

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Carla Gonçalves Figueiredo

**Vulnerabilidade ao stress do cuidador informal**

Carla Gonçalves Figueiredo

Vulnerabilidade ao stress do cuidador informal

**Tese de Mestrado**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professora Dr<sup>a</sup>. Claudia Chaves e Professor Dr<sup>o</sup>. João Duarte



### **Pensamento**

*"Devemos compreender o stress não como uma praga, mas como um recurso de nosso sistema holístico (corpo, energia, emoções, pensamentos, relacionamento com Deus) para nos salvar numa situação incômoda, ameaçadora, assustadora, dolorosa, desagradável".*

José Hermógenes de Andrade Filho

## Agradecimentos

Neste longo percurso com altos e baixos, muitas pessoas, familiares, amigos, colegas contribuíram e se fizeram presentes. Nomear a todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância que cada um teve nesta etapa da minha vida. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Neste sentido expresso o meu agradecimento especial:

- *À Prof. Doutora Cláudia Chaves e ao Prof. Doutor João Duarte* pelo modo acolhedor como me receberam, encorajaram e orientaram nas várias etapas;
- A minha mãe, que lhe devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida.
- Ao meu querido pai, pela pessoa maravilhosa que foi o meu muito obrigado por tudo o que fez por mim.
- A minha irmã Sandra por todo o apoio e ajuda que me deu neste longo e árduo percurso.
- A minha amiga Ana Marques pela coragem e incentivo que me deu para concluir mais esta etapa.
- A todos que contribuíram para este trabalho.

*A todos muito obrigado*

## RESUMO

**Enquadramento:** Cuidar de um familiar dependente é uma tarefa difícil, que requer tempo e energia. É assim uma responsabilidade que pode ter um enorme desgaste emocional e físico, especialmente se adicionado à angústia de ver alguém querido a perder as suas capacidades.

**Objetivos:** É propósito deste estudo analisar se vulnerabilidade ao *stress* do cuidador é influenciada pelas características do cuidador e/ou da pessoa alvo de cuidados.

**Método:** Estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional realizado numa amostra de 139 cuidadores informais de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente; internados nos serviços de medicina Hospital de Vila Franca de Xira. A colheita de dados foi realizada no período de 1 de Julho a 30 de Novembro de 2011. O protocolo de avaliação inclui o Questionário Socio-Demográfico ao cuidador e ao utente alvo de cuidados, o Índice de Katz e a Escala de vulnerabilidade ao *stress* (Vaz Serra, 2000).

**Resultados:** Dos participantes 25,2% são do sexo masculino e 74,8% do sexo feminino com idades compreendidas entre 32 e os 90 anos de idades. Dos cuidadores 81,3% são casados, apresentam baixa literacia (74,1%) e encontram-se inativos (69,8%). São essencialmente cônjuges/ companheiros da pessoa dependente (48,9%) ou filhos (as) (33,8%), 30,9% não tem qualquer tipo de apoio no cuidar, dispensam em média 19,14 horas por dia a cuidar, sendo o seu agregado familiar constituído por apenas um elemento (66,4%) e a maioria (87,1%) coabita com a pessoa dependente. A amostra de pessoas dependentes é constituída por 55,4% de indivíduos do sexo masculino e 44,6% do sexo feminino, com uma média de idades de 74,21 anos. O tempo médio de dependência é de 2,77 anos e apresentam elevado grau de dependência. 46,8% da amostra encontra-se vulnerável ao *stress*.

Existe influência das habilitações literárias, da situação profissional, do número de elementos do agregado familiar, o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados; o número de horas despendidas no cuidar e da coabitação sobre a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal.

**Conclusão:** Cuidar de um familiar dependente não pode ser encarado como um problema individual mas sim de toda a sociedade em geral. Urge intervir de forma antecipada e eficaz no sentido de assegurar o bem-estar do cuidador e dos doentes que dele dependem.

## .PALAVRAS-CHAVE

Cuidador informal; Pessoa dependente; Vulnerabilidade ao stress; Escala de Vulnerabilidade ao stress.

## **ABSTRACT**

**Background:** Caring for a dependent relative is a difficult task that requires time and energy. It is thus a responsibility that can have a huge emotional and physical, especially if added to the anguish of seeing a loved one lose their skills.

**Objectives:** It is the purpose of this study was to analyze vulnerability to stress the caregiver is influenced by the characteristics of the caregiver and / or care of the person targeted.

**Method:** A quantitative, cross-sectional descriptive correlational conducted on a sample of 139 informal caregivers of people with chronic and disabling dependent; admitted to medical services Hospital of Vila Franca de Xira. Data collection was conducted from July 1 to November 30, 2011. The evaluation protocol includes the Socio-Demographic Questionnaire to the target user and the caregiver care, the Katz Index and Scale vulnerability to stress (Vaz Serra, 2000).

**Results:** Of the participants 25.2% were males and 74.8% females aged between 32 and 90 years of age. 81.3% of caregivers are married, have low literacy (74.1%) and are inactive (69.8%). Are essentially spouses / companions of the dependent person (48.9%) or children (as) (33.8%), 30.9% did not have any support in care, dispense an average 19.14 hours per day caring being his household consisting of only one element (66.4%) and most (87.1%) cohabits with the dependent person. The sample consists of dependents 55.4% of males and 44.6% females, with a mean age of 74.21 years. The average time dependence is 2.77 years and had a high degree of dependence. 46.8% of the sample is vulnerable to stress.

**Conclusion:** Caring for a dependent can not be seen as an individual problem but the whole society. Urge to intervene early and effectively to ensure the well-being of caregivers and patients who depend on it.

## **KEYWORDS**

Informal caregiver; dependent person; Vulnerability to stress; Scale Vulnerability to stress.

## Índice

	pág
<b>Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>Parte 1 - Enquadramento teórico</b>	
<b>Capítulo 1 - Cuidador informal.....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 2 - Vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador informal.....</b>	<b>27</b>
<b>Parte 2 - Enquadramento empírico</b>	
<b>Capítulo 3- Metodologia .....</b>	<b>33</b>
3.1- Métodos .....	33
3.2- Tipo de estudo.....	34
3.2.1- Esquema conceptual base (desenho de investigação).....	35
3.3- Participantes.....	36
3.3.1- Caracterização dos cuidadores informais .....	36
3.3.2- Caracterização da pessoa dependente .....	41
3.4- Instrumentos.....	45
3.5- Procedimentos.....	51
3.6- Análise de dados.....	51
<b>Capítulo 4- Resultados .....</b>	<b>55</b>
4.1- Análise descritiva .....	55
4.2- Análise inferencial .....	74
<b>Capítulo 5- Discussão .....</b>	<b>91</b>

5.1- Discussão metodológica (limitações do estudo).....	91
5.2- Discussão de resultados .....	92
5.2.1- Relação entre a vulnerabilidade ao <i>stress</i> e as características sociodemográficas do cuidador .....	94
5.2.1- Relação entre a vulnerabilidade ao <i>stress</i> e as características da pessoa alvo de cuidados .....	99
<b>Capítulo 6- Conclusões e Sugestões .....</b>	<b>103</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados</b>	
<b>Anexo 2- Pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados</b>	

## Índice de tabelas

	pág
<b>Tabela 1</b> – Estatísticas relativas à idade do cuidador informal.....	37
<b>Tabela 2</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	40
<b>Tabela 3</b> – Estatísticas relativas á idade da pessoa dependente em função do sexo.....	42
<b>Tabela 4</b> – Estatísticas relativas ao tempo de dependência .....	42
<b>Tabela 5</b> – Características da pessoa dependente.....	44
<b>Tabela 6</b> – Saúde do Cuidador informal em função do sexo .....	56
<b>Tabela 7</b> – Elementos do agregado familiar .....	58
<b>Tabela 8</b> – Caracterização do cuidador Informal .....	59
<b>Tabela 9</b> – Estatísticas relativas ás horas de cuidados por dia.....	60
<b>Tabela 10</b> – Horas de cuidados por dia.....	61
<b>Tabela 11</b> – Grau de dependência segundo o índice de katz em função do sexo.....	62
<b>Tabela 12</b> – Estatísticas relativas ou Grau de dependência .....	63
<b>Tabela 13</b> – Grau de dependência da pessoa dependente em função do sexo do cuidador.....	64
<b>Tabela 14</b> – Estatísticas relativas ao fatores avaliados pela escala de Vulnerabilidade ao <i>stress</i> de Vaz Serra .....	65
<b>Tabela 15</b> – Vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador em função do sexo.....	66
<b>Tabela 16</b> – Caracterização da vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador em função das suas características sócio-demográficas .....	69
<b>Tabela 17</b> – Caracterização da vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador em função das características da pessoa dependente.....	72

<b>Tabela 18</b> – Teste de U Mann - Whitney entre género e vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	75
<b>Tabela 19</b> – Teste Kruskal-Wallis (KW) entre a idade do cuidador e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> .....	76
<b>Tabela 20</b> – Teste de U Mann - Whitney entre o estado civil do cuidador e vulnerabilidade ao <i>stress</i> .....	77
<b>Tabela 21</b> – Teste de U Mann - Whitney entre as habilitações literárias e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	78
<b>Tabela 22</b> – Teste de U Mann – Whitney entre a situação profissional e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	79
<b>Tabela 23</b> – Teste Kruskal-Wallis (KW) entre o grau de parentesco e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	80
<b>Tabela 24</b> – Teste Kruskal- Wallis (KW) entre o número de elementos do agregado e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	81
<b>Tabela 25</b> – ANOVA.....	81
<b>Tabela 26</b> – Testes Post-hock de Tukey.....	82
<b>Tabela 27</b> – Teste T para diferenças de médias entre género da pessoa dependente e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	84
<b>Tabela 28</b> – Teste Kruskal-Wallis entre a idade da pessoa dependente e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	85
<b>Tabela 29</b> – Teste Kruskal-Wallis entre o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador .....	86
<b>Tabela 30</b> – Teste Kruskal-Wallis entre as horas dispendidas a cuidar e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador .....	87
<b>Tabela 31</b> – Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de dependências e a vulnerabilidade	

ao <i>stress</i> do cuidador .....	88
<b>Tabela 32</b> – Teste de U Mann – Whitney entre o viver na mesma habitação e a vulnerabilidade ao <i>stress</i> do cuidador.....	89

**Índice de Figuras**

	pág
<b>Esquema 1-</b> Desenho de investigação.....	35

**Siglas e Abreviaturas**

<b>AVD</b>	Actividades de Vida Diária
<b>D.p.</b>	Desvio padrão
<b>ed.</b>	Edição
<b>EIESS</b>	A Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social
<b>et al.</b>	E outros
<b>Fem</b>	Feminino
<b>Masc</b>	Masculino
<b>Max</b>	Máximo
<b>Min</b>	Mínimo
<b>Nº</b>	Número
<b>N</b>	Frequência
<b>N.A.</b>	Não aplicável
<b>O.M .</b>	Ordenação média
<b>P.</b>	Página
<b>P</b>	Significância
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SK</b>	Skewness
<b>K</b>	Kurtosis
<b>K/S</b>	Kolmogorod-Smirnov
<b>Vol.</b>	Volume

**Símbolos**

<b>N</b>	Frequência
<b>%</b>	Porcentagem
<b>=</b>	Igual
<b>X<sup>2</sup></b>	Qui-Quadrado
<b>&lt;</b>	Menor
<b>&gt;</b>	Maior
<b>≥</b>	Maior ou igual

## Introdução

O *stress* tem suscitado uma quantidade imensa de trabalhos de investigação por ser considerado um fenómeno universal. Afetando todo e qualquer ser humano sendo a sua ocorrência suscetível de determinar consequências preocupantes, que podem lesar o bem-estar, a saúde física e psicológica do indivíduo, deteriorando a sua qualidade de vida (Melo, Gomes & Cruz, 1997). A organização mundial de Saúde afirma que o *stress* é uma "epidemia global".

A definição geralmente mais aceita do *stress*, atribuída principalmente à Lazarus, (1993), é que a de que o *stress* é uma circunstância ou um sentimento experimentado quando a pessoa percebe que as demandas excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo está habilitado a mobilizar. Lipp, (1996, p. 20), amplia o conceito: “*Stress é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. É importante conceitualizar o stress como sendo um processo e não uma reação única, ...*”

*Stress* significa esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio interno. Denominação dada a um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça sentir muito feliz. Não é uma doença, é apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, sendo então uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, a qual varia de pessoa para pessoa.

A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação são muito importantes na ocorrência e na gravidade das reações ao processo de *stress*. O desenvolvimento do processo de *stress* depende tanto da personalidade do indivíduo como do estado de saúde em que este se encontra (equilíbrio orgânico e mental), por isso nem todos desenvolvem o mesmo tipo de resposta diante dos mesmos estímulos.

A vulnerabilidade ao *stress* é apresentada como o resultado da relação entre a predisposição pessoal e os acontecimentos da vida quotidiana (Dohrenwend, 1998), podendo ter origem em fatores fisiológicos, psicológicos e sociais (Vaz Serra, 2000). Para este autor, a

reação que o indivíduo tem perante acontecimentos perturbadores depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o indivíduo possui ou a que tem acesso e ainda do significado que ele próprio dá ao acontecimento, e não tanto do acontecimento em si. Se o indivíduo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância. Assim, quando as exigências do meio são percebidas como superiores às competências individuais, pode ser vivida uma situação de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984).

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

A nível organizacional, o *stress* está na maioria das vezes associado ao fenómeno de *burnout* que afeta os trabalhadores, tendo como consequências mais frequentes a ansiedade e a depressão (Hespanhol, 2005). A forma como afeta os indivíduos encontra-se relacionada com o nível de vulnerabilidade dos próprios indivíduos (Vaz Serra, 2000).

O *stress* do cuidador informal tem sido um tema de recente abordagem fruto do contexto sociodemográfico da sociedade onde nos inserimos. Cada vez é maior o número de idosos e com eles aumenta a prevalência de doenças crónicas assim como a dependência de terceiros. A resposta institucional é pequena para tal número, aumentando assim o número de idosos dependentes no domicílio, e com eles, os cuidadores informais em *stress* num contexto socioeconómico e laboral que dificulta a prestação de cuidados (Barros, 2008)

Segundo Pereira (2007), o elemento da família que se encontra mais envolvido no cuidar do doente é o que experiencia maior exaustão e *stress*. A exaustão e o *stress* vividos estão relacionados com o cuidar direto do doente e das tarefas diárias (comportamentais, emocionais e físicas) relacionadas com esse processo e com o impacto da doença na sua própria vida familiar, conjugal, social, profissional e lúdica.

A situação de doença prolongada de um familiar pressupõe uma crise geradora de *stress*, uma ameaça ao equilíbrio pessoal, familiar e social (Paúl & Fonseca, 2001). Perante situações ameaçadoras e, na ausência de mecanismos imediatos de resolução dos problemas, o cuidador informal fica exposto a uma situação problemática, que pode provocar um estado de

desorganização psicossocial, muitas vezes acompanhado por sentimentos como a ansiedade, a culpa e o medo.

O indivíduo responde de forma inapropriada à situação de crise, quando se verifica que as suas capacidades de adaptação estão limitadas e o *stress* se sobrepõe. Em todo este processo é reconhecida a importância de alguns recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, capazes de o auxiliar a enfrentar e resolver favoravelmente a crise. Desta forma 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 mecanismos e estratégias de *coping*. Também as crenças filosóficas e religiosas e o contexto cultural, conferem um nível diferente de saúde e energia. Os fatores hereditários predisõem a diferentes suscetibilidades e riscos. A forma como os indivíduos foram preparados para enfrentar separações, perdas pessoais, materiais e económicas, o modo como se valorizam as situações e as expectativas são fatores influentes neste processo. As características da doença como a cronicidade, dependência, exigências dos cuidados constituem-se, também, mediadores neste processo. O tipo de relação afetiva existente, anteriormente, entre cuidador e doente, assim como o suporte social, familiar e dos amigos, recursos comunitários, experiências anteriores decorrentes de situações similares e as características do ambiente físico e sociocultural influenciam as tarefas adaptativas que o cuidador informal terá que enfrentar (Moos citado por Santos, 2004).

Abordar a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal de pessoa em situação de dependência surge na medida em que a sobrecarga a que se sujeita o indivíduo que cuida de uma pessoa com dependência tem uma grande implicação sua saúde física e mental. Muitos autores abordam as alterações na vida dos cuidadores de pessoas em situação de dependência em todo o seu biopsicossocial, tanto ao nível do desgaste físico, da exaustão emocional e depressão, como das alterações na vida social, laboral e económica (Brito, 2002; Laham, 2003; Bocchi, 2004; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Floriani, 2004; Imaginário, 2004; Gonçalves *et al.*, 2006; Abreu & Ramos 2007; Marques, 2007).

Gonçalves *et al.* (2006), diz que cuidar de pessoa dependente no domicílio requer um empenho de cuidados permanentes de mais de três horas num período de tempo que se estende a mais de três anos. Esta necessidade de empenho quase permanente leva a que muitos cuidadores tenham alterações na vida profissional, nomeadamente redução ou abandono, assim como alterações ao nível social e conjugal. Com esta situação de sobrecarga

e alteração do contexto social do cuidador também Imaginário (2004) partilha da mesma opinião.

Todo o processo de prestação de cuidados é altamente complexo, na medida em que interliga o prestador de cuidados principal e o restante sistema de cuidadores, as redes de apoio social, o nível de dependência, a evolução da doença ou situação, o contexto familiar e a fase do ciclo familiar em que o cuidador se encontra, sendo este processo caracterizado por uma grande dinâmica e constantemente com variações ao longo do tempo (Paúl, 1997). Desta forma, Petterson (1989 citado por Martin *et al.*, 2000) apontou o cuidar informal como situação assídua na aplicação do modelo de *stress*. A partir da teoria do stresse, o “cuidado” surge como agente *stressor* que é algo objetivo e que perturba ou ameaça a atividade habitual do indivíduo cuidador, que vai obrigar este a procurar um ajustamento nas suas condições no sentido de lidar com a situação. Refere ainda que o stresse físico e mental vai atuar sobre o cuidador principal de uma forma mais exacerbada que aos outros familiares, tornando-o mais vulnerável. Brito (2002) refere que a saúde física e mental do prestador de cuidados está fundamentalmente relacionada com a sua perceção de *stress*, ainda que outras variáveis, nomeadamente as sócio-demográficas e de contexto influenciarão a forma como as dificuldades da situação são percecionadas.

Ramos (2005 citado por Figueiredo, 2007 p.158), afirma que os modelos de *stress* mais apropriados para compreender a situação de *stress* no cuidador informal são os modelos transacionais de *stress*, nomeadamente o modelo transaccional de Lazarus (citado por Figueiredo, 2007) que define o *stress* como sendo “*uma relação entre a pessoa e o ambiente, relação essa que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos*”, desta forma, uma potencial fonte de stresse é interpretada como sendo capaz de causar dano, atendendo às possibilidades de gestão do problema do sujeito.

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, 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.

A prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos.

Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade. Cuidar de pessoas dependentes e da sua família é um desafio para enfermagem, que tem vindo a exigir reflexão por parte dos profissionais, pois as pessoas e as famílias necessitam de mais cuidados, cuidados mais complexos e por longos períodos de tempo.

Face a estas considerações é propósito deste estudo identificar o nível de vulnerabilidade ao *stress* do cuidador e se esta é ou não influenciada pelas características do cuidador e/ou da pessoa alvo de cuidados Assim, delineou-se um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional realizado numa amostra de 139 cuidadores informais de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente; internados nos serviços de medicina Hospital de Vila Franca de Xira. A Colheita de dados foi realizada no período de 1 de Julho a 30 de Novembro de 2011. Para este estudo, definiram-se os seguintes objetivos:

- 1- Identificar quais as características sociodemográficas dos cuidadores influenciam a vulnerabilidade ao *stress*;
- 2- Analisar a influência das características da pessoa dependente na vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

Como vantagens deste estudo prevemos um melhor conhecimento das alterações, emocionais e sociais dos familiares cuidadores com uma provável melhoria na abordagem e resolução dos seus problemas.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis partes: uma primeira parte introdutória, Numa segunda parte faz-se um breve enquadramento teórico, uma contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual promotor de um maior conhecimento do tema. Na terceira parte aborda-se o processo de investigação levado a cabo, onde são clarificados os objetivos propostos e as questões metodológicas que permitiram o seu desenvolvimento. Faz-se ainda a descrição, análise dos resultados na terceira parte, e por fim a discussão e principais conclusões assim como uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respetivas implicações práticas.



**Parte 1-Enquadramento Teórico**



## Capítulo 1- Cuidador Informal

O cuidador informal é o principal agente do sistema de apoio familiar, na assistência ao indivíduo com problemas de saúde no seu domicílio, o qual desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidar de uma forma continuada (Sequeira, 2007).

O ato de cuidar representa desafios a serem superados, longos períodos de tempo dispendidos, desgaste físico e emocional, custos financeiros, sobrecarga física e emocional e riscos mentais e físicos (Rezende et al., 2005).

Normalmente é esquecida a sobrecarga física e mental vivida por aqueles que são a referência central do processo do cuidar e assumem toda a responsabilidade, algumas vezes de forma súbita e inesperada, sem se ter preparado antes, para assumir tão importante papel – cuidador informal. Após assumirem a responsabilidade de cuidar, tendem a valorizar em primeiro lugar as necessidades da pessoa que cuidam deixando para um segundo plano as suas próprias necessidades, e de ter tempo para si mesmo (Silva, 2006).

Também Watson (2002) considera que o cuidado é constituído por ações subjetivas e transpessoais que tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a intimidade ajudando a pessoa a encontrar um significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência.

As necessidades de cuidados variam ao longo de ciclo de vida sendo que é essencialmente no início e no final do ciclo vital que a necessidade de cuidados está aumentada.

Cuidar é uma prática milenar, universal e de todos os tempos, desde que a vida existe existem cuidados na medida em que se torna necessário tomar conta da vida para que esta possa permanecer. Em todas as ações do cuidado verifica-se um interesse e uma preocupação com o bem-estar de outra pessoa, conduzindo este objetivo ao desenvolvimento de determinadas ações.

Uma característica fundamental dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, na medida em que as atividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos doentes: suporte psicológico, emocional, financeiro e assistência nas atividades instrumentais e básicas da vida diária. A duração, assim como, a intensidade e frequência do cuidado estão relacionadas com as exigências objetivas do mesmo, nomeadamente as perturbações comportamentais, a

deterioração cognitiva e dependência funcional para as atividades da vida diária, no entanto, também não pode deixar de se considerar as variáveis relacionadas com o cuidador nomeadamente nas situações de sobreproteção e negligência (Martín, 2002).

A designação de cuidador informal surge por oposição aos profissionais de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram formação académica e profissional (Santos, 2004).

Segundo Paúl (1997) a responsabilidade da prestação de cuidados recai geralmente sobre uma pessoa, sendo raramente partilhada e quase nunca corresponde a uma situação de escolha assumida.

Segundo Lund (citado por Martín, 2005) a probabilidade de alguém se transformar em cuidador não se reparte de forma homogênea por diferentes variáveis como: sexo; idade; grau de relação e proximidade geográfica. Quando se analisa como se adquiriu o papel de cuidador existe o modelo hierárquico compensatório também conhecido por modelo de substituição de Shanas (1979 citado por Martín, 2005) que defende a existência de uma ordem de preferência para a aquisição do papel de cuidador (esposa, filhos, outros familiares e amigos).

