessoa dependente

A tabela 33 expõe os dados relativos ao estudo da personalidade do prestador de cuidados e da idade da pessoa dependente. Pela sua análise, verificamos que os participantes mais vincadamente neuróticos cuidam de pessoas dependentes mais idosas, secundados pelas dependentes com idades entre os 36 e 52 anos. Já os extrovertidos têm à sua responsabilidade pessoas dependes, com idade inferior a 52 anos. Os menos extrovertidos cuidam de pessoas mais idosas, mas diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 33 - Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e personalidade

Idade	<= 35 anos Ordenação Média	36 – 52 anos Ordenação Média	53 – 67 anos Ordenação Média	>= 68 anos Ordenação Média	X2	p
Extroversão	52.58	52.92	50.81	45.76	0.975	0.807

### Perturbações psicopatológicas: Depressão, ansiedade e stresse

Os resultados obtidos com as estatísticas da depressão, ansiedade e stresse encontram-se expressos na tabela 34. Em todas as subescalas o valor mínimo encontrado foi de 0 (zero) e o máximo de 21. A escala de stresse é a que apresenta valor médio mais elevado ( $\bar{X} = 6,250$ ) e em oposição surge a escala de ansiedade cuja média é de ( $\bar{X} = 4,120$ ). A escala que apresenta menor variabilidade é a depressão. No referente aos coeficientes de variação notamos a existência de dispersões baixas em todas as escalas uma vez que as percentagens são inferiores a 15% e os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda, o que é sustentado pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov que apresenta diferenças estatísticas significativas.

Tabela 34 – Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stresse

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	Teste KS
Depressão	0	21	4,470	0,411	9,195	5,178	3,874	0,000
Ansiedade	0	21	4,120	0,446	10,825	6,643	5,362	0,000
Stresse	0	21	6,250	0,478	7,648	4,639	1,889	0,000

## 4.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Uma vez efetuada a análise descritiva ir-se-á proceder à análise inferencial procurando dar resposta às questões de investigação que formulamos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

### 4.2.1. Relação entre variáveis sociodemográficas e depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal

A primeira questão procurava determinar em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam a depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal do doente mental. Procurando dar resposta a esta questão estudamos algumas variáveis sociodemográficas do cuidador informal, nomeadamente o sexo a idade, situação e emprego, estado civil e tempo que presta cuidados à pessoa dependente.

### Relação entre depressão, ansiedade e stresse e sexo do cuidador

Procuramos saber se os índices médios do estado depressivo, ansiedade e stresse eram discriminados pelo sexo. Nota-se pelos resultados apresentados na tabela 35 que o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados condizentes com maiores níveis de estado depressivo, ansiedade e stresse o sexo masculino. Assumindo igualdade de variâncias apenas para a depressão, o teste t indica-nos que o sexo é somente explicativo para a ansiedade.

Tabela 35 – Teste t para diferenças de médias depressão, ansiedade e stresse e sexo

Estilos de vida	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	4.23	3.83	4.61	4.29	0.625	-0.442	0.659
Ansiedade	2.84	2.89	4.90	5.04	0.002	-2.592	0.011
Stresse	5.47	3.60	6.72	5.34	0.011	-1.397	0.205

### Relação entre depressão, ansiedade e stresse e idade do cuidador

Recorreu-se ao teste estatístico de Kruskal-Wallis para o estudo da relação entre a depressão, ansiedade e stresse e os grupos etários. Dos resultados obtidos e expressos na tabela 35, pode-se verificar-se que participantes no estudo com idade entre os 47 e os 57 anos são os que apresentam índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse, secundados pelos de idade superior ou igual a 58 anos em relação à depressão e ansiedade e dos de idade inferior ou igual a 37 anos no que respeita ao stresse. As diferenças são significativas para o stresse localizando-se essa diferença nos grupos extremos ( $p= 0.035$ ).

Tabela 36 - Teste Kruskal-Wallis entre idade e depressão, ansiedade e stresse

Idade	<= 37 anos Ordenação Média	38 - 46 anos Ordenação Média	47 - 57 anos Ordenação Média	> = 58 anos Ordenação Média	X2	P
Depressão	49.46	43.25	59.85	50.48	4.090	0.252
Ansiedade	50.50	39.37	59.26	53.88	6.382	0.094
Stresse	53.90	36.94	60.52	51.92	8.893	0.031

### Relação entre depressão, ansiedade e stresse e situação de emprego do cuidador

Procuramos também saber a influência que a situação de emprego acarreta face aos níveis de depressão, ansiedade e stresse da amostra em estudo. Efetuado o teste t que assumiu igualdade de variâncias só para a depressão e ansiedade, notamos pelos valores médios que os que se encontram desempregados se encontram mais deprimidos e ansiosos mas com menos níveis de stresse que os seus congéneres empregados, sendo que as diferenças apenas se mostraram significativas para os níveis de ansiedade.

Tabela 37 – Teste t para diferenças de médias depressão, ansiedade e stresse e situação laboral

Situação laboral Estilos de vida	Activo		Não activo		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	3.76	3.42	4.98	4.50	0.143	-1.474	0.144
Ansiedade	2.97	4.09	4.98	4.55	0.163	-2.227	0.028
Stresse	5.30	3.61	6.93	5.39	0.015	-1.797	0.075

### Relação entre depressão, ansiedade e stresse e estado civil do cuidador

Analizamos a relação entre depressão ansiedade e stresse com o estado civil. Utilizando o teste de Kruskal Wallis, observamos que os participantes no estudo com o estado civil de casadas ou a coabitarem em união de facto apresentam índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse que os solteiros, divorciados ou viúvos com diferenças significativas no que respeita à ansiedade, o que denota a relação de dependência com esta subescala.

Tabela 38 - Teste de UMW entre estado civil e depressão, ansiedade e stresse do cuidador

Estado civil	Solteiro/sep/div.	Casado/u.facto	X <sup>2</sup>	P
Variáveis	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	46.58	51.48	0.463	0.496
Ansiedade	34.30	54.55	0.791	0.005
Stresse	39.83	53.17	3.409	0.065

### Relação entre depressão, ansiedade e stresse e tempo que presta cuidados à pessoa dependente

É sabido que o tempo de prestação de cuidados a uma pessoa dependente pode produzir alterações psicopatológicas de maior ou menor grau no prestador de cuidados. Para procurara saber se existe relação com esta evidência empírica, efetuámos o teste de Kruskal-Wallis cujos resultados se expressam na tabela 38. Visualizando o teste de qui quadrado e os valores de p a eles inerentes, notamos de imediato que não encontramos significância estatística, o que atesta a relação de independência entre as variáveis em estudo. Todavia observa-se que os maiores índices de depressão ansiedade e stresse se observam nos prestadores de cuidados que cuidam a pessoa dependente entre 5 e 10 anos e há mais de 10 anos. Já os menores índices de depressão, ansiedade e stresse, são observáveis nos que cuidam a pessoa dependente há menos de um ano.

Tabela 39 - Teste KW entre a depressão, ansiedade, stresse e tempo que presta cuidados à pessoa dependente

Idade	< 1anos	1 - 5 anos	5 – 10 anos	> 10 anos	X2	P
	Ordenaçã o Média	Ordenaçã o Média	Ordenaçã o Média	Ordenaçã o Média		
Depressão	37.96	48.79	58.13	52.82	4.315	0.229
Ansiedade	41.96	47.53	56.55	53.18	2.714	0.438
Stresse	36.71	49.08	55.48	54.26	4.518	0.211

#### 4.2.2. Relação entre variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal

A segunda questão procurava saber em que medida as variáveis sócio demográficas do doente mental interferem nas alterações psicopatológicas: ansiedade, depressão e stresse do cuidador informal. Nesse sentido, analisamos as variáveis sexo da pessoa dependente, idade, estado civil

#### Relação entre depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal e sexo da pessoa dependente

Olhando para os resultados expressos na tabela 40 e que confrontam os níveis de depressão, ansiedade e stresse com o sexo da pessoa dependente, inferimos que os cuidadores apresentam índices mais elevados de depressão ansiedade e stresse quando cuidam de pessoas dependentes do sexo masculino. Assumindo igualdade de variâncias apenas para a depressão, verificando-se diferenças estatísticas significativas em relação à ansiedade e stresse.

Tabela 40 – Teste t para diferenças de médias - depressão, ansiedade e stresse e sexo da pessoa dependente

Variáveis	Sexo		Leven's P		t	p	
	Masculino	Feminino	Média	Dp			
Depressão	5.34	4.07	4.00	4.08	0.652	1.569	0.120
Ansiedade	5.74	5.22	3.24	3.74	0.012	2.502	0.015
Stresse	7.94	5.27	5.33	4.25	0.100	2.679	0.009

#### Relação entre depressão, ansiedade e stresse do cuidador informal e idade da pessoa dependente

No estudo entre a depressão, ansiedade e stresse com algumas variáveis relacionadas com a pessoa dependente, também procuramos saber o comportamento desta variável co a idade da pessoa dependente. A tabela 41 expressa os resultados obtidos com o teste de KW e como verificamos maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse, são encontrados no prestador de cuidados que presta cuidados às pessoas dependentes mais

jovens. Em oposição os menores níveis de depressão, ansiedade e stresse do cuidador são observados na pessoa dependente mais velha. Registam-se diferenças estatísticas significativas para a depressão e stresse que ocorrem precisamente ente estes dois grupos com valores de “p” obtidos com o teste de Tukey através das ordenações de ( $p=0.034$ ) e ( $p=0.042$ ) respetivamente.

