

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

**I CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DO
DOENTE MENTAL:
UMA VISÃO SOBRE O CENTRO HOSPITALAR COVA DA
BEIRA, E.P.E.**

Luís Pedro de Beires Vilela

Trabalho realizado para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, apresentado à escola superior de saúde de Viseu sob a orientação de:

Prof. Doutora **Lídia do Rosário Cabral**

Professora coordenadora

Prof. Doutor **João Carvalho Duarte.**

Professor coordenador

VISEU, 2012

“A cada um, peço que se centre nas forças da vida, na mobilização dos recursos vitais, respeitando o indivíduo e a humanidade para promover os cuidados e promover a vida”.

Collière

À memória da minha mãe...

Ao Simão e à Carla...

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho, pude contar com numerosos apoios, individuais e institucionais, pelo que não quero deixar de os referir, com o devido apreço e gratidão.

À Professora Doutora Lúcia do Rosário Cabral, orientadora científica, por toda a sua disponibilidade, simpatia, estímulo, rigor e orientações sempre produtivas ao longo da realização de toda a investigação.

Ao Professor Doutor João Duarte pelo seu precioso e incansável apoio no tratamento estatístico deste estudo empírico, assim como, o esclarecimento de dúvidas, sugestões e ideias.

A toda a equipa de Multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, em particular, ao Enf.º José Ribeiro e à Enf.ª Maria João, por toda a colaboração na consecução deste trabalho e pela orientação obtida durante o Ensino Clínico II desenvolvido anteriormente nesta unidade de saúde.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, pela autorização concedida para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Carlos Sequeira, pela autorização concebida para a aplicação da escala de Zarit nesta investigação.

À Prof.ª Doutora Iolanda Galinha, pela autorização concebida para a aplicação da escala de Panas nesta investigação.

À Prof.ª Doutora Maria Canavarro, pela autorização concebida para a aplicação da escala WHOQOL-Bref nesta investigação.

Aos cuidadores informais que se disponibilizaram a participar do estudo, pois sem o seu contributo, não teria sido possível realizar este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à minha família, em especial ao Simão e à Carla, por todos os apoios de incentivo nos momentos de maior desgaste físico e psíquico.

A todos, o meu “MUITO BEM HAJA”

RESUMO

Título do Trabalho: Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental

Introdução e Objectivos: Com o regresso dos doentes mentais às suas comunidades de origem, o cuidador informal assume cada vez mais um papel preponderante. A qualidade de vida do cuidador torna-se assim um factor importante. Desta forma, os objectivos desta investigação são: avaliar a qualidade de vida do cuidador, analisar a relação entre os factores sociodemográficos e profissionais e a qualidade de vida, determinar em que medidas as variáveis Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga e Idade do Doente são preditoras da Qualidade de Vida.

Metodologia: Esta investigação quantitativa assenta numa base descritiva e correlacional, mediante utilização de um questionário e as escalas: WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS. Estes instrumentos foram aplicados a 104 cuidador informais do DPSM do CHCB,EPE entre 19 de Dezembro de 2011 e 20 de Janeiro de 2012.

Resultados: Os cuidadores informais com melhores índices de qualidade de vida são: do sexo feminino; entre os 23 e os 36 anos, Casado(a) ou Unido(a) de Facto, com maior nível de habilitações literárias, empregado e que têm a seu cargo “irmão\irmã. Os resultados ainda indicam que as variáveis idade do doente, sobrecarga, bem-estar subjectivo, percepção de auto-eficácia, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal são preditoras da qualidade de vida.

Conclusões: Os cuidadores que obtenham os menores índices das variáveis (idade do doente, sobrecarga e bem-estar subjectivo) e maiores índices das variáveis (percepção de auto-eficácia, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal) apresentam melhor Qualidade de Vida.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Cuidador Informal, Doente Mental

ABSTRACT

Title: Quality of Life of Informal Caregivers of the Mentally Ill

Introduction and Objectives: With the return of the mentally ill to their communities of origin, the informal caregiver assumes an increasingly dominant role. The caregiver's quality of life becomes an important factor. Thus the objectives of this research were to assess the quality of life of the caregiver, analyze the relationship between the sociodemographic and professional factors and quality of life, determine to what extent the variables Subjective Well-Being, Overload and Age of the Mentally Ill are predictors of quality of life.

Methodology: This research is based on a quantitative descriptive and correlational, by use of a questionnaire and scales: WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS. These instruments were administered to 104 informal caregivers of DPSM do CHCB, EPE from 19 December 2011 and January 20, 2012.

Results: The informal caregivers with better quality of life are: females, between 23 and 36 years, married, with higher qualifications and have employed in charge of brother\sister. The results also indicate that the variables patient age, overload, subjective well-being, perceived self-efficacy, impact of care and interpersonal relationships are predictors of quality of life.

Conclusions: Caregivers who obtain lower the rates of the variables (patient age, overload and subjective well-being) and higher rates of variables (perceived self-efficacy, impact of caregiving and interpersonal relationship) have a better quality of life.

Keywords: Quality of Life, Informal Caregiver, Mentally Ill

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	21
2 - QUALIDADE DE VIDA	27
2.1 - CUIDADOR INFORMAL.....	28
2.2 - QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL	31
3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	35
3.1 - MÉTODOS	35
3.2 - PARTICIPANTES	38
3.2.1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	39
3.3 - INSTRUMENTOS	41
3.4 - PROCEDIMENTOS	46
3.5 - ANÁLISE DOS DADOS	47
4 - RESULTADOS	51
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	51
4.1.1 - Sobrecarga dos Cuidadores Informais	51
4.1.2 - Bem-Estar Subjectivo do Cuidador Informal	52
4.1.3 - Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais	53
4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	54
5 - DISCUSSÃO	69
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	69
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
Apêndices	87
Apêndice 1 Pedido de Autorização ao CHCB, EPE	89
Apêndice 2 Pedido de Autorização para aplicação das Escalas	93
Apêndice 3 Autorização para realização do Estudo no CHCB, EPE	97
ANEXOS	99
Anexo 1 Requalificação das Variáveis (Idade, Estado Civil e Situação Laboral) do Cuidador Informal	101
Anexo 2 Quadros dos Resultados das Variáveis Sociodemográficas do Cuidador Informal	105
Anexo 3 Instrumento de Colheita de Dados	109

Anexo 4 Alpha's de Cronbach das escalas (WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS) e seus Domínios	121
Anexo 5 Resultados Globais das Escalas: WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS	131
Anexo 6 Teste de U Mann-Whitney – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs Sexo do Cuidador Informal.....	143
Anexo 7 Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs Idade do Cuidador Informal.....	147
Anexo 8 Teste T de Student – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs Estado Civil do Cuidador Informal.....	153
Anexo 9 Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs Habilitações Literárias	157
Anexo 10 Teste de U Mann-Whitney – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs Situação Laboral	163
Anexo 11 Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs	167
Grau de Parentesco com o Doente Mental.....	167
Anexo 12 Regressão Linear Múltipla – Domínio Qualidade de Vida Geral.....	173
Anexo 13 Regressão Linear Múltipla – Domínio Físico	179
Anexo 14 Regressão Linear Múltipla – Domínio Físico	185
Anexo 15 Regressão Linear Múltipla – Domínio Relações Sociais.....	192
Anexo 16 Regressão Linear Múltipla – Domínio Ambiente.....	199
Anexo 17 Regressão Linear Múltipla – Qualidade de Vida	205

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Desenho da Metodologia de Investigação	37
Figura 2 – Região da Cova da Beira	38
Figura 3 – Região da Beira Interior Sul	38

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala WHOQOL-Bref	42
Quadro 2 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala de ZARIT	44
Quadro 3 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala de PANAS	45
Quadro 4 – Resultados da escala ZARIT –	52
Quadro 5 – Resultados da escala WHOQOL – Bref	54

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

\bar{X} – Média

% - Percentagem

CHCB, E.P.E. – Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Dp – Desvio padrão

DPSM do CHCB, E.P.E. – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

F – Valor do teste F One-Way Anova

N – Frequência

n.º – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – Página

Q – Questão

r – Valor da correlação Pearson

R² – Coeficiente de determinação

Sig. - Significância

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

t – *t de student*

vs - Versus

α – Alpha de Cronbach

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, foi-me proposto realizar o presente estudo de investigação, com vista à obtenção do grau de mestre na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Este trabalho teve como ponto de partida a Unidade Curricular Ensino Clínico II, que decorreu de 29 de Agosto de 2011 a 14 de Outubro do mesmo ano, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (DPSM do CHCB, E.P.E.), num total de 200 horas distribuídas por 7 semanas.

A Unidade Curricular Ensino Clínico II, permitiu desenvolver competências em várias dimensões - a cognitiva, a comunicacional e a nível das atitudes. Foi extremamente gratificante, em termos de aprendizagem e enriquecedor da experiência profissional, pela diversidade de situações clínicas e pela mobilização de saberes e reflexão sobre a prática de enfermagem que exigiu.

Existiu uma forte preocupação, em aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem proporcionadas e, de uma forma global, os objectivos estipulados para o estágio foram satisfatoriamente conseguidos. Os objectivos para o estágio foram traçados, tendo por base as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria definidas pelo colégio da especialidade da ordem dos enfermeiros:

- Obter um elevado conhecimento e uma autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Tendo por linha orientadora as directrizes emanadas do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), que preconiza a desinstitucionalização dos doentes mentais, levando-os para a esfera da comunidade e dos cuidados comunitários. Para que estes intentos possam ser possíveis de realizar, o documento supra referido diz-nos que irão ser criadas as Unidades de Cuidados Continuados Integrados no âmbito da Saúde Mental, mas enquanto todos estes desígnios não se realizam, cabe aos cuidadores informais olhar pelo doente mental, no seu regresso à comunidade, visto que o encerramento de instituições psiquiátricas já é uma realidade.

Nesta medida, os cuidadores informais assumem um papel preponderante no tratamento ao doente mental, uma vez que são estes os responsáveis pelo seu acompanhamento, no dia-a-dia. Para que alguém possa cuidar de outro, é necessário que o próprio esteja bem, pois só assim é possível garantir um cuidado ao doente mental com qualidade.

Os factos mencionados, vêm despertar a nova realidade dos cuidadores informais dos doentes mentais que, muitas vezes, têm que acarretar sozinhos a tarefa de cuidar, o que vai forçosamente alterar a qualidade de vida dos mesmos. Tendo por base estas premissas, decidimo-nos realizar este trabalho de investigação cujo tema é: “*Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais do Doente Mental: Uma Visão sobre o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.*”

Para este estudo, foram delineadas algumas questões de investigação por forma a analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida do cuidador informal do doente mental. Concomitantemente foi alvo da nossa avaliação a relação da qualidade de vida do cuidador informal com outros factores como a sobrecarga e o bem-estar subjectivo. Assim são colocadas as seguintes questões de investigação:

- Q₁ Em que medida as variáveis sociodemográficas dos cuidadores (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e grau de parentesco com o doente mental) se repercutem na Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais dos Doentes Mentais?
- Q₂ Em que medida as variáveis independentes Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são predictoras na variável dependente “Qualidade de Vida” nas suas várias dimensões?

Definimos os seguintes objectivos do trabalho de investigação. E nessa ordem os objectivos delineados são:

- Avaliar a Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental, no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
- Verificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental.
- Determinar em que medida as variáveis Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são predictoras na variável dependente “Qualidade de Vida” nas suas várias dimensões.

Este trabalho de investigação, foi dividido em diversos capítulos (teóricos e práticos), para assim tornar mais fácil e clara a leitura e interpretação do estudo realizado. Nesta medida, este trabalho é constituído na primeira parte por uma revisão da bibliografia relativamente a temática em estudo a Qualidade de Vida, Cuidador Informal e mais especificamente sobre a Qualidade de Vida do próprio Cuidador Informal.

Na segunda parte do estudo que se reporta à Metodologia da Investigação, surge o desenho de investigação, a enunciação dos métodos utilizados, a caracterização dos participantes no estudo, assim como, todos os procedimentos metodológicos e estatísticos usados. Posteriormente procede-se à apresentação dos Resultados, recorrendo ao uso da estatística descritiva e inferencial, bem como, à Discussão dos resultados quer do ponto de vista da metodologia utilizada e dos resultados encontrados, onde se procura efectuar um

confronto entre os dados obtidos mais significativos e a opinião dos autores consultados e referidos na fundamentação teórica. Finalmente são tecidas algumas Considerações Finais e limitações do próprio estudo.

Para que este estudo possa ficar concluído, são ainda apresentadas todas as Referências Bibliográficas utilizadas no decorrer do trabalho de investigação.

**PARTE I –
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

2 - QUALIDADE DE VIDA

A evolução das ciências médicas e conseqüentemente o aumento de longevidade, colocam novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente o de melhorar a Qualidade de Vida, pois é um aspecto que cada vez tem maior relevância, dada a crescente prevalência de doenças e sendo assim é tão importante dar anos à vida, como dar vida aos anos (GRELHA, 2009).

O conceito de Qualidade de Vida, inicialmente era alargado a diferentes dimensões sociais, desde da economia, política, sociologia, história, entre outras e que posteriormente especificou-se à saúde e doença (FERREIRA *apud* GRELHA, 2009; MOREIRA, 2009). De forma quase indissociável ao conceito de Qualidade de Vida está o conceito de Saúde pois esta vai depender de vários factores resultantes de uma visão holística do indivíduo que é visto, num conjunto complexo das suas múltiplas dimensões biopsicossocial (PAIS RIBEIRO, 1997). Assim, passou a ser espectável que a qualidade de vida melhorasse se fossem tomadas medidas de adopção de estilos de vida saudáveis e actividades promotoras de saúde.

Foi o início dos anos 90, que a Organização Mundial de Saúde reuniu um conjunto de peritos formando assim o denominado WHOQOL Group, com o objectivo de definir o conceito de Qualidade de Vida e de construir um instrumento para a sua avaliação. Assim, Qualidade de Vida será a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1997)

. A Qualidade de Vida apresenta os três seguintes aspectos básicos: a subjectividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. É um amplo conceito de classificação afectado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com o seu meio ambiente. (WHOQOL GROUP, 1997)

. Todas as definições de qualidade de vida tendem a convergir num aspecto importante que é o da multidimensionalidade envolvendo a componente objectiva da qual fazem parte aspectos como funcionalidade, competência cognitiva e interacção com o meio, e a

componente subjectiva constituída pelos sentimentos de satisfação e percepção sobre a sua saúde.

Durante muito tempo, o nível de saúde de uma população era avaliado através das taxas de mortalidade e morbidade, actualmente constatou-se que essas variáveis eram insuficientes, recorrendo-se assim a meios que avaliassem a Qualidade de Vida, sendo as próprias pessoas as fontes de informação.

Para fazer a avaliação da Qualidade de Vida é necessário ter em conta os domínios: físico, funcional, psicológico e social. A dimensão física refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, derivados da doença ou do tratamento. A funcional está relacionada com a capacidade do indivíduo em se auto-cuidar, deambular, realizar actividade física, assim como a capacidade para concretizar as tarefas habituais em meio familiar e em meio laboral. A dimensão psicológica centra-se ao nível de satisfação vital, felicidade, percepção global de saúde e no funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo. Por último, a social centra-se na interacção do sujeito doente com o seu ambiente e seus contactos sociais (Corod-Artal citado por GRELHA, 2009).

A avaliação da qualidade de vida e sua conseqüente gradação por escalas é frequentemente usado como meio de avaliação da eficácia de um tratamento (ALPTEKIN [et al], 2005). Existem inúmeras escalas de avaliação da qualidade de vida, algumas adequam-se melhor a umas populações que a outras.

Nos anos noventa, a Organização Mundial de Saúde através do WHOQOL GROUP elaborou um instrumento de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), deste instrumento surgiu uns anos mais tarde uma versão mais abreviada e de aplicação mais rápida o WHOQOL-Bref que engloba os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e, a qualidade de vida geral. Este instrumento de avaliação subjectiva da qualidade de vida foi desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas (Kovess-Masféty [et al] *apud* HELDER, 2010)

2.1 - CUIDADOR INFORMAL

A Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Março aprova no Plano Nacional de Saúde Mental, em que um dos objectivos é “promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das

peessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias”

O Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro legisla estruturas multidisciplinares que prestam cuidados continuados integrados de saúde mental visando o apoio ao doente mental e aos seus cuidadores informais.

Assim para Lage, 2005, cit. por Grelha, (2009) cuidadores, são pessoas que se dedicam a prestar cuidados a outra pessoa, sejam eles membros de família ou não, voluntariamente ou não, assumem esta actividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim. Assim o Cuidador assume na maioria das vezes, um papel que lhe foi imposto pela circunstância, e não por escolha própria, sendo que esta escolha recai geralmente sobre um membro da família do mesmo agregado familiar (ANDRÉ, CUNHA & RODRIGUES, 2010).

Segundo Nakatani [et al.] (2003) e Sequeira (2007), a prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: no âmbito do cuidado formal (actividade profissional) e no âmbito do cuidado informal:

No âmbito do cuidado formal trata-se de um tipo de prestação de cuidados, habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ...), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel (...).

No âmbito do cuidado informal trata-se de uma prestação de cuidados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, sendo designados por cuidadores informais (...).

Para o mesmo autor há que entender também ao contexto cuidar e diferencia o cuidador informal em cuidador principal/ primário; cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo deste modo a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Para Westphal-Guitti (2006), o cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados, desde supervisionar, orientar, acompanhar e/ ou cuidar directamente a pessoa que necessita de cuidados

O cuidador secundário é habitualmente, alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, são habitualmente familiares que dão apoio ao cuidador principal. Esta ajuda pode ser ao nível da prestação directa de cuidados ou a outro nível, como a nível económico, no apoio em

actividades de lazer, actividades sociais, etc. Este cuidador pode substituir o cuidador principal em situações de emergência.

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar.

No entender de Silva (2011), quando o cuidador informal apresenta alterações na sua saúde, “o cuidar” fica comprometido, não conseguindo atingir na sua plenitude as necessidades da pessoa de quem cuida. Também eles necessitam de ser escutados, cuidados e apoiados, sendo óbvio que, cuidar destes cuidadores, é uma prioridade para garantir a sua qualidade de vida.

Dado que cuidar envolve um conjunto de actividades que podem influenciar a qualidade de vida do cuidador informal, estas podem ser co-responsáveis e potenciar alterações positivas e negativas. Imaginário (2008), 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 aspectos da vida familiar e pessoal. Os cuidadores manifestam por vezes, abandono do seu autocuidado, falta de tempo para poder descansar e desconforto.

Existem dois níveis de repercussões do cuidar: as objectivas, resultantes da prática dos cuidados, e as subjectivas, que percebem as primeiras. A sobrecarga objectiva refere-se às actividades e acontecimentos directamente associados ao desempenho do papel do cuidador no apoio às tarefas diárias, potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica, suporte social, etc.) (PEREIRA, 2008; AMENDOLA, OLIVEIRA & ALVARENGA, 2008, 2011). A sobrecarga subjectiva tem a ver com as reacções emocionais, sentimentos e atitudes, relacionadas com as actividades e acontecimentos decorrentes da dimensão objectiva (MARTÍN, 1996; ANESHENSEL, 1997; LAGE, 2005; citado por SEQUEIRA, 2010).

A prestação de cuidados a outra pessoa pode ser experiência de grande sobrecarga, mas pode ser também associada a aspectos positivos, dela procedendo vários tipos de satisfação. Mayor, Ribeiro, Paúl, (2009) num estudo comparativo sobre percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC, realçam o elevado número de cuidadores que expressaram a existência de satisfação,

independentemente da distinção efectuada entre o cuidador ou o receptor de cuidados como beneficiários do cuidado, e independentemente da dinâmica considerada (intrapessoal, interpessoal ou de resultados). A satisfação com o cuidar pode minimizar e remeter a componente negativa, associada à experiência de cuidar.

Uma outra variável que influencia o processo de cuidar, é o suporte social. Este protege contra as perturbações induzidas pelo stress, é visto como modelador, torna as pessoas mais fortes e em condições para enfrentar as vicissitudes da vida. Por outro lado, a falta deste pode ser gerador de stress (SINGER e LORD, 1984 citado por PAIS-RIBEIRO, 1999).

2.2 - QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL

Um estudo realizado por Sequeira (2010), revela que os cuidadores de pessoas com alterações mentais possuem uma percepção de suporte social baixa, principalmente no domínio da “satisfação com as actividades sociais” e da “satisfação com a família”. Apresentam ainda níveis mais baixos de satisfação com o suporte social, comparativamente aos cuidadores de pessoas com dependência física, que poderá estar associado com as elevadas dificuldades de convívio social das pessoas com alterações mentais; o estigma associado à doença mental; a existência de alguns comportamentos “socialmente inadequados” e uma maior limitação em termos de participação social do cuidador devido a maiores necessidades de supervisão e orientação.

É sobretudo na área da saúde mental, que os efeitos da prestação de cuidados informais a familiares mais se fazem notar, com níveis de depressão e ansiedade superiores à população geral, sobretudo ao isolamento social e ao stress frequente com que vivem. De forma sucinta, a saúde mental e física dos cuidadores informais relaciona-se sobretudo com o stress percebido que por sua vez actua como mediador em relação às outras variáveis utilizadas para caracterizar a situação (BRITO, 2002).