A seleção da pessoa para assumir o papel de cuidador não é uma coisa meramente emocional ou conveniente. As forças institucionais tais como as suas bases normativas desempenham um papel importante na classificação e filtram as escolhas dos cuidadores. Apesar das ligações pessoais terem um papel importante não explicam satisfatoriamente a razão pela qual alguns membros da família assumem com maior frequência que outros o papel de cuidadores. Aparentemente a escolha da pessoa para desempenhar o papel de cuidador dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares.

Diferentes pessoas estão estruturalmente situadas em melhores condições do que outras, para assumir o desempenho de determinadas tarefas. Nunca existe a situação de que várias pessoas tenham a mesma possibilidade de serem cuidadores, uma vez que socialmente este papel só pode caber a um único indivíduo.

Também, culturalmente determinados papéis já estão destinados a algumas pessoas ou membros. O protótipo destes membros seria constituído por mulheres solteiras, que residiam com a pessoa a cuidar, com estatuto laboral de não ativo o que geralmente corresponde às filhas das pessoas dependentes (Martín, 2005).

Os modelos de ajuda espelham a divisão do trabalho tendo por base o sexo, desta forma o cuidado informal parece estar relacionado com uma presumível atividade de género, a sociedade considera que cuidar é um domínio feminino (Neno, 2004). A estrutura social e ideológica parece ser o fundamento que está na base deste fenómeno, de uma forma semelhante ao que acontece com a distribuição de outras tarefas domésticas.

Imaginário (2008, citado por Fernandes 2009 p. 46) refere que:

*“ A tarefa de cuidar (... ) pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal. Assim os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e prestação direta de cuidados (...) Num horário ininterrupto, sem limite de tempo.”*

A mesma autora refere ainda que “ (...) os cuidadores (...) manifestam o abandono do seu auto-cuidado, falta de descanso e conforto”

Os cuidadores informais/familiares prestam cuidados de natureza diversificada, relacionados com as Atividades de Vida Diária (AVD) e que segundo Collière (2003) abrange cuidados de *“higiene, alimentação, vestir, proteção, mobilização/transferência, atenção, conforto, segurança, tratamento repouso e socialização”*, acrescentando outros autores, mais algumas tarefas tais como: administrar a medicação, gerir aspetos económicos, sem remuneração, correspondendo a expressões de carinho para com o familiar ou o amigo.

Enquanto a prestação de cuidados ao indivíduo idoso é assumido como sendo uma extensão do papel normal das famílias, *“quando surge uma doença grave incurável e incapacitante, a família tem de se organizar para poder lidar com a situação”*, pois a prestação de cuidados, deixa de ser uma troca de ajuda entre familiares para passar a ser uma sobrecarga, o que implica um processo de reajustamento da estrutura familiar, dos papéis e das relações afetivas dos seus membros (Moreira, 2001).

Ao assumir-se como cuidador principal de um familiar, ficando responsável pela gestão da doença, administração da terapêutica, apoio em todas as atividades de vida diária, o cuidador principal vai a curto prazo sofrer considerável desgaste físico e emocional, pois não está preparado para assumir essa grande responsabilidade.



## Capítulo 2 - Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal

O *stress* deve ser compreendido na relação específica estabelecida entre o indivíduo e determinada circunstância, sendo o indivíduo componente subjetivo, e a situação o componente objetivo (Vaz Serra 2000).

Tendo em conta que o *stress* depende da percepção que cada pessoa faz da circunstância a que está sujeita, torna-se importante determinar qual o grau de vulnerabilidade ao *stress* que cada pessoa apresenta. Desta forma, Serra (2000, p. 261), afirma que:

*“... se um indivíduo se sente ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas”*

Para o autor, a reação que o indivíduo tem perante acontecimentos perturbadores depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o indivíduo possui ou a que tem acesso e ainda do significado que ele próprio dá ao acontecimento, e não tanto do acontecimento em si. Se o indivíduo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância.

Brown (1993 citado por Serra, 2002) alega que é necessário distinguir os acontecimentos de vida dos fatores de vulnerabilidade. De facto, pode dizer-se que existe sempre uma interação entre o acontecimento de vida e o fator de vulnerabilidade, sendo a vulnerabilidade representativa de um risco aumentado em reagir-se de um modo negativo perante um acontecimento de vida. Neste sentido, torna-se impreterível definir o que se entende por uma pessoa vulnerável.

Para Beck e Emery (1985, in Serra, 2000) uma pessoa vulnerável, é aquela que tem a percepção de estar submetida a perigos de carácter interno ou externo sobre os quais não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança.

Pode dizer-se que quando uma pessoa se sente vulnerável alimenta a expectativa de não conseguir ultrapassar as dificuldades que se lhe apresentam. Esta expectativa leva a que o indivíduo fique inibido, a nível interno, do discurso e da recordação de memórias armazenadas; a nível externo, impossibilita o uso de aptidões existentes (Beck e Emery 1985 citado por Serra, 2000)

Cuidar constitui uma experiência que acarreta a necessidade de definir e de redefinir as relações e os papéis, implica custos familiares, sociais e de saúde, sendo considerado um dos acontecimentos que potencialmente mais pode afetar a vida das pessoas (Santos, 2004).

Vários estudos têm confirmado que a prestação de cuidados a familiares idosos portadores de uma doença crônica é fator de *stress* (O' Brien, 2000).

Segundo Pereira (2007), o elemento da família que se encontra mais envolvido no cuidar do doente é o que experiencia maior exaustão e *stress*. A exaustão e o *stress* vividos estão relacionados com o cuidar direto do doente e das tarefas diárias (comportamentais, emocionais e físicas) relacionadas com esse processo e com o impacto da doença na sua própria vida familiar, conjugal, social, profissional e lúdica.

São óbvios os benefícios da existência de um cuidador informal para o doente, mas cada vez mais surge a preocupação com o desgaste que o cuidador sofre, sendo estes frequentemente apontados como as segundas vítimas da doença.

A relação do *stress* com os acontecimentos de vida foi introduzida por Holmes e Rahe na década de 60, quando estes autores colocaram hierarquicamente um conjunto de acontecimentos de vida em como sendo mais ou menos stressantes, estando estes relacionados com patologia nos indivíduos sujeitos ao *stress*, tendo sido esta teoria posteriormente contestada por não ter em conta a capacidade de resistência individual de cada indivíduo às adversidades (Fonseca, 2005).

Já Sousa *et al.* (2006), acrescenta que o ciclo de vida das famílias pode ser dividido em estádios que são definidos por momentos de “crise”, constituindo esta crise os acontecimentos normais da vida dos indivíduos que tragam mudanças significativas no rumo da sua vida ou entradas e saídas de indivíduos dela. Estes momentos de crise podem-se sintetizar em dois tipos: a crise de acesso, em que surge alguém novo ou a crise de desmembramento, em que sai alguém. Na perspetiva de um familiar cuidador, a situação de vir a lidar com um idoso dependente constitui uma situação de crise. Petronilho (2006) aborda as questões do stresse no cuidado informal com base nas transições que ocorrem ao longo de todo o ciclo da vida, justificando que, segundo Schlossberg (1981 citado por Petronilho, 2006; p.30), em qualquer momento da vida as pessoas vão experimentando de uma forma contínua mudanças e transições, ocorrendo essas transições.

*“(...) sempre que um acontecimento ou um não-acontecimento resulta numa mudança nas conceções acerca de si mesmo e do mundo e requer, desse modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações.”*

O mesmo autor refere assim que momentos de mudança previsível ou inesperada, como o casamento, o nascimento de um filho, a reforma, a doença, a morte, uma gravidez não desejada, vai impor que o indivíduo e a sua família recorram à sua capacidade auto-organizativa no sentido de lidar com as situações e resolver os problemas. Desta transição surge assim o conceito de adaptação, que surge posteriormente quando o indivíduo deixa progressivamente de estar preocupado com a transição, integrando-a na sua vida. Para Martins (2002 citado por Petronilho, 2006) este processo adaptativo é tanto mais eficaz quanto maior for a rede de suporte existente em torno do indivíduo.

Todo o processo de prestação de cuidados é altamente complexo, na medida em que interliga o prestador de cuidados principal e o restante sistema de cuidadores, as redes de apoio social, o nível de dependência, a evolução da doença ou situação, o contexto familiar e a fase do ciclo familiar em que o cuidador se encontra, sendo este processo caracterizado por uma grande dinâmica e constantemente com variações ao longo do tempo (Paúl, 1997). Desta forma, Petterson (1989 citado por Martin *et al.*, 2000) apontou o cuidar informal como situação assídua na aplicação do modelo de *stress*. A partir da teoria do *stress*, o “cuidado” surge como agente *stressor* que é algo objetivo e que perturba ou ameaça a atividade habitual do indivíduo cuidador, que vai obrigar este a procurar um ajustamento nas suas condições no sentido de lidar com a situação. Refere ainda que o stresse físico e mental vai actuar sobre o cuidador principal de uma forma mais exacerbada que aos outros familiares, tornando-o mais vulnerável. Brito (2002) refere que a saúde física e mental do prestador de cuidados está fundamentalmente relacionada com a sua perceção de *stress*, ainda que outras variáveis, nomeadamente as sociodemográficas e de contexto influenciarão a forma como as dificuldades da situação são percecionadas.

Ramos (2005 citado por Figueiredo, 2007; p.158), afirma que os modelos de *stress* mais apropriados para compreender a situação de stresse no cuidador informal são os modelos transacionais de *stress*, nomeadamente o modelo transaccional de Lazarus que define o stresse como sendo “*uma relação entre a pessoa e o ambiente, relação essa que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos*”, desta forma, uma potencial fonte de stresse é interpretada como sendo capaz de causar dano, atendendo às possibilidades de gestão do problema do sujeito.

Sistematizando e relacionando, o *stress* do cuidador informal não se poderá aferir com base nos acontecimentos objetivos relacionados mas sim através da perceção que cada

indivíduo têm acerca deles e dos recursos que dispõe para lidar com o problema, sendo diferente de pessoa para pessoa.

É aceitável assim eliminar a premissa de que o cuidar de um idoso dependente é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades ao nível emocional, físico, económico e social. Vários autores têm demonstrado precisamente o contrário, referindo que a atividade de cuidar de um ente querido também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação para algumas pessoas, nomeadamente aspetos positivos relacionados ao ganho narcísico do aprendiz, sentimentos de prazer e conforto em prestar cuidados e ao ganho de um sentido para a vida (Brito, 2002; Laham, 2003; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Imaginário, 2004).

**Parte 2- Enquadramento empírico**



### Capítulo 3 - Metodologia

Esta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas, procuramos apresentar as estratégias utilizadas no estudo do problema da Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador Informal.

Assim, tendo por base a revisão teórica definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudaram a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar de uma forma clara e objetiva o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem utilizada, os instrumentos de colheita de dados e os procedimentos estatísticos realizados.

#### 3.1- Métodos

A escolha do tema deste trabalho sobre a vulnerabilidade ao *stress* dos cuidadores informais de pessoas dependentes prende-se com o facto de constituírem um número considerável de familiares, que assumem este tipo de cuidados para satisfazerem as necessidades da pessoa dependente. Estes na maioria das vezes não tem preparação nem recebem qualquer tipo de apoio, levando muitas vezes a situações de *stress* e sobrecarga do cuidador que vão influenciar os cuidados prestados, bem como a sua saúde mental e física.

O cuidado oferecido a um familiar dependente implica uma série de adaptações daquele cujo papel se configura como o de cuidador principal. Essa atribuição exige dedicação e disposição por parte do cuidador familiar, uma vez que ele abdica de sua vida para prestar cuidados ao outro, sendo susceptível ao desenvolvimento do *stress*.

A convergência de vários fatores sociodemográficos leva a que a responsabilidade e as pressões no cuidar se direcionem para a família, sendo referido em vários estudos a existência de *stress* e claudicação dos familiares cuidadores, resultante da acumulação das tarefas do cuidar com tarefas de ordem profissional e familiar.

Por serem doenças crónicas e incapacitantes com necessidade de cuidados permanentes, levam o cuidador principal a ausências frequentes ao seu local de trabalho, com consequente diminuição da assiduidade, pontualidade, produtividade e por fim perda do emprego. Surgem alterações à rotina familiar devido ao comprometimento das atividades laborais e sociais (Brito, 2002).

Ao longo deste capítulo apresenta-se, de forma objetiva e sistemática, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo.

Para uma melhor compreensão do problema em estudo, sentimos necessidade de formular algumas questões de investigação, que vamos enunciar de seguida.

1. Que características sociodemográficas do cuidador informal influenciam a vulnerabilidade ao *stress*?
2. De que modo a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal é influenciada pelas características da pessoa dependente (alvo do cuidado)?

De modo a dar resposta às questões colocadas e a toda a problemática que as envolve delineamos os seguintes objetivos:

- 3- Identificar quais as características sociodemográficas dos cuidadores própria vulnerabilidade ao *stress*;
- 4- Analisar a influência das características da pessoa dependente na vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

Concretamente procura-se por um lado conhecer o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais, por outro lado, analisar a vulnerabilidade ao *stress* a que os cuidadores estão sujeitos e de que forma essa vulnerabilidade é influenciada pelas características do próprio cuidador e da pessoa alvo de cuidados.

### 3.2 - Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional. É de natureza quantitativa, caracterizado pela colheita de dados observáveis e quantificáveis. Inclui uma colheita metódica de informação numérica, utilizada em procedimentos estatísticos (Polit & Hungler, 1995).

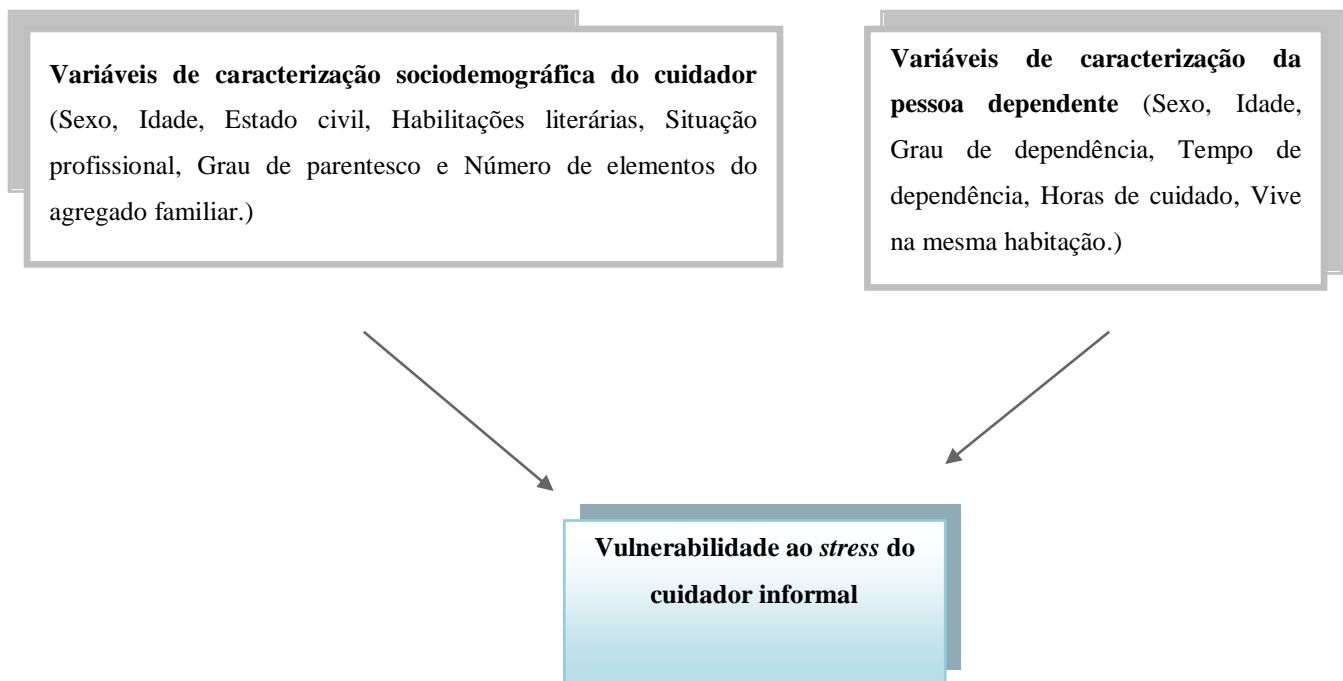
É um estudo quantitativo correlacional, porque pretende generalizar os resultados de uma determinada população a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não relação entre as variáveis independentes e a variável dependente não estabelecendo uma relação causa-efeito (Fortin, 1999). Através deste tipo de estudo é possível verificar a natureza das relações entre determinadas variáveis, apoiando-se em trabalhos de investigação anteriores (Fortin, 1999).

Trata-se de um estudo descritivo, pois vai descrever um fenómeno relativo à população em estudo (Fortin, 2003), exploratório e transversal uma vez que se pretende determinar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/familiares, num determinado momento temporal, ou seja no momento da aplicação do protocolo de avaliação.

### 3.2.1 - Esquema conceptual de base (desenho de investigação)

Face, ao que foi anteriormente exposto, elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e independentes deste estudo.

#### **Esquema 1- Desenho de investigação**



### 3.3 - Participantes

O processo de seleção de uma amostra carece de alguns cuidados metodológicos, de modo que a tornem representativa da população à qual pertence e que permita a generalização de resultados ao universo populacional da qual foi retirada.

Neste estudo, a população em causa é constituída pelos cuidadores informais de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente; internados no Serviço de Medicina 1 e 2 do Hospital de Vila Franca de Xira no período de 1 de Julho a 30 de Novembro de 2011, pertencendo à nossa amostra os sujeitos que aceitaram colaborar no estudo e que possuíam os seguintes critérios para participar no estudo:

- Ser o principal responsável pela prestação de cuidados e ajuda nas atividades de vida à pessoa dependente.
- Os cuidadores informais terem contacto com a pessoa alvo dos cuidados nas últimas quatro semanas, excluindo desta forma casos em que o doente resida em lar ou residência para idosos, mesmo que temporariamente.

A escolha deste Hospital, deve-se ao facto da autora trabalhar neste Hospital já alguns anos e a maior de acessibilidade e facilidade na aplicação dos questionários.

Sendo assim, após a aplicação dos questionários no período estipulado obteve-se uma amostra constituída por 139 cuidadores informais.

#### 3.3.1 - Caracterização dos cuidadores informais

A amostra é constituída por 139 cuidadores informais, 35 (25,2%) do sexo masculino e os restantes 104 (74,8%) do sexo feminino.

## Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que os cuidadores informais, que participam neste estudo apresentam uma idade mínima de 32 anos e uma máxima de 90, correspondendo-lhe uma média de 62,55 anos e um desvio padrão de 10,53.

As idades no sexo masculino oscilam entre os 32 e 90 anos e no feminino entre os 34 e 86 anos, sendo as médias respetivamente de 64,74 anos com um desvio padrão de 11,07 e 61,82 anos e com um desvio padrão de 10,30.

O teste de U-Mann-Whitney revela que o sexo masculino (77,84) apresenta uma ordenação media mais elevada que o sexo feminino (67,36). No entanto não se verifica significância estatística (UMW = 1545,00;  $p = 0,182$ ).

Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas normocúrticas para os cuidadores do género feminino e total da amostra e leptocúrtica para o masculino, sendo que a distribuição da amostra é normal (simétrica) conforme resultado do teste de Kolmogorov Smirnov, como se pode verificar na tabela 1.

**Tabela 1** - Estatísticas relativas à idade do cuidador informal

Sexo/Idade	N	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	35	32	90	64,74	11,078	0,200	17,11	0,48994	2,0822
Feminino	104	34	86	61,82	10,301	0,200	16,66	- 1, 3924	0,6311
Total	139	32	90	62,55	10,539	0,200	16,85	-1,2621	1,5049

Dada a amplitude de variação encontrada e no intuito de uma melhor clarificação dos resultados, agrupamos a idade em classes etárias homogéneas com amplitudes obtidas em função das frequências observadas (ver tabela 2).

Após a análise das idades dos prestadores de cuidados, verifica-se que apenas 18,7% tem idade inferior a 54 anos e que a maioria tem 60 anos ou mais, 61,2%, sendo que 43,9% tem idade igual ou superior a 65anos, ou seja são idosos, sendo que destes 19,2% tem idade superior a 72 anos. Podemos então aferir que 43,9% dos cuidadores que participaram no estudo são idosos.

O teste de Qui-quadrado não afere significância estatística ( $X^2=2,688$ ;  $p = 0,611$ ).

### **Estado civil**

Na continuação da caracterização da amostra, apresentamos na tabela 2 os resultados obtidos com o estado civil do prestador de cuidados, agrupou-se em dois grupos, num primeiro grupo temos os casados e os que se encontram em união de facto, num segundo grupo todos os solteiros, divorciados ou vivos.

A nossa amostra é constituída na sua maioria por indivíduos casados ou em união de facto 81,3%, e apenas 18,7% são solteiros, divorciados ou viúvos.

O teste de Qui – quadrado ( $X^2=4,980$ ;  $p = 0,026$ ), diz-nos que existem diferenças significativas e que se situam, após a análise dos valores residuais, nos cuidadores casados/união de facto do sexo feminino (85,6%) e nos cuidadores do sexo masculino, solteiros/viúvos/divorciados (31,4%).

### **Habilitações literárias**

No que diz respeito aos resultados relativos ao nível de escolaridade e dada a heterogeneidade da amostra, constituíram-se três grupos, que classificamos de baixa literacia, de média literacia e elevada literacia. Observamos que 74,1% da amostra possui baixa literacia e apenas 1,4% possui elevada literacia (que correspondem a dois prestadores do sexo masculino) (ver Tabela 2).

### **Situação perante o trabalho**

Ainda na tabela 2 apresentamos qual é a situação dos prestadores em relação ao trabalho, ou seja, se trabalham por conta própria, por conta de outrem ou se encontram inativos.

A maioria dos prestadores de cuidados, 69,8%, encontra-se inativo o que corresponde a 97 indivíduos, os restantes 30,2% encontra-se em situação ativa perante o trabalho, sendo que 28,1% trabalham por conta de outrem e apenas 2,2% por conta própria (o que corresponde apenas a três indivíduos do sexo masculino).

### **Situação em que se encontram**

Dos 97 ( 69,8%) prestadores de cuidados inativos, 24 são do sexo masculino e 73 são indivíduos são do sexo feminino.

Destes prestadores de cuidados inativos, na sua maioria são domésticas 46,9%, o que corresponde a 45 indivíduos do sexo feminino, seguindo se os que são reformados com 35,4%, com 17 indivíduos do sexo masculino e 17 do sexo feminino. 10,4% correspondem aos indivíduos desempregados, os restantes são pensionista (3,1%) ou vivem de rendimentos (3,1%) (ver tabela 2).

Após a aplicação do teste de Qui-quadrado ( $X^2=27,141$ ;  $p = 0,000$ ), podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas e que pela análise dos valores residuais, as mesmas se encontram nos cuidadores do sexo feminino domésticas e nos cuidadores (homens) reformados.

### **Profissão que exerce ou exerceu**

Ainda com o intuito de caracterizar a amostra apresentamos na tabela 2 os dados relativos à profissão que os constituintes da amostra exercem atualmente ou que já exerceram.