Tabela 41 - Teste Kruskal-Wallis entre idade da pessoa dependente e depressão, ansiedade e stresse

Idade	<= 35 anos Ordenação Média	36 - 52 anos Ordenação Média	53 - 67 anos Ordenação Média	> = 68 anos Ordenação Média	X2	P
Depressão	63.90	50.38	46.44	41.98	7.872	0.049
Ansiedade	56.58	50.04	50.31	45.32	1.890	0.596
Stresse	63.69	47.10	55.06	36.50	11.851	0.008

### Relação entre estado civil da pessoa dependente e depressão, ansiedade e stresse

Analizamos também a relação entre os índices de depressão, ansiedade e stresse da pessoa dependente com o estado civil da pessoa dependente. Dos resultados obtidos com o teste de UMW ressalta que os cuidadores informais têm maiores índices de depressão e de stresse com as pessoas dependentes solteiras divorciadas ou viúvas e menores níveis de ansiedade com as pessoas dependentes casadas ou a coabitarem em união de facto, mas a relação entre as variáveis em estudo não é explicativa.

Tabela 42 - Teste UMW entre estado civil da pessoa dependente depressão, ansiedade e stresse

Idade	Solteiros Ordenação Média	casados Ordenação Média	UMW	p
Depressão	55.08	48.25	954.500	0.266
Ansiedade	47.67	51.90	1012.000	0.490
Stresse	51.21	50.15	1082.000	0.863

#### **4.2.3. Relação entre sobrecarga e personalidade do prestador de cuidados, as perturbações psicopatológicas (depressão, ansiedade e stresse)**

A terceira questão procura saber de que modo a sobrecarga do cuidador informal e a sua personalidade produzem perturbações psicopatológicas, concretamente aumento dos níveis de estado depressivo, ansiedade e stresse

Procurando dar resposta a esta questão de investigação efetuamos uma regressão múltipla, dado que é o método utilizado por excelência quando pretendemos realizar análises multivariadas, ou seja, quando se pretende estudar mais que uma variável exógena (independente) de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável endógena (dependente) também de natureza quantitativa.

O método de estimação mais usado é o método de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente ou endógena.

Para além das variáveis acima referidas, ainda achamos importante porque podem ser preditores, incluir no modelo as idades do prestador de cuidados e da pessoa dependente.

#### **Relação entre variáveis independentes e depressão**

Os resultados apresentados na tabela 43 mostram que as correlações entre o **estado depressivo** e as variáveis independentes oscilando entre o ínfimo ( $r= 0.075$ ) na idade do cuidador e o razoável ( $r= 0.502$ ) na variável relacionada com a personalidade neuroticismo. A extroversão, outra componente da personalidade e a idade da pessoa dependente correlacionam-se negativamente com a depressão, sendo apenas a extroversão a que não apresentam significância estatística. Face aos resultados obtidos poderemos afirmar que quanto mais grave o estado depressivo maior a sobrecarga do cuidador; menor a idade do cuidador mais extrovertido é o cuidador e maior a idade da pessoa dependente.

Tabela 43 – Correlação de Pearson entre depressão e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Impacto prestação cuidados	0.410	0.000
Relação Interpessoal	0.311	0.001
Expectativas com o Cuidar	0.263	0.004
Perceção de Autoeficácia	0.226	0.012
Sobrecarga global	0.419	0.000
Neuroticismo	0.502	0.000
Extroversão	-0.262	0.004
Idade do cuidador	0.075	0.229
Idade da pessoa dependente	-0.327	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi o neuroticismo pois era a que em valor absoluto apresentava valor correlacional mais elevado. Esta variável explica 25,2% da variabilidade da depressão e o erro padrão de regressão é de 3.57, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da depressão.

A segunda variável a entrar no modelo foi a idade da pessoa dependente. As duas variáveis passaram a explicar 31,4% da variabilidade da depressão e o erro padrão de regressão diminuiu para 3.44. Finalmente entrou no modelo a sobrecarga total do cuidador informal e estas três variáveis em conjunto têm uma variabilidade de 39.6% conforme consta no quadro 4 que sintetiza os resultados finais da regressão múltipla efetuada.

Utilizou-se o VIF (*variance inflation factor*) para diagnosticar a multicolinearidade concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colinear.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t, dado também apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo com a depressão.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que as variáveis neuroticismo e sobrecarga total do cuidador informal estabelecem uma relação positiva e a variável idade da pessoa dependente uma relação negativa, pelo que podemos inferir que os cuidadores informais com mais depressão, são possuidores de um perfil de personalidade neurótica e apresentam maior sobrecarga de trabalho, sendo também os que lidam com a pessoa dependente de maior idade.

O modelo final ajustado para a depressão é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Depressão} = -1.422 + 0.455 \text{ de neuroticismo} - 0.066 \text{ de idade pessoa dependente} + 0.084 \text{ sobrecarga do cuidador.}$$

Quadro 3 – Regressão múltipla entre depressão e variáveis independentes

<b>Variável dependente = depressão</b>
R = 0.629
R <sup>2</sup> = 0.396

R <sup>2</sup> Ajustado = 0.377 Erro padrão da estimativa = 3.246 Incremento de R <sup>2</sup> = 0.082 F = 12.982 P = 0.001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
Constante	-1.422				
neuroticismo	0.455	0.324	3.648	0.000	1.257
Idade pessoa dependente	-0.068	-0.305	-3.733	0.000	1.062
Sobrecarga total	0.084	0.318	3.603	0.001	1.236
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	662.892	3	220.964	20.961	0.000
Residual	1012.018	96	10.542		
Total	1674.910	99			

### Relação entre variáveis independentes e ansiedade

No que concerne à ansiedade, pela tabela 44, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes continuam a oscilar entre o ínfimo ( $r = -0,061$ ) e o razoável ( $r = -0,471$ ) na idade do cuidador e no neuroticismo, respetivamente. Verificamos ainda que a ansiedade estabelece relações inversas com a extroversão e com a idade da pessoa dependente e diretas com as restantes, pelo que se pode afirmar que a maiores índices de ansiedade corresponde maiores índices onde as correlações são positivas e melhores onde são negativas.

**Tabela 44** – Correlação de Pearson entre ansiedade e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Impacto prestação cuidados	0.336	0.000
Relação Interpessoal	0.300	0.001
Expectativas com o Cuidar	0.331	0.000
Perceção de Autoeficácia	0.136	0.089
Sobrecarga global	0.380	0.000
Neuroticismo	0.471	0.000
Extroversão	-0.120	0.117
Idade do cuidador	0.061	0.272
Idade da pessoa dependente	-0.224	0.012

A consecução do modelo de regressão entre as variáveis independentes e ansiedade levou à realização de três passos. No primeiro registou-se a entrada do neuroticismo que explica por si só 22.2% da variação da ansiedade. No segundo figurou a expectativa com o cuidar o que fez com que as duas variáveis em simultâneo explicassem 27.2% da variabilidade. Já com a entrada da idade da pessoa dependente no terceiro passo a variância explicada passou a ser de 32.7%.

O erro padrão de regressão que inicialmente era de 3.95 diminuiu para 3.71 no último modelo. Os testes F e os valores de t ao apresentarem-se estatisticamente significativos nestes três passos, levam-nos a afirmar que todas estas variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo ansiedade, constituindo-se como preditoras. Denota-se ainda pelos valores do VIF a inexistência de problemas de colinearidade uma vez que oscilam entre 1.063 na idade da pessoa dependente e 1.070 no Neuroticismo (cf. quadro 4).

Por sua vez os coeficientes padronizados beta indicam que o neuroticismo é a variável com maior peso preditivo e a de menor peso é a idade da pessoa dependente. Enquanto com o neuroticismo e as expectativas com o cuidar a relação com a ansiedade é positiva, com a idade com a pessoa dependente é negativa, pelo que se pode afirmar que quanto maiores os índices onde a relação é negativa e menores onde é positiva, maiores os níveis de ansiedade

Do resultado desta regressão múltipla, resultou a seguinte fórmula global:

Ansiedade = -3.965 + 0.588 neuroticismo + 0.301 expectativas com o cuidar - 0.49 idade da pessoa dependente

Quadro 4 – Regressão múltipla entre ansiedade e variáveis independentes

<b>Variável dependente = stresse</b>					
R = 0.571					
R <sup>2</sup> = 0.327					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.306					
Erro padrão da estimativa = 3.714					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.040					
F = 5.688					
P = 0.019					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>Coefficiente padronizado</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>colinearidade VIF</b>
<b>Constante</b>	-3.965				
Neuroticismo	0.588	0.387	4.469	0.000	1.070
Expectativas com o	0.301	0.296	3.424	0.001	1.066
Cuidar Idade pessoa dependente	-0.049	-0.206	-2.368	0.019	1.063
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regressão	642.215	3	214.072	15.518	0.000
Residual	1324.345	96	13.795		
Total	1966.560	99			

### Relação entre variáveis independentes e stresse

Analisando o stresse, a tabela 45 demonstra que, as correlações entre esta variável e as variáveis independentes variam entre ( $r= 0.031$ ) na idade do cuidador, o que traduz uma correlação ínfima e os ( $r= -0.572$ ) no Neuroticismo.

O stresse estabelece uma relação direta com todas as variáveis exceto com a extroversão e a idade da pessoa dependente o que nos permite afirmar que, quanto menores os índices nas variáveis menor é o stresse onde as variáveis são positivas, mas maior onde são negativas. Por outro lado, somente não foram encontradas significâncias estatísticas apenas na idade do cuidador.

Tabela 45 – Correlação de Pearson entre stresse e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Impacto prestação cuidados	0.424	0.000
Relação Interpessoal	0.324	0.000
Expectativas com o Cuidar	0.314	0.001
Perceção de Autoeficácia	0.278	0.003
Sobrecarga global	0.452	0.000
Neuroticismo	0.572	0.000
Extroversão	-0.218	0.015
Idade do cuidador	0.031	0.380
Idade da pessoa dependente	-0.297	0.001

Pelo facto de ser o neuroticismo a variável que apresentava maior coeficiente de correlação em valor absoluto, foi a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou quatro passos. Esta variável explica no primeiro passo 32.7% da variação do stresse com um erro padrão de regressão de 3.940. No segundo passo verificou-se a entrada da sobrecarga global do cuidador informal, passando a explicar estas duas variáveis em conjunto 38.5% de variação. Sequencialmente, entram no modelo de regressão, as variáveis, idade da pessoa dependente e relações interpessoais. É, sobre este último modelo que apresentamos os resultados no quadro 6 e numa análise aos resultados obtidos, sobressai uma boa correlação ( $r=0.688$ ) que o conjunto destas variáveis estabelece com o stresse, explicando 47.3% da variação do stresse com um erro padrão de estimativa de 3.540.