As pesquisas mais recentes sobre a situação de saúde dos cuidadores informais já não se centram apenas nas exigências objectivas e nos aspectos físicos da prestação de cuidados, mas dirigem-se também para o contexto da prestação de cuidados, bem como os factores que poderão precipitar alterações na saúde dos prestadores de cuidados. Quanto aos recursos internos dos prestadores de cuidados, incluem as competências pessoais, as experiências de vida e a capacidade reflexiva. A percepção das dificuldades do cuidador depende de cada indivíduo, variando segundo as suas experiências anteriores e os aspectos da situação

presente, que podem ser sentidos como geradores de stress. Para Agar [et al], (1997) a forma como cada um percebe a sua situação de sobrecarga será mais importante do que as características objectivas da sua situação (BRITO, 2002).

Alguns autores consideram que através do contacto do cuidador informal com determinadas situações de crise, advindas do acto de cuidar, pode surgir o *síndrome de Bournaut*, ou desgaste do cuidador, traduzido pelo facto do prestador de cuidados informais nem sempre conseguir sozinho desempenhar o seu papel de cuidador e sofrer de uma forma de stress muito especial, caracterizada por esforço físico, tensão permanente, falta de tempo para dormir e cuidar de si, que progressivamente o isolam do seu meio social e o afectam física, psicológica, emocional e socialmente. Com o passar do tempo, essa situação pode acabar por se reflectir nos próprios dependentes de cuidados, eventualmente tratados com menor solicitude e vítimas de negligência, irritabilidade ou até maus-tratos.

Todos estes factores mencionados anteriormente concorrem para a qualidade de vida do cuidador informal do doente mental uma vez que se trata de factores fulcrais das dimensões humanas, a partir das quais, é possível fazer a avaliação da qualidade de vida do cuidador.

Num estudo desenvolvido por Imran [et. al] em 2010, que abrangeu 100 cuidadores informais de doentes mentais do Mayo Hospital no Paquistão concluiu que os cuidadores de pessoas com doença mental apresentaram comprometimento da sua qualidade de vida.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Posteriormente ao enquadramento teórico da problemática em estudo torna-se imperioso definir a metodologia usada funcionando esta como elo de ligação das duas partes do trabalho.

Nesse sentido são abordados alguns aspectos tais como: a conceptualização do estudo, as questões de investigação, os objectivos, a descrição dos participantes, os instrumentos e procedimentos metodológicos utilizados.

3.1 - MÉTODOS

A qualidade de vida tem vindo a tomar um lugar muito importante nas preocupações de investigadores e da população em geral, uma vez que, o aumento da esperança média de vida tem levado estudiosos a melhor entender como potenciar o aumento da qualidade de vida das populações.

Os doentes psiquiátricos foram uma das populações em estudo, muito por causa das suas particularidades e necessidades especiais, que requerem cuidados específicos e muitas das vezes continuados. Estas situações de doença são daquelas que mais tempo precisam de cuidados pois uma boa parte das delas não possui cura, apenas tratamento necessitando assim de cuidados que se estendem por toda a vida do doente.

Estes doentes com tratamento prolongado passam por diversas fases, oscilando entre fases agudas (que requerem tratamento especializado em unidades de saúde para o efeito) e fases crónicas (que requerem o acompanhamento sempre que possível dos cuidadores informais). Maior parte das vezes, não requerem tratamento em unidades de saúde ficando assim ao cuidado dos respectivos cuidadores informais (pais, cônjuges, filhos, familiares directos e amigos).

Pelo facto do acompanhamento ao doente mental se prolongar, muitas vezes por largos períodos de tempo, o impacto no dia-a-dia do cuidador informal vai aumentando assim alguns factores que podem influenciar a qualidade de vida do mesmo, tal como é descrito por Sequeira (2010).

Desta forma torna-se imperioso apurar de que forma a “qualidade de vida do cuidador informal do doente mental” é influenciada ou não por factores como a sobrecarga dos cuidados prestados, o bem-estar subjectivo e ainda factores sociodemográficos tanto do cuidador como do doente mental.

Com o intuito de esclarecer algumas dúvidas foram formuladas as questões de investigação para as quais se propõem dar resposta:

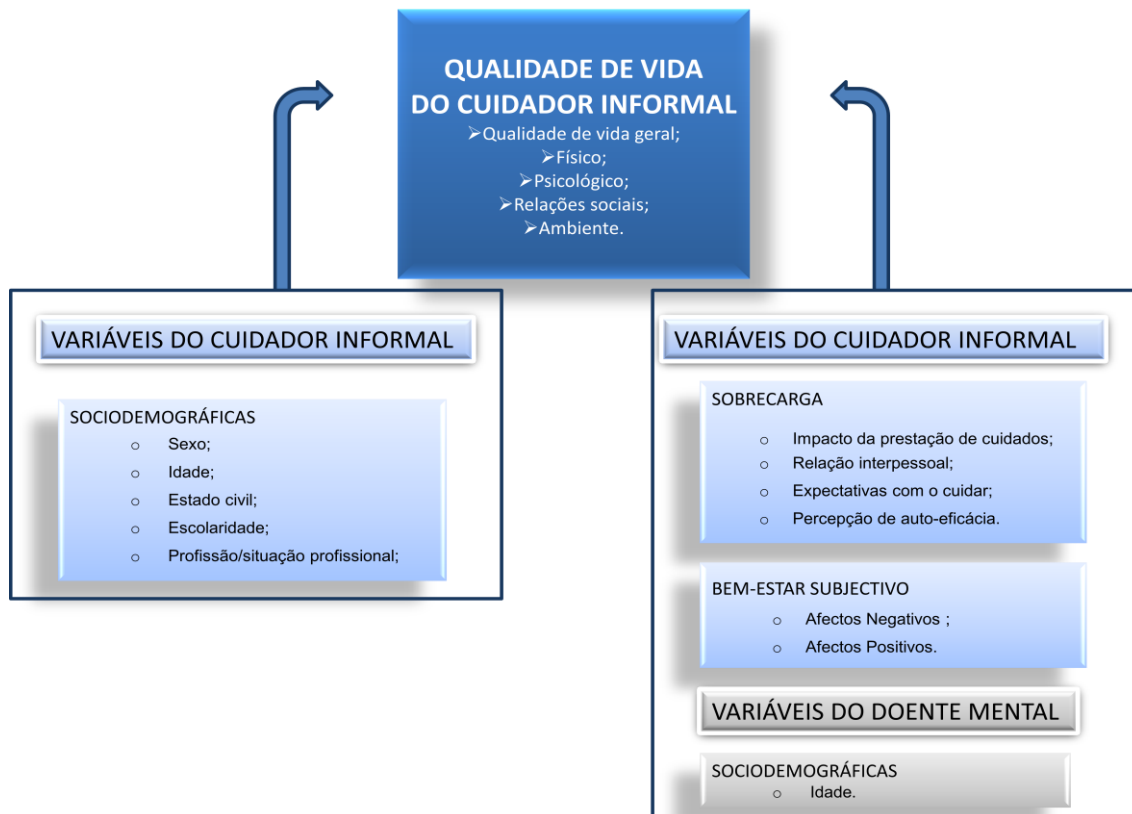
- Q₁ Em que medida as variáveis sociodemográficas dos cuidadores (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e grau de parentesco com o doente mental) se repercutem na Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais dos Doentes Mentais?
- Q₂ Em que medida as variáveis Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são predictoras na variável dependente “Qualidade de Vida” e suas várias dimensões?

Com o objectivo de dar resposta a estas questões foram delineados os seguintes objectivos de estudo:

- Avaliar a Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental, no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
- Verificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental.
- Determinar em que medida as variáveis Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são predictoras na variável dependente “Qualidade de Vida” nas suas várias dimensões

Como forma de esquematização e melhor compreensão das variáveis em estudo foi desenvolvido um desenho de investigação tendo em linha de conta os conceitos apreendidos no estudo teórico da revisão bibliográfica realizada (Figura 1).

Figura 1 – Desenho da Metodologia de Investigação



Para o desenvolvimento da temática “Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental”, foi desenvolvido um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, descritivo e correlacional.

O seu desenho enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (DUARTE, 2008).

3.2 - PARTICIPANTES

A população em estudo nesta investigação é constituída por todos os cuidadores informais de doentes mentais utentes do Departamento de psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., que se encontram em contexto domiciliário e que tenham contacto com a unidade de saúde através da consulta externa de psiquiatria e o serviço de visita domiciliária.

De referir que o D.P.S.M. do CHCB, E.P.E., tem uma área de abrangência que vai para além da Cova da Beira, englobando os concelhos da Covilhã, Belmonte e Fundão (Cova da Beira), (Figura 2) e o concelho de Penamacor (Beira Interior Sul)(Figura 3).



Figura 2 – Região da Cova da Beira



Figura 3 – Região da Beira Interior Sul

A amostra foi constituída por todos os cuidadores informais presentes no momento da consulta psiquiátrica (do doente mental a seu cargo), bem como durante a visita domiciliária da equipa da consulta externa de psiquiatria no período compreendido entre 19 de Dezembro de 2011 e 20 de Janeiro de 2012 tendo o numero de participantes sido fixado em 104 ($n=104$). O método de amostragem foi de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Como critérios de inclusão na amostra foram descritos os seguintes:

Ter mais de 18 anos de idade;

- Ser o cuidador principal do doente mental (com um mínimo de 6 meses de prestação de cuidados);

- Ser prestador de cuidados ao doente mental inscrito no Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE;
- Não ser pago pelo facto de cuidar do doente mental;

3.2.1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra são abordados os quatro aspectos que na óptica do investigador são tidos em conta (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e grau de parentesco com o doente mental).

Sexo

No que diz respeito ao Sexo do Cuidador Informal do Doente Mental do D.P.S.M. do CHCB, E.P.E., os dados são bastante expressivos ao demonstrarem que 69,2% (Anexo 2) são do sexo feminino e apenas 30,8% do sexo masculino, o que denota um claro desequilíbrio no que toca ao sexo dos cuidadores.

Idade

Relativamente à idade do cuidador informal depois de colhidos os dados foi feita uma recodificação da variável como forma de conferir a esta relevância estatística, dado que os resultados eram dispersos pelos vários grupos anteriormente definidos (Anexo 1).

Os resultados foram agrupados em quatro grupos como pode ser observado no Anexo 2. Resultantes deste novo agrupamento da variável temos que, a distribuição pelos grupos foi a seguinte: “23 aos 36 anos” 23%, “37 aos 48 anos” 25%, “49 aos 62 anos” 26% e “≥ 63 Anos” 26%.

Estado Civil

Nesta variável verificou-se inicialmente uma distribuição algo dispersa e que não conferia grande valor estatístico à mesma, com a intenção de solucionar essa situação que foi feita a recodificação da variável como por ser visto no Anexo 1.

Desta forma as respostas ao estado civil dos cuidadores informais dividiram-se entre “Casado\Unido de Facto” com 40,4% dos inquiridos a responder por esta opção e 59,6% dos inquiridos a assinalar como estado civil actual o de “Solteiro(a)\Viúvo(a)” (Anexo 2).

Habilitações Literárias

Os resultados relativos às habilitações literárias do cuidador informal poder ser lidos no Anexo 2 e revelam desde logo a ausência de qualquer cuidador informal com curso superior.

Os dados que indicam que 19,2% dos inquiridos “Não sabe ler nem escrever”, tendo o maior número de respostas sido dado por 70,2% dos cuidadores informais a assinalar a opção “1º Ciclo do Ensino Básico” como correspondente às suas habilitações literárias.

Situação Laboral

No que refere à situação laboral foi necessário recodificar a variável para assim ser possível fazer a distinção entre pessoas activas no âmbito laboral e pessoas não activas no contexto laboral (Anexo 1). Nesta medida foram criados dois grandes grupos um de cuidadores com situação laboral de “empregado(a)” e outra para os cuidadores com situação laboral de “desempregado(a)/reformado(a)”. No primeiro grupo a percentagem é de 21,8% enquanto que relativamente ao segundo grupo a percentagem é de 78,8%, tal como é perceptível pelo Anexo 2.

Grau de Parentesco do Cuidador Informal em relação ao Doente Mental

No que diz respeito ao grau de parentesco do cuidador informal relativamente ao doente mental e tal como está presente no Anexo 2, 49% dos cuidadores diz ter a seu cargo um

“filho\filha”, 29,8% dos cuidadores tem a seu cargo “marido\esposa”, 13,5% tem a seu cargo um “pai\mãe” e finalmente os cuidadores que têm a seu cargo “irmão\irmã” com doença mental são 7,7%.

Um interessante é o de que todos os cuidadores estudados cuidam de familiares directos e nenhum tem a seu cargo um amigo ou conhecido.

Em termos gerais podemos caracterizar genericamente o cuidador informal do doente mental do CHCB, E.P.E., como sendo: de sexo feminino, com mais de 40 anos de idade, com o estado civil de “solteiro(a)\viúvo(a)”, com o 1º ciclo de ensino básico como nível de escolaridade, com uma situação laboral de “desempregado(a) /reformado(a)” e que tem a seu cargo um doente mental com o grau de “filho\filha”.

3.3 - INSTRUMENTOS

Por forma a atingir os objectivos propostos para este trabalho de investigação é fundamental proceder à recolha dos dados e posterior tratamento estatístico dos mesmos. Nesta medida e como este estudo assenta numa base descritiva e correlacional, o instrumento de colheita de dados definido é composto por quatro partes (Anexo 3).

Parte I

A primeira parte está dividida em dois subgrupos sendo o primeiro um questionário constituído por 16 questões de escolha múltipla sobre as variáveis (sociodemográficas, profissionais, pessoais, contextualização dos cuidados prestados e de saúde do próprio) do cuidador informal e o segundo subgrupo um questionário com 5 questões sobre as variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação laboral) do doente mental.

Parte II

A segunda parte trata-se de uma escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – Bref), que foi validada para a população Portuguesa por VAZ SERRA [et al] (2006) da qual fazem parte 26 questões que avaliam a qualidade de vida em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e da qualidade de vida geral. Desta forma a escala pode ser esquematizada como está presente no Quadro 1.

Quadro 1 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala WHOQOL-Bref

Dimensões da Escala	Nº dos Itens
Qualidade de Vida Geral	1, 2
Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19, 26
Relações Sociais	20, 21, 22
Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da Organização Mundial de Saúde e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis, cada uma com pontuação que pode variar de 1 a 5

Os resultados desta escala são obtidos através da soma dos valores brutos das diversas questões à exceção das questões 3, 4 e 26 que têm valores invertidos. Segundo Vaz Serra [et al] (2006), quanto maior for o resultado do somatório das questões maior será a qualidade de vida do indivíduo. Os resultados podem oscilar entre um mínimo de 26 pontos e um máximo de 130 pontos.

Como os autores não definiram grupos de corte para esta escala, para a avaliação da qualidade de vida foi tida em consideração a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005).

(Média ± 0.25 dp)

Depois de aplicada a fórmula encontrou-se a seguinte classificação:

$$\text{Fraca qualidade de vida} = \leq \bar{X} - 0.25dp$$

$$\text{Razoável} = \geq \bar{X} - 0.25dp \geq \bar{X} \leq \bar{X} + 0.25dp$$

$$\text{Boa qualidade de vida} = \geq \bar{X} + 0.25dp$$

De forma a poder alicerçar e fortalecer o estudo em questão passou-se ao cálculo do *Alpha de Cronbach* da escala, para assim poder aferir a sua homogeneidade e consistência interna.

O *Alpha de Cronbach* mede a correlação entre cada escala com as restantes que pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos, de um factor, pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (PESTANA & GAGEIRO, 2008):

Muito boa – *Alpha* superior a 0,9

Boa – *Alpha* entre 0.8 e 0,9

Razoável – *Alpha* entre 0,7 e 0,8

Fraca – *Alpha* entre 0,6, e 0,7

Inadmissível – *Alpha* <0,6

Como é possível observar no Anexo 4 a escala WHOQOL – Bref tem um valor apurado que se situa nos 0,969 o que no entender de PESTANA e GAGEIRO (2008) indica uma consistência interna de “muito boa”.

Concomitantemente foram também avaliados os *Alpha's de Cronbach* das várias subescalas presentes na escala WHOQOL – Bref, tendo-se obtidos os seguintes resultados: Qualidade de Vida Geral $\alpha=0.856$, domínio Físico $\alpha=0.968$, domínio Psicológico $\alpha=0.856$, domínio das Relações Sociais $\alpha=0.413$ e no domínio do Ambiente $\alpha=0.929$.

Todos estes resultados corroboram os resultados globais indicando que a escala tem uma consistência interna “muito boa” como é possível comprovar no Anexo 4.

Parte III

Na terceira parte está a escala ZARIT validada para a população Portuguesa por SEQUEIRA (2007), da qual fazem parte 22 questões que avaliam a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

A escala de ZARIT está dividida em quatro domínios (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e a percepção de auto-eficácia). Desta forma a escala pode ser esquematizada como está presente no Quadro 2

Quadro 2 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala de ZARIT

Dimensões da Escala	Nº dos Itens
Impacto da Prestação de Cuidados	1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22
Relação Interpessoal	4, 5, 16, 18 e 19
Expectativas com o Cuidar	7, 8, 14 e 15
Percepção de Auto-eficácia	20 e 21

Cada item é pontuado qualitativamente e quantitativamente da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

(SERQUEIRA, 2007).

Também foi calculado o *Alpha de Cronbach* desta escala em uso, bem como dos seus domínios, para assim poder aferir da sua homogeneidade e consistência interna. Tal como é visível no Anexo 4 esta escala obteve um resultado de $\alpha=0.94$ para os 22 itens constituintes desta escala. No que refere aos seus domínios obteve os seguintes resultados: impacto da

prestação de cuidados $\alpha=0,90$, relação interpessoal $\alpha=0,73$, expectativas com o cuidar $\alpha=0,84$ e a percepção de auto-eficácia $\alpha=0,91$.

Parte IV

A última parte é constituída pela escala de PANAS validada para a população Portuguesa por GALINHA e RIBEIRO (2005), que permite avaliar o bem-estar subjectivo através dos afectos positivos e negativos, mediante a utilização de 20 descritores das emoções positivas e negativas. Os 20 itens são pontuados num formato tipo Likert, de 1 (muito pouco ou nada) a 5 (muitíssimo).

Os itens são divididos em duas subescalas como pode ser estendido no quadro seguinte.

Quadro 3 – Identificação dos domínios e respectivos itens da escala de PANAS

Dimensões da Escala	Nº dos Itens
Afectos Negativos	2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 e 20
Afectos Positivos	1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 e 19

Valores mais elevados de Afectividade Positiva reflectem como o indivíduo se sente entusiástico, activo e alerta, remetendo para um estado agradável de elevada energia e concentração, valores menores de Afectividade Positiva são característicos de indivíduos que vivenciam estados de tristeza e letargia. Quando estão presentes índices mais elevados de Afectividade Negativa, são indicativos de um mal-estar subjectivo implicando uma série de estados emocionais aversivos, como raiva e medo.

Para fazer o cálculo da escala de PANAS é necessário fazer o somatório de cada subescala e posteriormente subtrair-se a subescala de Afectos Negativos à subescala de Afectos Positivos, para assim poder calcular o Balanço Afectivo (GALINHA e RIBEIRO, 2005). O balanço afectivo pode apresentar valores positivos ou negativos, que reflectem a existência ou a ausência de bem-estar subjectivo por parte do indivíduo.

Como os autores não definiram grupos de corte para esta escala, para a avaliação do bem-estar subjectivo foi tida em consideração a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005).

$$(\text{Média} \pm 0.25 \text{ dp})$$

Depois de aplicada a fórmula encontrou-se a seguinte classificação:

$$\text{Fraco bem-estar subjectivo} = \leq \bar{X} - 0.25\text{dp}$$

$$\text{Razoável bem-estar subjectivo} = \geq \bar{X} - 0.25\text{dp} \geq \bar{X} \leq \bar{X} + 0.25\text{dp}$$

$$\text{Bom bem-estar subjectivo} = \geq \bar{X} + 0.25\text{dp}$$

Foram calculados os valores do *Alpha de Cronbach* da escala de PANAS, tal como é possível constatar no Anexo 4. Assim obtivemos que para a subescala de Afectos Positivos $\alpha=0.794$ e para a subescala de Afectos Negativos $\alpha=0.91$.

No conto geral o instrumento de colheita de dados é constituído por 91 questões que pretendem abranger todos os aspectos em estudo. Na análise de consistência e homogeneidade das escalas e respectivas subescalas utilizadas, foi possível concluir que estas maioritariamente estão compreendidas no intervalo considerado por alguns autores como de “muito boa”.

3.4 - PROCEDIMENTOS

No que se refere aos procedimentos administrativos, éticos e legais logo após a elaboração e selecção do instrumento de colheita de dados foi feito pedido formal de autorização á realização do estudo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE a fim de obter o consentimento, para a colheita de dados (Apêndice 1).

Foram efectuados os pedidos aos autores, que fizeram a validação na população portuguesa para a sua aplicação (Apêndice2).