Observamos que 51 das pessoas inquiridas, 36,7%, são ou foram domésticas, seguindo-se os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores com 20,1%. Com 15,1% temos o trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, seguindo-se os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, 10,8%. Quanto aos especialistas das atividades intelectuais e científicas, apenas temos um indivíduo (0,7%).

**Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (35)	% (25,2)	Nº (104)	% (74,8)	Nº (139)	% (100,0)	Masc	Fem
<b>Grupos etários</b>								
<=54 anos	5	14,3	21	20,2	26	18,7	-0,8	0,8
55 – 59	7	20,0	21	20,2	28	20,1	0,0	0,0
60 – 65	4	11,4	20	19,2	24	17,3	-1,1	1,1
66 – 71	10	28,6	24	23,1	34	24,5	0,7	-0,7
>=72 anos	9	27,5	18	17,3	27	19,4	1,1	-1,1
<b>Estado civil</b>								
Casado(a)/ União de Facto	24	68,6	89	85,6	113	81,3	-2,2	<b>2,2</b>
Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	11	31,4	15	14,4	26	18,7	2,2	-2,2
<b>Habilitações literárias</b>								
Baixa literacia	23	65,7	80	76,9	103	74,1	-1,3	1,3
Media literacia	12	34,3	22	21,2	34	24,5	1,6	-1,6
Elevada literacia	—	0,0	2	1,9	2	1,4	N.A.	N.A.
<b>Situação perante o trabalho</b>								
Trabalha por conta própria	3	8,6	—	0,0	3	2,2	N.A.	N.A.
Trabalha por conta de outrem	8	22,9	31	29,8	39	28,1	-0,8	0,8
Inativo/ não Trabalha	24	68,6	73	70,2	97	69,8	-0,2	0,2
<b>Situação em que se encontra</b>								
Pensionista	—	0,0	3	4,1	3	3,1	N.A.	N.A.
Domestica	1	4,3	45	61,6	46	47,9	-4,8	<b>4,8</b>
Desempregado	4	17,4	6	8,2	10	10,4	1,3	-1,3
Rendimentos	1	4,3	2	2,7	3	3,1	N.A.	N.A.
Reformado	17	23,3	17	73,9	34	35,4	<b>4,4</b>	-4,4
<b>Profissão que exerce ou exerceu</b>								
Especialistas das atividades intelectuais e científica	—	0,0	1	1,0	1	0,7	-0,6	0,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	3	8,6	3	2,9	6	4,3	1,4	-1,4
Pessoal administrativo	2	5,7	5	4,8	7	5,0	0,2	-0,2
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	8	22,9	20	19,2	28	20,1	0,5	-0,5
Agricultura e pescas	—	0,0	2	1,9	2	1,4	-0,8	0,8
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	12	34,3	9	8,7	21	15,1	<b>3,7</b>	-3,7
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	7	20,0	8	7,7	15	10,8	<b>2,0</b>	-2,0
Não qualificados	2	5,7	6	5,8	8	5,8	0,0	0,0
Domesticas	1	2,9	50	48,1	51	36,7	-4,8	<b>4,8</b>

**Em síntese:**

- A amostra de 139 cuidadores informais é constituída na sua maioria (74,5%) por indivíduos do sexo feminino, sendo que estes tem idades compreendidas entre 32 e os 90 anos de idades e 43,9% da amostra tem idade igual ou superior a 66 anos ou seja são idosos.
- A maioria dos cuidadores é casada ou vive em união de facto, 81,3% e 74,1% apresentam baixa literacia.
- Dos participantes no estudo, 69,8% encontram-se inativos, sendo que destes 47,9% são domésticas e 35,4% encontram-se reformados.
- Relativamente à atividade profissional que os cuidadores exercem ou exerceram na sua maioria 36,7% são ou foram domésticas, seguindo-se com 20,1% os trabalhadores dos serviços, de proteção e segurança e vendedores.

## 3.3.2 - Caracterização da pessoa dependente

**Idade**

As estatísticas sobre a idade para a totalidade dos inquiridos revelam que a pessoa dependente apresentam uma idade mínima de 25 anos, uma máxima de 95 sendo a média de 74, 21 anos e o desvio padrão de 11,80 anos.

Para os indivíduos do sexo masculino a idade mínima e máxima é respetivamente de 25 e 95 anos, sendo a média de 72,45 anos e o desvio padrão de 12,6 anos e para os dependentes do sexo feminino encontramos uma idade mínima de 37 e uma máxima de 92 anos, com uma média de 76,39 anos e um desvio padrão de 10,42 anos. A amostra, demonstra igualdade de variância ( $F= 0,329$ ;  $p = 0,329$ ).

O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à direita para os dois sexos e para a totalidade da amostra.

**Tabela 3** - Estatísticas relativas á idade da pessoa dependente em função do sexo.

Sexo/idade	N	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	77	25	95	72,45	12,600	0,000	158,751	-5,43795	7,2458
Feminino	62	37	92	76,39	10,429	0,006	108,766	-4,4309	4,5509
Total	139	25	95	74,21	11,805	0,001	139,355	-7,1747	9,1862

Considerando a elevada amplitude de variação encontrada, para melhor se interpretarem os resultados acima descritos, agrupá-los em classes, usando o critério de frequências homogêneas.

Como notamos, pelos resultados expressos na tabela 5, que 25,9% da amostra total tem uma idade compreendida entre os 67 e os 72 anos, seguindo-se 20,9% com idades superiores ou iguais aos 84 anos. Apenas 16,5% dos indivíduos têm uma idade inferior ou igual a 66 anos. Podemos também verificar através da tabela que o número pessoas dependentes do sexo feminino são 62 e homens são 77. Não se verifica diferença estatística entre os grupos ( $X^2=7,935$ ;  $p = 0,094$ ).

### Tempo de dependência

Revela-nos a tabela 4 que o tempo mínimo de dependência dos participantes no estudo é tanto para o sexo masculino como feminino é de 0,50 anos e o máximo de 29 para o sexo masculino e 10 anos para o sexo feminino a que correspondem médias de 3,00 anos e 2,50 anos, respetivamente. Para a totalidade da amostra o tempo médio de dependência é de 2,77 anos com um desvio padrão de 3,17 anos. Demonstrando igualdade de variância, ( $F= 1,359$ ;  $p=0,246$ ).

**Tabela 4** - Estatísticas relativas ao tempo de dependência

Sexo/idade	N	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	77	0,5	29,00	3,0000	3,75594	0,000	14,107	17,1021	55,6561
Feminino	62	0,5	10,00	2,5013	2,5013	0,000	5,056	5,3947	3,6828
Total	139	0,5	29,00	2,7776	3,17269	0,000	10,066	22,2815	81,7574

A complementaridade da análise desta variável advêm com o seu agrupamento em classes cujos resultados se apresentam na tabela 5. É notório que o maior grupo de utentes dependente (54,0%) já se encontra nesta situação entre um a cinco anos, seguindo-se os que se encontram em situação de dependência há menos de um ano com um valor percentual de 33,8%, o que corresponde a 47 pessoas, mas com um tempo de dependência superior a 5 anos, encontramos apenas um valor percentual é de 12,2%. Em ambos os sexos (50,6% nos homens e 58,1% nas mulheres), o maior valor percentual encontra-se de um ano a cinco anos de dependência.

Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $X^2=0,763$ ;  $p=0,683$ ).

### **Patologia da pessoa dependente**

Na tabela 5, apresentamos as patologias das pessoas dependentes, muitos tem mais de que uma patologia. Maioria tem doenças neurológicas (64,0%), seguindo as doenças cardiovasculares com 41,0%, os que têm doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, correspondem a 36,7%, seguindo-se as doenças do sistema hematológico com 17,3%.

**Tabela 5 - Características da pessoa dependente**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (77)	% (55,4)	Nº (62)	% (44,6)	Nº (139)	% (100,0)	Masc	Fem
<b>Grupos etários</b>								
<= 66 anos	13	16,9	10	16,1	23	16,5	0,1	-0,1
67 – 72	25	32,5	11	17,7	36	25,9	<b>2,0</b>	-2,0
73 – 78	17	22,7	10	16,1	27	19,4	0,9	-0,9
79 – 83	9	11,7	15	24,2	24	17,3	-1,9	1,9
>= 84 anos	13	16,9	16	25,8	29	20,9	-1,3	1,3
<b>Tempo de dependência</b>								
< 1 ano	28	36,4	19	30,6	47	33,8	0,7	-0,7
1 – 5 anos	39	50,6	36	58,1	75	54,0	-0,9	0,9
> 5 anos	10	13,0	7	11,3	17	12,2	0,3	-0,3
<b>Patologias</b>								
Infecto-contagiosas	1	0,7	1	0,7	2	1,4		
Neoplasias	15	18,8	8	5,7	23	16,5		
Sistema hematológico	4	4,4	20	12,9	24	17,3		
Endócrinas/nutri/metabólicas	27	19,4	24	17,3	51	36,7		
Mentais	1	0,7	1	0,7	2	1,4		
Neurológicas	52	37,4	37	26,6	89	64,0		
Oftálmicas	3	1,5	1	0,7	4	2,9		
Ouvidos	—	0,0	1	0,7	1	0,7		
Cardiovascular	35	25,2	22	15,8	57	41,0		
Respiratório	62	4,4	2	1,4	8	5,8		
Digestivo	2	1,4	2	1,4	4	2,9		
Pele e tecidos subcutâneos	2	1,4	2	1,4	4	2,9		
Musculo - esqueléticas	7	5,05	7	5,05	14	10,1		
Genito- urinário	1	7,7	10	7,2	20	14,4		

**Em síntese:**

- A amostra de pessoas dependentes é constituída por 77 (55,4%) indivíduos do sexo masculino e 62 (44,6%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 25 e os 95 anos, com uma média de idades de 74,21 anos.
- O tempo médio de dependência é de 2,77 anos, sendo que 54,0%, já se encontra nesta situação de dependência de 1 a 5 anos.
- A maioria (64,0%) das pessoas dependentes apresenta doenças neurológicas e, 41,0% apresentam doenças cardiovasculares.

## 3.4 - Instrumentos

A recolha de dados da população, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, torna necessário a utilização de instrumentos de avaliação que vão de encontro aos objetivos traçados inicialmente e às características da população.

Neste sentido, definida a população e selecionada a amostra, foi necessária a elaboração do protocolo de avaliação, com vista a atingir os objetivos propostos.

A seleção dos instrumentos de medida teve por base a revisão bibliográfica efetuada. Os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo, foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos:

- 1) Questionário Sociodemográfico (atributo) e familiar;
- 2) Questionário ao utente alvo de cuidados;
- 3) Índice de Katz;
- 4) Escala de vulnerabilidade ao *Stress* de Vaz Serra- 23 QVS

De seguida será explicado pormenorizadamente cada um dos instrumentos de colheita de dados.

### 1) **Questionário sociodemográfico acerca dos prestadores informais de cuidados**

Esta área temática compõe-se de 15 questões, dirigidas à totalidade dos inquiridos com o objectivo de obtermos informação respeitante a alguns dos seus atributos sociodemográficos. As sete primeiras, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional, procuram caracterizar a amostra, as duas questões seguintes dizem respeito à saúde do cuidador, e, as restantes, ao grau de parentesco, tipo de apoio, número de elementos que compõem o agregado familiar, se o cuidador vive na mesma habitação do cuidador e o tempo despendido diariamente por este na prestação dos cuidados.

### 2) **Questionário acerca do utente dependente**

Com o objetivo de avaliarmos as características sociodemográficas e clínicas/patológicas do utente, introduzimos quatro questões relacionadas com esta temática.

A primeira questão procurava saber a idade, a segunda o sexo e as restantes, o tempo de dependência e as suas patologias. As patologias da pessoa dependente foram agrupadas segundo a classificação I CD-10 Versão – Internacional Classification of Diseases.

### 3) Escala de avaliação de actividades de Vida Diária (Índice de Katz)

A avaliação funcional tem-se revelado um importante domínio na determinação da dependência de um doente. Por isso recorremos à escala de avaliação de actividades de vida diária (índice de katz) porque possibilita descrever e avaliar o grau de dependência/autonomia de um indivíduo e ainda a necessidade de ajuda.

O Índice de Katz de Independência de Actividades da Vida Diária, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para estudar os resultados do tratamento e prognóstico nos idosos e doentes crónicos.

Independência/dependência, trata-se de conceitos complexos e difíceis de operacionalizar. Têm merecido alguma reflexão por parte de muitos investigadores dado o seu grau de subjetividade e dificuldade em torná-los mensuráveis.

Independência significa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outras pessoas. O nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por um estado satisfatório de bem-estar.

Enquanto, que a dependência é incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Um outro aspeto a ter em consideração é o facto de dependência e autonomia terem a vantagem de mostrar as diferentes combinações possíveis, que podem acontecer ao utente. Assim este pode:

- Ser autónomo e independente;
- Ser dependente e autónomo, isto é, pode ter necessidade de ajuda para realizar as actividades de vida diária, o que lhe provoca dependência, mas manter a autonomia, porque decide o seu modo de vida;
- Ser independente e não autónomo. Esta perda de autonomia surge quando é interdito ao utente a escolha das regras do seu comportamento, não por incapacidade, mas

porque se encontra inserido numa instituição (Lar, Hospital), onde o indivíduo não dependente perde parcial ou totalmente a sua autonomia.

A Escala de Avaliação de Atividades de Vida Diária, ou índice de Katz, é constituído por seis itens (banho, vestir-se, usar a casa de banho, mobilidade, continência e alimentação). Em termos de avaliação global, as respostas a estas seis funções permitem hierarquizar o utente em sete grupos, desde o independente em todas elas, até ao dependente em relação às mesmas e compreendendo uma ponderação diferente para cada um destes sete grupos, existe ainda um oitavo grupo onde são incluídos todos os utentes dependentes, em pelo menos, duas funções mas não incluídos em qualquer dos outros grupos. Em termos de avaliação global e tendo em conta as seis funções que a seguir se descrevem, são considerados, em cada um dos oito grupos:

*Grau 0* - Independente em alimentação, continência, mobilidade, utilização do WC, vestir-se e tomar banho;

*Grau 1* - Independente para todas as funções anteriormente referidas, exceto uma;

*Grau 2* - Independente para todas as funções anteriormente referidas, exceto tomar banho e outra função adicional;

*Grau 3* - Independente para todas as funções anteriormente referidas, exceto tomar banho, vestir-se e outra função adicional;

*Grau 4* - Independente para todas as funções anteriormente referidas, exceto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C. e outra adicional;

*Grau 5* - Independente para todas as funções anteriormente referidas, exceto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C., mobilidade e outra função adicional;

*Grau 6* - Dependente a estas seis funções;

*Grau 7* - Outros (dependente em, pelo menos duas funções, mas não classificável como 2, 3, 4, ou 5).

Cada atividade avaliada deve ser classificada segundo três parâmetros: realiza a atividade sem ajuda, com ajuda, ou não pode realizá-la de forma alguma.

O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, que pontua cada item de zero a três, sendo que a pontuação zero representa independência completa; um está relacionada com

o uso de ajuda de equipamento técnico (acessórios como bengalas, barras, apoio em móveis); dois relaciona-se a ajuda humana e a pontuação três a uma completa dependência.

#### 4) A Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* de Vaz Serra-23 QVS

É constituída por 23 questões com respostas numa escala tipo Likert em função de cinco classes de resposta.

A Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* – 23 QVS, elaborada por Adriano Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 2000), é constituída por 23 questões. Cada pergunta tem 5 possibilidades de resposta (concordo em absoluto, concordo bastante, não concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). Foi criada a partir de uma amostra de 368 elementos da população em geral.

Tal como é Preconizado na construção de escalas, a fim de evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspetos positivos e, outras, aspetos negativos. Assim a escala está construída de maneira a que a cotação final, quanto mais elevada é, mais se relaciona com a vulnerabilidade ao *stress*.

A correlação par/ímpar foi de .732 e o coeficiente Spearman-Brown de .845, reveladores de uma boa consistência interna. O coeficiente de Cronbach para todos os itens apresentou um valor de .824. este valor baixou sempre quando à escala foram excluídos alguns dos itens selecionados, evidenciando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade.

Uma análise fatorial de componentes principais seguidas de rotação de varimax extraiu sete fatores ortogonais que explicam 57.5% da variância total. A composição de cada fator, parece traduzir o seguinte significado:

Fator 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração que corresponde aos itens 5,10,16,18,19,23.

Fator 2 – Inibição e dependência funcional que corresponde aos itens 1,2,9,12,22.

Fator 3 – Carência de apoio social que corresponde aos itens 3,6.

Fator 4 – Condições de vida adversas que corresponde aos itens 4,21.

Fator 5 – Dramatização da existência que corresponde aos itens 5, 8, 20.

Fator 6 – Subjugação que corresponde aos itens 11,13,14,15.

Fator 7 – De privação de afeto e rejeição que corresponde aos itens 7,13,17.

O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, correspondendo a pontuação mais elevada aos aspetos mais negativos da descrição do indivíduo. A fim de se evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspectos positivos e outros negativos:

Aos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 correspondem as seguintes pontuações:

- Concordo em absoluto → 0
- Concordo bastante → 1
- Não concordo nem discordo → 2
- Discordo bastante → 3
- Discordo em absoluto → 4

Aos itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 correspondem as seguintes pontuações:

- Concordo em absoluto → 4
- Concordo bastante → 3
- Não concordo nem discordo → 2
- Discordo bastante → 1
- Discordo em absoluto → 0

A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas indica o resultado final, sendo a pontuação máxima 92 e o mínimo 0.

A cotação final da escala diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao *stress*, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao *stress*” (Vaz Serra, 2000)

É de enfatizar que se deve ter sempre o cuidado em todos os estudos de fazer a avaliação das propriedades psicométricas das escalas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. A consistência interna refere-se ao grau de

uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

No entanto, não foi feito o estudo psicométrico da escala de vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra na medida em que esta é muito utilizada na clínica.

### 3.5- Procedimentos

Os instrumentos utilizados foram aplicados aos prestadores de cuidados à pessoa dependente, internada nos Serviços de Medicina do Hospital de Vila Franca de Xira, após o consentimento da Administração e dos prestadores de cuidados.

Para tal, enviou-se um pedido à direção do Hospital a requer autorização para aplicação dos questionários. Depois de obtida a devida autorização, procedeu-se à sua aplicação, que decorreu de 1 de Julho a 30 de Novembro de 2011.

Os questionários foram entregues individualmente e em mão, pela investigadora. A sua devolução efetuou-se de igual modo e no próprio dia da entrega.

Para o efeito, foram tidos em conta os seguintes princípios éticos e metodológicos: confidencialidade e anonimato; e foi ainda solicitado aos participantes que respondessem a todas as questões.

A todos os participantes foi solicitado o seu consentimento, tendo sido devidamente esclarecidos e informados do estudo a desenvolver, dos seus objetivos e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, não sofrendo por isso qualquer transtorno.

É de salientar que, no que diz respeito aos instrumentos de colheita de dados utilizados neste trabalho, foram cumpridos todos os requisitos legais para a sua utilização.

### 3.6- Análise de dados

Após a respetiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 21), onde se realizaram as análises estatísticas em função das hipóteses consideradas, recorreu-se a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

No que se refere à estatística descritiva, usou-se as seguintes medidas estatísticas:

- Frequências: absolutas (n) e percentuais (%)

- Medidas de tendência central: média ( $\bar{x}$ )
- Medidas de dispersão: desvio padrão (DP)
- Medidas de simetria (SK-Skewness) e de achatamento (K-Kurtosis)
- Coeficiente de variação: possibilita a comparação da variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, de acordo com Pestana e Gageiro, (2008), do seguinte modo:

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

Calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média amostral e apenas quando o dividendo e o divisor têm o mesmo sinal, positivo ou negativo (Pestana & Gageiro, 2008).

Medidas de simetria (SK-Skewness) e de achatamento (K-Kurtosis). Os autores anteriores referem que, para  $p=0,05$  uma distribuição é:

- Simétrica – quando o “ $| \text{Skewness}/\text{std}_{\text{error}} | < 1,96$  e  $> -1,96$ , a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites de esse intervalo”;
- Assimétrica – quando “ $| \text{Skewness}/\text{std}_{\text{error}} | > 1,96$  e  $< -1,96$ , a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do valor máximo (assimetria negativa)”.

Do mesmo modo, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando  $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < 1,96$ ;
- Platicúrtica quando  $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < -1,96$ ;
- Leptocúrtica quando  $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| > 1,96$ .

- Matrizes de correlação de Pearson, que são uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maiores serão a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, Pestana e Gageiro (2005) consideram os seguintes valores:

- $R < 0,2$  associação linear muito baixa
- $0,2 < R < 0,39$  associação linear baixa
- $0,4 < R < 0,69$  associação linear moderada
- $0,7 < R < 0,89$  associação linear alta
- $0,9 < R < 1$  associação linear muito alta

Relativamente à estatística inferencial, utilizaremos para testar as hipóteses formuladas os testes paramétricos e não paramétricos. As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) que nos indica que podemos aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse mesmo valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$  – não significativo
  - $p < 0,05$  – significativo
  - $p < 0,01$  – bastante significativo
  - $p < 0,001$  – altamente significativo
- Regressões múltiplas para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis utilizado foi o *Stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.

- Análise de variância a um factor (Anova): teste paramétrico para comparação de médias entre três ou mais variáveis.
- O Teste t para amostras emparelhadas: permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas.
- O Teste t para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.
- O Teste do Qui-Quadrado compara frequências observadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias.
- O Teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney (U de M-W): teste não paramétrico utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Terminada a descrição dos procedimentos estatísticos, iremos apresentar os resultados óbitos no próximo capítulo.

## Capítulo 4 – Resultados

Neste capítulo, pretendemos dar a conhecer os resultados obtidos, referentes ao tratamento de toda a informação recolhida através do protocolo aplicado ao cuidador informal.

A apresentação dos resultados será feita num primeiro momento através da análise descritiva com a qual procuraremos estudar as variáveis que caracterizam o grupo estudado e a variável principal e suas dimensões que serviram para a sua mensuração e num segundo momento através da análise inferencial onde se procurará estabelecer a relação entre as variáveis secundárias selecionadas e a variável principal.

### 4.1 - Análise descritiva

Neste capítulo procederemos à apresentação descritiva dos resultados obtidos através do protocolo aplicado aos cuidadores informais, de forma a conseguir caracterizar a nossa amostra.

#### Perceção do cuidador informal em relação à sua saúde

De forma a perceber como os cuidadores percecionam a sua saúde, questionamo-los sobre a mesma. Neste sentido na tabela 6 apresentamos os resultados da perceção dos cuidadores em relação à sua própria saúde.

Observamos que 48,9 % (68 indivíduos) considera a sua própria saúde com razoável e com diferença percentual muito aproximada 47,5% (66 indivíduos) consideram a sua saúde como boa. Apenas 2,9% considera a sua saúde como má e apenas 1 indivíduo do sexo masculino perceciona a sua saúde como muito boa.

#### Patologias do cuidador informal

De forma a perceber quais as patologias dos cuidadores informais, apresentávamos um grupo de doenças de forma optarem por aquela ou aquelas que apresentaram pelo menos nos últimos três meses. Muitos dos cuidadores apresentam mais de uma patologia.