Observamos também que as variáveis presentes no modelo não são colineares dado que os valores da *variance inflation factor* (VIF) oscilam entre os 1.068 na idade da pessoa dependente e os 3.293 na sobrecarga global do cuidador informal. Por outro lado os testes F e os valores de t ao apresentarem-se estatisticamente significativos, permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo têm valor explicativo na variável dependente stresse

No que respeita aos coeficientes padronizados beta a sobrecarga do cuidador informal é a variável que apresenta maior peso preditivo seguida da neuroticismo. A variável

que se configura com menor peso predito é a relação interpessoal. O neuroticismo e a sobrecarga global do cuidador informal estabelecem uma relação direta com o stresse, enquanto a idade da pessoa dependente e as relações interpessoais uma relação inversa, o que nos permite afirmar que os cuidadores com maior stresse são mais neuróticos e com maior sobrecarga de trabalho, e com piores relações interpessoais em pessoas dependentes mais velhas. Daí que modelo final ajustado para esta subescala seja dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Stresse} = -2.977 + 0.680 \text{ neuroticismo} + 0.164 \text{ sobrecarga global} - 0.071 \text{ idade pessoa dependente} - 0.343 \text{ relações interpessoais}$$

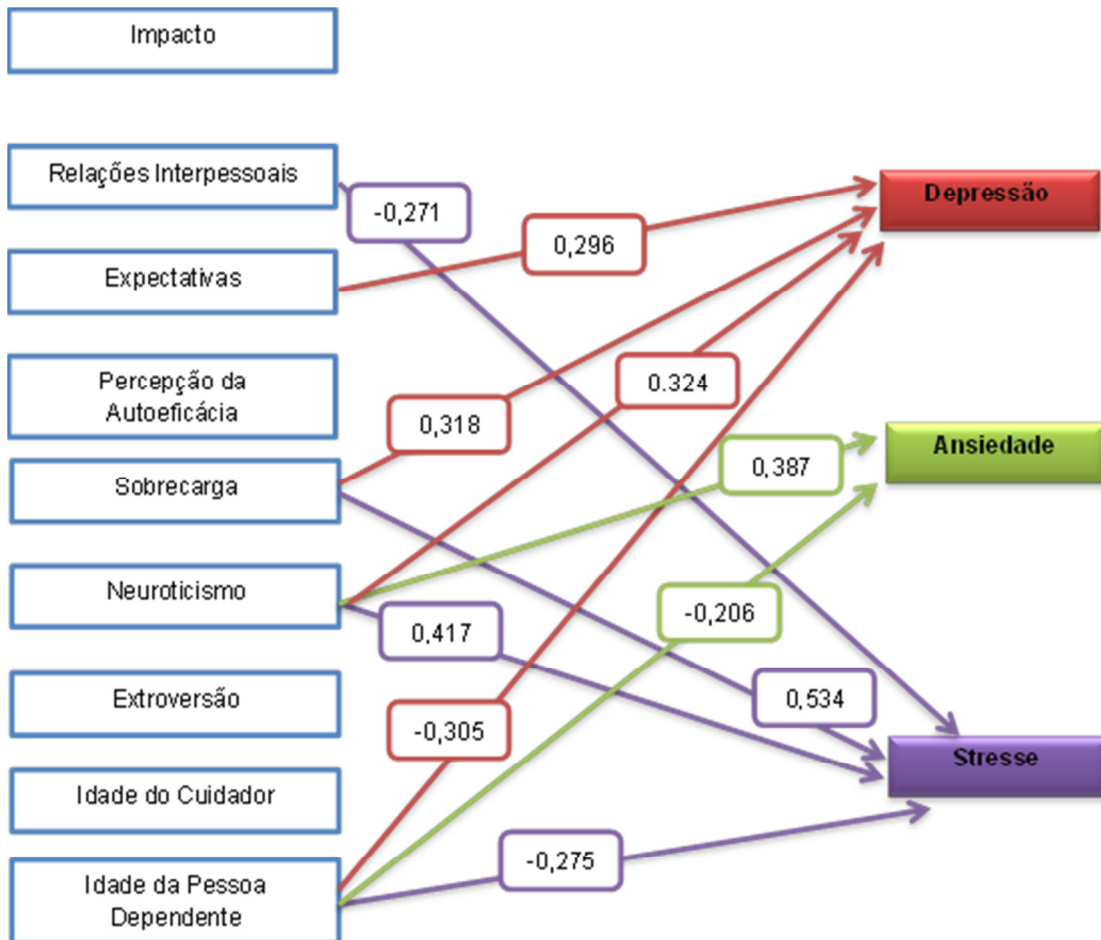
Quadro 5 – Regressão múltipla entre stresse e variáveis independentes

Variável dependente =stresse					
R = 0.688					
R <sup>2</sup> = 0.473					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.451					
Erro padrão da estimativa =3.540					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.023					
F = 4.186					
P = 0.044					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
Constante	-2.977				
Neuroticismo	0.680	0.417	4.979	0.000	1.267
Sobrecarga total	0.164	0.534	3.950	0.000	3.293
Idade pessoa dependente	-0.071	-0.275	-3.571	0.001	1.068
Relações interpessoais	-0.343	-0.271	-2.046	0.044	3.172
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1070.100	3	267.525	21.345	0.000
Residual	1190.650	96	12.533		
Total	2260.750	99			

**Em síntese:**

Para a depressão constituíram-se como variáveis preditoras: o neuroticismo, a idade da pessoa dependente e a sobrecarga global; para a ansiedade as variáveis preditoras foram neuroticismo, expectativas com o cuidar e idade da pessoa dependente; para o stresse as variáveis preditoras foram o neuroticismo, a sobrecarga global do cuidador informal, a idade da pessoa dependente e as relações interpessoais.

Figura 2 – Síntese da relação entre variável dependente e independente



## 5. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram ao encontro dos objetivos traçados e das características da amostra selecionada. Foi eleito como instrumento de recolha de dados o questionário. Apesar do questionário ser autoaplicado, foi necessária a presença da investigadora no preenchimento dos mesmos, de forma a esclarecer alguns itens, sem, contudo, alterar o sentido das respostas. É evidente que esta metodologia possui algumas desvantagens, nomeadamente, menos liberdade nas respostas em função da presença da investigadora, risco de distorções, pela influência do aplicador, menos prazo para responder às perguntas e insegurança das respostas por comprometimento do anonimato. Por outro lado, o facto de haver alguns itens muito semelhantes tornou a colheita de dados demorada e cansativa para os participantes.

Foi tido em consideração o momento mais oportuno para a realização da recolha de dados de modo a que houvesse uma maior participação dos participantes. No entanto, convém considerar as limitações inerentes à aplicação de instrumentos de recolha de dados em pessoas em meio hospitalar. Os resultados dependem da honestidade e sinceridade dos respondentes, uma vez que as respostas são dirigidas aos comportamentos desejáveis e não ao que realmente sucede.

Outra limitação encontrada residiu na dificuldade em conseguir-se o consentimento informado por parte dos participantes, os quais se mostravam renitentes em dá-lo, alegando terem já sido vítimas de fraudes. No entanto, após as devidas explicações sobre os objetivos desta investigação, os mesmos acabaram por participar livremente no estudo.

Salienta-se também que o facto de este estudo ter sido transversal, o qual permitiu unicamente avaliar o fenómeno no momento da investigação, proporcionando dados imediatos e utilizáveis. Neste tipo de estudo, o alcance é mais limitado do que se se tratasse de estudo longitudinal, que possibilita a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de participantes, facultando avaliar as mudanças relativas às variáveis em estudo, em termo de espaço temporal. Assim, a investigação foi condicionada às opções metodológicas, impedindo generalizarem-se os resultados, necessitando igualmente da confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Todavia e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados obtidos possibilitam adquirir um conhecimento mais efetivo e real das perturbações psicopatológicas no cuidador informal do doente mental, na amostra em estudo.

## **6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo realizamos uma discussão mais detalhada dos resultados obtidos, dando especial atenção aos mais significativos, confrontando-os com o quadro conceptual que deu suporte ao presente estudo, com os objetivos e com as questões enunciadas, bem como com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em discussão, enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Nesta perspetiva, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com as variáveis sociodemográficas.

A amostra em estudo é constituída por 100 cuidadores informais de doentes mentais, dos quais a maioria é do sexo feminino, com uma representatividade de 62% da amostra, com idades mínimas de 20 anos e máximas de 80 anos. Os participantes do sexo masculino, que representam 38,0% da totalidade da amostra, têm idades compreendidas entre os 19 e os 74 anos. Estes dados demonstram claramente que os cuidadores informais

continuam a ser maioritariamente femininos e são esposas e mães (ALVES et al., 2009; GUEDES, 2008).

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 80% dos participantes estão casados ou vivem em união de facto, sendo que destes a grande maioria é do sexo masculino (84,2%). Estes dados também corroboram os encontrados por Guedes (2008), pois na sua amostra houve um predomínio de cuidadores casados ou em união de facto. Outro resultado concordante com o da autora citada é ao nível da variável *escolaridade*, pois apurou-se que a maioria dos sujeitos possui o 2º Ciclo do Ensino Básico.