Antes da aplicação do questionário, foram explicados ao cuidador informal, a natureza e os objectivos do estudo. Seguidamente foi-lhe solicitado o consentimento legal ao cuidador informal do doente mental que faz parte da amostra, ressaltando o anonimato e a confidencialidade (Apêndice 3). Foi ainda pedida sinceridade nas respostas, dando a opção de

desistir a qualquer momento ou de não entregar o questionário no final, sem o dever de justificar e sem ser penalizado.

3.5 - ANÁLISE DOS DADOS

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objecto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento *IBM / SPSS – International Business Machines / Statistical Package for Social Sciences (Versão 20.0 para o Windows)* de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de localização e tendência central como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o desvio padrão, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Quanto à análise inferencial, mesmo não se verificando a condição de normalidade (através da aplicação do teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov - K-S*), sempre que plausível, tentou-se privilegiar a utilização de testes paramétricos, pois ainda que a distribuição da amostra, não tenha características de curva gaussiana, estes testes são bastante robustos, não sendo a normalidade uma restrição, desde que o N dentro de cada grupo seja superior a 30 e a distribuição não seja muito diferente da normal (PESTANA; GAGEIRO, 2008); (MAROCO, 2010).

O mesmo acontece para a condição de homocedasticidade (verificada através da aplicação do Teste de *Levene*). Mesmo que esta não se verifique, os testes paramétricos são bastante robustos a violações desta condição desde que os grupos apresentem uma dimensão semelhante, isto é, o “(...) quociente entre a maior dimensão e a menor (...)” é “(...) superior a 1,5 (...)”. A não existência de semelhança na dimensão dos grupos faz com que “(...) sejam verificados grandes distanciamentos, tanto da normalidade como da homocedasticidade, colocando em risco as conclusões da análise de variância (...)” (PESTANA; GAJEIRO, 2008, p. 278).

Utilizou-se o Teste *t-Student*, para comparação de médias entre dois grupos independentes. No Teste *t-Student* foi utilizado o Teste de *Levene*, considerando que se

assume a igualdade das variâncias quando a significância do Teste de *Levene* foi superior a 0,05 (PESTANA e GAJEIRO, 2008). Sempre que não se verificou a condição de normalidade e o N dos grupos não foi superior a 30 entre os grupos, utilizou-se o teste não paramétrico *U-Mann-Whitney*. Pois tal como nos diz CABRAL (2007, p. 283) “(...)A opção pela escolha destes testes teve por base os pressupostos relativos aos testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, aos valores de Skewness e Kurtosis e ainda ao tamanho dos grupos amostrais.(...)”.

Para a comparação de médias de uma variável quantitativa, em mais de dois grupos em estudo, não foi possível utilizar o teste paramétrico *One-Way ANOVA*, por não se verificar a condição de normalidade nem de homocedasticidade (igualdade de variância entre os grupos), os grupos não terem um N superior a 30 nem terem uma dimensão igual ou semelhante.

Assim, em alternativa a este teste recorreu-se ao teste *Kruskal-Wallis*. Para complementar esta análise e objectivando a localização das diferenças significativas entre os pares de grupos foi feito o teste *F One-Way ANOVA* e o teste *Post Hoc – Tukey*, aplicados unicamente aos grupos com diferenças estatisticamente significativas.

Para cálculo do coeficiente de determinação (R^2), que explica a percentagem da variação da variável quantitativa explicada pelo factor, é efectuado dividindo a variação entre os grupos (Soma dos Quadrados entre os grupos) pela variação total (Total da Soma dos Quadrados), retirados a partir do Teste *F One-Way ANOVA* (PESTANA; GAJEIRO, 2008).

De forma a calcular o grau de associação, entre mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente foi utilizada uma *Regressão Linear Múltipla* (teste paramétrico para a determinação de variáveis preditoras), o método de estimação usado foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente (DUARTE, 2008). Assim quanto maior for a correlação entre as variáveis melhor será a predição, por outro lado quanto menor for a correlação maior será o grau de erro da predição.

Para as correlações geradas por este teste estatístico, foram tidas como referência as recomendações dadas por Pestana e Gajeiro, (2008):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa

- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Nesta investigação foram utilizados, os seguintes valores de referência, para a análise de significância dos resultados estatísticos: $p < 0.05$ * - Diferença estatística significativa, $p < 0.01$ ** - Diferença estatística bastante significativa, $p < 0.001$ *** - Diferença estatística altamente significativa, $p > 0.05$ n.s. – Diferença estatística não significativa (PESTANA e GAGEIRO, 2005; CABRAL, 2007; DUARTE, 2008; FLORENTIM, 2011).

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso a quadros, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados.

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

4 - RESULTADOS

Passada que está a fase de descrição dos procedimentos metodológicos seguidos no desenrolar desta investigação, o passo seguinte passará por fazer uma interpretação dos dados obtidos e uma análise cuidada dos resultados alcançados para assim poder dar uma resposta cabal às questões de investigação.

A caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais dos doentes mentais (Sexo, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Situação Laboral e o Grau de Parentesco do cuidador informal em relação ao doente mental), está descrita nos dados apresentados no capítulo anterior.

Nesta medida é feita unicamente a apresentação e análise dos resultados das várias escalas utilizadas: WHOQOL – Bref, ZARIT e PANAS.

Desta forma este capítulo subdivide-se em duas partes distintas. A primeira referente à análise descritiva dos dados e a segunda parte diz respeito à análise inferencial dos resultados obtidos.

4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

No que refere à análise descritiva dos resultados, esta será feita com recurso aos resultados obtidos nas escalas aplicadas nesta investigação e que foram mencionadas no ponto anterior.

4.1.1 - Sobrecarga dos Cuidadores Informais

A variável Sobrecarga encontra-se dividida em 4 subescalas, em que o valor total é a soma do valor de cada domínio, para a avaliação dos resultados foram considerados os grupos de corte definidos pelo autor: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira e Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Depois de analisados os dados recolhidos na escala de ZARIT, foram calculados os valores mínimos, máximos, as médias e os desvios padrão de todas as subescalas. Os mesmos encontram-se apresentados no quadro seguinte.

Quadro 4– Resultados da escala ZARIT

<u>Domínios</u>	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
Impacto da Prestação de Cuidados	25	42	30,33	4,86
Relação Interpessoal	11	18	12,59	2,31
Expectativas com o Cuidar	12	17	14,05	1,66
Percepção de Auto-eficácia	4	7	5,19	1,17
Zarit (Resultado Global)	52	82	62,18	8,97

Os dados observados no quadro anterior, permitem-nos concluir que em relação aos resultados globais da escala o valor mínimo é 52 e o máximo 82, o que corresponde a uma média de 62,18 \pm 8,97. Relativamente aos grupos de corte 78,9% dos cuidadores estão na categoria de sobrecarga intensa e 20,2% na categoria de sobrecarga ligeira.

Verificou-se que os cuidadores do sexo masculino são os únicos que estão presentes na categoria de sobrecarga ligeira e que dos 83 cuidadores com sobrecarga intensa 72 são do sexo feminino (ANEXO 5).

4.1.2 - Bem-Estar Subjectivo do Cuidador Informal

A variável bem-estar subjectivo está dividida em duas dimensões (afectos positivos e afectos negativos), sendo o valor total da escala atingido através da subtracção do somatório

dos afectos negativos ao somatório dos afectos positivos. Desta forma é possível determinar o balanço afectivo.

O Bem-Estar Subjectivo é medido através do resultado do balanço afectivo. Valores positivos no balanço afectivo reflectem uma aumento do bem-estar subjectivo, enquanto que, resultados negativos indicam uma diminuição do bem-estar subjectivo. Como os autores não definiram grupos de corte, vai ser considerada a fórmula (Média \pm 0.25 dp) para poder fazer a apreciação dos resultados obtidos.

No domínio dos afectos positivos, o valor mínimo é 20 e o máximo 32. A média corresponde a 23,89 \pm 3,62. Analisando quanto ao sexo do cuidador, verificou-se que os do sexo masculino apresentam índices superiores aos do sexo feminino.

Quanto ao domínio dos afectos negativos, o valor mínimo é de 14 e o máximo 31, o que corresponde a uma média de 19,47 \pm 5,48. Verificou-se que os cuidadores do sexo feminino são os que apresentam valores mais elevados neste domínio.

Analisando o valor global do bem-estar subjectivo, o valor mínimo é -11 e o máximo 18, com uma média de 4,42 \pm 8,49. Relativamente aos grupos de corte previamente definidos, 19,23% dos cuidadores apresenta fraco bem-estar subjectivo, 62,5% razoável e 18,27% bom bem-estar subjectivo. Em relação ao sexo do cuidador, verificou-se que são os do sexo feminino que apresentam valores mais baixos, por outro lado, são maioritariamente os do sexo masculino que ocupam o grupo que obteve o resultado de bom para o bem-estar subjectivo (ANEXO 5).

4.1.3 - Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais

A qualidade de vida dos cuidadores informais é avaliada através da escala WHOQOL-Bref, que se subdivide em 5 domínios, em que o valor total é a soma do valor de cada domínio, a pontuação mínima para esta escala é de 26 e a máxima de 130.

Depois de analisados os dados recolhidos na escala, foram calculados os valores mínimos, máximos, as médias e os desvios padrão de todas as subescalas. Os mesmos encontram-se apresentados no quadro seguinte.

Quadro 5 – Resultados da escala WHOQOL – Bref

Domínios	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
Qualidade de Vida Geral	8	16	13,269	2,446
Físico	8	16,57	12,785	2,833
Psicológico	8,67	14,67	12,448	1,768
Relações Sociais	10,67	14,67	12,269	1,331
Meio Ambiente	9	14,5	11,418	2,059
Qualidade de Vida (Resultado Global)	45,67	74,60	62,191	9,126

Relativamente aos resultados descritos no quadro 3, há ainda a acrescentar que quando estes são cruzados com o sexo do cuidador é notório que em todas as dimensões da variável, os valores mais baixos são sempre ocupados por cuidadores do sexo feminino com especial destaque para as dimensões relações sociais e meio ambiente onde estão presentes em número significativo.

Para os valores globais da escala, estes têm que ser interpretados através da fórmula (Média \pm 0.25 dp), uma vez que os autores não predefiniram grupos de corte. Como pode ser lido no Anexo 5, 21,15% dos cuidadores apresenta fraca qualidade de vida, 58,66% razoável e 20,19% boa qualidade de vida. No que refere ao sexo do cuidador, relativamente à sua distribuição pela qualidade de vida, são maioritariamente os do sexo feminino que estão presentes no grupo que tem razoável qualidade de vida.

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Nesta fase da investigação cabe agora fazer o cruzamento dos dados obtidos, bem como, dos resultados alcançados para assim poder dar resposta às questões de investigação inicialmente formuladas. Para o efeito vão ser usados uma serie de testes paramétricos e não paramétricos que podem ser revistos nos Anexos 6 a 17.

Nesse sentido e tal como foi inicialmente referido na Metodologia de Investigação é colocada a primeira questão de investigação:

- Q₁ Em que medida as variáveis sociodemográficas dos cuidadores (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e grau de parentesco com o doente mental) se repercutem na Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais dos Doentes Mentais?

Relação entre o Sexo e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Com a finalidade de verificar se existe diferença estatística significativa entre o sexo e a qualidade de vida do cuidador informal aplicou-se o Teste de *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que os cuidadores do sexo masculino possuem melhores resultados, nos domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e também no total da qualidade de vida comparativamente aos cuidadores do sexo feminino. Contudo, apenas existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$) no domínio meio ambiente e diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) no domínio relações sociais, concluindo que o sexo apenas influencia estas dimensões em especial a segunda. (Anexo 6).

Relação entre a Idade e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Para verificarmos o efeito que a variável idade tem sobre a qualidade de vida do cuidador informal aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

Os cuidadores pertencentes ao grupo “23 aos 36 anos”, são os que apresentam valores médios superiores em quatro domínios (qualidade de vida geral, físico, psicológico e meio ambiente) e no valor global da qualidade de vida. Verificaram-se diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) nos quatro domínios anteriormente referidos e no valor total da qualidade de vida. Por conseguinte podemos afirmar que a idade influencia a qualidade de vida e quatro dos seus domínios (Anexo 7).

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser conferidas no anexo 7.

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA*, podemos concluir que a idade explica a variação das médias dos domínios da qualidade de vida em:

36,36% na qualidade de vida geral; 50,81% no físico; 39,36% no psicológico, 26,21% no meio ambiente e 33,53% no total da qualidade de vida.

Relação entre o Estado Civil e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal

A fim de averiguar a existência de relação entre o estado civil e a qualidade de vida do cuidador informal, foi utilizado o Teste *t-Student*.

Pela análise das médias expostas no anexo 8, verificámos que os cuidadores com o estado civil de “Casado(a)\ Unido(a) de Facto”, apresentam valores médios superiores para todas as dimensões e para o valor global da qualidade de vida.

O domínio qualidade de vida geral regista diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), sendo que, para o domínio físico a diferença estatística é bastante significativa ($p < 0,01$) e ainda diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) para os restantes domínios e valor global da qualidade de vida. Desta forma, podemos concluir que existe relação entre o estado civil e os vários domínios da qualidade de vida, bem como, para o seu valor global da mesma.

Relação entre as Habilitações Literárias e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Após realização do Teste *Kruskal-Wallis*, verificámos que os cuidadores com habilitações literárias superiores, apresentam valores médios superiores nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente e no valor global da qualidade de vida. Já os que possuem como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico pontuam superiormente nos domínios qualidade de vida geral e psicológico. Verificamos diferença estatística bastante significativa ($p < 0,01$) no domínio relações sociais e diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) nos domínios qualidade de vida geral, físico, psicológico e meio ambiente e no valor global da qualidade de vida, permitindo-nos inferir que a variável habilitações literárias tem influência sobre a qualidade de vida (Anexo 9).

Após a ordenação das médias, foi aplicada o Teste *ANOVA* e o Teste *Post Hoc - Tukey* para situar as diferenças estatísticas (Anexo 9).

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificámos que a variável habilitações literárias, é responsável pela variação das médias dos domínios da qualidade de vida em:

40,89% na qualidade de vida geral, 37,33% no físico, 46,61% no psicológico, 7,91% nas relações sociais, 18,98% no meio ambiente e 32,73% no valor global da qualidade de vida.

Relação entre a Situação Laboral e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Para analisar a relação em estudo, recorremos ao Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias, constatámos que o cuidador informal com a situação laboral de “empregado(a)” possui médias superiores em todas as dimensões e valor global da qualidade de vida. Verifica-se diferença estatística bastante significativa ($p < 0.01$) no domínio psicológico e diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) nos domínios, físico, relações sociais e meio ambiente e no valor global da qualidade de vida. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) no domínio qualidade de vida geral. Nesta medida podemos concluir que a situação laboral influencia a qualidade de vida e os seus domínios, à excepção da qualidade de vida geral (Anexo 10).

Relação entre o Grau de Parentesco do Cuidador Informal com o Doente Mental e a Qualidade de Vida

A fim de se verificar o efeito que a variável grau de parentesco do cuidador informal com o doente mental tem sobre a qualidade de vida, foi aplicado o Teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

Observando o anexo 11, percebemos que os cuidadores informais que têm como grau de parentesco com o doente mental o de “irmão\irmã”, exibem valores médios superiores nos domínios qualidade de vida geral, físico, psicológico e meio ambiente e no valor global da qualidade de vida. Os cuidadores com o grau de parentesco ao doente mental, de “marido\esposa” apresentam valores médios superiores no domínio relações sociais. . Verifica-se diferença estatística bastante significativa ($p < 0.01$) no domínio psicológico e diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) nos domínios, físico, relações sociais e meio ambiente e no valor global da qualidade de vida. Assim pode-se concluir que a variável grau de parentesco do cuidador informal com o doente mental interage na predição da qualidade de vida.

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística (ANEXO 11).

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA*, podemos concluir que o grau de parentesco do cuidador informal com o doente mental explica a variação das médias dos domínios em: 40,05% para a qualidade de vida geral, 19,81% no físico, 15,79% no psicológico, 51,73% nas relações sociais, 31,78% no meio ambiente e 23,01% para o valor global da qualidade de vida.

Seguidamente serão apresentados os resultados que pretendem dar resposta à última questão de investigação:

Q₂ Em que medida as variáveis independentes Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são preditoras na variável dependente “Qualidade de Vida” nas suas várias dimensões?

No intuito de dar resposta a esta questão de investigação, estudamos a relação entre as variáveis Bem-Estar Subjectivo (Afectos Positivos, Afectos Negativos), Sobrecarga (Impacto da prestação de cuidados, Relação interpessoal, Expectativas com o cuidar e a Percepção de auto-eficácia), Sexo do Cuidador e Idade do Doente e a Qualidade de Vida nos seus domínios. Para o efeito foi realizada uma Regressão Linear Múltipla, (Anexos 12 a 17), com o objectivo de analisar as seguintes relações:

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “qualidade de vida geral”

Relativamente ao estudo desta relação é possível ver, como demonstra o Anexo 12, que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo (qualidade de vida geral), assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=-0.029$) no sexo do cuidador informal e ($r=-0.759$) nos afectos negativos.

De referir que nas variáveis “impacto da prestação de cuidados”, “relação interpessoal”, “expectativas com o cuidar”, “percepção de auto-eficácia”, “afectos negativos”, idade do doente, sobrecarga e sexo do cuidador informal é observada uma correlação inversa. Nas restantes observa-se uma correlação directa podendo assim afirmar que quanto maiores

os valores dos índices das variáveis inversas e menores os índices das variáveis com correlação directa menor será a “qualidade de vida geral”. Não foi encontrada significância estatística nas variáveis idade do doente ($p=0.298$) e sexo do cuidador informal ($p=0.385$)

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi a dos “afectos negativos” por possuir o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0.759$), esta variável é responsável por si só, por 57.6% da variação da “qualidade de vida geral” apresentando um erro padrão da regressão de 1,600. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: sexo do cuidador, afectos positivos, impacto da prestação de cuidados e idade do doente.

O quinto e último modelo é constituído por cinco variáveis que são predictoras da “qualidade de vida geral”. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.905$), assumindo assim 82% da variação da “qualidade de vida geral”, com um erro padrão da regressão neste último modelo é de 1,065.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último modelo têm poder explicativo na “qualidade de vida geral” e á luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável como maior valor preditivo é o sexo do cuidador e a variável com o menor valor preditivo é a idade do doente.

Desta forma é possível inferir que quanto menores os índices das variáveis com correlação inversa (impacto da prestação de cuidados e afecto negativos) e maiores os índices das variáveis com correlação directa (afecto positivos, sexo do cuidador informal e idade do doente) melhor será a “qualidade de vida geral”.

Por fim o modelo final ajustado para a “qualidade de vida geral” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“qualidade de vida geral”} = 16,463 + (- 0,190 \text{ afectos negativos}) + (3,622 \text{ sexo do cuidador}) + (0,195 \text{ afectos positivos}) + (- 0,271 \text{ impacto da prestação de cuidados}) + (0,379 \text{ idade do doente})$$

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “domínio físico”

Relativamente ao estudo desta relação e como demonstra o Anexo 13 a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo (domínio físico), assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=-0.72$) no sexo do cuidador informal e ($r=-0.810$) nos afectos negativos.

De referir que nas variáveis “afecto positivos” e bem-estar subjectivo é observada uma correlação directa e nas restantes uma correlação inversa podendo assim afirmar-se que quanto menores os valores dos índices das variáveis inversas e maiores os índices das variáveis com correlação directa melhor será o *score* relativo ao “domínio físico”. Não foi encontrada significância estatística apenas numa variável o sexo do cuidador informal ($p=0.235$).

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi a dos “afectos negativos” por possuir o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0.810$), esta variável é responsável por si só, por 65.5% da variação do “domínio físico” apresentando um erro padrão da regressão de 1,669. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: sexo do cuidador informal, idade do doente, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e sobrecarga.

O sexto e último modelo é constituído por seis variáveis predictoras do “domínio físico”. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.996$), assumindo assim 99,2% da variação do “domínio físico”, o erro padrão da regressão neste último modelo é de 0,269.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último modelo têm poder explicativo no “domínio físico” e à luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável com maior valor preditivo é a relação interpessoal e a variável com o menor valor preditivo é o sexo do cuidador.

Desta forma é possível inferir que quanto menores os índices das variáveis com correlação inversa (expectativas como cuidar, idade do doente, sobrecarga e afectos

negativos) e maiores os índices das variáveis com correlação directa (relação interpessoal e o sexo do cuidador) melhor será o *score* relativo ao “domínio físico”.

Por fim o modelo final ajustado para o “domínio físico” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“domínio físico”} = 40,972 + (-0,234 \text{ afectos negativos}) + (2,594 \text{ sexo do cuidador}) + (-1,176 \text{ idade do doente}) + (2,554 \text{ relação interpessoal}) + (-1,270 \text{ expectativas como cuidar}) + (-0,562 \text{ sobrecarga})$$

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “domínio psicológico”

Relativamente ao estudo desta relação é possível ver, como demonstra o Anexo 14, que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo (domínio psicológico), assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=-0.98$) no sexo do cuidador informal e ($r=-0.821$) nos afectos negativos.

De referir que nas variáveis “afecto positivos” e bem-estar subjectivo é observada uma correlação directa e nas restantes uma correlação inversa podendo assim afirmar-se que quanto menores os valores dos índices das variáveis inversas e maiores os índices das variáveis com correlação directa melhor será o *score* relativo ao “domínio psicológico”. Não foi encontrada significância estatística apenas numa variável o sexo do cuidador informal ($p=0.160$).