A maior parte dos prestadores de cuidados apresentam doenças osteo-articulares crónicas, com um valor percentual de 48,2%, o que corresponde 67 indivíduos, sendo que as mulheres são as que sofrem mais deste problema com 53,8% e os homens com 31,4%. 20,1% dos cuidadores, 28 indivíduos sofrem de hipertensão arterial, seguindo-se as doenças do coração 17,3%, as doenças psiquiátricas com 12,2% e os problemas digestivos crónicos com 9,4%.

Pela análise dos valores residuais, podemos verificar que existe diferença significativa nos cuidadores do sexo masculino com asma ou doenças respiratórias crónicas e hipertensão arterial e nos cuidadores do sexo feminino com doenças osteoarticulares.

**Tabela 6** – Saúde do Cuidador informal em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (35)	% (25,2)	Nº (104)	% (74,8)	Nº (139)	% (100,0)
<b>Saúde</b>						
Muito Boa	—	0,0	1	1,0	1	0,7
Boa	17	48,6	49	47,1	66	47,5
Razoável	18	51,4	50	48,1	68	48,9
Má	—	0,0	4	3,8	4	2,9
<b>Doenças</b>						
Diabetes	4	11,4	8	7,7	12	8,6
Asma ou doenças respiratórias crónicas	5	14,3	4	3,8	9	6,5
Doenças do coração	8	22,9	16	15,4	24	17,3
AVC – Acidente Vascular Cerebral	—	0,0	1	1,0	1	0,7
Hipertensão arterial	13	37,1	15	14,4	28	20,1
Problemas digestivos crónicos	2	5,7	11	10,6	13	9,4
Doenças osteo-articulares crónicas	11	31,4	56	53,8	67	48,2
Enxaquecas ou dores de cabeça crónicas e fortes	1	2,9	5	4,8	6	4,3
Doença psiquiátrica	2	5,7	15	14,8	17	12,2
Doença maligna	—	0,0	1	1,0	1	0,7
Obesidade	1	2,9	1	1,0	1	1,4

#### Em síntese:

- Relativamente à situação de saúde dos cuidadores, 48,9% percebem a sua saúde como razoável e 47,5% consideram a sua saúde como boa.
- As patologias mais frequentes são as doenças osteo-articulares crónicas com 48,2% que acometem mais as mulheres com 53,8% e os homens com 31,4%. Seguindo-se a

Hipertensão Arterial com 20,1% que acomete mais os indivíduos do sexo masculino com 37,1% e 14,4% de indivíduos do sexo feminino.

#### Grau de parentesco do cuidador informal em relação á pessoa dependente

Os dados estatísticos referentes ao grau de parentesco e apresentados na tabela 8 demonstram que os prestadores de cuidados são na sua maioria os cônjuges/ companheiros da pessoa dependente, 48,9%, seguindo-se os filhos com 33,8% e os restantes prestadores de cuidados 17,3%, são outros familiares, como nora ou genro com 7,2%.

#### Tipo de apoio que o cuidador informal possui

Seria conveniente neste estudo saber o tipo de apoio acessível e que recebem os prestadores de cuidados que participaram neste estudo, pelo que os questionamos nesse sentido.

Pela análise da tabela 8 vemos que os cuidadores sem apoio institucional apresentam o maior valor percentual 30,7%, seguindo-se aqueles tem apoio familiar, 29,5%, depois os que tem apoio domiciliário com 23,7% e por fim com 15,8% os que tem apoio do centro de dia. Não existe diferenças estaticamente significativas ( $X^2=1,187$ ;  $p = 0,756$ ).

#### Número de pessoas que constituem o agregado familiar do cuidador informal

O número mínimo de pessoas que constituem o agregado familiar dos prestadores de cuidados é de um e o máximo de cinco, como pode observar-se pelas tabelas 7 e 8.

Sendo que 60,4% dos agregados é constituído por apenas um elemento, seguindo se o constituídos por 2 elementos, com percentagem de 17, 3%. 22,3% dos agregados são constituídos por três ou mais elementos.

A média de elementos por agregado familiar é de 1,78 indivíduos e um desvio padrão de 1,149. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,831$ ;  $p = 0,394$ ).

**Tabela 7** – Elementos do agregado familiar

	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Nº elementos	1	5	1,78	1,149	0,00	1,319	6,4126	1,3627

Coabitação

Para este estudo também se considerou pertinente saber se os prestadores de cuidados moram na mesma habitação do que a pessoa dependente

A maioria (87,1%), dos prestadores de cuidados vive na mesma habitação que a pessoa dependente, no entanto ainda encontramos 12,9% de prestadores que não moram com a pessoa dependente. Sem diferenças estatísticas. ( $X^2=0,795$ ;  $p = 0,372$ ).

**Tabela 8 – Caracterização do cuidador Informal**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (35)	% (25,2)	Nº (104)	% (74,8)	Nº (139)	% (100,0)	Masc	Fem
<b>Grau de parentesco</b>								
Filho (a)	14	40,0	33	31,7	47	33,8	0,9	-0,9
Esposo (a) / Companheiro (a)	17	48,6	51	49,0	68	48,9	0,0	0,0
Genro/ nora	4	11,4	6	5,9	10	7,2	1,1	-1,1
Irmão (a)	—	0,0	7	6,7	7	5,0	N.A.	N.A.
Neto (a)	—	0,0	2	1,9	2	1,4	N.A.	N.A.
Sobrinho (a)	—	0,0	2	1,9	2	1,4	N.A.	N.A.
Mãe	—	0,0	3	1,9	2	2,2	N.A.	N.A.
<b>Tipo de Apoio</b>								
Filho (a)	14	40,0	33	31,7	47	33,8	0,9	-0,9
Esposo (a)/ Companheiro (a)	17	48,6	51	49,0	68	48,9	0,0	0,0
Outro familiar	4	11,4	20	19,2	24	17,3	-1,1	1,1
<b>Agregado Familiar</b>								
Centro de Dia	7	20,0	15	14,4	22	15,8	0,8	-0,8
Familiar	9	25,7	32	30,8	41	29,5	-0,6	0,6
Domiciliário	7	20,0	26	25,0	33	23,7	-0,6	0,6
Sem apoio institucional	12	34,3	31	29,8	43	30,9	0,5	-0,5
<b>1 Elemento</b>								
1 Elemento	24	68,6	60	57,7	84	60,4	1,1	-1,1
<b>2 Elementos</b>								
2 Elementos	6	17,1	18	17,3	24	17,3	0,0	0,0
<b>3 Elementos</b>								
3 Elementos	1	2,9	12	11,5	13	9,4	-1,5	1,5
<b>4 Elementos</b>								
4 Elementos	4	11,4	10	9,6	14	10,1	0,3	-0,3
<b>5 Elementos</b>								
5 Elementos	—	0,0	4	3,8	4	2,9	N.A.	N.A.
<b>&gt;=3 Elementos</b>								
1 Elemento	24	68,6	60	57,7	84	66,4	1,1	-1,1
2 Elementos	6	17,1	18	17,3	24	17,3	0,0	0,0
>=3 Elementos	5	14,3	26	25,0	31	22,3	-1,3	1,3
<b>Vive na mesma Habitação</b>								
Sim	32	91,4	89	85,6	121	87,1	0,9	-0,9
Não	3	8,6	15	14,4	18	12,9	-0,9	0,9

### Horas de cuidados do cuidador informal

Relativamente ao número de horas dispensado por cada cuidador a cuidar da pessoa dependente variam no mínimo de 4 horas/dia e no máximo 24 horas por dia, como se pode confirmar na tabela 9.

O mínimo de horas de cuidados dos prestadores do sexo masculino é de 6h/ dia e no sexo feminino e de 4h/dia. Em ambos os sexos o máximo de horas de prestação de cuidados é

de 24h / dia. Com uma média de 19,14 horas por dia dedicadas a prestação de cuidados e um desvio padrão de 6,921. Sendo que no sexo masculino essa media é ligeiramente inferior 18,57 horas à do sexo feminino com a média de 19,34 horas por dia. No entanto não existem diferenças significativas. ( $X^2=1,426$ ;  $p = 0,490$ ).

Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas normocúrticas para os cuidadores do género masculino e feminino e platicurtica para total da amostra. E distribuição é simétrica para ambos os sexos e enviesada à direita para o total da amostra, como podemos ver na tabela seguinte.

**Tabela 9** – Estatísticas relativas às horas de cuidados por dia

Nº Horas	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	35	24	6	18,57	6,696	0,00	44,840	-1,5150	1,7339
Feminino	104	24	4	19,34	7,017	0,00	49,325	-0,1729	-1,6545
Total	139	24	4	19,14	6,921	0,00	47,907	-4,3058	-2,2892

Na tabela 10, apresentamos o número de horas/dia de prestação de cuidados agrupados em 3 grupos, num 1º grupo temos os cuidadores informais que dispensam 12 ou menos horas por dia a cuidar da pessoa dependente, neste grupo encontra-se 29,5%, 41 indivíduos, da nossa amostra. Um 2º grupo, agrupamos todos os cuidadores que dedicam de 13 a 16 horas/dia a cuidar do seu familiar, 5,8%, apenas 8 cuidadores. No 3º grupo, todos os cuidadores que dedicam 17 ou mais horas/dia a cuidar, e é neste último grupo que se concentra a maioria da nossa amostra, 64,7%, 90 indivíduos, 20 homens e 70 mulheres.

**Tabela 10 – Horas de cuidados por dia**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (35)	% (25,2)	Nº (104)	% (74,8)	Nº (139)	% (100,0)	Masc	Fem
<b>Horas de cuidado por dia</b>								
<= 12 horas	12	34,3	29	27,5	41	29,5	0,7	-0,7
13-16 horas	3	8,6	5	5,8	8	5,8	0,8	-0,8
>=17horas	20	57,1	70	67,3	90	64,7	-1,1	1,1

**Em síntese:**

- Os cuidados à pessoa dependente são prestados na sua maioria (48,9%) pelo (a) esposo (a)/ Companheiro (a).
- 30,9% da nossa amostra não tem qualquer tipo de apoio no cuidar.
- O agregado familiar do cuidador é constituído em 66,4% por apenas um elemento.
- A pessoa dependente na sua maioria (87,1%) vive na mesma casa do cuidador.
- O Cuidador dispensa em média 19,14 horas por dia a cuidar da pessoa dependente, sendo que 64,7% dos cuidadores dispensa mais de 17 horas por dia a cuidar.

Grau de dependência da pessoa alvo de cuidados

De seguida apresentamos algumas variáveis relacionadas com a pessoa dependente fazendo referência ao seu grau de dependência obtida através da escala designada por Índice de Katz.

Na tabela 11 estão indicadas as seis funções que são avaliadas pela referida escala e na tabela 11 a classificação final do grau de dependência que foi obtida face ao somatório das funções. Quanto ao primeiro aspeto, 65,5% são totalmente dependentes no tomar banho e 62,6% são totalmente dependentes no vestir-se e cerca de metade são totalmente dependentes nos cuidados de higiene (43,9%), na alimentação 46,0%) e na continência (45,3%). A função

onde se verifica uma menor dependência total é na deslocação com 37,4% e dependência parcial na deslocação de 39,6%.

São poucas as pessoas que não necessitam de assistência em qualquer das actividades de vida diária ( $F=7,293$ ;  $p = 0,008$ ).

**Tabela 11** – Grau de dependência segundo o índice de katz em função do sexo.

Grau de dependência	Masculino		Feminino (62)		Total		V. Residuais	
	Nº (77)	% (55,4)	Nº (62)	% (44,6)	Nº (139)	% (100,0)	Mas	Fem
<b>Tomar banho</b>								
Não recebe assistência	2	2,6	3	4,8	5	3,6	N.A.	N.A.
Recebe assistência numa parte do corpo	16	20,8	27	43,5	43	30,9	-2,9	<b>2,9</b>
Recebe assistência em mais que uma parte	59	76,6	32	51,6	91	65,5	<b>3,1</b>	-3,1
<b>Vestir-se</b>								
Sem assistência	4	5,2	8	12,9	12	8,6	-1,6	1,6
Sem assistência excepto calçar sapatos	16	20,8	24	38,7	40	28,8	-2,3	<b>2,3</b>
Com assistência	57	74,0	30	48,4	87	62,6	<b>3,1</b>	-3,1
<b>Higiene</b>								
Sem assistência	10	13,0	17	27,4	27	19,4	-2,1	<b>2,1</b>
Assistência parcial	29	37,7	22	35,5	51	36,7	0,3	-0,3
Assistência total	38	49,4	23	37,1	61	43,9	1,4	-1,4
<b>Deslocar-se</b>								
Sem assistência	11	14,3	21	33,9	32	23,0	-2,7	<b>2,7</b>
Assistência parcial	32	41,6	20	32,3	52	37,4	1,1	-1,1
Assistência total	34	44,2	21	33,9	55	39,6	1,2	-1,2
<b>Continência</b>								
Sem assistência	13	16,9	22	35,5	35	25,2	-2,5	<b>2,5</b>
Assistência parcial	25	32,5	16	25,8	41	29,5	0,9	-0,9
Assistência total	39	50,6	24	38,7	63	45,3	1,4	-1,4
<b>Alimentar-se</b>								
Sem assistência	9	11,7	17	27,4	26	18,6	-2,4	2,4
Assistência parcial	28	36,4	21	33,9	49	35,3	0,3	-0,3
Assistência total	40	51,9	24	38,7	64	46,0	1,6	-1,6

Relativamente ao grau de dependência tendo em conta a classificação final do grau de dependência que foi obtida face ao somatório das funções. Classificamos as pessoas em três grupos, com classificação:

<=13 – Independente/ Parcialmente independente

14-15- Semi-dependente

>=16 – Dependente / Totalmente dependente

Neste sentido, como podemos aferir na tabela 12 observamos que a média do grau de dependência é de 14,05, sendo o mínimo de 6 e um máximo de 18 para ambos os sexos e desvio padrão total de 3,98.

**Tabela 12** – Estatísticas relativas ou Grau de dependência

Sexo/idade	N	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	77	6	18	14,83	3,548	0,000	12,590	-3,0766	-0,6894
Feminino	62	6	18	13,06	4,300	0,000	18,488	-0,3256	-2,5392
Total	139	6	18	14,04	3,985	0,000	15,882	-2,4368	-2,7524

Na tabela 13 podemos verificar que a maioria dos cuidadores, 43,2% (60 indivíduos) cuidam de pessoas dependentes/totalmente dependentes, sendo em maior percentagem cuidadores do sexo feminino (51,0%), seguindo se os que têm a seu cargo pessoas independentes/parcialmente independentes com 40,3%, com uma maior percentagem (60,0%) do sexo masculino como cuidador ( $X^2 = 10,665$ ,  $p = 0,005$ ).

**Tabela 13** – Grau de dependência da pessoa dependente em função do sexo do cuidador

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (35)	% (25,2)	Nº (104)	% (74,8)	Nº (139)	% (100,0)
<b>Grau de dependência</b>						
Independente/parcialmente independente	21	60,0	35	33,7	56	40,3
Semi- dependente	7	20,0	16	16,5	23	16,5
Dependente/ Totalmente dependente	7	20,0	53	51,0	60	43,2

**Em síntese:**

- O grau de dependência total e parcial nas atividades de vida diária é elevada em quase todas as atividades, estamos perante uma amostra de pessoas muito dependentes.

Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador Informal

Apresentamos de seguida as estatísticas relativas aos fatores avaliados pela escala de vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra.

Como podemos observar na tabela 14 no que diz respeito ao perfeccionismo e à intolerância à frustração (**fator 1**) este apresenta um mínimo de 0,66, máximo de 3,08, uma média de 2,48, um desvio padrão de 0,79. Relativamente ao **fator 2** (inibição e dependência funcional) encontramos um mínimo de -1,07 e um máximo de 2,43, uma média de 0,54 e um desvio padrão de 0,68. Para o **fator 3** que avalia a carência de apoio social observamos um valor mínimo de -0,59, um máximo de 3,52, uma média de 0,84 e um D.p. de 0,73. Em relação às condições de vida adversas (**fator 4**), apresenta um mínimo de -0,01, um máximo de 3,94, uma média de 1,35 e um desvio padrão de 0,88. o **fator 5** que avalia a dramatização da existência verificamos um mínimo de 0,34, um máximo de 4,80 com uma média de 2,84 e um desvio padrão de 0,80. O **fator 6** (subjugação) avaliado pela escala de vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra apresenta um mínimo de 0,07, um máximo de 3,27, uma média de 1,66 e um D.p. de 0,65. A deprivação de afeto e rejeição que é o **fator 7** da escala apresenta um valor mínimo de -1,34, um

*Vulnerabilidade ao Stress do Cuidador Informal*

valor máximo de 3,50, uma média de 1,23 e um desvio padrão de 0,78. Ao analisarmos a estatísticas relativas ao **total da escala** verificamos que o mínimo é de 28,00 e o máximo de 63,00, com uma média de 43,62 e um desvio padrão de 0,78.

Sabendo que a cotação final da escala diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao *stress*, e que um valor 43 constitui um ponto de corte acima do qual o individuo se considera vulnerável. Podemos então, verificar que média (43,62) da nossa amostra no que diz respeito á cotação final da escala é superior a 43 estamos, estamos perante uma amostra de cuidadores bastante vulneráveis ao *stress*.

**Tabela 14** – Estatísticas relativas aos fatores avaliados pela escala de Vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra

	Min	Max	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	0,662	3,0802	2,480	0,799	0,200	0,639	-1,320	1,843
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	-1,072	2,437	0,5414	0,689	0,020	0,476	2,470	1,000
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	-0,594	3,524	0,841	0,737	0,004	0,544	4,601	2,421
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	-0,014	3,949	1,352	0,887	0,000	0,786	3,538	-0,656
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	0,347	4,800	2,840	0,800	0,200	0,641	-1,796	0,563
<b>Fator 6</b> – Subjugação	0,072	3,275	1,665	0,650	0,200	0,424	-0,558	-0,914
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	-1,348	3,509	1,239	0,783	0,200	0,615	0,033	1,470
<b>Stress Total</b>	28,00	63,00	43,62	8,080	0,011	65,294	1,883	-1,267

## Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função das suas características sócio-demográficas

A cotação final da escala de vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra, diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao *stress*, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao *stress*” (Vaz Serra, 2000). Sendo assim classificamos a nossa amostra em dois grupos, os não vulneráveis ao *stress*, aquelas que obtiveram um valor inferior a 43 no preenchimento da escala e outro grupo dos vulneráveis ao *stress* aqueles que obtiveram um valor igual ou superior a 43 no preenchimento da escala.

Pela análise da tabela 15 verificamos que pouco mais de metade da nossa amostra (53,2%) se encontra não vulnerável ao *stress* e que 46,8% da amostra encontra-se vulnerável ao *stress*. Ou seja 74 cuidadores informais encontra-se não vulneráveis ao *stress* e os restantes 65 são considerados vulneráveis ao *stress*.

### **Género**

Dos cuidadores informais considerados não vulneráveis 70,3% são do sexo feminino e 29,7% são do sexo masculino. No que diz respeito aos cuidadores vulneráveis ao *stress* a maioria, 80% são do sexo feminino e os restantes 20% são homens.

São as cuidadoras que se encontram mais vulneráveis ao *stress*, no entanto não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,739$ ;  $p=0,187$ ).

**Tabela 15** – Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função do sexo

Vulnerabilidade	Não Vulnerável		Vulnerável		Total		V. Residuais	
	Nº (74)	% (53,2)	Nº (65)	% (46,8)	Nº (139)	% (100,0)	Não Vulnerável	Vulnerável
Feminino	52	70,3	65	80	104	74,8	-1,3	1,3
Masculino	22	29,7	13	20	35	25,2	1,3	-1,3

## **Idade**

Na tabela 16 analisamos a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função das suas características sociodemográficas.

Verificamos que o grupo etário que mais se evidencia nos cuidadores considerados não vulneráveis ao *stress* é o grupo dos 55- 59 anos, 28,4% dos cuidadores.

O grupo etário que apresenta maior percentagem de cuidadores vulneráveis é o grupo dos 66-71 anos e os cuidadores com idade igual ou 72 anos, ambos com uma percentagem de 24,6%. Deste modo, dos cuidadores vulneráveis da nossa amostra 49,2% tem idade igual ao superior a 66 anos, ou seja são idosos.

Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $X^2=7,647$ ;  $p=0,105$ ).

## **Estado civil**

Através da análise da tabela 16 observamos que 89,2%, dos cuidadores considerados não vulneráveis são casados/ união de fato e os restantes 10,8% são solteiros, viúvos ou divorciados. Dos cuidadores informais classificados como vulneráveis ao *stress* a maioria (72,3%) também são casados ou vivem em união de fato.

Existindo diferenças estaticamente significativas ( $X^2=6,485$ ;  $p=0,011$ ), e pela análise dos valores residuais estas residem nos cuidadores não vulneráveis casados ou em união de fato e nos cuidadores vulneráveis ao *stress* solteiros, viúvos ou divorciados.

## **Habilitações literárias**

No que diz respeito á vulnerabilidade ao *stress* em função das habilitações literárias, podemos observar na tabela 16 que no grupo dos cuidadores considerados não vulneráveis a maioria, 70,3%, têm baixa literacia, com média literacia temos 28,4% e apenas 1,4% dos cuidadores possui elevada literacia. Dos cuidadores vulneráveis ao *stress*, 78,5% possuem baixa literacia, 20,0% apresentam média literacia e os restantes 1,5% possuem elevada literacia.

Após a análise do qui-quadro verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,315$ ;  $p=0,518$ ).

### **Situação Profissional**

Ao analisarmos a existência ou não vulnerabilidade ao *stress* tendo em conta a situação perante o trabalho, verificamos que 63,5% dos cuidadores não vulneráveis ao *stress* se encontram inativos, ou seja, não têm qualquer atividade profissional apenas 36,5% destes se encontram ativos profissionalmente.

Nos cuidadores considerados vulneráveis ao *stress* 76,9% encontram-se inativos e os restantes 23,1% encontram-se ativos, ou seja exercem alguma atividade profissional. ( $X^2=2,951$ ;  $p=0,086$ ).

### **Grau de parentesco**

Pela análise da tabela 16, verificamos que dos cuidadores não vulneráveis ao *stress* 35,1% são filhos da pessoa alvo de cuidados, 45,9% são cônjuges da pessoa dependente e 18,9% são outros familiares.

Nos cuidadores vulneráveis ao *stress*, a maioria (52,3%) são cônjuges da pessoa cuidada, 32,3% são filhos e apenas 15,4% são outros familiares da pessoa alvo de cuidados. Não se vitrificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $X^2=0,618$   $p=0,734$ ).

### **Número de elementos do agregado familiar**

Revela-nos a tabela 16 que dos cuidadores não vulneráveis a maioria, 48,6%, possuem um agregado familiar constituído por apenas um elemento. 28,4% dos agregados são constituídos por 3 ou mais elementos e em 23,0% constituído por apenas dois elementos.

Ao analisar a constituição do agregado familiar dos cuidadores considerados vulneráveis, verificamos que uma percentagem significativa (73,8%) dos cuidadores possui agregados com apenas um elemento, 10,8% constituído por dois elementos e com três ou mais elementos temos 15,4% dos cuidadores vulneráveis.

Após a análise do qui-quadrado verificou-se a existências de diferenças estatísticas significativas ( $X^2=9,240$ ;  $p=0,010$ ) e pela observação dos valores residuais

verificou-se que essas diferenças se encontram nos cuidadores vulneráveis com o agregado constituído por apenas um elemento.