No que concerne à situação laboral, verificou-se que 58% dos inquiridos se encontram desempregados, sendo que destes 67,7% são do sexo feminino. Dos empregados, a maior percentagem é do sexo masculino (57,9%). Entre os grupos e sexo as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 6.357$ ;  $p=0,012$ ), situando-se entre os empregados e do sexo masculino e não empregados e sexo feminino. Uma vez mais há uma concordância entre os dados encontrados no presente estudo e os de Guedes (2008), uma vez que a maioria dos seus participantes encontra-se não ativos, correspondendo os mesmos, quase na totalidade, ao grupo do sexo feminino.

No que se refere aos dados encontrados em relação à pessoa dependente, constatou-se uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 88 anos. As pessoas dependentes do sexo masculino têm uma idade compreendida entre os 19 e os 87 anos, enquanto as do sexo feminino, os valores mínimos e máximos oscilam entre os 19 anos e os 88 anos. Confirmou-se que 67,0% das pessoas dependentes são casadas ou vivem em união de facto, sendo que destes a grande maioria (73,7%) é do sexo masculino, o que corrobora os dados anteriormente apresentados em relação ao estado civil dos prestadores de cuidados. Relativamente à situação laboral da pessoa dependente, verificou-se que 84,0% dos participantes não se encontram no ativo e na sua maior percentagem (54%) são do sexo feminino. Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2011) também encontram resultados semelhantes no seu estudo, ou seja, a maioria dos doentes mentais dependentes de um cuidador informal era do sexo feminino e estavam em situação de desempegada.

Confirmou-se que 75,0% dos inquiridos afirmou que a pessoa a quem presta cuidados vive no mesmo domicílio, sendo que desta percentagem predominam, com 89,5%, os que vivem com os prestadores do sexo masculino. A maior percentagem (33,9%) dos prestadores do sexo feminino não coabita com a pessoa a quem presta cuidados. Entre os grupos encontramos significância estatística ( $\chi^2= 6,848$ ;  $p=0,009$ ) que se situam face aos resíduos ajustados entre os prestadores do sexo masculino e que coabitam com as pessoas a quem prestam cuidados e do sexo feminino com as pessoas a quem não prestam cuidados.

Também procurámos saber o tempo a que o participante no estudo presta cuidados. Dos resultados apurados, verificou-se que 36,0% presta cuidados há mais de 10 anos e a grande maioria é do sexo masculino (47,4%).

O nosso estudo revela que mais de metade da amostra (58,0%) partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa, sendo sobretudo as mulheres com 62,9%, embora a percentagem dos prestadores de cuidados do sexo masculino, que partilham a responsabilidade na prestação de cuidados, se cifre nos 50,0%. Face a estes resultados é claro que a não partilha de responsabilidades na prestação de cuidados com outra pessoa é maior nos participantes do sexo masculino (50,0%) do que no feminino (37,1%). Sobressaíram os sujeitos que partilham responsabilidades de prestação de cuidados com a esposa (30,8%) e com os filhos (38,5%), maioritariamente do sexo masculino.

Os dados empíricos demonstram que a quase totalidade dos participantes no estudo (92,0%) referiu não receber ajuda regular para a prestação de cuidados (serviço domiciliário, empregada, etc.). Dos que aludiram não receber ajuda regular para a prestação de cuidados 87,1% são do sexo feminino. Para os que responderam afirmativamente receber ajuda regular, a mesma é consignada pelo Lar, pela empregada, pelo marido e pelo Centro de Dia.

Atendendo aos dados expostos, Martens e Addington (2006) e Rammohan et al. (2007) referem que o tempo de duração de prestação de cuidados ao doente mental, a não partilha de responsabilidades nessa prestação de cuidados e a falta de ajuda regular nessa tarefa assumem-se como fatores que resultam numa sobrecarga elevada para o cuidador, podendo, em muitos casos, resultar em perturbações psicopatológicas, como o stresse, a ansiedade e a depressão. De acordo com os mesmos autores, estas perturbações psicopatológicas ocorrem mais frequentemente nas mulheres que cuidam dos seus filhos ou maridos doentes mentais. O cuidador é submetido ao efeito prolongado do evento stressor, na experiência quotidiana de cuidar do doente, o que pode afetar a sua própria saúde mental (MARTENS e ADDINGTON, 2006; RAMMOHAN et al., 2007). Neste seguimento, pode dizer-se que os resultados obtidos corroboram esta afirmação, uma vez que metade dos inquiridos considerou razoável o seu próprio estado geral de saúde (50%), dos quais 54,8% são do sexo feminino. De notar ainda que 10,0% dos inquiridos mensurou a sua saúde como fraca, correspondendo a 11,3% de mulheres e 7,9% de homens, havendo, inclusive, participantes que tomam medicação para “acalmar os nervos”, a que correspondem 27,4% do sexo feminino e 10,5% do sexo masculino. Para este grupo de participantes, constata-se que é muito diversificada e sem interesse científico para o estudo que estamos a realizar. Confirmámos que 26% dos sujeitos da amostra toma medicamentos para dormir, sendo a percentagem mais elevada nos sujeitos do sexo feminino (29%),

comparativamente com os do sexo masculino (21,1%). Neste âmbito, o lorazepan foi o medicamento mais apontado por ambos os sexos.

Refira-se que Ekwál e Hallberg (2007) verificaram no seu estudo que os homens sentiam maior satisfação com o seu papel de cuidadores do que as mulheres, mesmo dedicando um número igual ou superior de horas à prestação de cuidados que as mulheres. Esta maior satisfação dos homens cuidadores pode estar relacionada com a utilização de estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, sendo este tipo de estratégias utilizadas maioritariamente pelo grupo de cuidadores satisfeitos com o seu papel, onde estavam incluídos os homens.

Associadas ao prestador de cuidados, principalmente quando a prestação de cuidados é de longa duração, podem ocorrer perturbações do foro psíquico nomeadamente estados depressivos. Assim, no nosso estudo, 76% dos inquiridos referiu nunca ter feito tratamento e 24% da amostra aludiu ter já feito um tratamento por doença nervosa, sendo que destes a maioria é do sexo feminino (32,3%). Song et al. (1997, cit. por Guedes, 2008) também verificaram que alguns prestadores de cuidados de doentes mentais, que possuíam os maiores níveis de sobrecarga, apresentaram os graus mais elevados de sintomatologia depressiva.

Confirmou-se que não é habitual os participantes no estudo faltarem ao trabalho por motivo de doença (96,0%). Como tal, nos últimos 6 meses, 79% da amostra não faltaram ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem cuida, sobretudo por motivos de consultas médicas e de ansiedade.

Questionados sobre se a vida familiar foi significativamente afetada devido à situação da pessoa de quem cuida, 63% da amostra é de opinião que não, sendo esta mais prevalecente entre os participantes do sexo masculino (68,4%). Para os que responderam que a sua vida foi afetada a nível da dependência, 33,3% menciona a existência de alterações nos horários de trabalho; 11,1% a acumulação de tarefas; 14,8% alude instabilidade emocional e aumento de pressão e 3,7% foca as despesas monetárias. Foram, principalmente, os sujeitos do sexo masculino que mencionaram as alterações nos horários de trabalho e na acumulação de tarefas; enquanto as inquiridas do sexo feminino apontam a dependência e as despesas monetárias. Porém, metade dos inquiridos de ambos os sexos considera que a sua vida foi afetada a nível do aumento de pressão e da instabilidade emocional.

Estes dados expostos, ainda que não muito significativos, sugerem que ser-se prestador de cuidados de um doente mental pode acarretar alterações na vida diária e profissional, resultando em sobrecarga. Segundo Weitzner et al. (2000, cit. por PEREIRA, 2009), durante o processo de cuidar pode ocorrer mudanças na sua estrutura socioprofissional e pessoal do cuidador informal, nas condições materiais e de emprego, na

saúde, com repercussões em termos de instabilidade emocional. Martins, Ribeiro e Garrett (2003) referem que a sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados, correspondendo, desta forma, à perceção subjetiva que o cuidador tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas.

Neste sentido, verificou-se que o sexo feminino é o que apresenta maior sobrecarga em todas as dimensões, sendo que as diferenças apenas se manifestam significativas em relação ao impacto na prestação de cuidados, relações interpessoais, e sobrecarga global, confirmando-se a relação de dependência nestas dimensões. Brito (2002) verificou, através do seu estudo, que as mulheres são as que mais sobrecarga apresentam quando em situação de prestação de cuidados, o que se deve ao acumulo de tarefas, como as domésticas e o cuidar da restante família. Porém, Matos (2004, cit. por Pereira, 2009) salienta que as características sociodemográficas e pessoais como o sexo, a idade, estatuto socioeconómico, escolaridade e o nível de maturidade de cada indivíduo são passíveis de influenciar a sobrecarga do cuidador informal de um doente dependente.

Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação laboral com a sobrecarga do cuidador, dado que os sujeitos não ativos (desempregados ou reformados) têm maior sobrecarga que os ativos (empregados) excerto no que respeita à perceção da autoeficácia. As diferenças são apenas significativas para a relação interpessoal. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os cuidadores que estão desempregados passarem mais tempo com o doente o que poderá sugerir mais desgaste na relação interpessoal e em termos psicológicos.

Apurou-se igualmente que há influência do tempo que presta cuidados e a sobrecarga, nomeadamente em relação ao impacto na prestação de cuidados; nas relações interpessoais e na sobrecarga total nas pessoas que estão dependentes entre 5 a 10 anos. As diferenças encontradas entre os grupos são significativas para o impacto da prestação de cuidados e situam-se entre as pessoas dependentes há menos de um ano e entre 5 e 10 anos ( $p= 0.042$ ) e na sobrecarga total também para os mesmos dois grupos, com um valor de  $p= 0.024$ . Estes dados também sugerem que, tal como afirma Santos (2004), o tempo de duração da prestação de cuidados é uma variável que interfere na sobrecarga do cuidador, uma vez que há o fator saturação física e psicológica, podendo, inclusive, resultar em níveis elevados de stresse, em muita ansiedade e em estado depressivos.