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi a dos “afectos negativos” por o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0.821$), esta variável é responsável por si só, por 67.5% da variação do “domínio psicológico” apresentando um erro padrão da regressão de 1,013. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: sexo do cuidador informal, sobrecarga, impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, afectos positivos, idade do doente, percepção de auto-eficácia e bem-estar subjectivo.

O décimo e último modelo é constituído por oito variáveis que são preditoras do “domínio psicológico”. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.988$), assumindo assim 97,6% da variação do “domínio físico”, o erro padrão da regressão neste último modelo é de 0,282.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último modelo têm poder explicativo no “domínio psicológico” e à luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável com o maior valor preditivo é a sobrecarga e a variável com o menor valor preditivo são os afectos positivos.

Desta forma é possível inferir que quanto menores os índices das variáveis com correlação inversa (sobrecarga, bem-estar subjectivo, idade do doente e os afectos positivos) e maiores os índices das variáveis com correlação directa (relação interpessoal, impacto da prestação de cuidados, percepção de auto-eficácia e o sexo do cuidador) melhor será o *score* relativo ao “domínio psicológico”.

Por fim o modelo final ajustado para o “domínio psicológico” é dado pela seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{“domínio psicológico”} = & 53,044 + (2,075 \text{ sexo do cuidador}) + (- 1,935 \text{ sobrecarga}) \\ & + (1,260 \text{ impacto da prestação de cuidados}) + (3,209 \text{ relação interpessoal}) + (- 0,052 \\ & \text{afectos positivos}) + (- 0,430 \text{ idade do doente}) + (0,715 \text{ percepção de auto-eficácia}) + \\ & (- 0,236 \text{ bem-estar subjectivo}) \end{aligned}$$

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “domínio das relações sociais”

Relativamente ao estudo desta relação é possível ver, como demonstra o Anexo 15, que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo (domínio das relações sociais), assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=0.130$) na idade do doente e ($r=-0.556$) no sexo do cuidador.

De referir que nas variáveis “afecto positivos” e sobrecarga é observada uma correlação directa e nas restantes uma correlação inversa podendo assim afirmar-se que

quanto maiores os valores dos índices das variáveis inversas e menores os índices das variáveis com correlação directa menor será o *score* relativo ao “domínio das relações sociais”. Não foi encontrada significância estatística apenas numa variável, a idade do doente ($p=0.094$).

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi o sexo do cuidador por o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0.556$), esta variável é responsável por si só, por 30.9% da variação do “domínio das relações sociais” apresentando um erro padrão da regressão de 1,121. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: percepção de auto-eficácia, idade do doente, impacto da prestação de cuidados, expectativas com o cuidar, afectos negativos, sobrecarga e afectos positivos.

O oitavo e último modelo é constituído por oito variáveis que são preditoras do domínio “relações sociais”. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.992$), assumindo assim 98,3% da variação do “domínio das relações sociais”, o erro padrão da regressão neste último modelo é de 0,178.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último modelo têm poder explicativo no “domínio das relações sociais” e à luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável como maior valor preditivo é a sobrecarga e a variável com o menor valor preditivo é o sexo do cuidador.

Desta forma é possível inferir que quanto maiores os índices das variáveis com correlação inversa (impacto da prestação de cuidados, expectativas com o cuidar, sexo do cuidador informal, idade do doente e percepção de auto-eficácia) e menores os índices das variáveis com correlação directa (afectos negativos, afectos positivos e sobrecarga) pior será o *score* relativo ao “domínio das relações sociais”.

Por fim o modelo final ajustado para o “domínio das relações sociais” é dado pela seguinte fórmula:

“domínio das relações sociais” = 55,295 + (- 0,853 sexo do cuidador informal) + (-3,623 percepção de auto-eficácia) + (- 0,689 idade do doente) + (-2,347 impacto da prestação de cuidados) + (-4,344 expectativas com o cuidar) + (0,526 afectos negativos) + (1,753 sobrecarga) + (- 0,325 afectos positivos)

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente “domínio meio ambiente”

Relativamente ao estudo desta relação é possível ver, como demonstra o Anexo 16, que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo (domínio ambiente), assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=-0.276$) no sexo do cuidador e ($r=0.738$) no bem-estar subjectivo.

De referir que nas variáveis “afecto positivos” e bem-estar subjectivo é observada uma correlação directa e nas restantes uma correlação inversa podendo assim afirmar-se que quanto menores os valores dos índices das variáveis inversas e maiores os índices das variáveis com correlação directa menor será o *score* relativo ao “domínio ambiente”. Foi encontrada significância estatística em todas as variáveis em estudo.

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi o bem-estar subjectivo por o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0.738$), esta variável é responsável por si só, por 54.4% da variação do “domínio ambiente” apresentando um erro padrão da regressão de 1,397. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: idade do doente, relação interpessoal, sobrecarga, impacto da prestação de cuidados, percepção de auto-eficácia, bem-estar subjectivo e sexo do cuidador informal.

O nono e último modelo é constituído por sete variáveis que são predictoras do domínio “meio ambiente”. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.993$), assumindo assim 98,6% da variação do “domínio ambiente”, o erro padrão da regressão neste último modelo é de 0,249.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último

modelo têm poder explicativo no “domínio ambiente” e á luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável como maior valor preditivo é a sobrecarga e a variável com o menor valor preditivo é o sexo do cuidador.

Desta forma é possível inferir que quanto maiores os índices das variáveis com correlação inversa (idade do doente, sobrecarga e bem-estar subjectivo) e menores os índices das variáveis com correlação directa (percepção de auto-eficácia, sexo do cuidador informal, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal) pior será o *score* relativo ao “domínio ambiente”.

Por fim o modelo final ajustado para o “domínio ambiente” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{“domínio ambiente”} = 45,900 + (- 0,120 \text{ bem-estar subjectivo}) + (-1,304 \text{ idade do doente}) + (4,267 \text{ relação interpessoal}) + (-2,050 \text{ sobrecarga}) + (1,382 \text{ impacto da prestação de cuidados}) + (0,582 \text{ percepção de auto-eficácia}) + (0,288 \text{ sexo do cuidador informal})$$

Relação entre as variáveis independentes e a variável dependente Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Relativamente ao estudo desta relação é possível ver, como demonstra o Anexo 17, que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo Qualidade de Vida do Cuidador Informal, assume coeficientes de correlação com diferenças significativas entre ($r=-0.192$) no sexo do cuidador e ($r=-0.833$) nos afectos negativos

De referir que nas variáveis “afecto positivos” e bem-estar subjectivo é observada uma correlação directa e nas restantes uma correlação inversa podendo assim afirmar-se que quanto menores os valores dos índices das variáveis inversas e maiores os índices das variáveis com correlação directa menor será a Qualidade de Vida do Cuidador Informal. Foi encontrada significância estatística em todas as variáveis em estudo.

No modelo desenvolvido para verificar a relação em estudo a primeira variável a ser analisada foi a dos afectos negativos por o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0.833$), esta variável é responsável por si só, por 69.4% da variação da Qualidade de Vida do Cuidador Informal apresentando um erro padrão da regressão de 5,070. Foram entrando sucessivamente no modelo de regressão as variáveis: idade do doente, relação interpessoal, sobrecarga, impacto da prestação de cuidados, sexo do cuidador informal, percepção de auto-eficácia e bem-estar subjectivo.

O nono e último modelo é constituído por sete variáveis que são predictoras da Qualidade de Vida do Cuidador Informal. A correlação entre essas variáveis independentes e a variável dependente é muito alta ($r=0.980$), assumindo assim 96,1% da variação da Qualidade de Vida do Cuidador Informal, o erro padrão da regressão neste último modelo é de 1,867.

Foi avaliada a significância estatística das variáveis através da realização de testes F, tendo-se verificado a mesma o que exclui a nulidade entre as variáveis. De igual modo foi analisado o teste t como forma de avaliar se as variáveis independentes presentes neste último modelo têm poder explicativo na Qualidade de Vida do Cuidador Informal e á luz dos resultados obtidos pode confirmar-se essa relação uma vez que apresenta valores significativos.

Por fim foram analisados os valores referentes aos coeficientes padronizados beta como forma de avaliar o valor preditivo das variáveis constituintes do modelo em estudo, assim pode-se afirmar que a variável como maior valor preditivo é a sobrecarga e a variável com o menor valor preditivo é o sexo do cuidador.

Desta forma é possível inferir que quanto menores os índices das variáveis com correlação inversa (idade do doente, sobrecarga e bem-estar subjectivo) e maiores os índices das variáveis com correlação directa (percepção de auto-eficácia, sexo do cuidador informal, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal) melhor será a Qualidade de Vida do Cuidador Informal.

Por fim o modelo final ajustado para a Qualidade de Vida do Cuidador Informal é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Qualidade de Vida do Cuidador Informal} = 243,082 + (-3,536 \text{ idade do doente}) + (18,934 \text{ relação interpessoal}) + (-10,239 \text{ sobrecarga}) + (6,863 \text{ impacto da prestação de cuidados}) + (8,223 \text{ sexo do cuidador informal}) + (4,178 \text{ percepção de auto-eficácia}) + (-0,834 \text{ bem-estar subjectivo})$$

Em síntese:

- A variável sexo influencia significativamente o domínio meio ambiente ($p=0.008$) e de forma altamente significativa o domínio relações sociais ($p=0.000$);
- Existe relação entre a idade e a qualidade de vida e seus domínios, com excepção do domínio relações sociais;
- O estado civil interage na predição da qualidade de vida do cuidador informal;
- A variável habilitações literárias tem influência sobre a qualidade de vida e seus domínios;
- A situação laboral influencia a qualidade de vida e os seus domínios, à excepção da qualidade de vida geral;
- A variável grau de parentesco do cuidador informal com o doente mental interage na predição da qualidade de vida;
- As variáveis impacto da prestação de cuidados e afecto negativos relacionam-se negativamente com o domínio qualidade de vida geral, enquanto que as variáveis afecto positivos, sexo do cuidador informal e idade do doente se relacionam positivamente com este domínio;
- As expectativas como cuidar, a idade do doente, a sobrecarga e os afectos negativos apresentam uma correlação inversa relativamente ao domínio físico, no entanto apresentam correlação directas as variáveis relação interpessoal e o sexo do cuidador;
- A relação entre o domínio psicológico e as variáveis sobrecarga, bem-estar subjectivo, idade do doente e os afectos positivos obedece a correlações inversas, as variáveis com correlação directa a este domínio são: relação interpessoal, impacto da prestação de cuidados, percepção de auto-eficácia e o sexo do cuidador;
- As variáveis impacto da prestação de cuidados, expectativas com o cuidar, sexo do cuidador informal, idade do doente e percepção de auto-eficácia relacionam-se negativamente com o domínio relações sociais, enquanto que as variáveis afectos negativos, afectos positivos e sobrecarga se relacionam positivamente com o domínio das relações sociais;
- A idade do doente, a sobrecarga e o bem-estar subjectivo apresentam uma correlação inversa relativamente ao domínio ambiente, no entanto apresentam correlação directa as variáveis percepção de auto-eficácia, sexo do cuidador informal, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal;

- Quanto à relação entre a qualidade de vida do cuidador informal e as variáveis independentes em estudo, apresentam uma correlação inversa as variáveis idade do doente, sobrecarga e bem-estar subjectivo e que a percepção de auto-eficácia, o sexo do cuidador informal, o impacto da prestação de cuidados e a relação interpessoal se correlacionam directamente com a variável dependente estudada.

5 - DISCUSSÃO

A fase da discussão dos resultados obtidos é uma etapa essencial no processo de investigação, pois só assim é possível fazer uma leitura dos resultados alcançados à luz dos referenciais teóricos anteriormente abordados no enquadramento inicial. Para poder dar corpo a estes intentos será primeiramente feita uma discussão metodológica para posteriormente ser possível a discussão dos resultados.

5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Como forma de alicerçar este trabalho de investigação, foi desde o início tido em linha de conta o rigor metodológico, pois só assim é possível garantir a fiabilidade e rigor do trabalho de investigação. Assim dada a temática estudada, as variáveis envolvidas e os instrumentos de colheita de dados, foi opção do investigador a utilização de uma metodologia do tipo não-experimental, quantitativa, descritiva e correlacional.

A escolha do tema de investigação Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais dos Doentes Mentais acarretou consigo própria algumas limitações, um delas era o facto de as referências bibliográficas existentes não serem muito abundantes sobretudo quando falamos do cuidador informal de doentes mentais em contexto domiciliário, a outra prende-se com a subjectividade do tema em estudo. Contudo os objectivos definidos inicialmente foram atingidos apesar de todas as dificuldades encontradas, paralelamente foi possível dar também resposta às questões de investigação elaboradas.

Dadas as características específicas da amostra em estudo, optou-se pela elaboração do um instrumento de colheita de dados constituído por um questionário estruturado por forma a recolher as informações da forma mais rigorosa e fidedigna possível, através de variáveis mensuráveis.

Este questionário possibilitou a recolha de informação garantindo o anonimato dos intervenientes e salvaguardar qualquer influência do investigador. De igual modo os restantes elementos do instrumento de colheita de dados foram escolhidos tendo em linha de conta a amostra em estudo, bem como, o assunto abordado. Assim foi escolhido para avaliação da

variável dependente a escala WHOQOL – Bref, e para avaliar outras variáveis independentes a Escala de ZARIT e a Escala de PANAS.

Por forma a garantir a aceitabilidade e confiabilidade das variáveis do instrumento de colheita de dados foram realizados testes estatísticos como o *Alpha de Cronbach* tendo sido atingidos resultados que categorizam a consistência como de “muito boa”.

No que diz respeito à amostra estudada esta foi obtida pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, tendo abrangido 104 cuidadores informais do CHCB, E.P.E. ($n=104$).

Uma outra limitação ao estudo prendeu-se com o facto de o tema em estudo ser subjectivo e assentar, em parte, na avaliação dos sentimentos e emoções do cuidador informal do doente mental.

De referir que todos os procedimentos éticos e morais inerentes à realização do estudo em causa foram escrupulosamente cumpridos para garante da fiabilidade e rigor científico.

Em último lugar importa referir que o tratamento estatístico dos dados obtidos, foi feito com recursos a procedimentos estatísticos defendidos por vários autores, bem como, a utilização de testes estatísticos paramétrico e não paramétricos mais apropriados para a análise descritiva e inferencial dos resultados. É assim que no entender do investigador foram tomadas as opções metodológicas mais adequadas para este estudo.

5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como forma de poder dar resposta ao primeiro objectivo deste estudo foi necessário avaliar a qualidade de vida do cuidador informal, tendo por base os resultados da escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – Bref).

Para o efeito foi realizado o estudo empírico tendo uma amostra dos cuidadores informais dos doentes mentais do CHCB, E.P.E. e cujos resultados já foram apresentados no subcapítulo da análise descritiva. Assim considera-se este objectivo plenamente atingido.

O número de cuidadores informais estudados é de 104, sendo que 72 são do **sexo** feminino e 32 do sexo masculino, este resultado mostra claramente o predomínio de cuidadores do sexo feminino.

Quando relacionamos o sexo com a qualidade de vida do cuidador, podemos constatar que são os cuidadores do sexo masculino os que apresentam melhores índices de qualidade de vida.

Culturalmente o papel da mulher está muitas vezes associado ao acto de cuidar, nomeadamente dos filhos, do cônjuge e dos ascendentes, para além disso têm muitas das vezes a seu cargo as tarefas domésticas e a actividade profissional. Como nos diz Moreira (2009), historicamente o papel social da mulher é o de cuidadora principal, logo não é de todo estranho que no caso dos cuidadores informais se possa visualizar um cenário semelhante, uma vez que a grande maioria dos doentes mentais são familiares dos cuidadores. Estes dados vêm demonstrar a enorme pressão a que as mulheres cuidadoras estão sujeitas, potenciando assim uma diminuição da sua qualidade de vida.

No caso dos cuidadores masculinos, estes não necessitam habitualmente de desenvolver tantas actividades em simultâneo, recorrendo muitas das vezes ao suporte familiar suprimindo assim algumas das suas necessidades, este facto pode potenciar um aumento da qualidade de vida dos mesmos.

A análise inferencial mostrou que o sexo do cuidador apenas se repercute em dois domínios da qualidade de vida o das relações sociais e o meio ambiente. Estas são os domínios onde os cuidadores do sexo feminino mais sentem dificuldades, pois têm de conciliar a vida profissional com a vida familiar e para além disso prestar os cuidados necessários à pessoa cuidada. Assim estas ficam com dificuldades em desenvolver e manter as suas relações sociais, bem como, lhes é difícil a gestão do meio ambiente (família, casa, emprego, doente mental) que as envolve. Este facto é corroborado por Moreira (2009), quando nos diz que o modelo de apoio informal desenvolvido maioritariamente pelas famílias incide de maneira particularmente nefasta sobre as mulheres, afectando negativamente o seu bem-estar e desenvolvimento profissional.

Relativamente à **idade** do cuidador informal e a forma como esta se relaciona com a Qualidade de Vida, os resultados revelam que os que têm entre 23 e 36 anos são os que possuem melhores índices de qualidade de vida.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de nesta facha etária, ainda não existirem níveis elevados de desgaste físico provocados pela idade e normalmente as responsabilidades familiares e profissionais são menores do que em cuidadores mais velhos. Tudo isto é-nos dito por NAKATANI et al (2003), quando se refere ao papel do cuidador informal como sendo por si só cansativo e quando somados alguns dos problemas inerentes ao processo de envelhecimento normal como a depressão, o desgaste fisiológico e as doenças degenerativas vão produzir uma diminuição da Qualidade de Vida do Cuidador.

Foram encontradas diferenças estatisticamente altamente significativas, mostrando que são os cuidadores do grupo “23 aos 36 anos” os que melhores índices de qualidade de vida apresentam em oposição aos cuidadores pertencentes ao grupo “ \geq 63 anos”. Estes resultados apontam para que quanto maior a idade do cuidador informal pior será a sua qualidade de vida.

Esta situação deve-se ao facto de os cuidadores mais velhos já possuírem já algumas limitações (físicas e cognitivas) que dificultam os cuidados ao doente mental, pois para conseguir executar alguns actos inerentes ao cuidar é necessário realizar tarefas que envolvem um certo esforço físico e capacidade cognitiva. Silva (2010, p 50), diz-nos que: “(...) quanto mais velho é o cuidador informal, mais velha é a pessoa alvo dos seus cuidados, advindo daí a necessidade de pensar em medidas para apoiar estes cuidadores que vão ficando sem forças para continuar a cuidar, dado o elevado tempo de dependência da pessoa alvo de cuidados(...)”.

No que concerne ao **estado civil** os resultados indicam que 56,9% dos cuidadores é “solteiro(a)\viúvo(a)” e que 43,1% tem como estado civil actual o de casado(a)\unido(a) de facto. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a área de abrangência do DPSM do CHCB,EPE, se localizar na região da beira alta que tem índices elevados de população idosa e consequentemente leva a um aumento do número de indivíduos com estado civil de viúvo(a) INE (2011).

A análise inferencial indicam-nos que os cuidadores que possuem o estado civil actual de “casado(a)\unido(a) de facto” são os que melhores índices de qualidade de vida apresentam, assim como em todos os seus vários domínios. Este facto pode explicado pelo facto de estes cuidadores terem um suporte familiar que lhes permite lidar melhor com o acto de cuidar um doente mental ao contrario dos cuidadores desprovidos deste suporte familiar que muitas vezes têm que desempenhar sozinhos múltiplas tarefas levando assim a um maior desgaste e consequentemente a uma qualidade de vida diminuída.

Estes resultados vêm em contracorrente dos apresentados por outros autores nomeadamente Westphal-Guitti (2006) e Horiguchi (2010), que nos dizem que a qualidade de vida do cuidador Informal assume valores mais elevados naqueles que possuem o estado civil de “solteiro(a)”, uma vez que estes não vivenciam a sobrecarga familiar.

No que respeita às **habilitações literárias** 70,2% dos cuidadores têm o 1º ciclo do ensino básico como nível de escolaridade, este facto está em linha com os resultados

anteriormente apresentados que referem que se trata de uma população idosa e que segundo o INE (2011), possui um baixo grau de escolaridade, inclusivamente 19,2% dos cuidadores que são analfabetos.

A relação entre a qualidade de vida e as habilitações literárias dos cuidadores informais revela existirem diferenças estatísticas significativas que sugerem que são os cuidadores com maiores níveis de escolaridade aqueles que possuem maior qualidade de vida, este facto explica-se pela maior facilidade que os cuidadores informais com maior literacia têm no acesso à informação e conseqüentemente o acesso aos cuidados diferenciados prestados pelos cuidadores formais (HORIGUCHI 2010). Segundo Grelha (2009), a baixa literacia dos cuidadores interfere directa ou indirectamente com os cuidados prestados uma vez que necessitam de maior apoio e informação por parte dos cuidadores formais.