**Tabela 16** – Caracterização da vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função das suas características sócio-demográficas

Vulnerabilidade	Não Vulnerável		Vulnerável		Total		V. Residuais	
	Nº (74)	% (53,2)	Nº (65)	% (46,8)	Nº (139)	% (100,0)	Não Vulnerável	Vulnerável
<b>Grupos etários</b>								
<=54 anos	12	16,2	14	21,5	26	18,7	-0,8	0,8
55 – 59	21	28,4	7	10,8	28	20,1	<b>2,6</b>	-2,6
60 – 65	12	16,2	12	18,5	24	17,3	-0,3	0,3
66 – 71	18	24,3	16	24,6	34	24,5	NA	NA
>=72 anos	11	17,9	16	24,6	27	19,4	-1,4	1,4
<b>Estado civil</b>								
Casado(a)/ União de Facto	66	89,2	47	72,3	113	81,3	<b>2,5</b>	-2,5
Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	8	10,8	18	27,7	26	18,7	-2,5	<b>2,5</b>
<b>Habilitações literárias</b>								
Baixa literacia	52	70,3	51	78,5	103	74,1	-1,1	1,1
Media literacia	21	28,5	13	20,0	34	20,5	1,1	-1,1
Elevada literacia	1	1,4	1	1,5	2	1,4	-0,1	0,1
<b>Situação perante o trabalho</b>								
Activo/trabalha	27	36,5	15	23,1	42	30,2	1,7	-1,7
Inativo/ não Trabalha	47	63,5	50	76,9	97	69,8	-1,7	1,7
<b>Grau de parentesco</b>								
Filho (a)	26	35,1	21	32,3	47	33,8	0,4	-0,4
Esposo (a) /companheiro(a)	34	45,9	34	52,3	38	48,9	-0,7	0,7
Outro familiar	14	18,9	10	15,4	24	17,3	0,6	-0,6
<b>Número de elementos do agregado</b>								
1 Elemento	36	48,6	48	73,8	84	60,4	-3,0	<b>3,0</b>
2 Elementos	17	23,0	7	10,8	24	17,3	1,9	-1,9
>=3 Elementos	21	28,4	10	15,4	31	22,3	1,8	-1,8

### Em Síntese:

- Quase metade, 46,8% dos cuidadores informais da nossa amostra encontram-se vulneráveis ao *stress*, desses: 80% são do sexo feminino e 49,2% tem idade igual ou superior a 66 anos, ou seja são idosos;

- Dos cuidadores vulneráveis ao *stress* 72,3% são casados ou vivem em união, 78,5% possuem baixa literacia.
- Nos cuidadores considerados vulneráveis ao *stress* 76,9% encontram-se inativos e os restantes 23,1% encontram-se ativos, ou seja exercem alguma atividade profissional.
- A maioria, 52,3% dos cuidadores vulneráveis são cônjuges da pessoa alvo de cuidados e 73,8% dos cuidadores possui um agregado com apenas um elemento.

### Vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função das características da pessoa dependente

Na tabela 17 vamos analisar a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador tendo em conta as características da pessoa alvo de cuidados.

#### **Género da pessoa dependente**

Ao observarmos a tabela 17 verificamos que os cuidadores não vulneráveis cuidam na maioria, 56,8%, de pessoas do sexo feminino e enquanto que as pessoas consideradas vulneráveis cuidam principalmente, 69,2% de indivíduos do sexo masculino.

Existindo diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=9,458$ ,  $p=0,002$ ), e após a análise dos valores residuais as mesmas se situam nos cuidadores não vulneráveis que cuidam de pessoas do sexo feminino e nos cuidadores vulneráveis que cuidam de pessoa do sexo masculino.

#### **Idade da pessoa dependente**

Ao analisarmos a vulnerabilidade do cuidador tendo em conta o grupo etário da pessoa dependente, verificamos que os cuidadores não vulneráveis cuidam em 48,6% de pessoas com idade igual ou inferior aos 72 anos. Os cuidadores vulneráveis cuidam em

35,4% de pessoas com idade inferior ou igual ao 72 anos e em 64,7% de pessoas com idade superior aos 72 anos.

Sem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=5,924$   $p=0,205$ ).

### **Grau de dependência**

No que diz respeito ao grau de dependência da pessoa alvo de cuidados, verificamos que 44,6% dos cuidadores não vulneráveis ao *stress* cuidam de pessoas totalmente independentes e 40,5% cuidam de pessoas totalmente dependentes. Os cuidadores vulneráveis ao *stress* cuidam principalmente de pessoas dependentes, 46,2% e 35,4% destes cuidadores tratam de pessoas independentes.

Após a análise do qui-quadrado, verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. ( $X^2=1,252$ ,  $p=0,535$ ).

### **Tempo de dependência**

Achamos pertinente relacionar tempo de dependência da pessoa alvo de cuidados e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

Neste sentido e analisando a tabela 17 verificamos que os cuidadores considerados não vulneráveis ao *stress* cuidam na maioria (52,7%) de pessoas dependentes de um a cinco anos ou mesmo acontece nos cuidadores considerados vulneráveis que cuidam também na maioria (55,4%) de pessoas dependentes de um a cinco anos. ( $X^2=0,259$ ,  $p=0,878$ ).

### **Horas de cuidado**

Relativamente ao número de horas dispensado por cada cuidador a cuidar da pessoa dependente, verificamos que 59,5% dos cuidadores não vulneráveis despendem mais de 17 horas a cuidar e 35,1% despendem menos de 12 horas. Relativamente aos cuidadores vulneráveis, 70,8% cuidam diariamente mais de 17 horas e apenas 23,1% despendem menos de 12 horas a cuidar. Não existem diferenças estatísticas ( $X^2=2,423$ ,  $p=0,298$ ).

**Tabela 17** – Caracterização da vulnerabilidade ao *stress* do cuidador em função das características da pessoa dependente

Vulnerabilidade Variáveis	Não Vulnerável		Vulnerável		Total		V. Residuais	
	Nº (74)	% (53,2)	Nº (65)	% (46,8)	Nº (139)	% (100,0)	Não Vulnerável	Vulnerável
<b>Sexo</b>								
Feminino	42	56,8	20	30,8	62	44,6	3,1	-3,1
Masculino	32	43,2	45	69,2	77	55,4	-3,1	3,1
<b>Grupo etário</b>								
<= 66 anos	16	21,6	7	10,8	23	16,5	1,7	-1,7
67 – 72	20	27,0	16	24,6	36	25,9	0,3	-0,3
73 – 78	10	13,5	17	26,2	27	19,4	-1,9	1,9
79 – 83	14	18,9	10	15,4	24	17,3	0,6	-0,6
>= 84 anos	14	18,9	15	23,1	29	20,9	-0,6	0,6
<b>Grau de dependência</b>								
Independente/parcialmente independente	33	44,6	23	35,4	56	40,3	1,1	-1,1
Semi- dependente	11	14,9	12	18,5	23	16,5	-0,6	0,6
Dependente/ Totalmente dependente	30	40,5	30	46,2	60	43,2	-0,7	0,7
<b>Tempo de dependência</b>								
< 1 ano	25	33,8	22	33,8	47	33,8	NA	NA
1-5 anos	39	52,7	36	55,4	75	54,0	-0,3	0,3
>= 5 anos	10	13,5	7	10,8	17	12,2	0,5	-0,5
<b>Horas de cuidado</b>								
<= 12 horas	26	35,1	15	23,1	41	29,5	1,6	-1,6
13-16 horas	4	5,4	4	6,2	8	5,8	-0,2	0,2
>=17horas	44	59,5	46	70,8	90	64,7	-1,4	1,4

### Em Síntese:

- Os cuidadores não vulneráveis cuidam na maioria, 56,8%, de pessoas do sexo feminino e enquanto que as pessoas consideradas vulneráveis cuidam principalmente, 69,2% de indivíduos do sexo masculino;
- Dos cuidadores vulneráveis 64,7% cuidam de pessoas com idade superior ao 72 anos, 46,2% cuidam de pessoas totalmente dependentes;

- 55,4% dos cuidadores vulneráveis cuidam de pessoas dependentes de um a cinco anos e 70,8% cuidam diariamente mais de 17 horas.

## 4.2 - Análise inferencial

A primeira etapa deste estudo teve por finalidade a caracterização da amostra. Procuraremos nesta segunda parte, avaliar as relações existentes entre as variáveis independentes e vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal.

De seguida, pretendemos dar resposta às premissas por nós formuladas para este estudo.

1- Que características sociodemográficas do cuidador informal influenciam a vulnerabilidade ao *stress*?

### Relação entre género e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

De forma a perceber se o género do cuidador influencia a sua própria vulnerabilidade ao *stress* fez aplicação do teste de U Mann – Whitney, entre a escala de vulnerabilidade ao *stress* de Vaz Serra e o sexo do cuidador e de acordo com os resultados obtidos verificamos que os cuidadores do sexo feminino apresentam ordenação média superior nos fatores 1, 2, 6, 7 e no *stress* total, ou seja, são as cuidadoras que apresentam níveis superiores de perfeccionismo e intolerância á frustração, maior inibição e dependência funcional, mais subjugação, maior deprivação de afeto e rejeição e maior *stress* total. Os cuidadores do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de carência de apoio social (fator 3), mais condições de vida adversas (fator 4) e maior dramatização da existência (fator5).

Neste sentido verificamos, que são as mulheres que apresentam maior *stress* total (O.M= 73,12) logo maior vulnerabilidade, no entanto não existem diferenças significativas ( $p= 0,116$ ) para podemos aferir que o sexo do cuidador é preditor da vulnerabilidade ao *stress*. No entanto encontramos diferenças significativas ( $p=0,077$ ) que nos permitam dizer que o perfeccionismo e intolerância á frustração (Fator 1) é superior nas mulheres, ou seja, são as cuidadoras que experimenta mais perfeccionismo e intolerância a frustração.

**Tabela 18** – Teste de U Mann - Whitney entre género e vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Itens	Feminino Ordenação Média	Masculino Ordenação Média	UMW	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	73,50	59,59	1455,500	<b>0,077</b>
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	71,38	65,90	1676,500	0,486
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	69,70	70,79	1792,500	0,894
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	69,26	72,19	1743,500	0,710
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	69,78	70,66	1797,00	0,911
<b>Fator 6</b> – Subjugação	71,90	64,34	1622	0,337
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	70,21	69,39	1798,500	0,917
<b>Stress Total</b>	73,12	60,74	1496,00	0,116

### Relação entre a idade e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Para perceber em que medida é que a idade do cuidador influencia a sua vulnerabilidade ao *stress*, após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis e pela análise da tabela 19 verificamos que os fatores 1,3,4 apresentam níveis ligeiramente superiores nos cuidadores com idade igual ou inferior a 54 anos. Relativamente á inibição e dependência funcional (fator 2) observa-se maior ordenação média (OM= 84,61) nos cuidadores com 72 ou mais anos e o mesmo acontece com a subjugação que é superior nos cuidadores desta faixa etária. No que diz respeito à dramatização da existência (Fator 5) esta também é superior (OM=79,12) nos cuidadores com 72 anos ou mais, e podemos ainda observar que a mesma vai aumentando conforme aumenta a idade do cuidador. Em relação ao fator 7 que diz respeito á deprivação de afeto e rejeição é ligeiramente superior (OM= 77,15) nos cuidadores com idades compreendidas entre os 60 e os 65 anos.

Verificou-se que o *stress* total, ou seja, vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores com idade superior ou igual aos 72 anos, no entanto não existem diferenças significativas ( $X^2= 5,323$ ,  $p= 0,256$ ) para podermos afirmar que a idade do cuidador influencia a sua vulnerabilidade ao *stress*.

**Tabela 19** – Teste Kruskal-Wallis (KW) entre a idade do cuidador e a vulnerabilidade ao *stress*

	=< 54 anos Ordenação Média	55-59 anos Ordenação Média	60-65 anos Ordenação Média	66-71 anos Ordenação Média	=> 72 anos Ordenação Média	X <sup>2</sup>	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	77,54	71,80	62,77	71,97	64,81	2,270	0,686
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	69,88	58,98	67,15	69,57	84,61	5,775	0,217
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	70,29	66,66	69,98	70,43	72,67	0,316	0,989
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	73,92	61,54	73,83	67,12	75,22	2,330	0,675
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	57,17	63,14	71,00	77,01	79,74	6,076	0,194
<b>Fator 6</b> – Subjugação	72,54	64,27	62,02	69,97	80,63	3,494	0,474
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	66,10	66,82	77,15	71,31	69,06	1,225	0,874
<b>Stress Total</b>	70,67	56,91	67,04	73,85	80,70	5,323	0,256

#### Relação entre o estado civil e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Ao analisarmos a relação entre o estado civil do cuidador e os vários fatores avaliados pela escala de *stress*, bem como o stress total verificamos que a maioria dos fatores (fator 1,3,4,5,7) e o total da escala apresentam ordenações médias superiores nos cuidadores divorciados, viúvos ou solteiros. A inibição e dependência funcional (fator 2) e a subjugação (fator 6) são superiores nos casados ou em união de fato.

Podemos verificar que a vulnerabilidade ao *stress* é mais elevada nos divorciados, viúvos ou solteiros com uma ordenação média de 81,13 mas no entanto sem diferenças estatisticamente significativas (UWM =1180,000, P=0,118), logo não podemos dizer que existe uma relação entre o estado civil do cuidador e a sua própria vulnerabilidade. No entanto verificamos a existência de relação entre o cuidador divorciado, viúvo ou solteiro e o fator 3, com diferenças estatísticas significativas (UMW=1022,00, p=0,016), ou seja, há maior carência de apoio social nos cuidadores divorciados, viúvos ou solteiros.

**Tabela 20** – Teste de U Mann - Whitney entre o estado civil do cuidador e vulnerabilidade ao *stress*

	Casado/união de facto Ordenação Média	Divorciados/ viúvos/ solteiros Ordenação Média	UMW	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	69,13	73,79	1370,500	0,595
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	71,35	64,13	1316,500	0,410
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	66,04	87,19	1022,000	<b>0,016</b>
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	68,55	76,31	1305,000	0,376
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	68,72	75,38	1329,000	0,450
<b>Fator 6</b> – Subjugação	72,60	58,69	1175,000	0,112
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	37,72	79,92	1211,000	0,163
<b>Stress Total</b>	67,44	81,12	1180,000	0,118

#### Relação entre as habilitações literárias e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Em relação á habilitações literárias dividimos a nossa amostra em dois grupos, um grupo com os cuidadores com baixa literacia e outro com os cuidadores com média literacia e relacionou-se cada um destes grupos com a vulnerabilidade ao *stress*.

Os dados obtidos encontram-se na tabela 21 e pela sua análise verificamos que são os cuidadores com baixa literacia que apresentam ordenações médias superiores em quase todos os fatores (fator 2,3,4,5,6) da escala de stress e no total da escala e os cuidadores com média literacia apresentam maior perfeccionismo e intolerância à frustração (fator 1) e níveis mais elevado de deprivação de afeto e rejeição ( fator 7).

Sendo assim, observamos que o *stress* total é superior (OM = 72, 35) nos cuidadores de baixa literacia. Quanto mais baixa é a literacia maior é vulnerabilidade ao *stress* (UWM= 1406,00, p=0,085). Podemos aferir que as Habilitações literárias do cuidador informal influenciam a vulnerabilidade ao *stress*.

**Tabela 21** – Teste de U Mann - Whitney entre as habilitações literárias e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

	<b>Baixa literacia</b> Ordenação Média	<b>Media Literacia</b> Ordenação Média	<b>UMW</b>	<b>P</b>
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	68,72	69,85	1722,00	0,885
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	70,98	63,00	1547,00	0,309
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	69,88	66,32	1660,000	0,650
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	71,26	62,15	1518,000	0,246
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	72,34	58,88	1407,00	<b>0,086</b>
<b>Fator 6</b> – Subjugação	71,97	60,01	1445,500	0,128
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	68,75	69,75	1725,500	0,899
<b>Stress Total</b>	72,35	58,85	1406,000	<b>0,085</b>

#### Relação entre a situação profissional e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Ao analisarmos a relação entre a situação profissional e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador observamos que os fatores 2,3,4,5,6 e 7 e total da escala de vulnerabilidade ao *stress* apresentam ordenações médias superiores nos cuidadores que se encontram inativos profissionalmente, ou seja naqueles que não trabalham. Os cuidadores que trabalham apresentam maior perfeccionismo e intolerância à frustração (O.M.= 75,85).

A vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores que não trabalham com diferenças significativas (UMW=1499,000, p= 0,014). O que nos permite aferir que o *stress* é influenciado pela situação profissional, sendo os cuidadores inativos os que apresentam maior vulnerabilidade ao *stress*.

**Tabela 22** – Teste de U Mann – Whitney entre a situação profissional e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	<b>Trabalha</b> Ordenação Média	<b>Não Trabalha</b> Ordenação Média	<b>UMW</b>	<b>P</b>
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	75,81	67,48	1793,000	0,263
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	59,87	74,39	1611,500	<b>0,051</b>
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	66,29	71,61	1881,000	0,474
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	56,18	75,98	1456,00	<b>0,008</b>
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	60,46	74,13	136,500	<b>0,066</b>
<b>Fator 6</b> – Subjugação	67,44	71,11	1929,500	0,622
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	67,36	71,14	1926,00	0,611
<b>Stress Total</b>	57,19	75,55	1499,00	<b>0,014</b>

Relação entre o grau de parentesco e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Ao relacionar o grau de parentesco com a vulnerabilidade ao *stress* verificamos que são os filhos que apresentam maior perfeccionismo e intolerância à frustração, com uma ordenação média de 78, 51; maior carência de apoio social (O.M.=72,90) e ainda maior privação de afeto e rejeição (O.M.= 72,20). No que diz respeito às esposas/companheiros estas experimentam maior inibição de dependência funcional (fator 2); maior dramatização da existência (fator 5), maior subjugação (fator 6) e maior *stress* total (O.M.=74,46). O fator 4 que diz respeito às condições de vida adversas é superior no outro familiar com uma ordenação média de 77,67.

O total da escala é superior nas esposas/companheiros, ou seja a vulnerabilidade ao *stress* é superior neste grupo, entando não há diferenças significativas estatisticamente ( $\chi^2=2,104$ ,  $p=0,349$ ), para podermos dizer que o grau de parentesco influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal.

Mas no entanto existem diferenças significativas nos fatores 2, ( $p=0,044$ =), fator 5 ( $p=0,081$ ) e o fator 6 ( $p=0,065$ ).

**Tabela 23** – Teste Kruskal-Wallis (KW) entre o grau de parentesco e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	Filho Ordenação Média	Esposa/ Companheiro Ordenação Média	Outro Familiar Ordenação Média	X <sup>2</sup>	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	78,51	64,36	60,31	3,440	0,179
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	60,81	78,66	63,46	6,228	<b>0,044</b>
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	72,90	69,08	66,92	0,421	0,810
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	66,03	70,04	77,67	1,326	0,510
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	62,06	77,80	63,44	5,015	<b>0,081</b>
<b>Fator 6</b> – Subjugação	67,94	76,79	54,79	5,482	<b>0,065</b>
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	72,20	71,26	62,13	1,125	0,570
<b>Stress Total</b>	68,05	74,46	61,17	2,104	0,349

#### Relação entre o número de elementos do agregado e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Relacionando o número de elementos do agregado familiar com a vulnerabilidade ao *stress*, verificou-se que os cuidadores em que os seus agregados são constituídos por apenas um elemento apresentam ordenações médias superiores na maioria dos fatores (2,4,5,6,7) avaliados pela escala e para o total da escala (O.M. =78,91), por outras palavras são estes cuidadores que apresentam maior inibição e dependência funcional, maiores condições de vida adversas, maior dramatização da existência, maior subjugação, maior deprivação de afeto e rejeição e maior *stress* total.

Os agregados constituídos por três ou mais elementos apresentam níveis mais elevados (O.M.= 75,13) de perfeccionismo e intolerância á frustração (fator 1), e os agregados constituídos por dois elementos apresentam maior (O.M.= 80,35) carência de apoio social (fator 3)

Pela análise da tabela 24 verificamos que são os cuidadores informais em que o seu agregado familiar é constituído por apenas um elemento que se encontram mais vulneráveis

ao *stress*, com uma ordenação média superior (O.M = 78,91). Existindo diferenças significativas ( $\chi^2=10,516$ ,  $p=0,005$ ) que nos permitem dizer que o número de elementos do agregado familiar influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador, sendo os agregados constituídos por apenas um elemento mais vulneráveis ao *stress*.

**Tabela 24** – Teste Kruskal- Wallis (KW) entre o número de elementos do agregado e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	1 Elemento Ordenação Média	2 Elementos Ordenação Média	=> 3 Elementos Ordenação Média	$\chi^2$	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	67,28	72,90	75,13	1,010	0,603
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	77,44	50,63	64,84	8,933	<b>0,011</b>
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	72,42	80,35	55,44	5,944	<b>0,051</b>
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	73,55	67,92	62,00	1,940	0,379
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	78,65	56,65	56,90	9,793	<b>0,007</b>
<b>Fator 6</b> – Subjugação	72,46	66,52	66,02	0,797	0,671
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	72,82	66,44	65,13	1,052	0,591
<b>Stress Total</b>	78,91	58,38	54,85	10,516	<b>0,005</b>

Verificamos também a existência de diferenças significativas para o fator 2 ( $p=0,011$ ), fator 3 ( $p=0,051$ ), fator 5 ( $p=0,007$ ) por esse motivo realizou-se a aplicação do teste de Post-Hock de Tukey, para ver aonde residem as diferenças.

**Tabela 25** – ANOVA

Fatores	F	P
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	4,706	<b>0,011</b>
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	3,061	<b>0,050</b>
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	5,194	<b>0,007</b>
<b>Stress Total</b>	5,609	<b>0,005</b>

Pela análise da tabela 26 verificamos e após a aplicação do teste Post-hock de Tukey, de forma a ver aonde residem as diferenças, observou-se que as mesmas residem no fator 2 entre os agregados constituídos por um elemento e os constituídos por 2 elementos; no fator 3 entre os agregados constituídos por dois elementos e os constituídos por três ou mais elementos; no fator 3 e no total da escala entre os agregados constituídos de um elemento e os constituídos por três ou mais elementos.

**Tabela 26** – Testes Post-hock de Tukey

Tukey	½	1/3	2/3
Fator 2 – Inibição e dependência funcional	<b>0,010</b>	0,281	0,380
Fator 3 – Carência de apoio social	0,664	0,107	<b>0,058</b>
Fator 5 – Dramatização da existência	0,043	<b>0,025</b>	1, 00
Stress Total	0,062	<b>0,011</b>	0,941

#### Em síntese:

- São as mulheres que apresentam maior vulnerabilidade, no entanto não existem diferenças significativas ( $p= 0,116$ ) para podemos aferir que o sexo do cuidador é preditor da vulnerabilidade ao *stress*;
- A vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores com idade superior ou igual aos 72 anos, mas não existem diferenças significativas para podermos afirmar a existência de relação entre estas variáveis;
- São os cuidadores divorciados, viúvos ou solteiros que se encontram mais vulneráveis ao *stress*, mas a inexistência de diferenças significativas leva-nos a dizer que o estado civil não é explicativo da vulnerabilidade ao *stress*;
- A vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores de baixa literacia, podemos aferir que as habilitações literárias do cuidador informal influenciam a vulnerabilidade ao *stress*;
- A vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores que não trabalham com diferenças significativas (UMW=1499,000,  $p= 0,014$ ). O que nos permite aferir que o

*stress* é influenciado pela situação profissional, sendo os cuidadores inativos os que apresentam maior vulnerabilidade *ao stress*;

- São as esposas/companheiros que experimentam maior a vulnerabilidade *ao stress*, sem diferenças significativas estatisticamente ( $\chi^2= 2,104$ ,  $p= 0,349$ ), para podermos dizer que o grau de parentesco influencia a vulnerabilidade *ao stress* do cuidador informal;
- Verificamos que são os cuidadores informais em que o seu agregado familiar é constituído por apenas um elemento que se encontram mais vulneráveis *ao stress*. Existindo diferenças significativas ( $\chi^2=10,516$ ,  $p=0,005$ ) que nos permitem dizer que o número de elementos do agregado familiar influencia a vulnerabilidade *ao stress* do cuidador.