Vários estudos, conforme Pereira (2009), têm afirmado que o papel de cuidador informal de um doente mental representa uma sobrecarga física e psicológica, onde a depressão é uma alteração de saúde que ocorre frequentemente (Eisdorfer, 2003). Constituem um grupo com níveis superiores de ansiedade e depressão comparativamente à população em geral, consomem mais psicofármacos e tem uma pior perceção da sua saúde

(Garre-Olmo et al., 2000). Também O' Brien (2000) e Weitzner et al. (2000), referem que são frequentes casos de ansiedade, depressão ou sensação de isolamento. Estima-se que 60 a 70 % dos cuidadores de doentes mentais desenvolve stresse ou outras perturbações psicopatológicas (O' Brien, 2000) (FRANÇA, 2010).

As evidências empíricas demonstram igualmente que o homem, regra geral, está muito mais dependente de prestação de cuidados que a mulher, pois verificámos que a sobrecarga do cuidador é maior em todas as dimensões da escala nas pessoas dependentes do sexo masculino com diferenças significativas entre os grupos em relação ao impacto na prestação de cuidados, expectativas com o cuidar e sobrecarga global. Estes dados foram corroborados com os apurados em relação às perturbações psicopatológicas, pois inferimos que os cuidadores apresentam índices mais elevados de depressão ansiedade e stresse quando cuidam de pessoas dependentes do sexo masculino. Assumindo igualdade de variâncias apenas para a depressão, verificando-se diferenças estatísticas significativas em relação à ansiedade e stresse. De acordo com a experiência, poder-se-á dizer que, por norma, o doente mental do sexo masculino, revela-se mais agressivo, menos tolerante, não adere tanto á terapêutica medicamentosa, sendo estas algumas das variáveis que poderão explicar essa maior sobrecarga do cuidador e as perturbações psicopatológicas.

Quanto à personalidade do cuidador, verificou-se que os participantes com traços de neuroticismo são sobretudo os do sexo feminino, com diferenças estatísticas significativas, e os mais extrovertidos no masculino, mas com índices médios não suficientemente fortes para produzir significância estatística. Estes dados poderão ser suportados empiricamente com o facto de os indivíduos com traços de personalidade de neuroticismo serem mais ansiosos e instáveis, propensos a pensamentos irrealistas e dificuldades de ajustamento (Eysenck, 1970, cit. por PINTO, 2007).

Quanto ao estudo da relação entre o estado depressivo, a ansiedade e o stresse, começa-se por dizer que os participantes do sexo feminino apresentam índices médios mais elevados condizentes com maiores níveis de estado depressivo, ansiedade stresse o sexo masculino. Assumindo igualdade de variâncias apenas para a depressão, o teste t indicamos que o sexo é somente explicativo para a ansiedade. Estes dados corroboram o anteriormente dito em relação à sobrecarga que as mulheres apresentam quando comparadas com os homens. A este propósito, Fonseca (2010) refere que os cuidadores femininos estão mais dispostos a uma fragilização psicológica.

Conforme referido por Morris, Moris e Britton (1988, cit. por Pereira, 2009) diversos investigadores têm sugerido que as diferenças de sexo poderão ser um fator importante, uma vez que as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, a manifestar níveis mais elevados de tensão perante as situações e a ter maior dificuldade em aceitar

apoio externo para a prestação de cuidados. No entanto, outros estudos apontam para que o sexo seja apenas um fator importante no que se refere à pessoa que vai assumir o cuidado, verificando-se que, após o assumir dessa responsabilidade, não há diferenças significativas no que diz respeito a estes aspetos (FONSECA, 2010).

É a própria família e dentro desta principalmente as mulheres que assumem a responsabilidade da prestação de cuidados a um membro doente. Acresce a este papel da mulher a realização de tarefas domésticas e cuidar dos filhos, apesar de também elas integrarem o mundo laboral (MONTGOMERY & KOSLOSKI, 2009).

De acordo com Borg e Hallberg (2006), o envolvimento frequente, intenso e afetivo das mulheres no cuidar é consistente com as pressões e com as expectativas para que as mulheres assumam o papel de cuidadoras e com a sua tendência para internalizar a experiência stressante dos outros muito mais do que os homens.

Outras diferenças de origem psicológica podem explicar a diferença de género, nomeadamente o facto de a mulher cuidadora apresentar uma maior ligação emocional e empenho na prestação de cuidados, de o homem apresentar distância emocional na execução das suas tarefas de cuidadores, o que lhe serve de proteção contra o aparecimento de perturbações psicopatológicas, como o stresse, a ansiedade e a depressão, bem como a ocorrência de sobrecarga, mais habitualmente sentida pelas mulheres. Este maior empenho e ligação emocional por parte das mulheres explicam a presença de perturbações psicopatológicas, decorrentes da mulher cuidadora partilhar os mesmos sentimentos e sofrimento daquele que é cuidado (MONIN & SCHULZ, 2009).

Yee e Schulz (2000, cit. por Ekwall & Hallberg, 2007) verificaram que as mulheres apresentavam maior risco de morbilidade psiquiátrica que os homens, exibindo, nomeadamente, elevados níveis de depressão, ansiedade, entre outros, que podem estar relacionados com o facto de as mulheres terem mais exigências na prestação de cuidados, dependerem mais tempo para prestar os cuidados necessários e estarem mais envolvidas nas tarefas diárias de cuidar.

Verificou-se igualmente que os participantes com idade entre os 47 e os 57 anos são os que apresentam índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse, secundados pelos de idade superior ou igual a 58 anos em relação à depressão e ansiedade e dos de idade inferior ou igual a 37 anos no que respeita ao stresse. As diferenças são significativas para o stresse localizando-se essa diferença nos grupos extremos ( $p= 0.035$ ). Para Neundorfer et al. (2006), o stresse, a ansiedade e a depressão que os cuidadores experimentam residem basicamente em dois aspetos: os relacionados com o cuidar da pessoa dependente e as mudanças que esta tarefa implica na vida do cuidador. A grande dificuldade de cuidar surge quando o desempenho desta tarefa implica uma disponibilidade de tempo quase permanente e a responsabilidade recai sobre um único indivíduo, sem

consideração pela situação socioeconómica, motivações e tipo de relação entre o cuidador e o sujeito alvo dos cuidados, conduzindo a um desgaste e, por fim, a uma situação de exaustão imposta pelas múltiplas solicitações físicas e emocionais.

Os valores médios encontrados no presente estudo revelam que os participantes que se encontram desempregados se encontram mais deprimidos e ansiosos, mas com menos níveis de stresse que os seus congéneres empregados, sendo que as diferenças apenas se mostraram significativas para os níveis de ansiedade. Estes dados poderão ser explicados com o facto de serem os participantes que se encontram desempregados a estarem mais em contato diário com o doente mental, o que poderá ter interferência no seu bem-estar psicológico, resultante de um estado de desgaste emocional.

Observou-se que os participantes no estudo com o estado civil de casado ou a coabitarem em união de facto apresentam índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse que os solteiros, divorciados ou viúvos com diferenças significativas no que respeita à ansiedade, o que denota a relação de dependência com esta subescala. Estes dados poderão ser explicados pelo facto de a presença de um dos cônjuges com doença mental no casal afetar mais a homeostasia familiar, resultando em maior desgaste emocional.

Rodríguez (2006), num estudo com cuidadores informais de doentes mentais, verificou que a ansiedade afetava mais de metade dos cuidadores, seguindo-se-lhe os que apresentavam depressão ou sintomas depressivos. Mais de metade dos cuidadores sentia-se sufocada pelos problemas inerentes à prestação de cuidados ao doente mental. Um aumento da irritabilidade foi referido por muitos cuidadores, evidenciando comportamentos hostis com o doente e com outras pessoas. O mesmo autor também verificou que a maioria dos sujeitos descuidavam os cuidados com outros familiares e abandonaram alguns cuidados pessoais, como ir ao cabeleireiro, a alimentação e o vestuário. Similarmente demonstravam diminuição do interesse em relação à situação laboral, amizades e relação conjugal. O consumo excessivo de café, tabaco, álcool, ansiolíticos e hipnóticos foi referido por vários dos cuidadores.

Registaram-se maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse nos prestadores de cuidados que prestam cuidados às pessoas dependentes mais jovens. Registam-se diferenças estatísticas significativas para a depressão e stresse que ocorrem precisamente ente estes dois grupos (cuidadores de pessoas dependentes mais jovens e cuidadores de pessoas dependentes mais velhos) com valores de “p” obtidos com o teste de Tukey através das ordenações de ( $p=0.034$ ) e ( $p=0.042$ ) respetivamente. Estes resultados poderão ser justificados com o pressuposto de que os doentes com mais idade já não têm tanta vitalidade, aceitam melhor a terapêutica do que os mais novos e, por norma, são menos exigentes.

No que se refere aos resultados obtidos acerca da relação entre a sobrecarga e a personalidade do prestador de cuidados, e as perturbações psicopatológicas (depressão, ansiedade e stresse), verificou-se que para depressão constituíram-se como variáveis preditoras: o neuroticismo, a idade da pessoa dependente e a sobrecarga global; para a ansiedade, as variáveis preditoras foram neuroticismo, expectativas com o cuidar e idade da pessoa dependente; para o stresse, as variáveis preditoras foram o neuroticismo, a sobrecarga global do cuidador informal, a idade da pessoa dependente e as relações interpessoais.