Quanto à distribuição dos cuidadores informais segundo a sua **situação laboral**, constatamos que na sua grande maioria (78,8%) são “desempregado(a)\reformado(a)”, este resultado também está relacionado com a idade da amostra. Ao relacionarmos a situação laboral com a qualidade de vida, verificamos que são os cuidadores com situação laboral de “empregado(a)” que apresentam índices mais elevados de qualidade de vida.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que os cuidadores com uma vida profissional activa têm mais tempo para as actividades sociais e passam menos tempo com o doente mental o que influi positivamente na sua qualidade de vida esta visão também é corroborada por GRELHA (2009).

Relativamente ao **grau de parentesco do cuidador informal com o doente mental** verificamos que maioritariamente (49%) os cuidadores têm a seu cargo “filho(a)”, o que está de acordo com os resultados anteriores visto que estes são na sua maioria viúvos e do sexo feminino e assumem culturalmente o papel familiar de cuidadores.

Relacionando o grau de parentesco com a qualidade de vida os resultados apontam que são os cuidadores que têm a seu cargo “irmão\irmã” que são detentores de melhores índices de qualidade de vida.

Estes resultados podem ser compreendidos pelo seguinte factor: existe uma diferença na percepção do dever de cuidar entre indivíduos do mesmo grupo geracional. Assim o cuidar não é entendido como um dever, mas sim como um acto de suporte familiar, o que vai originar uma diferença nos índices da qualidade de vida do cuidador.

Estas conclusões são corroboradas por PEREIRA (2008 p. 39) quando no seu estudo nos diz que: “(...) nos cuidadores pertencentes ao mesmo coorte geracional o cuidado não é percebido como um dever mas é algo de natureza solidária ou familiar.”.

Quanto ao segundo objectivo que nos tínhamos proposto atingir: “Verificar a relação existente entre os factores sociodemográficos, profissionais e de ordem pessoal e a Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental.” este foi plenamente atingido.

Em relação à **qualidade de vida do cuidador informal** os resultados obtidos indicam-nos o valor mínimo apurado é de 45,67 e máximo de 74,60, a que corresponde um valor médio de $62,19 \pm 9,12$, o que vai ao encontro de resultados apresentados em estudos similares (IMRAN [et. al], 2010; AMENDOLA, OLIVEIRA & ALVARENGA, 2011).

Como forma de determinar em que medida as variáveis: sobrecarga (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar, percepção de auto-eficácia), bem-estar subjectivo (afectos positivos, afectos negativos), idade do doente e sexo do cuidador informal, são ou não, preditoras na variável dependente qualidade de vida dos cuidadores informais foi utilizada uma regressão linear múltipla. De referir que a variável sexo do cuidador informal entrou nesta regressão como variável muda (dummy variable).

Com o intuito de compreender em que medida as variáveis independentes são preditoras da qualidade de vida, foi tida como referencia os resultados obtidos para a globalidade da escala WHOQOL – Bref.

Estes resultados indicam que existem sete variáveis independentes preditoras da qualidade de vida: idade do doente ($\beta = -3,536$), relação interpessoal ($\beta = 18,934$), sobrecarga ($\beta = -10,239$), impacto da prestação de cuidados ($\beta = 6,863$), sexo do cuidador informal ($\beta = 8,223$), percepção de auto-eficácia ($\beta = 4,178$) e o bem-estar subjectivo ($\beta = -0,834$). Estes valores indicam que a idade do doente, a sobrecarga, e o bem-estar subjectivo influenciam negativamente a qualidade de vida, por oposição a relação interpessoal, o impacto da prestação de cuidados, o sexo do cuidador informal e a percepção de auto-eficácia influenciam positivamente a qualidade de vida.

Amendola, Oliveira & Alvarenga (2008), dizem-nos que a idade do cuidador influencia negativamente a qualidade de vida nomeadamente nos domínios Físico e Meio Ambiente. O mesmo autor acrescenta dizendo que quanto maior é a idade do doente maiores são as suas necessidades acarretando assim mais responsabilidades para o cuidador.

Quando os cuidadores experimentam índices superiores de sobrecarga tendem a avaliar menos satisfatoriamente a sua qualidade de vida esta opinião é partilhada por Amendola, Oliveira & Alvarenga (2008).

Um outro factor a influenciar a qualidade de vida é o bem-estar subjectivo embora de uma forma mais modesta, do que os factores anteriormente referidos. Dado que o bem-estar subjectivo está de alguma forma relacionado com a sobrecarga do cuidador e o facto de a sua avaliação estar dependente dos sentimentos vivenciados pelo cuidador nas últimas duas semanas pode de alguma forma ter induzido a essa correlação negativa.

O período em análise é algum sucinto e pode coincidir com uma altura da prestação de cuidados, onde o cuidador experimentou um maior índice de sobrecarga, para além disso o facto do período de colheita de dados tem coincido com a época natalícia pode ter de alguma forma propiciado esses resultados. Da mesma forma no entender de SILVA (2011, p. 12): “As diferentes experiências, relativas ao processo de cuidar, oferecem uma melhor compreensão dos determinantes psicossociais do bem-estar subjectivo, da saúde e qualidade de vida dos cuidadores (...)”.

Relativamente às variáveis preditoras, com correlação positiva com a qualidade de vida, estas já aviam sido descritas anteriormente, mas importam salientar que no domínio das relações interpessoais esta tem uma correlação positiva algo à semelhança do que se passa com a actividade profissional, pois se o cuidador tem melhores resultados nas relações interpessoais isto é significativo de bom relacionamento com os outros o que por sua vez nos leva a crer que é uma pessoa que gosta de se relacionar socialmente com outras pessoas podendo assim desenvolver actividades sociais que lhe vão poder amenizar a sobrecarga do cuidar e paralelamente melhorar a sua qualidade de vida.

Um aspecto interessante destes resultados, foi demonstrar que o impacto da prestação de cuidados tem uma correlação positiva com a qualidade de vida uma vez que nos estudos encontrados assim não era descrita. (AMENDOLA, OLIVEIRA & ALVARENGA, 2008; SEQUEIRA, 2010)

Assim, relativamente ao terceiro objectivo: “Determinar em que medida as variáveis Bem-Estar Subjectivo, Sobrecarga, Idade do Doente e Sexo do Cuidador Informal são predictoras na variável dependente qualidade de vida nas suas várias dimensões.” É possível afirmar que foi plenamente atingido.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já havia sido referido nos anteriores capítulos deste trabalho de investigação, as linhas orientadoras no que refere ao doente mental e em particular ao doente mental grave, preconizam a sua integração gradual na comunidade e consequente desinstitucionalização das unidades psiquiátricas de cuidados formais em regime de internamento prolongado, (Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Assim, cabe aos cuidadores informais em articulação com os cuidados de saúde na comunidade a tarefa de cuidar destes doentes, mas também é verdade que os recursos à disposição das unidades de saúde nem sempre conseguem dar resposta a todas as solicitações, levando, em alguns casos, a que o doente mental fique, em grande parte, dependente do cuidador informal.

Para que o cuidado ao doente mental possa ser efectuado nas melhores condições, é capital que o cuidador informal esteja disponível para o fazer e que possua bons índices de qualidade de vida em todos os domínios que a constituem. Foi com esta ideia em mente que se desenvolveu o presente trabalho, pretendendo saber se algum dos factores estudados influenciam a qualidade de vida do cuidador informal nomeadamente os da área de abrangência do CHCB, E.P.E. pois, só detendo esta informação, é possível aumentar a qualidade de vida dos mesmos e consequentemente promover uma melhoria dos cuidados prestados ao doente mental, em contexto da comunidade.

Dos resultados alcançados através da análise descritiva, conclui-se que, do ponto de vista dos factores sociodemográficos, os cuidadores informais do doente mental do CHCB, E.P.E. são maioritariamente do sexo feminino, com mais de 40 anos de idade, com o estado civil de “solteiro(a)\viúvo(a)”, com o 1º ciclo de ensino básico como nível de escolaridade, com uma situação laboral de “desempregado(a)/reformado(a)” e que tem a seu cargo um doente mental com o grau de “filho\filha”.

Já no que diz respeito aos índices de sobrecarga e bem-estar subjectivos, pode-se concluir que, relativamente à sobrecarga, a grande maioria dos cuidadores informais sofre de sobrecarga intensa e não existe qualquer cuidador que não vivencie uma situação de sobrecarga. Quanto ao bem-estar subjectivo, os resultados permitem concluir que a maioria dos cuidadores apresenta resultados positivos muito discretos e muito próximos de zero, denotando assim um razoável bem-estar subjectivo.

Relativamente aos resultados da análise inferencial, estes permitem concluir que existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis sociodemográficas, sobrecarga, bem-estar subjectivo e a qualidade de vida do cuidador informal mediante a análise dos testes estatísticos utilizados e anteriormente descritos. Assim importa referir que se alcançaram os seguintes resultados:

- São os cuidadores informais do sexo masculino que têm melhor qualidade de vida, sendo que no domínio das relações sociais as diferenças são altamente significativas;
- São os cuidadores informais do grupo “23 aos 36 anos” os que apresentam melhor qualidade de vida;
- Relativamente ao estado civil, o grupo que tem melhor qualidade de vida é o grupo que tem como estado civil actual o de “Casado(a)\ Unido(a) de Facto”;
- Ao nível das habilitações literárias, as diferenças estatísticas altamente significativas demonstram que são os cuidadores com o maior nível de habilitações literárias aqueles que possuem melhor qualidade de vida;
- Os cuidadores informais com a situação laboral de “empregado(a)” são aqueles que apresentam melhores resultados para qualidade de vida;
- No que refere ao grau de parentesco com o doente mental, são os cuidadores informais que têm a seu cargo “irmão\irmã”, que têm melhor qualidade de vida;
- Em relação à qualidade de vida (global) do cuidador informal do doente mental, os resultados indicam que quanto menores os índices das variáveis com correlação inversa (idade do doente, sobrecarga e bem-estar subjectivo) e maiores os índices das variáveis com correlação directa (percepção de auto-eficácia, impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal) melhor será a Qualidade de Vida do Cuidador Informal.

Com a obtenção destes resultados, entende-se que se deu resposta aos objectivos inicialmente definidos, tendo sempre por base uma abordagem plenamente científica e o cumprimento de todos os pressupostos metodológicos e éticos, para o tratamento do tema da Qualidade de Vida do cuidador Informal do doente Mental.

Não obstante, à ainda a registar algumas limitações ao estudo desenvolvido, para começar, desde logo, a falta de bibliografia específica na área da saúde mental, nomeadamente no que se refere aos cuidadores informais dos doentes mentais em contexto domiciliário e ainda o facto de algumas variáveis estudadas (Sobrecarga, Bem-estar Subjectivo e Qualidade de Vida) assentarem, em parte, na auto-avaliação de sentimentos e emoções do cuidador informal.

Em suma, julga-se ter dado um contributo para o conhecimento de alguns factores que influenciam a qualidade de vida. De ter criado a oportunidade para a realização de investigações futuras que procurem comparar dados da qualidade de vida dos cuidadores informais que vivenciem outras realidades (áreas de intervenção de outros centros hospitalares) e ainda para que seja possível, realizar estudos que comportem metodologias mais complexas, que abranjam mais factores capazes de interferir na qualidade de vida e que possam ser desenvolvidos num período de tempo mais longo.

Como já foi referido em capítulos anteriores, os recursos das unidades de saúde são finitos e encerram em si muitas limitações, mas cabe por missão a essas unidades e aos seus profissionais, o auxílio ao doente mental e consequentemente o trabalho em parceria com o cuidador informal. Muito há ainda a fazer na área da saúde mental e da psiquiatria, contudo paços importantes vêm a ser dados, para que seja possível um melhor tratamento dos doentes mentais. É nesta perspectiva, que nas considerações finais deste estudo ficam aqui também registadas algumas sugestões para tentar promover uma melhor qualidade de vida do cuidador informal e assim contribuir para um acréscimo na qualidade dos cuidados prestados por este ao doente mental.

Em primeiro lugar seria benéfica a realização de sessões de educação para a saúde aos cuidadores informais, como forma de os elucidar sobre as problemáticas inerentes à doença mental e suas complicações, bem como, da possibilidade de articulação mais estreita entre o cuidador informal e o cuidador formal.

Por último, também seria positivo uma maior frequência das visitas domiciliárias dos profissionais de saúde ao maior número possível de doentes mentais e não sendo estas exclusivamente para os doentes em programas de neuroléticos de acção prolongada.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAR, S. [et al.] – **Measuring the outcome of psychosocial intervention for family caregivers of dementia sufferers: a factor analytic study.** *Aging & Mental Health.*: 1 (2) p. 166-175. 1997. [Em linha] [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607869757263#preview>

ALPTEKIN K, [et al.] - **Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.**;29(2):239-44. 2005. [Em linha] [Consult. 15 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584604002489>

AMENDOLA, Fernanda; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; ALVARENGA, Márcia Regina Martins - **Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família.** *Texto & Contexto Enfermagem*, abril-junho, año/vol. 17, número 002 pp. 266-272 [Em linha] Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis. Brasil. 2008. [Consult. 3 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=486679&indexSearch=ID>

AMENDOLA, Fernanda; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; ALVARENGA, Márcia Regina Martins – **Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência.** *Rev. Esc. Enferm. USP* 45(4) pp. 884-889 [Em linha] São Paulo. 2011. [Consult. 4 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400013&script=sci_arttext

ANDRÉ, S., CUNHA, M. & RODRIGUES, V. (2010). **Família enquanto entidade cuidadora...** [Em linha] *Millenium*, 39: 131-134. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/475>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Censos 2011** – Resultados Provisórios. [Em linha]. (Dezembro 2011) [Consult. 14 Mar. 2012] Disponível em: WWW:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas_DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2>

BRITO, Luísa - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN: 978-972-871-719-3.

CABRAL, L. R.– **Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais / Praxes Académicas**. Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2007. [Em linha] [Consult. 8 Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7207/2/Doutoramento%20Lidia%20do%20Rosrio%20Cabral%20Agosto2007.pdf>

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. – **Plano de Acção 2007-2016**. 2007. [Em linha] [Consult. 08 Nov.2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf

DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE,WORLD HEALTH ORGANIZATION, Whoqol Group . **Development of the WHOQOL: rationale and current status**. International Journal of Mental Health.(1997) [Em linha] [Consult. 10 Dez.2011]. Disponível em WWW:<URL: www.who.int/mental_health/media/68.pdf

DUARTE, J. C. – **Privação do Sono, Rendimento Escolar e Equilíbrio Psicoafectivo na Adolescência**. Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2008. [Em linha] [Consult. 7 Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>

FLORENTIM, Ricardo J. S. - **Saúde mental dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários: Uma abordagem no ACES da cova da beira**. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu. Viseu. 2011

GALINHA I. C. ; RIBEIRO J. L. P. - **Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico Análise Psicológica* (), 2 (XXIII): p. 219-227. 2005.** [Em linha] [Consult. 14 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a12.pdf>

HORIGUCHI, Adriana Satomi - **Alzheimer: Stress e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. [Em Linha], CAMPINAS, 2010. [Consult. 23 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>

GRELHA, Patrícia Alexandra Simão Sousa - **Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário.** Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa. [Em linha] Lisboa. 2009. [Consult. 19 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf

HELDER, Sylvia Melanie Sotto Maior. **Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da Beira.** Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina apresentada à faculdade de medicina da Universidade da Beira Interior. [Em linha] 2010 [Consult. 15 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/903/sylviahelder_pdf.pdf

IMAGINÁRIO, Cristina - **O idoso dependente no contexto familiar.** 2ª edição. Coimbra: Formasau, Julho 2008. ISBN: 978-972-8485-94-8

IMRAN Nazish [et al.] - **Caring for the Caregivers: Mental Health, Family Burden and Quality of Life of Caregivers of Patients with Mental Illness.** *Journal of Pakistan Psychiatric Society*. Vol. 7, nº 1 (Janeiro/Junho 2010), p. 23-28 [Em linha] [Consult. 08 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.jppts.com.pk/display_articles.asp?d=245&p=art

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS. 3ª ed. revista e aumentada.** Lisboa: Edições Sílabo, 2010. 822p. ISBN 978-972-618-452-2

MAYOR, Margarida; RIBEIRO, Óscar; PAÚL, Constança. – **Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC.** *Revista Latino-am Enfermagem* [Em linha] 17 (5) (Setembro - Outubro 2009), p.620-624. [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/04.pdf>

MOREIRA, Paulo Henrique Bittencourt - **Trabalho e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais.** [Em linha] Minas Gerais. 2009. [Consult. 12 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde_arquivos/46/TDE-2009-10-23T084140Z-2038/Publico/texto%20completo.pdf

NAKATANI, A. Y. [et al]. - **Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficite de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família.** *Revista Electrónica de Enfermagem*, [Em linha] v. 5 n. 1, 2003. [Consult. 17 Nov. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.** Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. [Em linha] Lisboa. 2010. [Consult. 7 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

PAIS-RIBEIRO, José Luís - **Escala de satisfação com o suporte social: ESSS.** *Análise Psicológica*. Lisboa. Série XVII, n.º 3 (Junho/Setembro 1999), p. 547-558

PEREIRA, Maria de Fátima da Cunha - **Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia.** Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto. [Em linha] Porto. 2008. [Consult. 18 Dez. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise dos Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS**. 5ª Edição, Lisboa, Edições Silabo. 2008. ISBN 978-972-618-498-0

PORTUGAL. Conselho de Ministros. – **DECRETO-LEI nº 8/2010**. D. R.I-A Série. (2010-01-28) 257-263. [Em linha] [Consult. 12 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/03/06/rconselhoministros-planosaudemental/>

PORTUGAL. Conselho de Ministros. - **Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008**. D.R.I-A Série (2008-03-06) [Em linha] [Consult. 12 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/03/06/rconselhoministros-planosaudemental/>

SEQUEIRA, C. A. C. - **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Revista Referência II Série - n.º12 - Mar. 2010 pp.9-16. [Em linha] [Consult. 14 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2173

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental**. Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

SILVA, Ana Margarida Frias Furtado - **O cuidador informal da pessoa com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais: perspectivando a intervenção do serviço social** [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2010. Tese de mestrado. [Consult. 6 Dez. 2011] Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/1999>](http://hdl.handle.net/10071/1999).

SILVA, Jacinta M. Oliveira Nunes - **Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal**. Dissertação de Mestrado apresentada à ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. [Em linha] Porto. 2011. [Consult. 7 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Estudos%20Conclu%C3%ADdos/Ficheiros/Parecer_27_2011_Sintomatologia_Psiqui%C3%A1trica_Cuidador_In.pdf

VAZ SERRA, A., CANAVARRO, M. C., SIMÕES, M. R., PEREIRA, M., GAMEIRO, S., QUARTILHO, M. J., ... Paredes, T. - **Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal.** *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. (2006). [Em linha] [Consult. 14 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/713/1/Estudos%20Psicom%C3%A9tricos%20do%20Instrumento%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Qualidade%20de%20Vida%20....pdf>

WESTPHAL-GUITTI, Ana Carolina - **Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia do lobo temporal e epilepsia mioclonia juvenil.** Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. [Em linha] São Paulo. 2006. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.rochabrasil.com.br/pdf/tese_ana_carolina.pdf

Apêndices

Apêndice 1

Pedido de Autorização ao CHCB, EPE

Luís Pedro de Beires Vilela
21/8/2011

Exmo. Sr. Director do Departamento de Psiquiatria
e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da
beira, E.P:E., Dr. Carlos Leitão

Eu, Luís Pedro de Beires Vilela, mestrando do I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, venho por este meio solicitar a vossa excelência que se digne a autorizar a aplicação do estudo subordinado ao tema: "*Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental*". O estudo terá lugar na consulta externa de psiquiatria e no decorrer das visitas domiciliárias realizadas também pela consulta externa e terá como visados os cuidadores informais dos utentes: da consulta externa e da visita domiciliária.

Os cuidadores informais são os suportes indispensáveis ao apoio dos doentes mentais em contexto domiciliário tornando-se importante conhecer a relação entre a sua qualidade de vida e os factores que a influenciam.

Tendo isto em linha de conta, este estudo tem como objectivos:

- Avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão/situação profissional, grau de parentesco com o doente mental, tempo de prestação de cuidados) na qualidade de vida do cuidador informal do doente mental
- Avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas do doente mental (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão/situação profissional) na qualidade de vida do cuidador informal do doente mental

Para a realização deste estudo, optou-se por um desenho de investigação descritivo-correlacional e transversal, orientado por uma metodologia quantitativa.

De igual forma é importante referir que antes da aplicação do questionário, irão ser explicados ao cuidador informal, a natureza e os objectivos do estudo.

Posteriormente pedir-se-á o consentimento legal ao cuidador informal do doente mental que fará parte da amostra, ressaltando o anonimato e a confidencialidade.

Sem outros assuntos, peço deferimento.