2- De que modo a vulnerabilidade *ao stress* do cuidador informal é influenciada pelas características da pessoa dependente (alvo do cuidado)?

#### Relação entre o género da pessoa dependente e a vulnerabilidade *ao stress* do cuidador

Tendo por objetivo verificar se a vulnerabilidade *ao stress* do cuidador é influenciada pelo sexo da pessoa dependente realizamos um teste t para diferenças de médias. Observamos através do teste de Levene que as variâncias não são homogêneas e pelos índices médios observa-se que ambos os sexos apresentam índices médios muito semelhantes em quase todos os fatores, mas quando observamos o fator 2, que diz respeito á inibição e dependência funcional verificamos que são os cuidadores que cuidam de pessoas do sexo masculino que apresentam médias superiores (média =0,638), com diferenças significativas ( $p=0,005$ ) que nos permitem dizer que são os cuidadores que cuidam de homens que apresentam maior inibição e dependência funcional.

No que diz respeito a total da escala verifica-se também que são os cuidadores que cuidam de homens que apresentam índices médios superiores (média= 45,228), logo apresentam maior vulnerabilidade *ao stress*. Mas não existem diferenças significativas

( $p=0,163$ ) o que nós leva confirmar a inexistência de relação entre a variável e a vulnerabilidade ao stress do cuidador.

**Tabela 27** – Teste T para diferenças de médias entre género da pessoa dependente e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	Feminino		Masculino		Levene's (p)	T
	Média	D.P.	Média	D.P.		
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	2,459	0,752	2,497	0,839	0,356	-0,278
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	0,404	0,571	0,638	0,759	<b>0,005</b>	-2,013
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	0,826	0,571	0,852	0,772	0,346	-0,210
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	1,295	0,696	1,398	0,903	0,909	-0,674
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	2,678	0,788	2,971	0,791	0,601	-2,177
<b>Fator 6</b> – Subjugação	1,625	0,629	1,698	0,669	0,582	-0,658
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	1,182	0,785	1,285	0,784	0,342	-0,770
<b>Stress Total</b>	41,645	7,353	45,228	8,329	0,163	-2,649

#### Relação entre a idade da pessoa dependente e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Achamos pertinente analisar em que medida a idade da pessoa cuidada influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador e após a aplicação do teste Kruskal-Wallis verificamos que o fator 1, que diz respeito ao perfeccionismo e á intolerância á frustração é superior nos cuidadores que cuidam de pessoas com 84 ou mais anos. (O.M.=79,97). Relativamente á inibição e dependência funcional (fator 2) esta é ligeiramente superior (O.M.=71,06) nos que cuidam de pessoas dos 73 aos 78 anos. A carência social (fator 3) é maior (O.M.=78,75) nos cuidadores que prestam cuidados a indivíduos com 78 aos 83 anos. Os fatores 4 e 5 apresentam se ligeiramente mais elevados nos cuidadores informais que cuidam de pessoas com idades entre os 73 e os 78 anos. E os fatores 6 e 7 avaliados pela escala de vulnerabilidade ao *stress* são superiores nos cuidadores que cuidam de pessoas com idades entre os 67 e os 72 anos.

Pela análise da tabela 28 verificamos que são os indivíduos que cuidam de pessoas com idades compreendidas entre os 73-78 anos que apresentam níveis superiores de stress total (O.M. = 77,61), logo os que experimentam maior vulnerabilidade ao stress, no entanto

não existem diferenças significativas para podermos afirmar que a vulnerabilidade ao stress do cuidador é influenciada pela idade da pessoa alvo de cuidados ( $X^2= 2,378$ ,  $p=0,667$ ).

**Tabela 28** – Teste Kruskal-Wallis entre a idade da pessoa dependente e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	=< 66 anos	67-72 anos	73-78 anos	79-83 anos	=> 84 anos	$X^2$	P
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	67,83	64,53	69,33	72,63	76,97	1,709	0,789
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	70,76	70,96	71,06	67,29	69,47	0,161	0,997
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	62,17	63,94	76,59	78,75	70,34	3,542	0,472
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	60,74	68,42	75,44	70,77	73,60	2,007	0,735
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	70,74	70,25	76,41	73,33	62,38	2,512	0,642
<b>Fator 6</b> – Subjugação	61,61	76,00	73,54	62,58	72,05	2,896	0,575
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	68,48	72,51	70,15	62,88	73,84	1,189	0,880
<b>Stress Total</b>	60,50	69,38	77,61	68,69	72,31	2,378	0,667

Relação entre o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Para percebermos se o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados influencia a vulnerabilidade do cuidador aplicamos o teste Kruskal-Wallis entre estas variáveis e os resultados obtidos encontram-se na tabela 29.

Podemos observar que os cuidadores que cuidam de pessoas totalmente dependentes apresentam ordenações médias superiores para os fatores 1 (perfeccionismo e intolerância à frustração), fator 6 (subjugação) e total da escala. Os restantes fatores (2,3,4,5 e 7) da escala apresentam ordenações médias superiores nos cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente dependentes.

A vulnerabilidade a *stress* é superior nos cuidadores que tratam de pessoas completamente dependentes (O.M.=77,98), sendo os cuidadores que cuidam de pessoas independentes que apresentam menos vulnerabilidade ao *stress* (O.M.= 61,54). Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,841$ ,  $p=0,089$ ) que nos permitem dizer que

quanto maior é grau de dependência da pessoa alvo de cuidados maior é a vulnerabilidade ao *stress*.

**Tabela 29** – Teste Kruskal-Wallis entre o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	Independente/Parcialmente dependente	Semi-dependente	Dependente/Totalmente dependente	X <sup>2</sup>	P
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	63,13	61,46	79,68	6,133	<b>0,046</b>
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	69,50	74,52	68,73	0,358	0,836
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	67,40	79,87	68,64	1,683	0,431
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	59,45	77,91	76,82	6,453	<b>0,040</b>
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	69,17	72,07	69,98	0,084	0,959
<b>Fator 6</b> – Subjugação	66,24	72,11	72,70	0,821	0,663
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	70,70	71,67	68,71	0,118	0,948
<b>Stress Total</b>	61,54	69,78	77,98	4,841	<b>0,089</b>

#### Relação entre as horas dispendidas a cuidar e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Após a aplicação do teste Kruskal-Wallis de forma a verifica se o número de horas de cuidado influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador, verificamos que são os cuidadores que cuidam 17 ou mais horas que apresentam mais vulnerabilidade ao *stress* e os que experimentam menos vulnerabilidade ao *stress* são aqueles que cuidam 12 ou menos horas, ou seja, quanto maior é o número de horas dispendidas maior é a vulnerabilidade ao *stress*.

Existindo diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 7,324$   $p = 0,026$ ) que nos permitam aferir que o número de horas de cuidados influenciam a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal.

**Tabela 30** – Teste Kruskal-Wallis entre as horas dispendidas a cuidar e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	=< 12 horas Ordenação Média	13-16 horas Ordenação Média	=>17 horas Ordenação Média	X <sup>2</sup>	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	74,82	62,00	68,52	1,025	0,599
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	62,99	61,50	73,95	2,466	0,291
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	70,46	63,56	70,36	0,217	0,897
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	56,66	64,56	76,56	7,028	<b>0,030</b>
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	63,87	79,69	71,93	1,622	0,444
<b>Fator 6</b> – Subjugação	59,15	84,13	73,69	4,718	<b>0,095</b>
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	56,59	107,38	72,79	11,873	<b>0,003</b>
<b>Stress Total</b>	55,74	73,88	76,15	7,324	<b>0,026</b>

Relação entre o tempo de dependência e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Revela-nos a tabela 31 que *stress* total é ligeiramente superior nos indivíduos que cuidam de pessoas que se encontram dependentes de 1 a 5 anos. No entanto não existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,649$ ,  $p=0,723$ ) para podermos afirmar que o tempo de dependência influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

No entanto verificamos que o fator 7 que diz respeito á deprivação de afeto e rejeição apresenta ordenações média superior (O.M.= 74,09) nos cuidadores que cuidam de pessoas dependentes de um a cinco anos e demonstra a diferenças significativas ( $p=0,082$ ).

**Tabela 31** – Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de dependências e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

	< 1 anos Ordenação Média	1-5 anos Ordenação Média	=>5 anos Ordenação Média	X <sup>2</sup>	P
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	69,13	71,63	65,24	0,382	0,826
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	66,53	71,63	65,24	1,037	0,595
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	65,63	70,78	78,65	1,366	0,505
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	70,39	66,99	82,18	1,977	0,372
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	76,65	68,41	58,65	2,750	0,253
<b>Fator 6</b> – Subjugação	70,61	69,06	72,47	0,116	0,944
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	70,72	74,09	49,94	5,008	<b>0,082</b>
<b>Stress Total</b>	69,30	71,94	63,38	0,649	0,723

Relação entre o viver na mesma habitação (coabitação) e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador

Consideramos importante relacionar a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador com o fato de ele viver ou não com a pessoa que cuida, neste sentido verificamos que são os cuidadores que habitam com a pessoa alvo de cuidados que apresentam maior inibição e dependência funcional (fator 2), maior dramatização da existência (fator 5), mais subjugação (fator 6), maior de privação de afeto e rejeição ( fator 7) e maior stress total. Os cuidadores que não habitam com a pessoa depende apresentam maior perfeccionismo e intolerância á rejeição (fator 1), maior carência de apoio social (fator 3) e maior dramatização da existência ( fator 5).

O *stress* total é superior nos cuidadores que habitam com a pessoa alvo de cuidados, logo são estes que se encontram mais vulneráveis ao *stress*. Diferenças estatisticamente significativas (UMW = 740,500, p= 0,029) que nos permitem aferir a relação entre esta variável e a vulnerabilidade ao *stress*.

**Tabela 32** – Teste de U Mann – Whitney entre o viver na mesma habitação e a vulnerabilidade ao stress do cuidador

	<b>Sim</b> Ordenação Média	<b>Não</b> Ordenação Média	<b>UMW</b>	<b>P</b>
<b>Fator 1</b> – Perfeccionismo e intolerância à frustração	68,48	80,22	905,000	0,248
<b>Fator 2</b> – Inibição e dependência funcional	73,00	49,83	726,000	<b>0,023</b>
<b>Fator 3</b> – Carência de apoio social	69,74	71,78	1057,000	0,841
<b>Fator 4</b> – Condições de vida adversas	69,94	70,42	1081,500	0,962
<b>Fator 5</b> – Dramatização da existência	71,39	60,64	920,500	0,290
<b>Fator 6</b> – Subjugação	73,06	49,42	718,500	<b>0,020</b>
<b>Fator 7</b> – De privação de afeto e rejeição	73,33	47,67	687,000	<b>0,012</b>
<b>Stress Total</b>	72,88	50,64	740,500	<b>0,029</b>

#### **Em Síntese:**

- São os cuidadores que cuidam de pessoas do sexo masculino que apresentam maior vulnerabilidade ao *stress*, mas não existem diferenças significativas o que nos leva a confirmar a inexistência de relação entre a variável e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.
- São os indivíduos que cuidam de pessoas com idades compreendidas entre os 73-78 anos experimentam maior vulnerabilidade ao *stress* no entanto não existem diferenças significativas para podermos afirmar que a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador é influenciada pela idade da pessoa alvo de cuidados;
- A vulnerabilidade a *stress* é superior nos cuidadores que tratam de pessoas completamente dependentes. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,841$ ,  $p=0,089$ ) que nos permitem dizer que quanto maior é grau de dependência da pessoa alvo de cuidados maior é a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.
- Existem diferenças estatisticamente significativas que nos permitam aferir que o número de horas de cuidados influenciam a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal sendo os cuidadores que cuidam 17 ou mais horas que apresentam mais vulnerabilidade ao *stress*.

- A vulnerabilidade ao *stress* é ligeiramente superior nos indivíduos que cuidam de pessoas que se encontram dependentes de 1 a 5 anos. No entanto não existem diferenças estatisticamente significativas para podermos aferir uma relação entre estas variáveis;
- São os cuidadores que coabitam com a pessoa alvo de cuidados que se encontram mais vulneráveis ao *stress*. Com a existência de diferenças estatisticamente significativas que nos permitem aferir a relação entre esta variável e a vulnerabilidade ao *stress*.

## Capítulo 5 - Discussão

Após a análise e tratamento dos dados apresentados na secção anterior, surge agora espaço, para apresentar a discussão e a síntese mais detalhada dos resultados obtidos.

Pretende-se igualmente confrontar os resultados obtidos com os objetivos previstos para este estudo e com resultados anteriormente realizados nesta área.

### 5.1- Discussão metodológica (limitações do estudo)

Ao longo deste trabalho pretendemos cumprir com o rigor científico exigido. Atendendo ao tipo de estudo e às variáveis envolvidas, utilizamos uma metodologia quantitativa, que nos permitiu atingir os objetivos traçados. Para tal, definimos uma amostra suficientemente representativa que nos permitiu obter resultados fiáveis e utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário. Parafraseando Sampieri *et al.* (2003), são os instrumentos mais se adequam para estudar num curto espaço de tempo um grande número de indivíduos.

Este estudo centrou-se na situação de prestação de cuidados informais a pessoa dependente com o objetivo de verificar a vulnerabilidade ao *stress* que os cuidadores experimentam e ainda analisar fatores que, de algum modo, se encontram associados á vulnerabilidade ao *stress* do cuidador. Apesar do esforço desenvolvido na análise das principais variáveis que melhor ajudam a compreender os fenómenos referidos anteriormente, certamente muitos outros aspetos desempenham um papel importante em todo o processo. Variáveis relacionadas com a personalidade do cuidador e com o apoio social parecem ser importantes para a compreensão mais aprofundada da problemática da prestação de cuidados informais a pessoa dependente e capazes de explicar porque para alguns cuidadores a situação é vivenciada como desencadeadora de *stress* para outros não.

Algumas considerações sobre os aspetos metodológicos deste trabalho tornam-se necessárias, principalmente no que diz respeito ao tipo de amostra e aos instrumentos de colheitas de dados utilizados, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados encontrados, assim como nas conclusões que deles se podem retirar.

Não podemos esquecer as limitações que surgem quando trabalhamos com o público, neste caso cuidadores informais, uma vez que os resultados vão depender da honestidade e sinceridade da resposta, pois a tendência é responder às condutas mais desejáveis e não tanto às que realmente se experienciam.

O estudo por nós realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa não experimental, tendo as características dos estudos descritivos correlacionais e explicativos.

## 5.2 - Discussão dos resultados

Cuidar de um familiar dependente é uma tarefa difícil, que requer tempo e energia, e que muitas vezes recai sobre o familiar mais próximo. É assim uma responsabilidade que pode ter um enorme desgaste emocional e físico, especialmente se adicionado à angústia de ver alguém muito querido a perder as suas capacidades.

Enquanto, que por um lado pode ser uma experiência muito recompensadora, por outro pode ser muito stressante e exigente. Novos desafios surgem à medida que o cuidador vai lidando com as alterações nas capacidades do seu familiar e com novos padrões de comportamentos. Por exemplo, atividades básicas do dia-a-dia, como vestir, tomar banho e comer, tornam-se difíceis de gerir tanto para a pessoa dependente como para o seu cuidador. Os cuidadores podem então sentir uma diversidade enorme de emoções em resposta à doença, que são normais, mas podem conduzir a elevados níveis de *stress*. Estes têm assim um risco acrescido para desenvolver depressões e outras doenças, principalmente se não receberem apoio adequado por parte da família, amigos e até da própria comunidade.

É consensual que a problemática do *stress* do cuidador informal de doentes de dependentes tem sido descurada pelos profissionais de saúde. Cuidar de um doente de dependente não pode ser encarado como um problema individual mas sim de toda a sociedade em geral. Face ao anteriormente referido urge intervir, com base na evidência científica, de forma antecipada e eficaz no sentido de assegurar o bem-estar do cuidador e dos doentes que dele dependem.

No que diz respeito à amostra, foi aplicado protocolo de colheita de dados a 139 cuidadores informais, que para além de preencherem os critérios definidos, se mostraram

acessíveis e disponíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados.

Sendo assim é amostra constituída por 25,2% cuidadores do sexo masculino e 74,8% do sexo feminino com idades compreendidas entre 32 e os 90 anos de idades. A maioria dos cuidadores é casada ou vive em união de facto (81,3%), apresentam baixa literacia (74,1%) e encontram-se inativos (69,8%). São essencialmente cônjuges/companheiros da pessoa dependente (48,9%) ou filhos (as) (33,8%), 30,9% não tem qualquer tipo de apoio no cuidar, dispensam em média 19,14 horas por dia a cuidar, sendo o seu agregado familiar constituído por apenas um elemento (66,4%) e a maioria (87,1%) coabita com a pessoa dependente. A amostra de pessoas dependentes é constituída por 55,4% de indivíduos do sexo masculino e 44,6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 25 e os 95 anos, com uma média de idades de 74,21 anos. O tempo médio de dependência é de 2,77 anos e apresentam elevado grau de dependência.

Ao analisar a vulnerabilidade ao *stress* a que a nossa amostra está sujeita verificou-se que quase metade (46,8%) dos cuidadores informais encontram-se vulneráveis ao *stress*, desses: 80% são do sexo feminino, 49,2% tem idade igual ou superior a 66 anos, ou seja são idosos; 72,3% são casados ou vivem em união, 78,5% possuem baixa literacia e 76,9% encontram-se inativos. A maioria (52,3%) dos cuidadores vulneráveis são cônjuges da pessoa alvo de cuidados e 73,8% dos cuidadores possui um agregado com apenas um elemento. Verificou-se que os cuidadores considerados não vulneráveis cuidam na maioria (56,8%) de pessoas do sexo feminino e enquanto que as pessoas consideradas vulneráveis cuidam principalmente, (69,2%) de indivíduos do sexo masculino. Dos cuidadores vulneráveis, 64,7% cuidam de pessoas com idade superior aos 72 anos, 46,2% cuidam de pessoas totalmente dependentes. 55,4% dos cuidadores vulneráveis cuidam de pessoas dependentes de um a cinco anos e 70,8% cuidam diariamente mais de 17 horas.

Pretende-se com este capítulo analisar os aspetos do estudo empírico que se consideramos serem mais relevantes, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com estudos desenvolvidos sobre o assunto.

Findas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos.

### 5.2.1- Relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e as características sociodemográficas do Cuidador

Quanto às características sociodemográficas dos cuidadores informais, verifica-se uma evidente predominância do sexo feminino, com 74,8% versus 25,2% de cuidadores do sexo masculino. Tal resultado vai ao encontro da tradicional atribuição do papel de cuidador da família ao sexo feminino, tradição, esta que tem atravessado largas gerações. Da mesma forma o presente estudo é concordante com todos os estudos relacionados, existindo uma clara predominância da mulher como detentora do papel de cuidador informal principal (Sousa *et al.* 2006; Figueiredo, 2007; Marques, 2007; Sequeira, 2007). Barber (1999 citado por em Sousa *et al.*, 2006), acrescenta contudo, que há cada vez mais homens a assumir a tarefa de cuidador informal principal.

As mesmas conclusões podem ser encontradas em outros estudos, como no estudo realizado por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), em que 82,0% dos cuidadores eram do sexo feminino, também no estudo realizado por Brito (2002), em que 92,7% dos prestadores de cuidados pertenciam ao sexo feminino. Em consonância ainda com estudos realizados em que maioria dos cuidadores eram do sexo feminino (Paúl, 1997; Garre Olmo *et al.*, 2000; Rodríguez, Alvarez & Cortés, 2001; Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Santos, 2004; Santos, 2005; Carretero et al., 2006).

A prestação de cuidados ao longo do ciclo vital é função da mulher a quem cabe a responsabilidade de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. Este facto traduz um processo de divisão sexual dos papéis, observado ao longo dos tempos que está enraizado na cultura e que é transmitido de geração e geração (Paúl, 1997; Collière, 2003). Paralelamente à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários geralmente mais baixos, fazem com que a sejam as mulheres que permanecem em casa ou abandonam a atividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença.

No que respeita á vulnerabilidade ao *stress* da nossa amostra verificamos que 46,8% dos cuidadores informais da nossa amostra encontram-se vulnerável ao *stress* e que desses 80% são do sexo feminino. Os presentes resultados demonstram que são as mulheres que apresentam maior *stress* total, logo maior vulnerabilidade, no entanto não existem diferenças estatísticas para podemos aferir que o sexo do cuidador é preditor da vulnerabilidade ao *stress*. No entanto encontramos diferenças significativas que nos permitam dizer que o

perfeccionismo e intolerância á frustração (Fator 1) é superior nas mulheres, ou seja, são as cuidadoras que experimenta mais perfeccionismo e intolerância a frustração.

Os resultados relativos às diferenças de género estão de acordo com os estudos efetuados nesta área (Aznar et al., 2002; Miller, 1988; Conger, et al., 1993). A teoria da ruminação psicológica, que se baseia numa perspetiva cognitivo-comportamental, refere que as diferenças de género no *stress* psicológico se devem à forma como os homens e as mulheres respondem ao facto de estarem num estado disfórico (Kuhl, 1981; Nolen-Hoeksema, 1987). De acordo, com esta teoria, que assume uma vulnerabilidade diferencial, as mulheres tendem a enfatizar as suas emoções negativas, ampliando-as e prolongando-as.

Quanto às perspetivas do papel do género, as investigações sustentam que as mulheres têm mais problemas com o *stress* do que os homens, porque os papéis das mulheres colocam-nas perante mais e diferentes tipos de fontes geradoras de *stress* (Morowsky & Ross, 1995).

Às mulheres é atribuído socialmente o dever de cuidar dos seus familiares, o que faz com que quando estas se sentem cansadas ou usufruem de um pouco de tempo livre se sintam culpadas, entrando em conflito entre o que é o dever e a preservação dos seus interesses (Santos, 2005). A este respeito Bris, referido por Santos (2005), considera que os homens sabem preservar melhor o seu tempo livre e os contactos sociais, sendo o isolamento um aspeto frequente em filhas cuidadoras e raro nos filhos cuidadores.

É importante referir que os resultados podem ter sido influenciados pelo reduzido número de cuidadores informais do sexo masculino que integram o estudo.

No que diz respeito á idade do cuidador, verificou-se que a média de idade dos se situa nos 62,55 anos, sendo que 56,1% da amostra tem idade inferior ou igual a 65 anos, dados semelhantes aos encontrados por Rodriguez, Alvarez e Cortés (2001). Sendo que 43,9% dos cuidadores tem idade superior aos 65 anos, ou seja são idosos este resultado está em concordância com alguns estudos (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Santos, 2005; Marques, 2007) que mostram que os cuidadores são também eles idosos.