Face a estes resultados, Guimarães e Rodrigues (2005) referem que existem cuidadores que se sentem presos ao doente de que cuidam e que, de igual forma, sentem que a sua vida se vai deteriorando em simultâneo com a do doente. Também Brito (2002) salienta que o estado psicológico negativo que os prestadores de cuidados de um doente dependente apresentam é o resultado da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das limitações sociais e das exigências económicas que surgem na prestação de cuidados. Por outro lado, Esta tarefa relaciona-se com os sentimentos e emoções inerentes à própria situação de cuidar, incluindo a forma como o cuidador sente a situação de sobrecarga e o seu grau de desânimo, stresse, ansiedade ou depressão (Morris, Morris e Britton, 1989; Roig, Abengózar e Serra, 1998, cit. por PEREIRA, 2009).



## CONCLUSÃO

As exigências implícitas na relação do cuidar de um doente mental podem afetar o cuidador informal de diferentes formas. Na literatura são referidos os aspetos negativos associados à prestação informal de cuidados e os aspetos positivos.

A sobrecarga, o stresse, a ansiedade e a depressão são algumas das principais consequências do papel de cuidador informal. O modelo da deterioração gradual reforça esta ideia, pois refere que o estado mental do cuidador informal se vai deteriorando, de forma progressiva, à medida que há um declínio da saúde do familiar a ser cuidado, à medida que o tempo do cuidado aumenta e em situações em que não há partilha desta tarefa nem ajudas externas (MONTGOMERY & KOSLOSKI, 2009). Os mesmos autores testaram o modelo e verificaram que os indivíduos que continuaram a prestar cuidados informais a um doente dependente tinham uma deterioração linear no bem-estar psicológico.

Figueiredo e Sousa (2008), com base nas evidências do seu estudo, referem que muitos cuidadores informais percecionam o seu estado de saúde mental como fraco, consideram que a prestação informal de cuidados tem um impacto negativo na satisfação de vida, o qual é mais manifesto naqueles que prestam cuidados de forma frequente, em comparação com aqueles que prestam cuidados com menor frequência. A qualidade de vida dos cuidadores é menor quando partilham a habitação com o doente dependente, dado que abdicam das suas tarefas para poder prestar cuidados ao seu familiar (Figueiredo & Sousa, 2008), a sua vida fica restringida, todo o seu tempo preenchido e as suas necessidades são esquecidas, o que aumenta, assim, a sobrecarga e a possibilidade de surgirem perturbações psicopatológicas, como o stresse, a ansiedade e a depressão.

As perturbações psicopatológicas manifestadas pelos prestadores de cuidados (Martín, 2005, cit. por Figueiredo & Sousa, 2008) informais a um doente mental surgem como uma das principais consequências negativas desse papel desempenhado, devendo-se particularmente não só às exigências do ato de cuidar, mas também às próprias características da doença mental. A depressão e a ansiedade como consequências da prestação de cuidados estão relacionadas com a perceção negativa do estado de saúde do próprio cuidador, com o tempo dedicado à prestação de cuidados com as atitudes negativas por parte da pessoa cuidada, com o pouco apoio sentido por parte de outros membros da família, com as dificuldades económicas, com as interações sociais negativas e com a privação relacional (NEUNDORFER et al., 2006). Como tal, as perturbações psicopatológicas podem ser concebidas como preditores ou uma consequência da sobrecarga.

Com base no estudo prático, poder-se-á dizer que esta investigação permitiu compreender melhor os fatores que interferem nas perturbações psicopatológicas do cuidador informal do doente mental, ou seja, atingiram-se os objetivos inicialmente traçados.

Os resultados da presente investigação sugerem que, na amostra constituída por 100 cuidadores informais de doentes mentais, dos quais a maioria é do sexo feminino, com idades mínimas de 20 anos e máximas de 80 anos, as mulheres apresentam maior sobrecarga em todas as dimensões, com diferenças significativas em relação ao impacto na prestação de cuidados, relações interpessoais, e sobrecarga global, confirmando-se a relação de dependência nestas dimensões.

Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação laboral com a sobrecarga do cuidador, dado que os sujeitos não ativos (desempregados ou reformados) têm maior sobrecarga que os ativos (empregados) excerto no que respeita à perceção da autoeficácia. As diferenças são significativas para a relação interpessoal.

Apurou-se igualmente que há influência do tempo que presta cuidados e a sobrecarga, nomeadamente em relação ao impacto na prestação de cuidados; nas relações interpessoais e na sobrecarga total nas pessoas que estão dependentes entre 5 a 10 anos. As diferenças encontradas entre os grupos são significativas para o impacto da prestação de cuidados e situam-se entre as pessoas dependentes há menos de um ano e entre 5 e 10 anos e na sobrecarga total também para os mesmos dois grupos.

As evidências empíricas demonstram igualmente que o homem, regra geral, está muito mais dependente de prestação de cuidados que a mulher, pois verificámos que a sobrecarga do cuidador é maior em todas as dimensões da escala nas pessoas dependentes do sexo masculino com diferenças significativas entre os grupos em relação ao impacto na prestação de cuidados, expectativas com o cuidar e sobrecarga global. Estes dados foram corroborados com os apurados em relação às perturbações psicopatológicas, dado que se inferiu que os cuidadores apresentam índices mais elevados de depressão ansiedade e stresse quando cuidam de pessoas dependentes do sexo masculino.

Outra conclusão a que se chegou foi que os participantes com traços de neuroticismo são sobretudo os do sexo feminino, com diferenças estatísticas significativas, e os mais extrovertidos no masculino, mas com índices médios não suficientemente fortes para produzir significância estatística.

Confirmou-se que, na amostra em estudo, os participantes do sexo feminino apresentaram índices médios mais elevados condizentes com maiores níveis de estado depressivo, ansiedade stresse o sexo masculino. Assumindo igualdade de variâncias para a depressão, cujos dados indicaram que o sexo apenas foi explicativo para a ansiedade.

Averiguou-se igualmente que os participantes com idade entre os 47 e os 57 anos foram os que apresentaram índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse, seguidos dos que possuíam idade superior ou igual a 58 anos em relação à depressão e ansiedade e dos de idade inferior ou igual a 37 anos no que respeita ao stresse. As diferenças foram significativas para o stresse, nomeadamente nos grupos extremos.

Os valores médios encontrados no presente estudo revelaram que os participantes que se encontravam desempregados revelavam-se mais deprimidos e ansiosos, mas com menos níveis de stresse que os seus congéneres empregados, sendo que as diferenças apenas se mostraram significativas para os níveis de ansiedade.

Concluiu-se que os participantes com o estado civil de casado ou a coabitarem em união de facto apresentaram índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse que os solteiros, divorciados ou viúvos com diferenças significativas no que respeita à ansiedade.

Registaram-se maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse nos prestadores de cuidados que prestam cuidados às pessoas dependentes mais jovens. As diferenças estatísticas significativas recaíram na depressão e no stresse que ocorrem precisamente ente estes dois grupos (cuidadores de pessoas dependentes mais jovens e cuidadores de pessoas dependentes mais velhos).

Quanto aos resultados obtidos acerca da relação entre a sobrecarga e a personalidade do prestador de cuidados, e as perturbações psicopatológicas (depressão, ansiedade e stresse), apurou-se que para depressão constituíram-se como variáveis preditoras: o neuroticismo, a idade da pessoa dependente e a sobrecarga global; para a ansiedade, as variáveis preditoras foram neuroticismo, expectativas com o cuidar e idade da pessoa dependente; para o stresse, as variáveis preditoras foram o neuroticismo, a sobrecarga global do cuidador informal, a idade da pessoa dependente e as relações interpessoais.

Mediante estes resultados e tendo-se em conta que, cada vez mais, a enfermagem é entendida como uma ciência e arte do “cuidar”, englobando cuidados científicos, técnicos e humanos, baseados no relacionamento interpessoal entre enfermeiro/utente/família, então, deve assumir-se uma posição forte na essência da prestação de cuidados às pessoas, com base num modelo holístico, não esquecendo a pessoa que presta cuidados informais a um doente mental. Assim, a relação de ajuda que se estabelece entre o profissional de saúde e o cuidador informal deve também tornar-se num dos aspetos importantes do contexto de enfermagem de Saúde Mental.

É nesta linha de pensamento que a enfermagem tem e deve continuar a sustentar a sua prática para um modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa, no caso concreto o cuidador informal do doente mental.

Assim, sugere-se uma maior atenção ao cuidador, o qual deve ser ouvido de forma ativa, a fim de se poder ajudá-lo a arranjar estratégias de *coping* facilitadoras da prestação de cuidados ao doente mental, reduzindo-se os efeitos psicopatológicos que diminuem a sua qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- ALFARO-RAMÍREZ DEL CASTILLO, Olga Isabel [et al.] - Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Medica del IMSS [Em linha]. Vol. 46, nº 5 (2008), p. 485-494. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.artemisaenlinea.org.mx/articulo.php?id=3935&arte=a>>.
- ALLEN, Rebecca S. [et al.] - Responding to the needs of caregivers near the end of life: enhancing benefits and minimizing burdens. In: WERTH, James L. ; Blevins, Dean, eds. - **Psychosocial issues near the end of life: a resource for professional care providers** [Em linha]. Washington, DC: American Psychological Association, 2006. P. 183-201. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://psycnet.apa.org/books/11262/008>>.
- ALMEIDA, Telma ; SAMPAIO, F. M. - Stresse e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 8, nº1 (2007), p. 143-149.
- ALVES, Márcia Lúcia Sousa Dias - **O sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal** [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2752/1/605762\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2752/1/605762_Tese.pdf)>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-IV-TR : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. Lisboa : Climepsi, 2006.
- ARAÚJO, Paula Marisa Costa - **Dificuldades do cuidador informal da pessoa com doença de Alzheimer** [Em linha]. Lisboa: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, 2011. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2679/3/T\\_18734.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2679/3/T_18734.pdf)>.
- BEESON, C., FALLOON, I., BUTTERWORTH, A. [et al.] - The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. British Journal of psychiatry. n.º 165, (2006), p. 222-230.
- BORG, C. ; HALLBERG, I. - Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Em linha]. Vol. 20, nº 4 (2006), p. 427-438. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17116152>>.
- BRITO, Luísa - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto, 2002. ISBN 972-8535-19-9.