Covilhã, Novembro de 2011

Luís Vilela

Apêndice 2

Pedido de Autorização para aplicação das Escalas

SAPO MAIL :: Resultados da Pesquisa: Re: Pedido de autorização para utilização da escala whoqol - Microsoft Internet Explorer

Endereço <http://beta.mail.sapo.pt/webmail/mp/message.php?mailbox=a1w1wc2fcmNoAFHjYERYSVMJE3MUGMwZzNONHWHnh8uid=6310&thismailbox=5USCT1g>

De: Maria Cristina Canavarro <mccanavarro@netcabo.pt>

Para: lpvilela@sapo.pt

Cc: Gameiro Sofia <sgameiro@fpce.uc.pt>

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização da escala whoqol-bref

Texto (2 KB)

Boa tarde,
 Lamento não ter ainda recebido a nossa resposta.
 Pedirei à Doutora Sofia Gameiro, membro do Centro Português WHOQOL que lhe responda de forma célere.
 Com os melhores cumprimentos,
 MCristina Canavarro

.....
 Maria Cristina Canavarro
 mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
<http://www.huc.mn-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
 Universidade de Coimbra
 Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
 3001-802 Coimbra Portugal
 Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)
 Maternidade Doutor Daniel de Matos
 Avenida Migueil Tonga
 3030-165 Coimbra Portugal
 Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

----- Mensagem Original -----
 From: lpvilela@sapo.pt
 Sent: Wednesday, November 30, 2011 11:52 AM
 To: mccanavarro@fpce.uc.pt ; Luispedro de Beires Vilela
 Subject: Pedido de autorização para utilização da escala whoqol-bref

PROF. DOUTORA MARIA CRISTINA SOUSA CANAVARRO

Eu, Luis Pedro de Beires Vilela a exercer funções como enfermeiro no Centro Hospitalar Covã da Beira e a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, pretendo realizar no âmbito do mestrado um estudo de investigação subordinado ao Tema "Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental" este estudo é orientado pela Professora Doutora Lídia Cabral docente da ESSV do IPV.

Com este estudo pretende-se saber em que medida as variantes socio-demográficas influenciam ou não a qualidade de vida dos cuidadores informais dos doentes mentais abrangidos pela área de ação do Centro Hospitalar Covã da Beira local onde irá decorrer o estudo.

Desta forma, venho por este meio solicitar a Vª Exª autorização para a utilização da escala de Qualidade de Vida Whoqol - Bref, junto dos cuidadores informais dos doentes mentais no Centro Hospitalar Covã da Beira, na Covilhã.

Envio em anexo a folha da pedido de autorização para a utilização da escala, devidamente preenchida.

Atenciosamente
 Luis Vilela

Erro na página.

SAPO MAIL :: Resultad... LUÍS VILELA (O) Internet 18:20

SAPO MAIL :: Resultados da Pesquisa: [WHOQOL-bref] Envio de material - Microsoft Internet Explorer provided by Centro Hospitalar

Endereço <http://beta.mail.sapo.pt/webmail/mp/message.php?mailbox=a1w1wc2fcmNoAERY1YNMcDNlQW9kGMwaDQzV2UfM3B8uid=63238&thismailbox=5USCT1g>

De: Sofia Gameiro <sgameiro@fpce.uc.pt>

Para: lpvilela@sapo.pt

Assunto: [WHOQOL-bref] Envio de material

Anexos: WHOQOL-BREF.zip 212 KB

Texto (1 KB)

Caro Enf. Luis Vilela,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:
 - a versão para portugueses de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
 - manual de aplicação e cotação
 - sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.
 Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradece se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,
 P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida
 Sofia Gameiro

--
 Sofia Gameiro
 sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
 Universidade de Coimbra
 Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
 3001-802 COIMBRA
 tel.f. 239 851450 / fax 239 851465

WHOQOL-BREF.zip (212 KB)

Nome do arquivo: WHOQOL-BREF.zip
 Tamanho do Arquivo: 211182 bytes
 Número de ficheiros: 3

Atributos	Tamanho	Data de alteração	Metodo	Rácio	compressão
SINTAXE WHOQ...	68115	19-Jan-2006 11:31	Deflated	92,9%	
SINTAX WHOQ...	1393	11-Abr-2005 23:16	Deflated	45,3%	
WHOQOL-Bref...	152232	20-Abr-2005 15:25	Deflated	96,5%	

Apagar | Responder | Encaminhar | Redirecionar | Editar como nova
 Código-fonte da Mensagem | Guardar como | Reportar como Spam | Cabeçalhos
 Anexos

Mover | Copiar
 Marcar mensagem
 Esta mensagem par... Voltar para Resultados da Pesquisa

Erro na página.

SAPO MAIL :: Resultad... LUÍS VILELA (O) Internet 18:21

SAPO MAIL :: Resultados da Pesquisa: RE: Pedido de autorização para aplicação da escala de Sobr - Microsoft Internet Explorer p

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://beta.mail.sapo.pt/webmail/mp/message.php?mailbox=aW1wc2VhcnNoAGUzZ2RlcyZmZWUGMwZjZHOOF6V1V8Suid=63689&thismailbox=SU5CT1g>

Data: Dom, 11 Dez 2011 (22:43:05 WEST)

De: Carlos Sequeira <carloossequeira@esenf.pt>

Para: lpvilela@sapo.pt

Assunto: RE: Pedido de autorização para aplicação da escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Anexos:

- escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc 57 KB
- info_utiliza_instrumentos.doc 30 KB

Texto (2 KB)

Exmo. Luís pedro, boa noite.

Informo que poderá utilizar a escala de sobrecarga do cuidador, no trabalho de investigação no âmbito do mestrado.

Envio em anexo a escala e um instrumento que deverá preencher e devolver. Os dados da escala estão disponíveis no livro: Sequeira, C. (2010), Cuidar de idosos com dependência física e Mental. Lisboa: Lidel edições técnicas lda.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,
Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida - 4200-072 Porto
tel.: 22 507 35 00 - 96 728 81 93/4 - Fax: 22 509 63 37
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
carloossequeira@esenf.pt // dir.spesm@gmail.com
<http://portal.esenf.pt/www/publico.hello> // www.spesm.org

-----Mensagem original-----
De: lpvilela@sapo.pt [mailto:lpvilela@sapo.pt]
Enviada: domingo, 11 de dezembro de 2011 19:25
Para: carlos.quarteto@gmail.com; carloossequeira@esenf.pt; Luís pedro de Beires Vilela
Assunto: Pedido de autorização para aplicação da escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

PROF. DOUTOR CARLOS ALBERTO DA CRUZ SEQUEIRA

Eu, Luís Pedro de Beires Vilela a exercer funções como enfermeiro no Centro Hospitalar Cova da Beira e a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, pretendo realizar no âmbito do mestrado um estudo de investigação subordinado ao tema "Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental" este estudo é orientado pela Professora Doutora Lídia Cabral docente da ESSH do IPV.

Com este estudo pretende-se saber em que medida as variantes socio-demográficas, sobrecarga dos cuidador e o bem-estar subjectivo influenciam ou não a qualidade de vida dos cuidadores informais dos doentes mentais abrangidos pela área de ação do Centro Hospitalar Cova da Beira local onde irá decorrer o estudo.

Desta forma, venho por este meio solicitar a Vª Exª autorização para a utilização da escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, junto dos cuidadores informais dos doentes mentais no Centro Hospitalar Cova da Beira, na Covilhã.

Atenciosamente
Luís Vilela

SAPO MAIL :: Resultados da Pesquisa: Re: Pedido de autorização para aplicação da escala de PANA - Microsoft Internet Explorer p

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://beta.mail.sapo.pt/webmail/mp/message.php?mailbox=aW1wc2VhcnNoAEShbzZlZWFURUkUGMwZEVSMjhdndV8Suid=63918&thismailbox=SU5CT1g>

Para: lpvilela@sapo.pt <lpvilela@sapo.pt>

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação da escala de PANAS

Texto (4 KB)

Caro Dr. Luis Vilela.

É com satisfação que autorizo a utilização da PANAS, no âmbito de um trabalho que me parece bastante interessante.

Desejo-lhe a continuação de um excelente trabalho.

Iolanda Galinha

From: "lpvilela@sapo.pt" <lpvilela@sapo.pt>
To: iolandag@yahoo.com; Luis pedro de Beires Vilela <lpvilela@sapo.pt>
Sent: Monday, December 12, 2011 4:55 PM
Subject: Pedido de autorização para aplicação da escala de PANAS

PROF. DOUTORA IOLANDA COSTA GALINHA

Eu, Luís Pedro de Beires Vilela a exercer funções como enfermeiro no Centro Hospitalar Cova da Beira e a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, pretendo realizar no âmbito do mestrado um estudo de investigação subordinado ao tema "Qualidade de Vida do Cuidador Informal do Doente Mental" este estudo é orientado pela Professora Doutora Lídia Cabral docente da ESSH do IPV.

Com este estudo pretende-se saber em que medida as variantes socio-demográficas, sobrecarga dos cuidador e o bem-estar subjectivo influenciam ou não a qualidade de vida dos cuidadores informais dos doentes mentais abrangidos pela área de ação do Centro Hospitalar Cova da Beira local onde irá decorrer o estudo.

Desta forma, venho por este meio solicitar a Vª Exª autorização para a utilização da escala de PANAS, junto dos cuidadores informais dos doentes mentais no Centro Hospitalar Cova da Beira, na Covilhã.

Atenciosamente
Luís Vilela

Apagar | Responder | Encaminhar | Redirecionar | Editar como nova |
Cópia feita de Mensagem | Guardar como | Responder como Spam | Cobrir com

Apêndice 3

Autorização para realização do Estudo no CHCB, EPE

25 NOV 2011



Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Núcleo de Investigação

Parecer:	Despacho: <u>on</u> 06 DEZ. 2011 <i>autorizado</i> <i>[Signature]</i>
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº89/2011 - "Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Núcleo de Investigação	N.º 98/2011 Data 23/11/2011

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de aluno Luís Pedro Beires Vilela, do mestrado integrado em medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental", a realizar no departamento de Medicina deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer favorável nº 50/2011, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o regulamento e normas do Núcleo de Investigação.

Com os melhores cumprimentos, *peccocis*

P^olo Núcleo de Investigação

Rosa Saraiva
(Dr.^a Rosa Saraiva)

12/12/2011
[Signature]

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.

ERRATA:
onde se lê "... mestrado integrado em medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior ..." deve ler-se "... mestrado em enfermagem de saúde mental e Psiquiatria de Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu ..."

ANEXOS

Anexo 1

Requalificação das Variáveis (Idade, Estado Civil e Situação Laboral) do Cuidador Informal

**REQUALIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS
(IDADE, ESTADO CIVIL E SITUAÇÃO LABORAL)
DO CUIDADOR INFORMAL**

<u>VARIÁVEL</u>	ABORDAGEM INICIAL	ABORDAGEM ESTATÍSTICA
<u>Idade</u>	1- ≤ 19 Anos; 2- Entre 20 e 29 Anos; 3- Entre 30 e 39 Anos; 4- Entre 40 e 49 Anos; 5- Entre 50 e 59 Anos; 6- ≥ 60 Anos.	1- Entre 23 e 36 Anos; 2- Entre 37 e 48 Anos; 3- Entre 49 e 62 Anos; 4- ≥ 63 Anos.
<u>Estado Civil</u>	1- Solteiro; 2- Casado; 3- Unido de Facto; 4- Separado de Facto; 5- Divorciado; 6- Viúvo.	1- Solteiro e Viúvo 2- Casado Unido de Facto.
<u>Situação Laboral</u>	1- Empregado; 2-Desempregado; 3- Doméstico; 4- Estudante; 5- Reformado; 6 – Outra.	1- Empregado; 2-Desempregado e Reformado.

Anexo 2

Quadros dos Resultados das Variáveis Sociodemográficas do Cuidador Informal

**QUADROS DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DO
CUIDADOR INFORMAL**

Sexo do Cuidador Informal

	Frequência	%
Feminino	72	69,2
Masculino	32	30,8
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Idade do Cuidador Informal

	Frequência	%
Entre 23 e 36 Anos	24	23,0
Entre 37 e 48 Anos	26	25,0
Entre 49 e 62 Anos	27	26,0
≥ 63 Anos	27	26,0
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Estado Civil do Cuidador Informal

	Frequência	%
Solteiro / Viúvo	62	59,6
Casado / Unido de Facto	42	40,4
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Habilitações Literárias do Cuidador Informal

	Frequência	%
Não sabe ler nem escrever	20	19,2
1º Ciclo do ensino básico	73	70,2
3º Ciclo do ensino básico	11	10,6
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Situação Laboral do Cuidador Informal

	Frequência	%
Empregado	22	21,2
Desempregado e Reformado	82	78,8
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Grau de Parentesco do Cuidador Informal com o Doente Mental

	Frequência	%
Marido/Esposa	31	29,8
Pai/Mãe	14	13,5
Filho/Filha	51	49,0
Irmão/Irmã	8	7,7
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Anexo 3

Instrumento de Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Autor: Luís Pedro de Beires Vilela

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu encontro-me a desenvolver um estudo subordinado ao tema ***“Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental”***, levado a cabo no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. no âmbito da consulta externa e da visita domiciliária, sob orientação da Professora Doutora Lúcia do rosário Cabral.

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

Este questionário é individual e demora entre 5 a 10 minutos a ser preenchido. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum do questionário.

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

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

Muito grato pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, 2011

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: *“Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental”*

Eu, abaixo assinado, (nome completo do participante), _____

_____, declaro ter entendido a informação que me foi fornecida sobre o estudo. Estou consciente dos objectivos e procedimentos do estudo *“Qualidade de vida do cuidador informal do doente mental”*, bem como do papel do investigador e do meu papel enquanto participante neste estudo, tendo-me sido dado a oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

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

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

Viseu, ____, de _____ de 201__

Assinaturas,

Participante: _____

Investigador principal: _____

(Nome completo do investigador principal)

PARTE I

QUESTIONÁRIO GERAL

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

A - PRESTADOR DE CUIDADOS

1 - Sexo:

- Masculino Feminino

2 - Idade: _____ anos

3 - Estado civil:

- Solteiro Casado Unido de facto Separado
 Divorciado Viúvo

4 - Escolaridade:

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

5 - Situação perante o trabalho:

- Empregado Desempregado Doméstico Estudante
 Reformado/aposentado Outra

6 - A pessoa a quem presta cuidados é:

- Marido/Esposa Mãe/Pai Sogra/Sogro Avó/Avô Irmã/Irmão
 Amigo/Vizinho Outro, Qual? _____

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

- Sim Não

8 - Há quanto tempo presta cuidados: _____ anos

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Muito bom Bom Razoável Fraco

12 - Toma regularmente medicação para acalmar os nervos ou para dormir?

Sim Não Se sim, quais? _____

13 - Já teve que fazer algum tratamento por doença nervosa (esgotamento ou depressão)?

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

B - PESSOA DEPENDENTE**17 - Sexo:**

- Masculino Feminino

18 - Idade: _____ anos**19 - Estado civil:**

- Solteiro Casado Unido de facto Separado
 Divorciado Viúvo

20 - Escolaridade:

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

21 - Situação perante o trabalho:

- Empregado Desempregado Doméstico Estudante
 Reformado/aposentado Outra

PARTE II

Questionário - Qualidade de Vida

WHOQOL bref (Grupo WHOQOL, 1998; BITTAR, 2009)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da sua resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem Boa\Nem Má	Boa	Muito Boa
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 F1.4	Em que medida as suas dores (Físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o	1	2	3	4	5

	acesso que tem aos serviços de saúde?					
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

PARTE III

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

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

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

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

PARTE IV

Escala de PANAS (Galinha e Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante as últimas semanas:

1 Nada ou muito Ligeiramente 2 Um Pouco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremamente

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interessado | <input type="checkbox"/> Orgulhoso |
| <input type="checkbox"/> Perturbado | <input type="checkbox"/> Irritado |
| <input type="checkbox"/> Excitado | <input type="checkbox"/> Encantado |
| <input type="checkbox"/> Atormentado | <input type="checkbox"/> Remorsos |
| <input type="checkbox"/> Agradavelmente surpreendido | <input type="checkbox"/> Inspirado |
| <input type="checkbox"/> Culpado | <input type="checkbox"/> Nervoso |
| <input type="checkbox"/> Assustado | <input type="checkbox"/> Determinado |
| <input type="checkbox"/> Caloroso | <input type="checkbox"/> Trémulo |
| <input type="checkbox"/> Repulsa | <input type="checkbox"/> Activo |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmado | <input type="checkbox"/> Amedrontado |

Anexo 4

Alpha's de Cronbach das escalas (WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS) e seus Domínios

ALPHAS'S DE CRONBACH**WHOQOL - Bref****TOTAL - 26 Questões**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
WHO_Q1	76,56	148,327	,841	.	,967
WHO_Q2	76,25	149,316	,669	.	,969
WHO_Q3	76,65	145,588	,893	.	,967
WHO_Q4	76,45	142,367	,963	.	,966
WHO_Q5	76,74	154,524	,561	.	,969
WHO_Q6	76,63	150,176	,779	.	,968
WHO_Q7	76,77	149,189	,701	.	,968
WHO_Q8	76,83	150,086	,791	.	,968
WHO_Q9	76,75	155,840	,415	.	,970
WHO_Q10	76,56	143,861	,929	.	,966
WHO_Q11	76,24	149,913	,895	.	,967
WHO_Q12	77,24	149,913	,895	.	,967
WHO_Q13	76,96	148,076	,827	.	,967
WHO_Q14	77,16	148,157	,815	.	,967
WHO_Q15	76,47	142,407	,858	.	,967
WHO_Q16	76,53	144,621	,765	.	,968
WHO_Q17	76,46	148,503	,769	.	,968
WHO_Q18	76,55	144,114	,908	.	,967
WHO_Q19	76,51	154,039	,428	.	,970
WHO_Q20	76,80	163,153	-,300	.	,972
WHO_Q21	76,75	152,345	,515	.	,970
WHO_Q22	76,41	154,556	,555	.	,969
WHO_Q23	76,35	153,374	,628	.	,969
WHO_Q24	76,69	141,924	,912	.	,967
WHO_Q25	76,95	145,813	,785	.	,968
WHO_Q26	76,76	148,961	,779	.	,968

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,969	,966	26

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
79,72	161,174	12,695	26

Qualidade de Vida Geral**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,856	2

Físico**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,968	7

Psicológico**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,856	6

Relações Sociais

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,413	3

Ambiente

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,929	8

ZARIT**TOTAL - 22 Questões****Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Zarit_Q1	59,26	73,709	,680	.	,936
Zarit_Q2	59,24	74,398	,624	.	,937
Zarit_Q3	59,43	72,442	,544	.	,939
Zarit_Q4	59,88	75,870	,547	.	,938
Zarit_Q5	60,17	74,727	,675	.	,937
Zarit_Q6	59,38	71,518	,810	.	,934
Zarit_Q7	58,72	76,727	,397	.	,940
Zarit_Q8	58,49	76,582	,451	.	,940
Zarit_Q9	59,36	72,212	,754	.	,935
Zarit_Q10	59,44	71,550	,767	.	,935
Zarit_Q11	59,47	71,145	,793	.	,934
Zarit_Q12	59,72	77,116	,352	.	,941
Zarit_Q13	59,89	75,571	,592	.	,938
Zarit_Q14	58,82	76,287	,466	.	,939
Zarit_Q15	58,64	70,076	,850	.	,933
Zarit_Q16	59,67	69,290	,752	.	,935
Zarit_Q17	59,41	69,002	,784	.	,935
Zarit_Q18	59,11	68,096	,738	.	,936
Zarit_Q19	59,48	76,485	,468	.	,939
Zarit_Q20	59,52	73,961	,495	.	,940
Zarit_Q21	59,65	75,025	,597	.	,938
Zarit_Q22	59,07	75,714	,831	.	,937

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,940	,943	22

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
62,18	80,461	8,970	22

Impacto da Prestação de Cuidados**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,909	,920	11

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,34	23,643	4,862	11

Relação Interpessoal**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,730	,727	5

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,60	5,369	2,317	5

Expectativas com o Cuidar

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,844	,846	4

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14,06	2,773	1,665	4

Percepção de Auto-eficácia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,915	,943	2

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
5,19	1,380	1,175	2

PANAS

Afectos Positivos

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS_Q1	21,08	9,683	,829	.	,731
PANAS_Q3	22,47	10,465	,510	.	,771
PANAS_Q5	21,96	10,076	,490	.	,776
PANAS_Q8	21,38	11,343	,305	.	,797
PANAS_Q10	21,61	10,921	,677	.	,760
PANAS_Q11	21,33	11,504	,418	.	,782
PANAS_Q13	21,40	9,233	,662	.	,748
PANAS_Q15	22,08	10,615	,555	.	,766
PANAS_Q17	21,13	12,576	,136	.	,805
PANAS_Q19	20,63	12,644	,101	.	,809

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,794	,785	10

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
23,89	13,163	3,628	10

Afectos Negativos

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS_Q2	17,20	21,813	,796	.	,893
PANAS_Q4	17,54	25,940	,703	.	,901
PANAS_Q6	17,94	26,929	,568	.	,907
PANAS_Q7	16,75	22,791	,741	.	,897
PANAS_Q9	18,39	29,193	,301	.	,917
PANAS_Q12	17,65	24,015	,776	.	,894
PANAS_Q14	17,63	23,380	,669	.	,902
PANAS_Q16	16,66	22,944	,940	.	,884
PANAS_Q18	17,99	28,126	,330	.	,916
PANAS_Q20	17,47	21,417	,919	.	,883