Segundo Santos (2006, p. 30) a idade pode ser fator agravante principalmente aos cuidadores, “ (...) *cônjuges que prestam cuidados encontram-se mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes, têm menos resistência e quando são envolvidos em esforços físicos para além das suas forças, ficam expostos a elevados riscos de saúde. Parece haver unanimidade no facto de existir uma forte tendência para os prestadores de cuidados sentirem efeitos físicos relacionados com o esforço* ”.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram também que a maioria (49,2%) dos cuidadores considerados vulneráveis têm idade igual ou superior a 66 anos, ou seja são idosos. Verificou-se que a vulnerabilidade ao *stress* é superior nos cuidadores com idade superior ou igual aos 72 anos, mas não existem diferenças significativas para podermos afirmar a existência de relação entre estas variáveis

A grande maioria (81,3%) dos cuidadores é casado ou vive em união de facto, o que também foi observado em outros estudos (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Marote et al., 2005; Santos, 2005) e que pode assumir particular importância quando se analisam os conflitos no seio da família com alguns membros a reclamar maior atenção.

No que diz respeito aos cuidadores considerados vulneráveis 72,3% são casados ou vivem em união de fato, no entanto são os cuidadores divorciados, viúvos ou solteiros que se encontram mais vulneráveis ao *stress* mas a inexistência de diferenças significativas leva nos a dizer que o estado civil não é explicativo da vulnerabilidade ao *stress*;

Relativamente às habilitações literárias e em conformidade com os estudos realizados por Brito (2001), Rodríguez, Álvarez e Cortés (2001), Martins, Ribeiro e Garrett (2003); Santos (2005), Carretero et al. (2006), a maioria (74,1%) dos cuidadores informais têm baixa literacia e os cuidadores classificados como vulneráveis ao *stress* na nossa amostra seguem a mesma tendência, sendo que 78,5% possuem baixa literacia

Os dados obtidos demonstram que são os cuidadores com baixa literacia que apresentam ordenações médias superiores em quase todos os fatores (fator 2,3,4,5,6) da escala de vulnerabilidade ao *stress* e no total da escala. Sendo assim, observamos que o *stress* total é superior nos cuidadores de baixa literacia, com diferenças estatísticas significativas de forma a aferir que as habilitações literárias do cuidador informal influenciam a vulnerabilidade ao *stress* e que quanto mais baixa é a literacia maior é vulnerabilidade ao *stress*.

Quanto à situação perante o trabalho verifica-se o predomínio (69,8%) dos cuidadores inativos, sendo que destes 47,9% são domésticas e 35,4% são reformados, facto explicado pelo sexo do cuidador e pelas exigências do cuidar, o que vai de encontro aos resultados encontrados por Rodríguez, Álvarez e Cortés (2001), Martins, Ribeiro e Garrett, (2003), Santos (2005) e Carretero et al. (2006). A mesma predominância de cuidadores inativos 76,9%, foi encontrada nos cuidadores da nossa amostra que classificamos como vulneráveis ao *stress*.

O cuidado implica custos ao nível das oportunidades laborais para os cuidadores informais, na medida em que estes vêem o seu estatuto laboral modificado, abandonando temporária ou definitivamente, reestruturando a sua situação ou impedindo o ingresso no mercado laboral. Esta situação tem efeitos consideráveis ao nível da auto-estima, do desenvolvimento pessoal, do acesso a redes de apoio social, limita a capacidade económica e consequentemente a independência (Carretero *et al.*, 2006).

Ao analisarmos a relação entre a situação profissional e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador observamos que a mesma é superior nos cuidadores que não trabalham com diferenças significativas que nos permite aferir que o *stress* é influenciado pela situação profissional, sendo os cuidadores inativos os que apresentam maior vulnerabilidade ao *stress*.

Os cuidadores ativos evidenciam valores menores de vulnerabilidade ao *stress*, ao contrário de que seria de esperar são os cuidadores inativos que apresentam maior vulnerabilidade ao *stress* esta situação pode dever-se ao elevado número de horas despendidas a cuidar (todo o dia) que leva uma maior exaustão e *stress* do cuidador, uma vez que não tem como se afastar um pouco do cuidar. Por sua vez, Santos (2004) verificou que cuidadores que não exercem uma atividade laboral apresentavam maior sobrecarga financeira e maior sobrecarga relativa às implicações na vida pessoal. No conciliar o cuidado com uma atividade laboral parece representar um acréscimo de responsabilidades, podendo surgir dificuldades em conciliar as duas atividades. Em consequência deste facto, o tempo que o cuidador dispõe para si diminui e conflitos interiores podem surgir influenciando o nível do bem-estar do cuidador.

No que respeita ao grau de parentesco verifica-se o predomínio (48,9%) dos cônjuges, seguindo-se os filhos com 33,8% e por último outros graus de parentesco, 17,3% (onde foram integradas os irmãos, genros/noras, sobrinhos e mãe), estes resultados também foram encontrados por Santos (2004) e Carretero *et al.* (2006), que vem reforçar a ideia de que no caso de casais de idosos e nos cuidados na fase final da vida, os cuidados são habitualmente prestados pelo cônjuge (Ribeiro, 2005). Também a maioria (52,3%) dos cuidadores vulneráveis são cônjuges da pessoa alvo de cuidados.

Considerando o contexto sócio-familiar, verifica-se que compete ao cônjuge a principal responsabilidade pela prestação de cuidados. Cumpre-se o modelo de compensação hierárquica de Cantor's (1975, citado por Patsions e Davey, 2005) que vem sugerir uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador primário. Assim, a responsabilidade

de cuidados recai primeiramente no companheiro/cônjuge, depois nos filhos, outros membros da família e finalmente nos amigos

No entanto outros estudos identificam as filhas como o grupo com maior representação, Santos (2005). As filhas constituem a principal fonte de ajuda nos cuidados aos seus progenitores (Mizuno e Kinuko, 2005; Brito, 2002; Joël, 2002; Inverso, 1995; Kramer, 1993)

O total da escala de vulnerabilidade ao *stress* é superior nas esposas/companheiros, ou seja a vulnerabilidade ao *stress* é superior neste grupo, entanto não há diferenças significativas estatisticamente para podermos dizer que o grau de parentesco influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal. Na literatura, os cônjuges parecem estar mais sujeitos a maior exaustão e *stress* comparativamente a outros graus de parentesco (Santos, 2004; Santos, 2005). Segundo Gaugler *et al.* (2000) a maior exaustão associada aos cônjuges é explicada por um maior investimento emocional e proximidade física

O agregado familiar do cuidador é constituído em 66,4% por apenas um elemento. Verificamos que são os cuidadores informais em que o seu agregado familiar é constituído por apenas um elemento que se encontram mais vulneráveis ao *stress*. Existindo diferenças significativas que nos permitem dizer que o número de elementos do agregado familiar influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador. Este fato pode dever-se ao fato do cuidador não ter ninguém em quem se possa apoiar e desabafar.

#### 5.2.2- Relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e as características da pessoa alvo de cuidados

As pessoas dependentes a cargo são maioritariamente do sexo masculino, 55,4% embora o sexo feminino assuma uma percentagem igualmente significativa, 44,6%.

Contrariamente a outros estudos em que existe uma predominância do sexo feminino (Botelho, 2005; Fonseca, Paúl, Martín e Amado, 2005; Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2003; Brito, 2002; Martín, Paúl e Roncon, 2000), para estes autores uma maior longevidade das mulheres pode ajudar a explicar a acentuada feminização no grupo dos idosos.

Verificou-se que os cuidadores considerados não vulneráveis cuidam na maioria (56,8%) de pessoas do sexo feminino e enquanto que as pessoas consideradas vulneráveis cuidam principalmente, (69,2%) de indivíduos do sexo masculino.

No que diz respeito a vulnerabilidade ao *stress* são os cuidadores que cuidam de pessoas do sexo masculino que apresentam maior vulnerabilidade ao *stress*, mas não existem diferenças significativas leva-nos a confirmar a inexistência de relação entre a variável e a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

Quanto à idade da pessoa dependente, varia entre os 25 e os 95 anos, com uma média de idades de 74,21 anos, logo potencialmente mais idosas.

O ser humano, no decorrer de sua existência, enfrenta situações geradoras de transformações que atingem o seu topo na velhice, mudando, muitas vezes, o curso de vida. A dependência é um problema para a maioria das pessoas. A velhice, muitas vezes, configura-se como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas.

Dos cuidadores da nossa amostra que consideramos como vulneráveis, 64,7% cuidam de pessoas com idade superior aos 72 anos. Os resultados deste estudo demonstram que são os indivíduos que cuidam de pessoas com idades compreendidas entre os 73-78 anos que experimentam maior vulnerabilidade ao *stress* no entanto não existem diferenças significativas para podermos afirmar que a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador é influenciada pela idade da pessoa alvo de cuidados.

Santos (2004) refere que os familiares podem estar envolvidos em tarefas desagradáveis, levando a um dispêndio significativo de energia e tempo, e que estes fatores dependem do tipo de desenvolvimento da doença e do grau de dependência em que se encontra a pessoa dependente.

Relativamente ao grau dependência da pessoa alvo de cuidados verificarmos que 43,2% dos cuidadores, cuidam de pessoas totalmente dependentes, seguindo se os que têm a seu cargo pessoas parcialmente independentes com 40,3%. O grau de dependência total e parcial nas atividades de vida diária é elevada em quase todas as atividades, estamos perante uma amostra de pessoas muito dependentes o que está em consonância com diversos estudos (Santos, 2005; Carretero *et al.*, 2006).

O grau de dependência está intimamente associado com o número de tarefas que cuidador tem que desenvolver. Verifica-se que a diversidade é uma das características do desempenho do papel de cuidador.

A vulnerabilidade a *stress* é superior nos cuidadores que tratam de pessoas completamente dependentes. A variável grau de dependência da pessoa alvo de cuidados parece influenciar de forma determinante a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador, quanto maior é o grau de dependência maior é a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador.

Alguns estudos demonstram que cuidadores que prestam assistência a doentes cujo grau de dependência é inferior apresentam menos sobrecarga emocional e menos implicações na vida pessoal, logo encontram-se menos vulnerabilidade ao *stress*. Noutros estudos a capacidade funcional dos doentes para as atividades da vida diária mostrou correlacionar-se com a sobrecarga e com o *stress*, sendo que cuidadores de familiares funcionalmente mais dependentes apresentam níveis superiores de sobrecarga e *stress* (Garre-Olmo *et al.*, 2000; Santos, 2004; Carretero *et al.*, 2006), o que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, porém Santos (2005) não encontrou associação entre estas variáveis.

O cuidador dispensa em média 19,14h por dia a cuidador das pessoa dependente, sendo que 64,7% dos cuidadores dispensa mais de 17h por dia a cuidar, salientando o facto de 24 horas corresponder ao valor mais vezes referenciado, o que é sublinhado pelo discurso destes cuidadores que relatam a necessidade mesmo durante o sono de estar vigilantes. Por outro lado estes valores podem estar relacionados com as características da doença concretamente com a agitação psicomotora, a alteração do ritmo de sono/vigília, entre outras.

Os resultados de um estudo realizado por Carretero *et al.* (2006) com cuidadores de pessoas dependentes revelam que estes prestam cuidados com uma frequência e periodicidade intensa durante muitas horas por dia. Parece importante referir que alguns cuidadores consideraram no tempo destinado a cuidar, o tempo despendido na supervisão do doente, o que explica valores de prestação de cuidados de 24 horas por dia, no entanto outros apenas contabilizaram o tempo necessário para a prestação de cuidados diretos.

Um outro estudo realizado por Rodríguez *et al.* (2001) refere que 78,1% dos cuidadores cuidam do seu familiar durante todo o dia.

Um maior investimento temporal no cuidar associa-se, então, ao aumento da perceção de falta de tempo para si, para atividades de lazer e para as relações sociais (Brito, 2001; García, Gutiérrez & Maroto como citados por Carretero *et al.*, 2006). Inersso (1995) considera  
*Vulnerabilidade ao Stress do Cuidador Informal*

que um cuidado de cinco horas diárias é um trabalho desgastante e, portanto, com potencial para poder determinar a percepção de maior sobrecarga, maior depressão e maior fadiga.

O número de horas despendidas a cuidar mostrou associar-se a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador ou seja o número de horas de cuidado influencia a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador, são os cuidadores que cuidam 17 ou mais horas que apresentam mais vulnerabilidade ao *stress* e os que experimentam menos vulnerabilidade ao *stress* são aqueles que cuidam 12 ou menos horas, ou seja, quanto maior é o número de horas despendidas maior é a vulnerabilidade ao *stress*.

O tempo médio de dependência é de 2,77 anos, sendo que a maioria já se encontra nesta situação de dependência de 1 a 5 anos. Estudos realizados por Mendonça, Martinez (2000) que verificaram que a longevidade do desempenho do papel de cuidador variou entre 1 e 10 anos. A duração dos cuidados tem tendência a ser de longa duração para a prestação informal de cuidados a um idoso dependente. Bris (1994) verificou que 40 a 50% das pessoas que prestam cuidados fazem-no entre cinco a quinze anos. Estes dados são oscilantes nos vários estudos, embora seja concordante que a atividade de cuidar seja em todos uma atividade de longa duração, podendo ultrapassar os 15 anos (Imaginário, 2004; Sousa *et al.* 2006).

A vulnerabilidade ao *stress* é ligeiramente superior nos indivíduos que cuidam de pessoas que se encontram dependentes de 1 a 5 anos. No entanto não existem diferenças estatisticamente significativas para podermos aferir uma relação entre estas variáveis.

Verifica-se, ainda, que maioria dos cuidadores (87,1%) vive com a pessoa de quem cuida, à semelhança do referido nos estudos de Brito (2002), Santos (2004) e Santos (2005) e Pereira (2008). Atendendo a que é o cônjuge quem desempenha maioritariamente este papel, percebe-se a supremacia dos resultados.

Os cuidadores em geral vivem perto do idoso ou residem dentro na mesma residência (Sousa, 2004), o que vai de encontro ao estudo realizado por Mendonça *et al.* (2000), no concelho de Faro, refere que 83,1% dos prestadores coabitam com idoso dependente.

Os autores Stoller *et al.* (1983), apresentam estudos que referem que cuidadores que partilham a mesma casa com os seus familiares dependentes manifestam níveis mais altos de pressão do que aqueles que moram em casas separadas. Cheippa (1995, citado em Imaginário, 2008) acentua que a coabitação entre o cuidador e dependente é o modelo predominante nos países do sul, em particular nos meios rurais. O nosso estudo demonstra que são os cuidadores que habitam com a pessoa alvo de cuidados que se encontram mais vulneráveis ao *stress*.

Com a existência de diferenças estatisticamente significativas que nos permitem aferir a relação entre esta variável e a vulnerabilidade ao *stress*.

## Capítulo 6- Conclusões e Sugestões

Com a elaboração deste estudo, foram retiradas algumas conclusões pertinentes na matéria dos cuidados informais a pessoas dependentes, em que algumas vieram reforçar os conhecimentos já existentes e outras trazer mais-valias no conhecimento e gerar a necessidade de novas investigações.

A oferta de cuidado torna-se cada vez mais onerosa para a família em virtude das mudanças sociodemográficas que acarretam profundas alterações na estrutura etária das populações e na estrutura; nos valores da família e das outras instituições sociais. Nesse contexto, a institucionalização de pessoas dependentes aparece como uma alternativa no mínimo polémica por causa dos significados de abandono, maus tratos e desemparo que muitas vezes se associa às várias instituições.

Ser portador de doença crónica incapacitante é pensar continuamente no dia de amanhã, é não ter a perspectiva do futuro. No entanto, o isolamento e a solidão são talvez sentimentos mais assustadores do que a presença da própria doença. Ter família é ter a certeza de que possui alguém com quem se possa partilhar sentimentos de alegria, tristeza, medos e perdas. É ter a presença segura de alguém que é querido, que apoia e que cuida, se necessário. É a forma de ultrapassar o isolamento físico e social tão comum no doente crónico, permitindo usufruir de uma visão mais aberta ao mundo que nos rodeia. É através da família que toda uma nova dinâmica de vida irá surgir. As boas ou más perspectivas em relação à doença passam por este grupo de pessoas. Também elas necessitam de ser cuidadas, escutadas e apoiadas. Lidar com uma situação de doença crónica torna-se altamente dispendioso, em termos de ordem física, emocional e económica.

O impacto que os cuidados prestados a pessoa dependente podem ter no sistema familiar tem sido habitualmente reconhecido como uma experiência física e emocionalmente desgastante, que pode afetar o bem-estar psicossocial, a saúde física e a qualidade de vida dos cuidadores. Partindo da ideia de que os prestadores de cuidados a familiares dependentes são um grupo que está exposto a exigências específicas, reconhece-se por isso que necessitam de especial atenção. Assim, é necessário delinear estratégias do ponto de vista da prestação/organização dos cuidados de saúde, que impliquem a actuação de uma equipa multidisciplinar envolvendo os profissionais da área de saúde comunitária (enfermeiros, médicos, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais), em articulação com as áreas sociais

(instituições de solidariedade social, igreja), recursos comunitários (parentela, vizinhos, amigos, voluntariado) e as estruturas internas familiares.

Uma alternativa viável para dar conta do problema das famílias em transição que cuidam dos seus familiares dependentes é proporcionar-lhe ajuda profissional no domicílio. A qualidade de vida das pessoas dependentes e dos seus cuidadores familiares pode ser melhorada pela intervenção de cuidadores profissionais trabalhando nos domicílios. Essas intervenções devem ter como alvo ajudar a manter e a implementar o bem-estar físico, emocional e cognitivo da pessoa alvo de cuidados e ajudar a família a superar conflitos gerados pela situação de cuidado, ajudá-la a tomar as providências necessárias a incrementar para a qualidade de vida da pessoa dependente e a sua própria qualidade de vida.

Só com uma boa articulação entre as políticas, entre os setores sociais e de saúde somos capazes de promover a saúde das pessoas dependentes e da sua família. Urge construir um sistema adequado de suporte, para promover a sustentabilidade da pessoa dependente no ambiente familiar, direcionar o foco de atenção para estas famílias para termos famílias e comunidades saudáveis.

Aumentar a participação do sistema de saúde principalmente através dos cuidados de saúde primários, para que assumem um papel preponderante, na educação para a saúde, no sentido de incentivar, a promoção de comportamentos saudáveis de vida adiando o aparecimento de situações de dependência.

Capacitar os cuidadores informais e outros familiares da rede informal em relação às necessidades e problemas de saúde dos dependentes com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos assistidos (implementação de programa de apoio aos cuidadores, para que possam enfrentar com mais facilidade as dificuldades surgidas no processo de cuidar).

Consideramos fundamental a melhoria dos cuidados prestados ao nível do apoio domiciliário, dos centros de convívio e de dia e a criação de centros de noite, respostas temporárias em lar ou meio hospitalar para aliviar a sobrecarga e reduzir o *stress* do cuidador informal.

A sensibilização dos profissionais de saúde para o contexto estudado é fundamental, de modo a que estes possam disponibilizar capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, de molde a permitir melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados á pessoa dependente.

A promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, apoiando-a e protegendo-a através de equipas multidisciplinares, que façam o diagnóstico, levantamento de problemas e uma intervenção assertiva, tornar-se-á uma mais-valia para os cuidadores em particular e para a sociedade em geral.

Acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga e menos *stress*, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce.

Os enfermeiros são profissionais de saúde privilegiados no contacto directo com os utentes, e como tal devem repensar o seu papel na assistência aos cuidadores, reflectindo sobre as suas práticas. É fundamental a consciencialização dos enfermeiros acerca das repercussões do processo de cuidar sobre o cuidador informal, assim como, do papel destes cuidadores enquanto agentes de saúde, sendo por isso urgente intervir.

Devido as necessidades que foram surgindo no domicilio ao longo dos tempos e com as visitas domiciliarias por parte dos enfermeiros, foi se constatando que havia muitas lacunas e que isso poderia mudar se a quando da alta houvesse uma preparação prévia tanto ao doente consciente e ao seu familiar, foi se verificando melhoras nos cuidados, variando e alterando muito então o processo de altas, no entanto atualmente as Instituições de Saúde são mais permissivas nesse acompanhamento, às famílias embora não chegue.

Os enfermeiros deverão ter um papel activo no planeamento de programas de apoio e acompanhamento dos cuidadores que assentem numa análise de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, devendo constituir-se como o elo de ligação entre o cuidador e os restantes elementos da equipe multidisciplinar, assumindo uma postura de disponibilidade e escuta activa que lhes permita compreender os sentimentos, as dificuldades e os constrangimentos dos cuidadores.

Um modelo de intervenção multidisciplinar deve então ser proposto onde claramente o doente e os familiares que o cuidam devem ser o centro, devendo a sua perspectiva ser incluída em todos os níveis de cuidados, devendo igual importância ser dada a fatores psicológicos, sociais e físicos. Conhecer e reconhecer os sinais de *stress* no cuidador tanto por parte deste, como de familiares e amigos é o primeiro passo para começar a tomar medidas,

uma vez que um cuidador que está a atravessar esse momento não consegue prestar os cuidados adequados ao doente.

A presente investigação teve como objetivo o identificar a vulnerabilidade ao *stress* a que os cuidadores informais estão sujeitos. A análise do contexto da prestação de cuidados e das características do cuidador informal é fundamental para a compreensão do *stress* vivenciado pelos cuidadores e dos motivos pelos quais esta situação desencadeia repercussões negativas no bem-estar do cuidador, capazes de por em causa a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao doente. Pretendeu-se saber se o facto de cuidar do familiar trás ou não maior vulnerabilidade ao *stress* e se essa vulnerabilidade é influenciada pelas características sociodemográficas do cuidador e /ou das características da pessoa alvo de cuidados.

Face a este percurso investigativo, assente nos objectivos formulados em articulação com as questões que orientam este estudo e a perspetiva teórica, foram produzidas algumas conclusões que passamos a apresentar.

- Os cuidadores informais são essencialmente mulheres (filhas ou esposas) casadas ou em união de facto, com um grau de escolaridade baixo, não activas profissionalmente e co-habitam permanentemente com a pessoa de quem cuidam, sendo o seu agregado constituído na maioria por apenas um elemento.
- Despendem em média, 19,14h horas por dia para cuidar, a pessoa alvo de cuidados apresenta um elevado grau de dependência e com um tempo médio de dependência de 2,77 anos, a ajuda que obtêm para cuidar provem, essencialmente do sistema informal.
- Ao analisar a vulnerabilidade ao *stress* a que a nossa amostra está sujeita verificou-se que 46,8% dos cuidadores informais encontram-se vulneráveis ao *stress*.
- Existe influência das habilitações literárias, da situação profissional, do número de elementos do agregado familiar, o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados; o número de horas despendidas no cuidar e da coabitação sobre a vulnerabilidade ao *stress* do cuidador informal.

Este estudo teve como limitações o fato da amostra ter sido por conveniência e também não podemos esquecer as limitações que surgem quando trabalhamos com o público, neste caso cuidadores informais, uma vez que os resultados vão depender da honestidade e sinceridade da resposta, pois a tendência é responder às condutas mais desejáveis e não tanto às que realmente se experienciam

Seria enriquecedor no próximo estudo conhecer também a perspectiva da pessoa dependente. O testemunho do recetor de cuidados pode oferecer uma visão mais abrangente das suas necessidades e das dos seus cuidadores e permitir o desenvolvimento de intervenções, mais adequadas e eficazes e assim assegurar a continuidade da prestação informal de cuidados.