- CARRETERO GÓMEZ, Stephanie; GARCÉS FERRER, Jorge ; RÓDENAS RIGLA, Francisco - **La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial**. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006. <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.
- CASTRO, Susana Cristina Pereira de - **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>>.
- CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - **O cuidador e o doente paliativo : análise das necessidades-dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra : Formasau, 2005. ISBN 972-8485-49-2.
- CLAÚDIO, Victor - Domínios de esquemas precoces na depressão. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série XXVII, n.º 2 (Abril/Junho 2009), p. 143-157.
- DUARTE, João Carvalho - **Fatores preditores da tolerância ao trabalho noturno em estudantes de enfermagem**. Badajoz: Universidad de Extremadura- Departamento de Psicología y Sociología de la Educación, 1996. Dissertação de mestrado.
- EKWALL, A. ; HALLBERG, I. - The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. Journal of Clinical Nursing [Em linha]. Vol. 16, nº 5 (2007), p. 832-844. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17462034>>.
- FERNÁNDEZ-BALESTERES, Rócio - **Evaluation conductual hoy: un enfoque para el cambio en sicología clínica y de la salud**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 2006.
- FERREIRA, Maria Emília de Sousa - **Um olhar sobre a (d)estigmatização do doente mental** [Em linha]. 2005. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL:[http://cassiopeia.esel.ipleiria.pt/esel\\_eventos/files/1808\\_Emilia\\_Ferreira\\_\\_Painel\\_4\\_\\_427f84367a81e.pdf](http://cassiopeia.esel.ipleiria.pt/esel_eventos/files/1808_Emilia_Ferreira__Painel_4__427f84367a81e.pdf)>.
- FIGUEIREDO, Daniela - **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- FIGUEIREDO, Daniela ; SOUSA, Liliana - Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 26, nº1 (2008), p. 15-24.
- FISHER, D. - **A new vision of recovery: people can fully recover from mental illness, itis not a life-long process**. Lawrence, MA: National Empowerment Center, 2006.
- FONSECA, Tânia Sofia Borges - **Sobrecarga, depressão e generatividade em mulheres cuidadoras informais** [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia,

2010. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2495>>.
- FONTAINE, O.; KULBERTUS, H.; ÉTIENNE, A., eds. - **Stress e cardiologia**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusociência, D. L. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRANÇA, Joana Catarina Pereira Mendonça Oliveira – **Saúde Mental e Necessidades nos Cuidadores de Familiares com Demência**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2010. [Consult. em 6 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1641>
- FRASQUILHO, Maria Antónia - Stress psicossocial como fator de risco de doenças cardiovasculares. Cardiologia Actual. Nº30 (2005), p. 1069-1075.
- FREITAS, Maria do Carmo Nunes Aragão - **Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários** [Em linha]. Funchal: Universidade da Madeira, 2009. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: < <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/37>>.
- GRAZIANI, Pierluigi - **Ansiedade e perturbações da ansiedade**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- GUEDES, Anabela da Silva Moutinho - **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional** [Em linha]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina - Departamento de Psiquiatria, 2008. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23753/2/Avaliao%20do%20impacto%20da%20perturbao%20mental%20na%20familia%20e%20implementao%20de%20um%20programa%20psicoeducacional.pdf>>.
- GUIMARÃES DE ANDRADE, Oseias ; APARECIDA, Rosalina ; RODRIGUES, Partezani - Representaciones del cuidador familiar. Revista ROL de Enfermería. Barcelona. Vol. 22, nº 6 (2005), p. 453-464.
- KARADEMAS, Evangelos ; KARVELIS, Spyridoula ; ARGYROPOULOU, Katerina - Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress [Em linha]. Vol. 23, nº 3 (2007), P. 161. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.1132/pdf>>.
- KARASAWA, K. [et al.] - Depression among Japanese informal caregivers for elderly people. Psychology, Health & Medicine [Em linha]. Vol. 8, nº 3 (2007), p 371-376. [Consult. em 12 de

Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354850031000135803#preview>>.

LEITE, Ema Sacadura ; UVA, António Sousa - **Stress e imunidade**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2010.

LOUREIRO, Elizabete Maria Ferraz - **Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina** [Em linha]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2006. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6407/1/TESE%20DE%20MESTRADO%202006.pdf>>.

MANGAS, Alcina Amélia Alves Duarte - **Viver aos bocadinhos: o papel do cuidador informal do idoso em contexto domiciliário** [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação de mestrado. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1082/2/alcinamangas.pdf>>.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3ª ed. revista e aumentada. Lisboa : Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.

MARQUES, Rita Margarida Dourado ; DIXE, Maria dos Anjos - Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology [Em linha]. Vol. 1 (2010), p. 487-497. [Consult. em 12 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/354>>.

MARQUES, Sónia Catarina Lopes - **Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral**. Coimbra: Formasau, 2007.

MARTENS, L. ; ADDINGTON, J. - The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Nº5 (2007), p. 128-133.

MARTINS, Teresa - **Acidente vascular cerebral : qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-65-4.

MARTINS, Teresa ; PAIS-RIBEIRO, José Luís ; GARRETT, Carolina - Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 11 (Março 2004), p. 17-31.

MIRANDA, Christiane Albuquerque de; TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba - Estudo epidémico dos transtornos mentais. Aval. psicol. [Em linha]. 7: 2 (2011). [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015)>.

MONIN, Joan K. ; SCHULTZ, Richard - Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. Psychology and aging [Em linha]. Vol. 24, nº 3 (2009), p. 681-695.

[Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765123/pdf/nihms138159.pdf>>.

MONTEGOMERY, Rhonda ; KOSLOSKI, Karl - Caregiving as a process of changing identity: implications for caregiver support. Generations [Em linha]. Vol.33, nº 1 (2009), p. 47-52. [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www4.uwm.edu/tcare/upload/TCARE-Article-Jrnl-of-the-Amer-Soc-on-Aging\\_Spring-2009.pdf](http://www4.uwm.edu/tcare/upload/TCARE-Article-Jrnl-of-the-Amer-Soc-on-Aging_Spring-2009.pdf)>.

NETO, Luís Miguel ; MARUJO, Helena Águeda - Propostas estratégicas da psicologia positiva para a prevenção e regulação do stress. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série XXV, n.º 4 (Outubro/Dezembro 2007), p. 585-593.

NEUNDORFER, M. M. [et al.] - Does depression prior to caregiving increase vulnerability to depressive symptoms among caregivers of persons with Alzheimer's disease? Aging & Mental Health [Em linha]. Vol. 10, nº 6 (2006), p. 606-615. [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607860600641036>>.

OLIVEIRA, Katya Luciane de [et al.] - Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Psicologia em Estudo [Em linha]. Vol. 11, nº 2 (2006), p. 351-359. [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>>.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes ; LOYOLA, Cristina Maria - Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. Revista Maringá. Vol. 26, nº1 (2006), p. 213-222.

PACHECO, Susana - Stress e mecanismos de coping nos estudantes de enfermagem. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 7 (Outubro 2008), p. 89-95.

PAIS-RIBEIRO, José Luís; HONRADO, Ana ; Leal, Isabel - Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa Vol. 5, nº2 (2004), p. 229-239.

PATERNSON, R. J ; NEUFEUFELD, R.W.J. - **The stress response and parameters of stressful situations**. New York: Wiley, 2009.

PEREIRA, Maria de Fátima Cunha - **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado. [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>>.

PESTANA, Maria Helena ; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS**. 5ª ed. rev. e corrigida. Lisboa : Edições Sílabo, 2008. 692 p.. ISBN 978-972-618-498-0.

PINTO, Amâncio da Costa - **Psicologia geral**. Lisboa: Universidade Aberta, 2007.

PINTO, Cristina Maria de Carvalho Sousa - **Cuidados prestada pelo cuidador informal: como promover a sua proficiência?** [Em linha]. Porto: Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de mestrado. [Consult. em 17 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [https://sigarra.up.pt/icbas/TESES\\_POSGRAD.TESE?p\\_alu\\_numero=041006009](https://sigarra.up.pt/icbas/TESES_POSGRAD.TESE?p_alu_numero=041006009)>.

RAMMOHAN, A. ; RAO, K. ; SUBBAKRISHNA, D.K. - Religious coping and psychological well-being in careers of relatives with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. [Em linha]. 105 (2007), p. 356-362. [Consult. em 17 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.10149.x/abstract>>.

RAMOS, Marco - **Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho**. Lisboa: Editora RH, 2003.

SANTOS, Paulo Alexandra - **O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social** [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. Dissertação de mestrado. [Consult. em 17 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese\\_completa.pdf](http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese_completa.pdf)>.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel, 2007.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

SOARES, António José de Almeida - **Variáveis psicossociais e reatividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias** [Em linha]. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia, 2009. [Consult. em 17 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9861>>.

SOUSA, Rilva Lopes de [et al.] - Validade e fidedignidade da escala de depressão geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Em linha]. Vol. 56, nº 2 (2007), p. 102-107. [Consult. em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a05v56n2.pdf>>.

VAZ SERRA, Adriano - **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Minerva, 2007.

**ANEXOS**



**ANEXO I - Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar  
Tondela - Viseu, EPE**





Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

27.01.2012  
01.06.05 372



Ex. Senhor:  
Presidente da Escola Superior de Saúde  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n° 102  
3500-843 Viseu

2012 JAN 27

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 1388 Processo: 70	Data 29/12/11		25/01/2012

**Assunto: Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> que se autoriza a realização da referida colheita de dados para o estudo subordinado ao tema “Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental”. No entanto a mestranda deverá responsabilizar-se pela aplicação do questionário e o utente deverá assinar o consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos, *personais*

A Enf.<sup>a</sup> Directora  
*Cassilda*  
(Cassilda Neves)

*C opor ao  
PrA. Resposta  
& a Ethica  
H=sl com*

*7.1.2012*

## **ANEXO II – Instrumentos de recolha de dados**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

---

## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu encontro-me a desenvolver um estudo subordinado ao tema **“Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental**, sob orientação da Professora Carla Cruz e co-orientação do Professor João Duarte.