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,910	,904	10

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
19,47	30,135	5,490	10

Anexo 5

Resultados Globais das Escalas: WHOQOL-Bref, ZARIT e PANAS

WHOQOL- Bref**SPSS****Estatísticas**

	totqualdiadevida	dominioambiente	dominiorelaçõess ociais	dominiopsicologi co	dominiofisico	dominiogeral
N						
Valid	104	104	104	104	104	104
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	62,1912	11,4183	12,2692	12,4487	12,7857	13,2692
Std. Error of Mean	,89496	,20199	,13059	,17342	,27784	,23989
Median	60,4286	11,0000	12,0000	12,0000	12,5714	14,0000
Std. Deviation	9,12680	2,05992	1,33178	1,76858	2,83340	2,44644
Variance	83,298	4,243	1,774	3,128	8,028	5,985
Range	28,93	5,50	4,00	6,00	8,57	8,00
Minimum	45,67	9,00	10,67	8,67	8,00	8,00
Maximum	74,60	14,50	14,67	14,67	16,57	16,00

Total Qualidade de Vida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
45,67	12	11,5	11,5	11,5
52,90	10	9,6	9,6	21,2
57,67	14	13,5	13,5	34,6
57,74	10	9,6	9,6	44,2
60,43	8	7,7	7,7	51,9
Valid 65,86	11	10,6	10,6	62,5
68,71	10	9,6	9,6	72,1
70,07	8	7,7	7,7	79,8
73,00	10	9,6	9,6	89,4
74,60	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Domínio Qualidade de Vida Geral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
8,00	12	11,5	11,5	11,5
12,00	31	29,8	29,8	41,3
Valid 14,00	32	30,8	30,8	72,1
16,00	29	27,9	27,9	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Domínio Físico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
8,00	12	11,5	11,5	11,5
8,57	10	9,6	9,6	21,2
11,43	8	7,7	7,7	28,8
12,00	14	13,5	13,5	42,3
12,57	10	9,6	9,6	51,9
Valid 13,71	10	9,6	9,6	61,5
14,86	11	10,6	10,6	72,1
15,43	11	10,6	10,6	82,7
16,00	10	9,6	9,6	92,3
16,57	8	7,7	7,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Domínio Psicológico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
8,67	12	11,5	11,5	11,5
11,33	10	9,6	9,6	21,2
12,00	32	30,8	30,8	51,9
Valid 12,67	11	10,6	10,6	62,5
13,33	8	7,7	7,7	70,2
14,00	11	10,6	10,6	80,8
14,67	20	19,2	19,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Domínio Relações Sociais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10,67	32	30,8	30,8	30,8
12,00	30	28,8	28,8	59,6
Valid 13,33	31	29,8	29,8	89,4
14,67	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Domínio Ambiente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
9,00	36	34,6	34,6	34,6
10,50	10	9,6	9,6	44,2
11,00	8	7,7	7,7	51,9
Valid 13,00	31	29,8	29,8	81,7
13,50	8	7,7	7,7	89,4
14,50	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Total qualidade de vida / sexo do cuidador

		SEXO CUIDADOR		Total
		Masculino	Feminino	
Total Qualidade de Vida	45,67	0	12	12
	52,90	10	0	10
	57,67	0	14	14
	57,74	0	10	10
	60,43	0	8	8
	65,86	11	0	11
	68,71	0	10	10
	70,07	0	8	8
	73,00	0	10	10
	74,60	11	0	11
Total		32	72	104

ZARIT**SPSS****Estatísticas**

		totzarit	totfimpacto	totrelação	totexpectativas	totautoeficacia
N	Valid	104	104	104	104	104
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		62,1827	30,3365	12,5962	14,0577	5,1923
Median		58,5000	29,0000	11,0000	14,0000	6,0000
Std. Deviation		8,97003	4,86240	2,31718	1,66533	1,17479
Variance		80,461	23,643	5,369	2,773	1,380
Minimum		52,00	25,00	11,00	12,00	4,00
Maximum		83,00	42,00	18,00	17,00	7,00

Zarit Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
52,00	11	10,6	10,6	10,6
56,00	10	9,6	9,6	20,2
57,00	21	20,2	20,2	40,4
58,00	10	9,6	9,6	50,0
59,00	8	7,7	7,7	57,7
60,00	10	9,6	9,6	67,3
67,00	14	13,5	13,5	80,8
69,00	8	7,7	7,7	88,5
83,00	12	11,5	11,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Impacto da Prestação de Cuidados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25,00	11	10,6	10,6	10,6
27,00	28	26,9	26,9	37,5
28,00	11	10,6	10,6	48,1
29,00	10	9,6	9,6	57,7
Valid 31,00	10	9,6	9,6	67,3
32,00	14	13,5	13,5	80,8
33,00	8	7,7	7,7	88,5
42,00	12	11,5	11,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Relação Interpessoal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
11,00	62	59,6	59,6	59,6
13,00	8	7,7	7,7	67,3
Valid 14,00	22	21,2	21,2	88,5
18,00	12	11,5	11,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Expectativas com o Cuidar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
12,00	32	30,8	30,8	30,8
14,00	34	32,7	32,7	63,5
Valid 15,00	18	17,3	17,3	80,8
16,00	8	7,7	7,7	88,5
17,00	12	11,5	11,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Percepção de Auto-eficácia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4,00	49	47,1	47,1	47,1
6,00	41	39,4	39,4	86,5
7,00	14	13,5	13,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Índice de sobrecarga / sexo cuidador

Sobrecarga	SEXO CUIDADOR		Total
	Masculino	Feminino	
sobrecarga ligeira	21	0	21
sobrecarga intensa	11	72	83
Total	32	72	104

PANAS**SPSS****Estatísticas**

		Balanço afectivo	Afectos positivos	Afectos negativos
N	Valid	104	104	104
	Missing	0	0	0
Mean		4,4231	23,8942	19,4712
Median		3,0000	24,0000	19,0000
Std. Deviation		8,49522	3,62815	5,48954
Variance		72,169	13,163	30,135
Minimum		-11,00	20,00	14,00
Maximum		18,00	32,00	31,00

Balanço Afectivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-11,00	12	11,5	11,5	11,5
	-5,00	8	7,7	7,7	19,2
	,00	14	13,5	13,5	32,7
	1,00	10	9,6	9,6	42,3
	3,00	10	9,6	9,6	51,9
	7,00	10	9,6	9,6	61,5
	10,00	11	10,6	10,6	72,1
	11,00	10	9,6	9,6	81,7
	13,00	8	7,7	7,7	89,4
	18,00	11	10,6	10,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Afectos Positivos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20,00	22	21,2	21,2	21,2
21,00	22	21,2	21,2	42,3
24,00	10	9,6	9,6	51,9
Valid 25,00	31	29,8	29,8	81,7
27,00	8	7,7	7,7	89,4
32,00	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Afectos Negativos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14,00	29	27,9	27,9	27,9
15,00	11	10,6	10,6	38,5
18,00	10	9,6	9,6	48,1
Valid 19,00	10	9,6	9,6	57,7
21,00	24	23,1	23,1	80,8
26,00	8	7,7	7,7	88,5
31,00	12	11,5	11,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Balanço afectivo / sexo do cuidador

	SEXO CUIDADOR		Total
	Masculino	Feminino	
-11,00	0	12	12
-5,00	0	8	8
,00	0	14	14
1,00	0	10	10
3,00	0	10	10
Balanço afectivo 7,00	10	0	10
10,00	11	0	11
11,00	0	10	10
13,00	0	8	8
18,00	11	0	11
Total	32	72	104

Anexo 6

Teste de U Mann-Whitney – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs

Sexo do Cuidador Informal

Teste de U Mann-Whitney

Qualidade de Vida do Cuidador Informal

vs

Sexo do Cuidador Informal

	SEXO CUIDADOR	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Domínio Qualidade de Vida Geral	Masculino	32	49,31	1578,00
	Feminino	72	53,92	3882,00
	Total	104		
Domínio Físico	Masculino	32	57,38	1836,00
	Feminino	72	50,33	3624,00
	Total	104		
Domínio Psicológico	Masculino	32	53,25	1704,00
	Feminino	72	52,17	3756,00
	Total	104		
Domínio Relações Sociais	Masculino	32	75,69	2422,00
	Feminino	72	42,19	3038,00
	Total	104		
Domínio Ambiente	Masculino	32	63,88	2044,00
	Feminino	72	47,44	3416,00
	Total	104		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Masculino	32	60,13	1924,00
	Feminino	72	49,11	3536,00
	Total	104		

SPSS-

Teste U Mann-Whitney

	Domínio Qualidade de Vida Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente	Qualidade de Vida (Valores Globais)
Mann-Whitney U	1050,000	996,000	1128,000	410,000	788,000	908,000
Wilcoxon W	1578,000	3624,000	3756,000	3038,000	3416,000	3536,000
Z	-,748	-1,105	-,173	-5,450	-2,660	-1,728
Asymp. Sig. (2-tailed)	,454	,269	,863	,000	,008	,084

a. Grouping Variable: SEXO CUIDADOR

Anexo 7

Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs

Idade do Cuidador Informal

Teste de Kruskal-Wallis

Qualidade de Vida do Cuidador Informal

vs

Idade do Cuidador Informal

Teste Kruskal Wallis

	23- 36 anos	37 - 48 anos	49 - 62 anos	>= 63 anos	X ²	p
	N=24	N=26	N=27	N=27		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Domínio Qualidade de Vida Geral	78,44	40,12	60,85	33,02	38,486	0,000***
Domínio Físico	85,25	56,63	44,78	27,13	50,180	0,000***
Domínio Psicológico	79,17	61,02	46,41	26,69	43,503	0,000***
Domínio Relações Sociais	49,81	57,92	43,22	58,94	5,240	0,155
Domínio Ambiente	72,94	60,08	43,15	36,39	24,703	0,000***
Qualidade de Vida (Valores Globais)	77,38	56,75	47,67	31,13	31,415	0,000***

X² - Kruskal Wallis

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

SPSS

ANOVA

		Sum of Squares	F	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Between Groups	224,161	19,047	,000
	Within Groups	392,301		
	Total	616,462		
Domínio Físico	Between Groups	420,198	34,440	,000
	Within Groups	406,700		
	Total	826,898		
Domínio Psicológico	Between Groups	126,824	21,641	,000
	Within Groups	195,347		
	Total	322,171		
Domínio Relações Sociais	Between Groups	8,041	1,535	,210
	Within Groups	174,643		
	Total	182,684		
Domínio Ambiente	Between Groups	114,565	11,842	,000
	Within Groups	322,490		
	Total	437,055		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Between Groups	2877,303	16,819	,000
	Within Groups	5702,439		
	Total	8579,742		

Teste Post Hoc – Tukey

Variável Dependente	(I) gridade	(J) gridade	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	23- 36 anos	37 - 48 anos	2,48077 [*]	,56066	,000
		49 - 62 anos	1,25000	,55566	,117
		>= 63 anos	3,99074 [*]	,55566	,000
	37 - 48 anos	23- 36 anos	-2,48077 [*]	,56066	,000
		49 - 62 anos	-1,23077	,54423	,114
		>= 63 anos	1,50997 [*]	,54423	,033
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-1,25000	,55566	,117
		37 - 48 anos	1,23077	,54423	,114
		>= 63 anos	2,74074 [*]	,53907	,000
	>= 63 anos	23- 36 anos	-3,99074 [*]	,55566	,000
		37 - 48 anos	-1,50997 [*]	,54423	,033
		49 - 62 anos	-2,74074 [*]	,53907	,000
Domínio Físico	23- 36 anos	37 - 48 anos	1,93773 [*]	,57086	,005
		49 - 62 anos	2,88360 [*]	,56576	,000
		>= 63 anos	5,61376 [*]	,56576	,000
	37 - 48 anos	23- 36 anos	-1,93773 [*]	,57086	,005
		49 - 62 anos	,94587	,55412	,326
		>= 63 anos	3,67603 [*]	,55412	,000
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-2,88360 [*]	,56576	,000
		37 - 48 anos	-,94587	,55412	,326
		>= 63 anos	2,73016 [*]	,54887	,000
	>= 63 anos	23- 36 anos	-5,61376 [*]	,56576	,000
		37 - 48 anos	-3,67603 [*]	,55412	,000
		49 - 62 anos	-2,73016 [*]	,54887	,000
Domínio Psicológico	23- 36 anos	37 - 48 anos	,94017	,39564	,088
		49 - 62 anos	1,59259 [*]	,39210	,001
		>= 63 anos	3,04938 [*]	,39210	,000
	37 - 48 anos	23- 36 anos	-,94017	,39564	,088
		49 - 62 anos	,65242	,38404	,330
		>= 63 anos	2,10921 [*]	,38404	,000
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-1,59259 [*]	,39210	,001
		37 - 48 anos	-,65242	,38404	,330
		>= 63 anos	1,45679 [*]	,38040	,001
	>= 63 anos	23- 36 anos	-3,04938 [*]	,39210	,000
		37 - 48 anos	-2,10921 [*]	,38404	,000
		49 - 62 anos	-1,45679 [*]	,38040	,001

Domínio Relações Sociais	23- 36 anos	37 - 48 anos	-,35043	,37408	,785
		49 - 62 anos	,20988	,37074	,942
		>= 63 anos	-,48148	,37074	,566
	37 - 48 anos	23- 36 anos	,35043	,37408	,785
		49 - 62 anos	,56030	,36312	,416
		>= 63 anos	-,13105	,36312	,984
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-,20988	,37074	,942
		37 - 48 anos	-,56030	,36312	,416
		>= 63 anos	-,69136	,35967	,225
	>= 63 anos	23- 36 anos	,48148	,37074	,566
		37 - 48 anos	,13105	,36312	,984
		49 - 62 anos	,69136	,35967	,225
Domínio Ambiente	23- 36 anos	37 - 48 anos	,75801	,50834	,447
		49 - 62 anos	2,16898*	,50380	,000
		>= 63 anos	2,63194*	,50380	,000
	37 - 48 anos	23- 36 anos	-,75801	,50834	,447
		49 - 62 anos	1,41097*	,49343	,026
		>= 63 anos	1,87393*	,49343	,001
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-2,16898*	,50380	,000
		37 - 48 anos	-1,41097*	,49343	,026
		>= 63 anos	,46296	,48875	,779
	>= 63 anos	23- 36 anos	-2,63194*	,50380	,000
		37 - 48 anos	-1,87393*	,49343	,001
		49 - 62 anos	-,46296	,48875	,779
Qualidade de Vida (Valores Globais)	23- 36 anos	37 - 48 anos	5,76625*	2,13758	,040
		49 - 62 anos	8,10505*	2,11850	,001
		>= 63 anos	14,80434*	2,11850	,000
	37 - 48 anos	23- 36 anos	-5,76625*	2,13758	,040
		49 - 62 anos	2,33879	2,07491	,674
		>= 63 anos	9,03809*	2,07491	,000
	49 - 62 anos	23- 36 anos	-8,10505*	2,11850	,001
		37 - 48 anos	-2,33879	2,07491	,674
		>= 63 anos	6,69929*	2,05524	,008
	>= 63 anos	23- 36 anos	-14,8043*	2,11850	,000
		37 - 48 anos	-9,03809*	2,07491	,000
		49 - 62 anos	-6,69929*	2,05524	,008

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Anexo 8

Teste T de Student – Qualidade de Vida do Cuidador Informal *vs*

Estado Civil do Cuidador Informal

Teste T de Student
Qualidade de Vida do Cuidador Informal
vs
Estado Civil do Cuidador Informal

Teste t de Student

	Estado Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Domínio Qualidade de Vida Geral	solteiro/viúvo	62	12,7742	2,59520	,32959
	casado/ unido de facto	42	14,0000	2,02424	,31235
Domínio Físico	solteiro/viúvo	62	12,1106	2,54046	,32264
	casado/ unido de facto	42	13,7823	2,97647	,45928
Domínio Psicológico	solteiro/viúvo	62	11,9570	1,89283	,24039
	casado/ unido de facto	42	13,1746	1,27353	,19651
Domínio Relações Sociais	solteiro/viúvo	62	11,5269	,99827	,12678
	casado/ unido de facto	42	13,3651	,95370	,14716
Domínio Ambiente	solteiro/viúvo	62	10,7258	1,77339	,22522
	casado/ unido de facto	42	12,4405	2,04582	,31568
Qualidade de Vida (Valores Globais)	solteiro/viúvo	62	59,0945	8,21255	1,04299
	casado/ unido de facto	42	66,7625	8,54446	1,31844

SPSS

Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Equal variances assumed	,177	,675
	Equal variances not assumed		
Domínio Físico	Equal variances assumed	3,838	,053
	Equal variances not assumed		
Domínio Psicológico	Equal variances assumed	,337	,563
	Equal variances not assumed		
Domínio Relações Sociais	Equal variances assumed	3,659	,059
	Equal variances not assumed		
Domínio Ambiente	Equal variances assumed	,331	,566
	Equal variances not assumed		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Equal variances assumed	,627	,430
	Equal variances not assumed		

Anexo 9

Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs

Habilitações Literárias

Teste de Kruskal-Wallis

Qualidade de Vida do Cuidador Informal

vs

Habilitações Literárias

Teste Kruskal Wallis

	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	3º Ciclo do ensino básico	X ²	p
	N=23	N=73	N=11		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Domínio Qualidade de Vida Geral	27,70	62,99	28,00	32,124	0,000***
Domínio Físico	14,50	60,27	70,00	40,723	0,000***
Domínio Psicológico	19,30	60,47	60,00	31,291	0,000***
Domínio Relações Sociais	47,50	50,03	78,00	9,682	0,008**
Domínio Ambiente	31,30	55,67	70,00	15,484	0,000***
Qualidade de Vida (Valores Globais)	24,10	59,15	60,00	22,193	0,000***

X² - Kruskal Wallis

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

SPSS**ANOVA**

		Sum of Squares	F	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Between Groups	252,100	34,941	,000
	Within Groups	364,362		
	Total	616,462		
Domínio Físico	Between Groups	308,706	30,085	,000
	Within Groups	518,192		
	Total	826,898		
Domínio Psicológico	Between Groups	150,165	44,088	,000
	Within Groups	172,006		
	Total	322,171		
Domínio Relações Sociais	Between Groups	14,452	4,338	,016
	Within Groups	168,231		
	Total	182,684		
Domínio Ambiente	Between Groups	82,965	11,832	,000
	Within Groups	354,090		
	Total	437,055		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Between Groups	2808,994	24,582	,000
	Within Groups	5770,748		
	Total	8579,742		

Teste Post Hoc – Tukey

Variável Dependente	(I) ESCOLARIDADE DO CUIDADOR	(J) ESCOLARIDADE DO CUIDADOR	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-3,84658*	,47937	,000
		3º Ciclo do ensino básico	-1,60000	,71298	,069
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	3,84658*	,47937	,000
		3º Ciclo do ensino básico	2,24658*	,61431	,001
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	1,60000	,71298	,069
		1º Ciclo do ensino básico	-2,24658*	,61431	,001
Domínio Físico	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-4,03757*	,57168	,000
		3º Ciclo do ensino básico	-5,48571*	,85027	,000
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	4,03757*	,57168	,000
		3º Ciclo do ensino básico	-1,44814	,73260	,123
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	5,48571*	,85027	,000
		1º Ciclo do ensino básico	1,44814	,73260	,123
Domínio Psicológico	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-3,08676*	,32936	,000
		3º Ciclo do ensino básico	-2,66667*	,48987	,000
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	3,08676*	,32936	,000
		3º Ciclo do ensino básico	,42009	,42208	,582
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	2,66667*	,48987	,000
		1º Ciclo do ensino básico	-,42009	,42208	,582

Domínio Relações Sociais	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-,18265	,32573	,841	
		3º Ciclo do ensino básico	-1,33333*	,48446	,019	
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	,18265	,32573	,841	
		3º Ciclo do ensino básico	-1,15068*	,41742	,019	
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	1,33333*	,48446	,019	
		1º Ciclo do ensino básico	1,15068*	,41742	,019	
Domínio Ambiente	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-1,82329*	,47256	,001	
		3º Ciclo do ensino básico	-3,20000*	,70286	,000	
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	1,82329*	,47256	,001	
		3º Ciclo do ensino básico	-1,37671	,60559	,064	
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	3,20000*	,70286	,000	
		1º Ciclo do ensino básico	1,37671	,60559	,064	
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo do ensino básico	-	12,97684*	1,90775	,000
		3º Ciclo do ensino básico	-	14,28571*	2,83743	,000
	1º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	12,97684*	1,90775	,000	
		3º Ciclo do ensino básico	-1,30887	2,44477	,854	
	3º Ciclo do ensino básico	Não sabe ler nem escrever	14,28571*	2,83743	,000	
		1º Ciclo do ensino básico	1,30887	2,44477	,854	

Anexo 10

Teste de U Mann-Whitney – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs

Situação Laboral

Teste de U Mann-Whitney

Qualidade de Vida do Cuidador Informal

vs

Situação Laboral

	Situação Laboral	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Domínio Qualidade de Vida Geral	empregado	18	55,56	1000,00
	desempregado	86	51,86	4460,00
	Total	104		
Domínio Físico	empregado	18	72,17	1299,00
	desempregado	86	48,38	4161,00
	Total	104		
Domínio Psicológico	empregado	18	52,28	941,00
	desempregado	86	52,55	4519,00
	Total	104		
Domínio Relações Sociais	empregado	18	16,50	297,00
	desempregado	86	60,03	5163,00
	Total	104		
Domínio Ambiente	empregado	18	62,83	1131,00
	desempregado	86	50,34	4329,00
	Total	104		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	empregado	18	58,39	1051,00
	desempregado	86	51,27	4409,00
	Total	104		