A realização deste trabalho permitiu confirmar que os cuidadores informais de pessoa dependente sofrem repercussões importantes na sua vida durante o processo de cuidar, repercussões essas que se sentem na sobrecarga física, nas alterações emocionais e mentais e nas limitações da vida social, e que podem comprometer o bem-estar destes indivíduos e do próprio doente. O resultado deste trabalho fazem-nos pensar na importância do trabalho de parceria entre os profissionais de saúde com os familiares que cuidam de pessoas dependentes, privilegiando as ações de promoção e prevenção de saúde. Pensar e cuidar a família no paradigma da desinstitucionalização obriga a ter em consideração o meio em que a família está inserida, a sua estrutura, a sua cultura, crenças, valores, bem como, de rede social de que dispõe. Só depois de considerar estes aspetos será possível um cuidar digno e adequado que compartilhe benefícios e satisfaça as necessidades da pessoa alvo de cuidados e de cada família

Termina-se este estudo com a convicção de que se atingiram os objectivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do cuidador familiar. Através dos resultados apresentados esperamos poder iniciar um planeamento estratégico de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta área possam de uma forma mais eficaz, ajudar a maximizar as capacidades do cuidar nos membros da família cuidadoras, minimizando as implicações negativas, sob o ponto de vista emocional. Só assim poderemos garantir que quem cuida não fique por cuidar.



## Referências bibliográfias

Abreu, E. & Ramos, S. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal*.

Araújo, H. S. (1994). *O divórcio na família com filhos – uma perspectiva sistémica*. In Sampaio, D.; et al (1994). *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, p. 37-59.

Aznar, M., Pilar, M., Rodriguez, G., Abona, M. & Jose, M. (2002). *Estres laboral y salud en el profesorado: Un analisis diferencial en funcion del genero y del tipo de ensenanza*. Journal of Clinical and Health psychology, vol 2, p. 451- 465.

Barros, J. (2008), *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, Porto, Livpsic.

Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. 1ª Edição.

Bocchi, S. (2004,). *Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral: uma análise de conhecimento*. Revista Latino-americana de enfermagem, Janeiro-fevereiro, vol 12 (1), p. 115-21.

Braithwaite,V. (2000). *Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals*. The Gerontologist, 40, 706-717.

Botelho, M. A. (2005). *A funcionalidade dos idosos*. Em Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bris, H. J. (1994) *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.

Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a familiares Idosos*. Coimbra 1ª Edição Quarteto, ISBN: 972-8717-19-9.

Brito, M. E. C (2003). *Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Coimbra: Lidel ed. Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira Arte da Vida*. 2ª edição, Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.

Conger, R. W., Lorenz, F. O., Elder, G. H., Simons, R. L. & Ge, X. (1993). *Husband and wife differences in response to undesirable life events*. Journal of Health. and Social Behavior, 34, p.71-88.

Carretero, Gómez, et al (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: TirantLoBlanch.

Carvalho, M. I. L. (2006). *Orientações da Política de cuidados às pessoas idosas e dependentes: Modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Lisboa: I Congresso Internacional sobre Gerontologia- Viver para sempre, Instituto Superior de Ciências Educativas.

Cattani, R. & Girardon-Perlini, N. (2004). *Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares*. Revista eletrônica de enfermagem, 6 (2).

Dohrenwend B.P. (1998) - *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford: Oxford University

Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira; Diogo, Maria José (2005). *Atendimento Domiciliar-Um Enfoque Gerontológico: Compreendendo dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos, atitudes e Comportamentos*. Atheneu. S. Paulo, Rio de Janeiro.

Escudero Rodríguez, Bibiana; Díaz Álvarez, Estela; Pascual Cortés, Olga (2001), *Cuidadores informales: necesidades y ayudas*. Revista Rol de Enfermaria, 24 (3), p. 23-29.

Fernandes, Margarida C. Pereira, Maria L. Sousa; Ferreira, Maria Azevedo; Machado, Rosa Fernandes; Martins, Teresa. (2002). *Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC*. Sinais Vitais 43, 31-35.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, Jacinta de Jesus. (2009) *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador família*. IV Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (2003). *O processo da investigação*. Ed. Lusociência- 3ª ed. ISBN: 972-8383-10-X.

Gallant, M. Connell, C. (1998). *The stress process among dementia spouse caregivers*. Research on aging. 20 (3), 267-97.

Garre-Olmo, et al (2000). *Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demência tipo Alzheimer*. Revista de Neurologia, 31 (6), p.522-527.

Gaugler, J.E.; Davey, A.; Pearlin, L. I.; Zarit, S. H. (2000). *Modeling caregiver adaptation over time: the longitudinal impact of behavior problems*. Psychology and Aging, 3 (15), 437-450.

Gratão, A. C. M.; et al. (2006). *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. Ribeirão Preto*: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Grilo, E. N.; et al. (2005). *A outra face do cuidar*. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta.

Hespanhol, Alberto (2005) - *Burnout e Stress Ocupacional* . Revista portuguesa de psicossomática – Sociedade portuguesa de Psicossomática. Janeiro-dezembro, vol 7, nº 1-2, Porto. Portugal.

Imaginário, Cristina. (2008). *O idoso dependente no contexto familiar*. Coimbra. Formasau, 2<sup>a</sup> edição, Julho. ISBN: 978-972-8485-94-8.

Insero (1995). *Cuidados enlavez: el apoyo informal*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

José, S. J.; et al. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Kuhl, J. (1981). *Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state vs. Action orientation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, p.155-170.

Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação de Mestrado em Ciências, área da fisiopatologia experimental, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo.

Lage, Isabel (2005). *Cuidados familiares a idosos. Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. (1993). From psychological *stress* to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lipp, M. N. (Org) (1996). *Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e Grupo de risco*. São Paulo: Papyrus

Marques, Sónia Catarina Lopes. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra; Formasau.

Martín, I. (2002). *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. Dissertação para obtenção de grau de Doutor apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Martín, I. (2005). *O cuidado informal no âmbito social - Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi.

Martins, T., Pais-Ribeiro, J. Garrett, C. (2003). *Estudo de Avaliação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para cuidadores informais*. In, *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4(1), P.131-148.

Martinez, A.; et al (2000). *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes com esquizófia: factores determinantes*. “*Anales Sis San Navarra*”. Nº 23. Suplemento 1, 101 – 110.

Marote, Ana et al. (2005). *Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região autónoma da Madeira*. *Revista de Investigação Sinais Vitais, Coimbra*, n. 61, p.19- 24, jul.

Medeiros, M. C. S. (2000). *A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa*. Lisboa: Monografia da Licenciatura em Política Social, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Melo, B.T. ; Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (1997) *Stress ocupacional em profissionais de saúde e de ensino*. *Psicologia: teoria, investigação e pratica*. Vol 2. p 53-71.

Mendonça, F.; et al (2000). *Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde*. “*Revista Geriatria*”. Lisboa. Ano 13, nº 127 (Outubro), p.33 – 49.

Moreira, Isabel M.P.B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar- Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra, edição Formasau , ISBN: 972-8485-22-0.

Miller, S. M., Brody, D. S. & Summerton, J. (1988). *Styles of coping with threat implications for health*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54,p. 142-148.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*. Psychological Bulletin, 101, p.259-282.

Morowsky and Ross. (1995). "Sex Difference in Distress: Real or Artificial?" American Sociology Review. Vol.60 p. 449-468)

Mizuno, T.;Kinuko, T(2005). *Caring for a Yobiyose-Rojin - A Comparasion of Burden on daughters-in-law*. Journal of Gerontological Nursing [S.I: s.n.] 31 (6), p.15-21.

Neno, R. (2004). *Male carers: myth o reality?* Nursing Older People, p.16, 14-16.

Paixão, R.; Oliveira, R. (1996). Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social (Social Support Scales), Psychologica, 16, 83-99.

Patsions, D. & Davey, A. (2005) In M.L., Johnson, V.L., Bengston, P.G, Coleman & B.L., Kirkwood(Eds.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 597- 604). Cambridge: cambridge University Press.

Paúl, Maria Constança. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C., Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, Heloísa (2002). - *Género e trabalho não pago: o tempo das mulheres e o tempo dos homens*. Análise Social, XXXVII (163), p.447-474.

Pereira, (2004). M. - *Família, Saúde e Doença: Teoria, Prática e Investigação*. In, Teixeira, J. (ed.). *Psicologia da Saúde – Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi. 2007.

Petit, C. (2004) - *Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade*. In –“*hesbeen, Walter-cuidar neste mundo*”. Loures: Lusociência.

Pestana, M., Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. (5ª ed). Lisboa: Edições Silabo.

Petronilho, F. (2006). *Preparação do regresso a casa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto: Universidade do Porto.

Polit, F.D. ; Hungler, L. (1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto alegre: Editora Artes Médicas.

Ramos, L R (1993). *Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar*. Revista de Saúde Publica 27, P. 87- 94.

Rezende, V., et al. (2005). *Revisão Crítica de Instrumentos Utilizados para Avaliar aspectos Emocionais, Físicos e Sociais de Cuidador de Pacientes com Cancro na Fase Terminal da Doença*. Revista Brasileira de Cancerologia. 51(1) p. 79-87.

Ribeiro, José Luís Pais (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, Óscar (2005). *Quando o cuidador é um homem: envelhecimento e orientação para o cuidado. Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores. p. 311.

Rodriguez, B. E.; et al. (2001). *Cuidadores Informais: necessidades y ayudas*. “Revista de Enfermería”, Rol. Vol., 24. nº 3 (Março), 183-9.

Rogers, Carls (2000). *Manual de Counselling*. Editora Encontro, Lisboa. ISBN 972-8502-05-2.

Roig, M. Vicenta; Abengózar, M. Carmen; Serra, Emilia (1998). *La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer*. *Anales de psicología* 14 (2), p. 215-227.

Santos, P. (2003). *A doença crônica e incapacitante dependente na família*. Trabalho apresentado no curso de mestrado em saúde pública. Lisboa.

Santos, Alzira Teresa. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: Dissertação Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.

Santos, M. I. S (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Sampieri, R. H. et al. (2003). *Metodologia de la investigación*. 3ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana.

Sarmiento, Emília; Pinto, Paula; Monteiro, Sónia (2010). *Cuidador do idoso: dificuldades dos familiares*. Formasau, 1º Edição. Coimbra. ISBN: 978-989-8269-14-0.

Schulz, R., O'Brien, A. T.; Bookwala, J.; Fleissner. (1995). *Psychiatric and physical morbidity effect of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes*. *The Gerontologist*, 35, 771-91.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*, Coimbra, Quarteto Editora.

Silva, João Fernandes (2006). *Quando a vida chega ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Lusociência, ISBN: 972-8930-25-9.

Simões, I. M. H. (2003). *O acidente vascular cerebral na família: dificuldades e mecanismos de compensação da mulher no cuidado informal*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Famílias e Sistemas Sociais, Instituto Superior Miguel Torga.

Sousa, L.; et tal (2004). - *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.

Sousa, Liliana; Mendes, Álvaro; Relvas, Ana Paula (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Clempsi Editores. 1ª Edição. Lisboa, Janeiro. ISBN-972-796-259-9.

Stoller, E. P.; et al. (1983). *Help with activities of ever day life: sources of support for the non institutionalized elderly*. "The Gerontologist". Vol. 29, nº 4, p.498.

Trigueiros, A., et al. (1994). *Doença e Família*. In Sampaio, D.; et al (1994). *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Watson, Jean. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wolf, D. A, Freedman, V., Soldo, B. J. (1997). *The division of family labour: care for elderly parents*. Journal of Gerontology: Social Sciences. p. 52,102-109.

Vaz-Serra, A. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS*. Psiquiatria Clínica, vol 21 (4), p.279-308.

Vaz-Serra, A. (2000). *A vulnerabilidade ao stress*. *Psiquiatria Clínica*, vol 21 (4), p.261-278.

Vilão, Óscar. (1995). "*Entre a Vida e a Morte: ser doente em fase terminal*". *Jornadas Entre a Vida e a Morte*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

## **ANEXO 1**

(Instrumento de recolha de dados)





Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados sobre o stress, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/ família de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projecto de mestrado, que estamos a desenvolver coordenado pelos Professores Doutores Cláudia Chaves e João Duarte sobre o “**Stress, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/ família**”. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário.

O mesmo é constituído por questões abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada cuidador.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (\_\_\_\_), deve responder claramente, e de forma legível, a informação ou opinião mais adequada à situação indicada, de forma a que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**  
Carla Figueiredo (Enfermeira H.VFX.)

## INFORMAÇÃO INDIVIDUAL

**1. Qual o seu sexo?**

- Feminino
- Masculino

**2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.**

**3. Qual a sua situação familiar?**

- Casado/a com registo
- União de facto – casado/a sem registo
- Solteiro/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a
- Separado/a

**4. Quais os estudos que tem?**

- Não sabe ler nem escrever
- Só sabe ler e escrever
- 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Médio
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
- Outro: \_\_\_\_\_

**5. Qual a sua situação perante o trabalho?**

- Trabalha por conta própria
- Trabalha por conta de outrem
- Inactivo / Não trabalha

**6. Se respondeu anteriormente Inactivo / Não trabalha, em que situação se encontra?**

- Pensionista
- Domestica ou nunca trabalhou
- Desempregado
- Vive de rendimentos
- Reformado / aposentado
- Estudante

**7. Qual a sua profissão? (se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)**

**8. Em geral diria que a sua saúde está...**

- Excelente / Ótima
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má

**9. Tem uma ou mais do que uma destas doenças há mais de 3 meses?**

- Diabetes
- Asma ou doenças respiratórias crónicas
- Doenças do coração
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- Hipertensão arterial
- Problemas digestivos crónicos (ex: úlcera gastro-duodenal)
- Doenças osteo-articulares crónicas (ex: dos ossos, das articulações ou dos músculos)
- Enxaquecas ou dores de cabeça crónicas e fortes
- Doença psiquiátrica (ex: depressão)
- Doença maligna (ex: cancro)
- Outras doenças crónicas. Por favor indique qual. \_\_\_\_\_

**10 Grau de parentesco à pessoa dependente:**

- Filho/a
- Esposo/a
- Companheiro/a
- Genro/nora
- Irmão/irmã
- Neto/a
- Tio/a
- Sobrinho/a
- Amigo/a
- Outro/a \_\_\_\_\_

**11 Tem algum tipo de apoio?**

- Com apoio Centro de Dia  
 Com apoio domiciliário
- Familiar  
 Sem qualquer apoio institucional

**12 Número de elementos que compõem o agregado familiar, excluindo o utente dependente:**

\_\_\_\_\_

**13 Vive na mesma Habitação que o seu familiar**

- 1- Sim       2- Não       3- Esporadicamente

**14- Quantas horas em média por dia, dispensa a cuidar do seu familiar** \_\_\_\_\_

**QUESTÕES ACERCA DA PESSOA DEPENDENTE**

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos      **Sexo:**      **Há quanto tempo está dependente:** \_\_\_\_\_

Masc.     Fem.

(semanas /meses/anos – risque o que não interessar)

**Patologia clínica:** \_\_\_\_\_

**ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA EM ADL (Índice de KATZ)**

**Função 1: Tomar banho** - banho com esponja, banho imersão ou chuveiro

- Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou duche sozinho).  
 Recebe assistência no banho somente numa parte do corpo (ex. costas ou perna, etc.).  
 Recebe assistência no banho mais do que numa parte do corpo (senão não tomaria banho).

**Função 2: Vestir-se** - Tira roupas do armário e gavetas, incluindo roupas interiores, exteriores e acessórios (cinto, suspensórios)

- Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto para calçar os sapatos.
- Recebe assistência para tirar as roupas ou para se vestir, ou fica em parte ou completamente despido.

**Função 3: Higiene** - Ir ao quarto de banho para urinar ou evacuar, limpar-se e arranjar o vestuário.

- Vai à casa de banho, limpa-se e arranja-se sem assistência (pode usar bengala, cadeira de rodas, ou pode usar um bacio e limpá-lo pela manhã).
- Recebe assistência para ir à casa de banho ou limpar-se, arranjar as roupas depois de urinar ou evacuar, ou usar o bacio ou a arrastadeira.
- Não vai à casa de banho.

**Função 4: Deslocar-se**

- Entra e sai da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar bengala ou cadeira de rodas).
- Entra ou sai da cama com assistência.
- Não sai da cama.

**Função 5: Continência**

- Controla os esfíncteres da micção e defecção, completamente sozinho.
- Tem “acidentes” ocasionais.
- Recebe ajuda para manter o controlo urinário ou da defecção; usa-se um catéter ou tem incontinência.

**Função 6: Alimentar-se**

- Alimenta-se sozinho sem assistência.
- Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos ou a pôr manteiga no pão.
- Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por tubos ou líquidos intravenosos, parcial ou totalmente.

**Graus de Dependência ou Independência**

**ESCALA INSTRUMENTAL DE SUPORTE SOCIAL**  
 (Lin, 1986; versão portuguesa R. Paixão & R. A. Oliveira, 1996)

Apresentam-se de seguida uma lista de problemas que por vezes as pessoas têm. O que lhe é pedido é que assinale a quantidade de vezes com que se deparou com cada uma das situações nos últimos 6 meses.

	1- Nunca	2- Rarament e	3- Algumas vezes	4- Bastantes vezes	5- Quase sempre
1 Ter problemas económicos.					
2 Não ter uma pessoa amiga.					

3 Ter demasiadas responsabilidades.					
4 Não ter pessoas de quem possa depender.					
5 Ter demasiadas exigências ao mesmo tempo.					
6 Não ter uma vida sexual satisfatória.					
7 Ter problemas de comunicação com as pessoas.					
8 Estar pouco tempo com aqueles que se sente mais próximo.					
9 Decidir no que vai gastar o dinheiro.					
10 Ter poucas responsabilidades.					
11 Não ter ninguém que se preocupe com os seus problemas.					
12 Ter pouco tempo de lazer.					
13 Não ter dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosta.					
14 Ter problemas em relacionar-se com crianças.					
15 Não ter um emprego gratificante e satisfatório.					
16 Sentir-se demasiado controlado pelos outros.					
17 Não ter dinheiro suficiente para comprar o que quer.					
18 Não estar satisfeito com seu estado civil.					
19 Ter poucos amigos verdadeiros.					
20 Ter problemas com o cônjuge/companheiro(a).					
21 Não ter ninguém que lhe dê afecto e o aceite.					
22 Sentir-se demasiado dependente dos outros.					
23 Há pessoas que interferem nas coisas que quer fazer.					
24 Ter problemas com familiares.					
25 Não ter ninguém que o entenda.					
26 Ter demasiado tempo livre.					
27 Ter conflitos com pessoas que lhe são próximas.					
28 Não conseguir ir a algum lado por falta de transporte.					

### QUESTIONÁRIO ZARIT

A seguir apresenta-se uma lista de afirmações que reflectem como se sentem, por vezes, as pessoas que cuidam de outra pessoa. Depois de ler cada afirmação, deve indicar com que frequência se sente: nunca, raramente, algumas vezes, bastantes vezes, quase sempre. Quando responder, pense que não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua experiência.

	1- Nunca	2- Raramente	3- Algumas vezes	4- Bastantes vezes	5- Quase sempre
1 Pensa que o seu familiar pede mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					



<b>2</b> Pensa que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não tem tempo suficiente para si?					
<b>3</b> Sente-se sobrecarregado ao tentar compatibilizar o cuidado ao seu familiar com outras responsabilidades (trabalho, família)?					
<b>4</b> Sente vergonha devido ao comportamento do seu familiar?					
<b>5</b> Sente-se enfiado quando está próximo do seu familiar?					
<b>6</b> Pensa que cuidar do seu familiar afecta negativamente a relação que tem com outros membros da sua família?					
<b>7</b> Tem medo pelo futuro do seu familiar?					
<b>8</b> Pensa que o seu familiar depende de si?					
<b>9</b> Sente-se tenso quando está próximo do seu familiar?					
<b>10</b> Pensa que a sua saúde piorou devido a ter que cuidar do seu familiar?					
<b>11</b> Pensa que não tem tanta intimidade como gostaria devido a ter que cuidar do seu familiar?					
<b>12</b> Pensa que a sua vida social foi afectada negativamente por ter que cuidar o seu familiar?					
<b>13</b> Sente-se incomodado por distanciar-se das suas amizades devido a ter que cuidar do seu familiar?					
<b>14</b> Pensa que o seu familiar considera-a como a única pessoa que o deve cuidar?					
<b>15</b> Pensa que não tem recursos económicos suficientes para cuidar do seu familiar, para além dos seus outros gastos?					
<b>16</b> Pensa que não será capaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
<b>17</b> Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que começou a doença do seu familiar?					
<b>18</b> Desejaria poder deixar o cuidado do seu familiar a outra pessoa?					
<b>19</b> Sente-se indeciso sobre o que fazer com o seu familiar?					
<b>20</b> Pensa que deveria fazer mais pelo seu familiar?					
<b>21</b> Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
<b>22</b> Globalmente, que grau de “carga” sente por ter que cuidar do seu familiar?					

### VULNERABILIDADE AO STRESS 23 QVS

(VAZ SERRA, 2000)

	1- Discordo em absoluto	2 -Discordo bastante	3- Nem concordo nem discordo	4- Concordo bastante	5 - Concordo em absoluto
1 Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.					
2 Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.					
3 Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.					
4 Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.					
5 Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.					
6 Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.					
7 Dou e recebo afecto com regularidade.					
8 É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9 Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.					
10 Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.					
11 Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.					
12 Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.					
13 As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.					
14 <i>Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.</i>					
15 Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.					
16 Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem Quanto esperava a realizar as minhas tarefas.					
17 Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.					



UniCiSE

<b>18</b> Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.					
<b>19</b> Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.					
<b>20</b> Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.					
<b>21</b> O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.					
<b>22</b> Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.					
<b>23</b> Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.					

**Há mais algum problema que o incomoda e não tenha sido mencionado?**

---

---

---

---

**Terminou**

Obrigado pela sua colaboração!

### **ANEXO 3**

(Pedido de autorização da aplicação do instrumento de recolha de dados)



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu



## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telem. 961 011 800

Fax 232 428 343

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Científico  
do Hospital de Vila Franca de Xira

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n°:	Data:	Ofício n°:	Data: __/__/__
Processo:		Processo:	70

### ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Carla Gonçalves Figueiredo do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde a desenvolver um estudo subordinado ao tema “**Stress, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/ família**”.

O objectivo deste estudo é avaliar o stress, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/ família de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente.

Pretende-se saber se o cuidar trás implicações físicas, emocionais e sociais ao prestador de cuidados e se essas implicações dependem das características socio-demográficas do cuidador, do grau e tempo de dependência do familiar doente e da existência de suporte social.

Desejamos contribuir com este estudo para um melhor conhecimento das alterações físicas, emocionais e sociais dos familiares cuidadores com uma provável melhoria na abordagem e resolução dos seus problemas.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de 1 de Julho a 30 de Setembro de 2011:

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que os Professores Cláudia Margarida Correia Balula Chaves e João Carvalho Duarte são os

responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da Escola Superior de Saúde

---

Carlos Manuel Figueiredo Pereira  
(*Prof. Coordenador*)

\* **Nota:** No corpo do ofício deve ser feito o enquadramento/justificação da relevância do estudo e objectivos principais