Para a concretização deste estudo, solicito a sua colaboração bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas.

Este questionário é individual e demora entre 20 a 30 minutos a ser preenchido. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum do questionário.

Nas afirmações onde exista uma quadrícula, deve assinalar com uma cruz (**X**), a alínea que está de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um traço (\_\_\_), deve responder claramente e de forma legível ao que lhe é pedido para que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

No final certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Muito grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, 2012

---

(Isabel Correia)

## QUESTIONÁRIO GERAL

Por favor, assinale com X a condição que se aplica à sua situação e preencha os espaços disponíveis para o caso de precisar de especificar algum dos itens.

### A - PRESTADOR DE CUIDADOS

#### 1 - Sexo:

- Masculino
- Feminino

#### 2 - Idade \_\_\_\_\_

#### 3 - Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Unido de facto
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

#### 4 - Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- 1º ciclo do ensino básico incompleto
- 1º ciclo do ensino básico completo
- 2º ciclo do ensino básico
- 3º ciclo do ensino básico
- Ensino superior

#### 5 - Situação perante o trabalho:

- Empregado
- Desempregado
- Doméstico
- Estudante
- Reformado/aposentado
- Outra (especifique)

#### 6 - A pessoa a quem presta cuidados é:

- Marido/Esposa
- Mãe/Pai
- Sogra/Sogro
- Avó/Avô
- Irmã/Irmão
- Amigo/Vizinho
- Outro (qual) \_\_\_\_\_

#### 7 - Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados?

- Sim
- Não

#### 8 - Há quanto tempo presta cuidados:

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

**9 - Partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa?**

Não

Sim

Se sim, com quem? \_\_\_\_\_

**10 - Tem ajuda regular para a prestação de cuidados (serviço domiciliário, empregada, etc.)?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**11- Como descreve o seu próprio estado geral de saúde?**

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

**12 - Toma regularmente medicamentos para acalmar os nervos?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**13 - Toma regularmente medicamentos para dormir?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**14 - Já teve de fazer algum tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**15 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença sua?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**16 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem está a cuidar?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

**17 - Sente que a sua vida familiar foi significativamente afectada, nos últimos 6 meses, por causa da situação da pessoa de quem está a cuidar?**

Não

Sim

Se sim, especifique, por favor \_\_\_\_\_

## B - PESSOA DEPENDENTE

### 18 - Sexo:

- Masculino
- Feminino

### 19 - Idade \_\_\_\_\_

### 20 - Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Unido de facto
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

### 21 - Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- 1º ciclo do ensino básico incompleto
- 1º ciclo do ensino básico completo
- 2º ciclo do ensino básico
- 3º ciclo do ensino básico
- Ensino superior

### 22 - Situação perante o trabalho:

- Empregado
- Desempregado
- Doméstico
- Estudante
- Reformado/aposentado
- Outra \_\_\_\_\_

## EADS – 21 (Pais Ribeiro, 2004)

### EADS – 21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2 ou 3 a indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

### Escala de sobrecarga do cuidador (ESC) (Sequeira, 2007; Sequeira, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					

<b>16</b>	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
<b>17</b>	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
<b>18</b>	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
<b>19</b>	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
<b>20</b>	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
<b>21</b>	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
<b>22</b>	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

## INVENTÁRIO DO PERSONALIDADE DE EYSENCK (versão curta)

As perguntas a seguir dizem respeito ao modo como reage, sente e actua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira actual de agir ou sentir, colocando um círculo no algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reacção imediata a cada uma das perguntas. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

---

A classificação é a seguinte:

1 – Não se aplica quase nunca a mim

2 – Aplica-se a mim poucas vezes

3 – Aplica-se a mim muitas vezes

4 – Aplica-se a mim quase sempre

---

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i) Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	
j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k) Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l) Sofre de insónia?	1	2	3	4

## **ANEXO III – Autorizações dos autores das escalas**



Para ver mensagens relacionadas com esta, deve [agrupar mensagens por conversaço](#)o.

05-01-2012

Isabel Correia



Isabel Correia

isacorreia2010@live.com.pt

- [Alterar imagem](#)
- [Ver perfil](#)

Para José Dr

De: **Isabel Correia** (isacorreia2010@live.com.pt)

Enviada: quinta-feira, 5 de Janeiro de 2012 08:23:16

Para: José Dr (jlpr@fpce.up.pt)

Bom dia Sr. Prof. José Luis Pais Ribeiro

Mais uma vez venho por este meio, agradecer-lhe a sua autorizaço para a utilizaço da escala EADS - 21 e informá-lo que por lapso o meu tema não é "Alterações psicopatologicas no cuidador informal do doente mental" mas sim " PERTURBAÇOES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL".

Sem outros assuntos

Atenciosamente

Isabel Correia

> Date: Wed, 21 Dec 2011 15:35:23 +0000

> Subject: Re: Pedido de autorizaço

> From: jlpr@fpce.up.pt

> To: isacorreia2010@live.com.pt

>

> Autorizo a utilizaço da escala pedida

> Se no google colocar o acrónimo em inglês - DASS- chega ao site da escala onde

> está toda a informaço

>

> José Luis Pais Ribeiro

> jlpr@fpce.up.pt

> mobile phone: (351) 965045590

> web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>

> >

> > Boa tarde Sr. Prof. José Luis Pais Ribeiro

> >

> > O meu nome é Isabel de Fátima Gomes Correia e frequento o curso de Mestrado em

> > Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de

> > Viseu. Como recta final terei que apresentar a tese que me garante o título de

> > mestrada, para isso, terei que desenvolver o trabalho com o tema: "Alterações

> > psicopatologicas no cuidador informal do doente mental", sob orientaço da Sr<sup>a</sup>

> > Prof. Carla Cruz. Para a realizaço deste é necessário a aplicaço da escala

> > EADS - 21.

> > Assim, venho por este meio solicitar ao Sr. Prof. José Luis Pais Ribeiro que se  
> > digno a autorizar a utilização da mesma escala.E se fosse possível fosse,  
> > podia-me enviar também a respectiva grelha de interpretação.  
> > Sem outros assuntos  
> > Atenciosamente  
> > Isabel Correia.  
> > --  
> > This message has been scanned for viruses and  
> > dangerous content by MailScanner, and is  
> > believed to be clean.  
> >  
> >  
>  
>  
>  
> --  
> This message has been scanned for viruses and  
> dangerous content by MailScanner, and is  
> believed to be clean.  
>



- **RE: Pedido de autorização**

Para ver mensagens relacionadas com esta, deve [agrupar mensagens por conversaço](#)o.

05-01-2012

**Isabel Correia**

Para Sequeira Dr.

De: **Isabel Correia** (isacorreia2010@live.com.pt)

Enviada: quinta-feira, 5 de Janeiro de 2012 08:33:48

Para: Sequeira Dr. (carlos.quarteto@gmail.com)

Sr. Dr. Prof. Carlos Sequeira

Mais uma vez venho por este meio, agradecer-lhe a autorização para a utilização da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

e informá-lo que por lapso o meu tema não é "Alterações psicopatológicas no cuidador informal do doente mental" mas sim "PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE MENTAL"

Sem outros assuntos

Atenciosamente

Isabel Correia

---

Date: Tue, 3 Jan 2012 10:26:19 +0000

Subject: Re: Pedido de autorização

From: carlos.quarteto@gmail.com

To: isacorreia2010@live.com.pt

Exma Isabel Correia, bom dia.

Informo que pode utilizar a versão portuguesa da escala de sobrecarga do cuidador no âmbito do estudo de mestrado.

informações sobre a escala estão descritas no livro: cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

No entanto se persistir qualquer dúvida dispõe.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e reenviar.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,  
Carlos Sequeira

Em 28 de dezembro de 2011 12:54, Isabel Correia <[isacorreia2010@live.com.pt](mailto:isacorreia2010@live.com.pt)> escreveu:  
Sr.Dr. Prof. Carlos Sequeira

O meu nome é Isabel de Fátima Gomes Correia e frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Saúde de Viseu. Como recta final terei de apresentar a tese que me garante o título de mestrada, para isso, terei de desenvolver o trabalho com o tema: "Alterações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental", sob orientação da Sr<sup>a</sup> Prof. Carla Cruz. Para a realização deste é necessário a

aplicação da escala de sobrecarga do cuidador (ESC).

Assim, venho por este meio solicitar ao Sr. Prof: Carlos Sequeira que se digne a autorizar a utilização da mesma escala e se possível fosse, podia-me enviar também a respectiva grelha de interpretação.

Sem outros assuntos

Atenciosamente

Isabel Correia

## **ANEXO IV - Consentimento legal ao cuidador informal do doente mental**



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: ***Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental***

Eu, abaixo assinado, (nome completo do participante),  
\_\_\_\_\_, declaro ter entendido a informação que me foi fornecida sobre o estudo. Estou consciente dos objectivos e procedimentos do estudo ***Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental***, bem como do papel do investigador e do meu papel enquanto participante neste estudo, tendo-me sido dado a oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi-me dada a garantia de que a recusa em participar em qualquer fase do estudo, não acarreta prejuízo na qualidade do acesso e dos cuidados que me são prestados e de que a informação obtida através da aplicação dos questionários, é confidencial e servirá apenas para tratamento estatístico.

Aceito responder ao questionário, assegurando que a minha participação é inteiramente voluntária. Ser-me-á dada uma cópia da informação sobre o estudo e do termo de consentimento informado.

Viseu, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinaturas,

Participante: \_\_\_\_\_

Investigador principal: \_\_\_\_\_  
(Nome completo do investigador principal)