Teste U Mann-Whitney

	Domínio Qualidade de Vida Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente	Qualidade de Vida
Mann-Whitney U	719,000	420,000	770,000	126,000	588,000	668,000
Wilcoxon W	4460,000	4161,000	941,000	297,000	4329,000	4409,000
Z	-,492	-3,058	-,035	-5,807	-1,658	-,916
Asymp. Sig. (2-tailed)	,622	,002	,972	,000	,097	,360

a. Grouping Variable: situaçãolaboral

Anexo 11

Teste de Kruskal-Wallis – Qualidade de Vida do Cuidador Informal vs

Grau de Parentesco com o Doente Mental

Teste de Kruskal-Wallis

Qualidade de Vida do Cuidador Informal

VS

Grau de Parentesco com o Doente Mental

Teste Kruskal Wallis

	Marido /Esposa	Pai/Mãe	Filho /Filha	Irmão /Irmã	X ²	p
	N=31	N=14	N=51	N=8		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Domínio Qualidade de Vida Geral	70,00	59,50	34,06	90,00	46,251	0,000***
Domínio Físico	63,90	37,50	42,16	100,50	34,512	0,000***
Domínio Psicológico	64,16	38,50	46,59	69,50	12,672	0,005**
Domínio Relações Sociais	75,61	16,50	53,98	16,50	54,013	0,000***
Domínio Ambiente	63,68	18,50	49,24	89,50	37,317	0,000***
Qualidade de Vida (Valores Globais)	69,32	29,50	44,35	79,50	28,210	0,000***

X² - Kruskal Wallis

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

ANOVA

		Sum of Squares	F	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Between Groups	246,898	22,269	,000
	Within Groups	369,564		
	Total	616,462		
Domínio Físico	Between Groups	163,877	8,239	,000
	Within Groups	663,021		
	Total	826,898		
Domínio Psicológico	Between Groups	50,891	6,253	,001
	Within Groups	271,280		
	Total	322,171		

Domínio Relações Sociais	Between Groups	94,515	35,732	,000
	Within Groups	88,169		
	Total	182,684		
Domínio Ambiente	Between Groups	138,934	15,534	,000
	Within Groups	298,122		
	Total	437,055		
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Between Groups	1974,696	9,966	,000
	Within Groups	6605,046		
	Total	8579,742		

Teste Post Hoc – Tukey

Variável Dependente	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Domínio Qualidade de Vida Geral	Marido/Esposa	Pai/Mãe	,70968	,61902	,662
		Filho/Filha	2,94497*	,43781	,000
		Irmão/Irmã	-1,29032	,76234	,333
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-,70968	,61902	,662
		Filho/Filha	2,23529*	,58003	,001
		Irmão/Irmã	-2,00000	,85201	,094
	Filho/Filha	Marido/Esposa	-2,94497*	,43781	,000
		Pai/Mãe	-2,23529*	,58003	,001
		Irmão/Irmã	-4,23529*	,73104	,000
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	1,29032	,76234	,333
		Pai/Mãe	2,00000	,85201	,094
		Filho/Filha	4,23529*	,73104	,000
Domínio Físico	Marido/Esposa	Pai/Mãe	1,40092	,82913	,335
		Filho/Filha	1,36731	,58641	,098
		Irmão/Irmã	-3,17051*	1,02110	,013
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-1,40092	,82913	,335
		Filho/Filha	-,03361	,77691	1,000
		Irmão/Irmã	-4,57143*	1,14121	,001

	Filho/Filha	Marido/Esposa	-1,36731	,58641	,098
		Pai/Mãe	,03361	,77691	1,000
		Irmão/Irmã	-4,53782*	,97917	,000
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	3,17051*	1,02110	,013
		Pai/Mãe	4,57143*	1,14121	,001
		Filho/Filha	4,53782*	,97917	,000
Domínio Psicológico	Marido/Esposa	Pai/Mãe	1,35484	,53036	,058
		Filho/Filha	1,47249*	,37510	,001
		Irmão/Irmã	,02151	,65315	1,000
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-1,35484	,53036	,058
		Filho/Filha	,11765	,49695	,995
		Irmão/Irmã	-1,33333	,72998	,267
	Filho/Filha	Marido/Esposa	-1,47249*	,37510	,001
		Pai/Mãe	-,11765	,49695	,995
		Irmão/Irmã	-1,45098	,62633	,101
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	-,02151	,65315	1,000
		Pai/Mãe	1,33333	,72998	,267
		Filho/Filha	1,45098	,62633	,101
Domínio Relações Sociais	Marido/Esposa	Pai/Mãe	2,70968*	,30236	,000
		Filho/Filha	1,08876*	,21385	,000
		Irmão/Irmã	2,70968*	,37236	,000
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-2,70968*	,30236	,000
		Filho/Filha	-1,62092*	,28331	,000
		Irmão/Irmã	,00000	,41616	1,000
	Filho/Filha	Marido/Esposa	-1,08876*	,21385	,000
		Pai/Mãe	1,62092*	,28331	,000
		Irmão/Irmã	1,62092*	,35707	,000
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	-2,70968*	,37236	,000
		Pai/Mãe	,00000	,41616	1,000
		Filho/Filha	-1,62092*	,35707	,000
Domínio Ambiente	Marido/Esposa	Pai/Mãe	3,24194*	,55598	,000
		Filho/Filha	,98703	,39322	,064
		Irmão/Irmã	-1,25806	,68470	,262
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-3,24194*	,55598	,000
		Filho/Filha	-2,25490*	,52096	,000
		Irmão/Irmã	-4,50000*	,76524	,000
	Filho/Filha	Marido/Esposa	-,98703	,39322	,064
		Pai/Mãe	2,25490*	,52096	,000
		Irmão/Irmã	-2,24510*	,65659	,005
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	1,25806	,68470	,262
		Pai/Mãe	4,50000*	,76524	,000

		Filho/Filha	2,24510*	,65659	,005
Qualidade de Vida (Valores Globais)	Marido/Esposa	Pai/Mãe	9,41705*	2,61697	,003
		Filho/Filha	7,86056*	1,85088	,000
		Irmão/Irmã	-2,98771	3,22288	,790
	Pai/Mãe	Marido/Esposa	-9,41705*	2,61697	,003
		Filho/Filha	-1,55649	2,45214	,921
		Irmão/Irmã	- 12,40476*	3,60197	,005
	Filho/Filha	Marido/Esposa	-7,86056*	1,85088	,000
		Pai/Mãe	1,55649	2,45214	,921
		Irmão/Irmã	- 10,84827*	3,09054	,004
	Irmão/Irmã	Marido/Esposa	2,98771	3,22288	,790
		Pai/Mãe	12,40476*	3,60197	,005
		Filho/Filha	10,84827*	3,09054	,004

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Anexo 12

Regressão Linear Múltipla – Domínio Qualidade de Vida Geral

Regressão Linear Múltipla

Domínio Qualidade de Vida Geral

SPSS

Modelo	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	afectonegativos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	recsexo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	afectoaspositivos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	totfimpacto		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
5	IDADE DO DOENTE		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: dominiogeral

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,759 ^a	,576	,572	1,60004
2	,847 ^b	,717	,711	1,31441
3	,866 ^c	,749	,742	1,24341
4	,884 ^d	,782	,773	1,16504
5	,905 ^e	,820	,810	1,06522

a. Predictors: (Constant), afectonegativos

b. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos, totfimpacto

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos, totfimpacto, IDADE DO DOENTE

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	355,327	1	355,327	138,792	,000 ^b
	Residual	261,135	102	2,560		
	Total	616,462	103			
2	Regression	441,966	2	220,983	127,907	,000 ^c
	Residual	174,496	101	1,728		
	Total	616,462	103			
3	Regression	461,854	3	153,951	99,576	,000 ^d
	Residual	154,607	100	1,546		
	Total	616,462	103			
4	Regression	482,086	4	120,522	88,793	,000 ^e
	Residual	134,375	99	1,357		
	Total	616,462	103			
5	Regression	505,262	5	101,052	89,057	,000 ^f
	Residual	111,200	98	1,135		
	Total	616,462	103			

a. Dependent Variable: dominiogeral

b. Predictors: (Constant), afectonegativos

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos, totfimpacto

f. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, afectoaspositivos, totfimpacto, IDADE DO DOENTE

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	19,857	,581		34,190	,000
	afectonegativos	-,338	,029	-,759	-11,781	,000
2	(Constant)	20,050	,478		41,956	,000
	afectonegativos	-,428	,027	-,961	-15,985	,000
	recsexo	2,245	,317	,426	7,081	,000
3	(Constant)	13,346	1,923		6,939	,000
	afectonegativos	-,356	,032	-,798	-10,980	,000
	recsexo	2,871	,347	,544	8,274	,000
	afectoaspositivos	,203	,057	,302	3,587	,001
4	(Constant)	15,649	1,898		8,244	,000
	afectonegativos	-,216	,047	-,484	-4,561	,000
	recsexo	3,174	,335	,602	9,490	,000
	afectoaspositivos	,222	,053	,329	4,155	,000
	totfimpacto	-,187	,048	-,372	-3,861	,000
5	(Constant)	16,463	1,745		9,435	,000
	afectonegativos	-,190	,044	-,427	-4,362	,000
	recsexo	3,622	,321	,687	11,267	,000
	afectoaspositivos	,195	,049	,290	3,973	,000
	totfimpacto	-,271	,048	-,539	-5,641	,000
	IDADE DO DOENTE	,379	,084	,224	4,519	,000

a. Dependent Variable: dominiogeral

Anexo 13

Regressão Linear Múltipla – Domínio Físico

Regressão Linear Múltipla

Domínio Físico

SPSS

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	afectonegativos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	recsexo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	IDADE DO DOENTE		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	totrelação		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
5	totexpectativas		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
6	totzarit		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: dominiofisico

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,810 ^a	,656	,653	1,66909	,656	194,820	1	102	,000
2	,884 ^b	,781	,777	1,33770	,125	57,797	1	101	,000
3	,910 ^c	,828	,822	1,19396	,046	26,782	1	100	,000
4	,957 ^d	,916	,913	,83804	,088	103,980	1	99	,000
5	,972 ^e	,945	,942	,68167	,029	51,629	1	98	,000
6	,996 ^f	,992	,991	,26901	,047	532,258	1	97	,000

a. Predictors: (Constant), afectonegativos

b. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totexpectativcas

f. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totexpectativcas, totzarit

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	542,740	1	542,740	194,820	,000 ^b
	Residual	284,158	102	2,786		
	Total	826,898	103			
2	Regression	646,164	2	323,082	180,549	,000 ^c
	Residual	180,733	101	1,789		
	Total	826,898	103			
3	Regression	684,343	3	228,114	160,019	,000 ^d
	Residual	142,555	100	1,426		
	Total	826,898	103			
4	Regression	757,369	4	189,342	269,599	,000 ^e
	Residual	69,529	99	,702		
	Total	826,898	103			
5	Regression	781,360	5	156,272	336,304	,000 ^f
	Residual	45,538	98	,465		
	Total	826,898	103			
6	Regression	819,878	6	136,646	1888,214	,000 ^g
	Residual	7,020	97	,072		
	Total	826,898	103			

- a. Dependent Variable: dominiofisico
 b. Predictors: (Constant), afectonegativos
 c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo
 d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE
 e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação
 f. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totexpectativcas
 g. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totexpectativcas, totzarit

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	20,928	,606		34,542	,000			
	afectonegativos	-,418	,030	-,810	-13,958	,000	-,810	-,810	-,810
2	(Constant)	21,139	,486		43,463	,000			
	afectonegativos	-,516	,027	-1,000	-18,940	,000	-,810	-,883	-,881
	recsexo	2,453	,323	,401	7,602	,000	-,072	,603	,354
3	(Constant)	22,734	,532		42,699	,000			
	afectonegativos	-,487	,025	-,944	-19,501	,000	-,810	-,890	-,810
	recsexo	1,963	,303	,321	6,475	,000	-,072	,544	,269
	IDADE DO DOENTE	-,443	,086	-,227	-5,175	,000	-,380	-,460	-,215
4	(Constant)	19,539	,488		40,063	,000			
	afectonegativos	-,747	,031	-1,448	-24,136	,000	-,810	-,925	-,703
	recsexo	1,076	,230	,176	4,683	,000	-,072	,426	,136
	IDADE DO DOENTE	-,926	,077	-,474	-12,101	,000	-,380	-,772	-,353
	totrelação	,862	,085	,705	10,197	,000	-,602	,716	,297
5	(Constant)	24,676	,818		30,179	,000			
	afectonegativos	-,645	,029	-1,249	-22,266	,000	-,810	-,914	-,528
	recsexo	1,440	,194	,236	7,434	,000	-,072	,601	,176
	IDADE DO DOENTE	-,999	,063	-,511	-15,835	,000	-,380	-,848	-,375
	totrelação	,977	,071	,799	13,836	,000	-,602	,813	,328
	totexpectativcas	-,607	,084	-,357	-7,185	,000	-,663	-,587	-,170
6	(Constant)	40,972	,777		52,761	,000			
	afectonegativos	-,234	,021	-,453	-11,037	,000	-,810	-,746	-,103
	recsexo	2,594	,091	,425	28,396	,000	-,072	,945	,266

IDADE DO DOENTE	-1,176	,026	-,602	-45,150	,000	-,380	-,977	-,422
totrelação	2,554	,074	2,089	34,598	,000	-,602	,962	,324
totexpectativcas	-1,270	,044	-,746	-28,853	,000	-,663	-,946	-,270
totzarit	-,562	,024	-1,778	-23,071	,000	-,669	-,920	-,216

a. Dependent Variable: dominiofisico

Anexo 14

Regressão Linear Múltipla – Domínio Físico

Regressão Linear Múltipla

Domínio Psicológico

SPSS

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	afectonegativos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	recsexo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	totzarit		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	totfimpacto		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
5	totrelação		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
6		afectonegativos	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
7	afectoaspositivos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
8	IDADE DO DOENTE		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
9	totautoeficacia		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
10	balançoafectivo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: dominiopsicologico

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,821 ^a	,675	,671	1,01384	,675	211,435	1	102	,000
2	,885 ^b	,783	,779	,83170	,109	50,568	1	101	,000
3	,926 ^c	,858	,853	,67711	,075	52,384	1	100	,000
4	,930 ^d	,865	,859	,66309	,007	5,271	1	99	,024
5	,939 ^e	,882	,876	,62291	,017	14,185	1	98	,000
6	,939 ^f	,882	,877	,61976	,000	,000	1	98	,999
7	,950 ^g	,903	,898	,56585	,021	20,759	1	98	,000
8	,964 ^h	,930	,926	,48162	,028	38,275	1	97	,000
9	,977 ⁱ	,954	,950	,39431	,024	48,718	1	96	,000
10	,988 ^j	,976	,974	,28288	,023	91,530	1	95	,000

a. Predictors: (Constant), afectonegativos

b. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit, totfimpacto

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação

f. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação

g. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos

h. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE

i. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE, totautoeficacia

j. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE, totautoeficacia, balançoafectivo

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	217,328	1	217,328	211,435	,000 ^b
	Residual	104,843	102	1,028		
	Total	322,171	103			
2	Regression	252,307	2	126,154	182,377	,000 ^c
	Residual	69,864	101	,692		
	Total	322,171	103			
3	Regression	276,324	3	92,108	200,902	,000 ^d
	Residual	45,847	100	,458		
	Total	322,171	103			
4	Regression	278,641	4	69,660	158,429	,000 ^e
	Residual	43,530	99	,440		
	Total	322,171	103			
5	Regression	284,145	5	56,829	146,461	,000 ^f
	Residual	38,026	98	,388		
	Total	322,171	103			
6	Regression	284,145	4	71,036	184,944	,000 ^g
	Residual	38,026	99	,384		
	Total	322,171	103			
7	Regression	290,792	5	58,158	181,637	,000 ^h
	Residual	31,379	98	,320		
	Total	322,171	103			
8	Regression	299,671	6	49,945	215,316	,000 ⁱ
	Residual	22,500	97	,232		
	Total	322,171	103			
9	Regression	307,245	7	43,892	282,306	,000 ^j
	Residual	14,926	96	,155		
	Total	322,171	103			
10	Regression	314,569	8	39,321	491,401	,000 ^k
	Residual	7,602	95	,080		
	Total	322,171	103			

a. Dependent Variable: dominiopsicologico

b. Predictors: (Constant), afectonegativos

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit, totfimpacto

f. Predictors: (Constant), afectonegativos, recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação

g. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação

h. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos

i. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE

j. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE,

totautoeficacia

k. Predictors: (Constant), recsexo, totzarit, totfimpacto, totrelação, afectoaspositivos, IDADE DO DOENTE,

totautoeficacia, balançoafectivo

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	17,601	,368		47,827	,000			
	afectonegativos	-,265	,018	-,821	-14,541	,000	-,821	-,821	-,821
2	(Constant)	17,724	,302		58,612	,000			
	afectonegativos	-,322	,017	-,998	-18,980	,000	-,821	-,884	-,879
	recsexo	1,426	,201	,374	7,111	,000	-,098	,578	,330
3	(Constant)	22,451	,698		32,165	,000			
	afectonegativos	-,123	,031	-,381	-3,992	,000	-,821	-,371	-,151
	recsexo	1,796	,171	,471	10,499	,000	-,098	,724	,396
	totzarit	-,142	,020	-,722	-7,238	,000	-,818	-,586	-,273
4	(Constant)	23,175	,753		30,786	,000			
	afectonegativos	-,101	,032	-,312	-3,183	,002	-,821	-,305	-,118
	recsexo	1,839	,169	,482	10,907	,000	-,098	,739	,403
	totzarit	-,229	,042	-1,162	-5,402	,000	-,818	-,477	-,200
	totfimpacto	,139	,060	,382	2,296	,024	-,774	,225	,085
5	(Constant)	27,166	1,274		21,323	,000			
	afectonegativos	-4,798E-005	,040	,000	-,001	,999	-,821	,000	,000
	recsexo	2,154	,179	,565	12,024	,000	-,098	,772	,417
	totzarit	-,535	,090	-2,712	-5,916	,000	-,818	-,513	-,205
	totfimpacto	,323	,075	,889	4,310	,000	-,774	,399	,150
	totrelação	,574	,152	,752	3,766	,000	-,789	,356	,131
6	(Constant)	27,168	,651		41,727	,000			
	recsexo	2,154	,165	,565	13,036	,000	-,098	,795	,450
	totzarit	-,535	,052	-2,712	-10,286	,000	-,818	-,719	-,355
	totfimpacto	,323	,059	,889	5,457	,000	-,774	,481	,188
7	totrelação	,574	,113	,752	5,092	,000	-,789	,456	,176
	(Constant)	34,638	1,744		19,861	,000			

	recsexo	1,907	,160	,500	11,891	,000	-,098	,769	,375
	totzarit	-,750	,067	-3,803	-11,202	,000	-,818	-,749	-,353
	totfimpacto	,457	,062	1,257	7,428	,000	-,774	,600	,234
	totrelação	1,016	,141	1,331	7,184	,000	-,789	,587	,226
	afectoapositivos	-,149	,033	-,306	-4,556	,000	,444	-,418	-,144
	(Constant)	37,965	1,579		24,046	,000			
	recsexo	1,570	,147	,412	10,688	,000	-,098	,735	,287
	totzarit	-,914	,063	-4,638	-14,543	,000	-,818	-,828	-,390
8	totfimpacto	,561	,055	1,544	10,201	,000	-,774	,719	,274
	totrelação	1,495	,143	1,958	10,445	,000	-,789	,728	,280
	afectoapositivos	-,186	,028	-,381	-6,526	,000	,444	-,552	-,175
	IDADE DO DOENTE	-,283	,046	-,232	-6,187	,000	-,369	-,532	-,166
	(Constant)	41,981	1,415		29,671	,000			
	recsexo	1,639	,121	,430	13,577	,000	-,098	,811	,298
	totzarit	-,1210	,067	-6,138	-18,149	,000	-,818	-,880	-,399
	totfimpacto	,780	,055	2,144	14,216	,000	-,774	,823	,312
9	totrelação	2,059	,142	2,698	14,465	,000	-,789	,828	,318
	afectoapositivos	-,228	,024	-,468	-9,467	,000	,444	-,695	-,208
	IDADE DO DOENTE	-,369	,039	-,303	-9,358	,000	-,369	-,691	-,206
	totautoeficacia	,378	,054	,251	6,980	,000	-,565	,580	,153
	(Constant)	53,044	1,539		34,474	,000			
	recsexo	2,075	,098	,544	21,203	,000	-,098	,909	,334
	totzarit	-,1935	,090	-9,814	-21,597	,000	-,818	-,911	-,340
	totfimpacto	1,260	,064	3,463	19,759	,000	-,774	,897	,311
10	totrelação	3,209	,158	4,204	20,347	,000	-,789	,902	,321
	afectoapositivos	-,052	,025	-,106	-2,054	,043	,444	-,206	-,032
	IDADE DO DOENTE	-,430	,029	-,352	-14,816	,000	-,369	-,835	-,234
	totautoeficacia	,715	,052	,475	13,634	,000	-,565	,813	,215
	balançoafectivo	-,236	,025	-1,133	-9,567	,000	,720	-,700	-,151

a. Dependent Variable: dominiopsicologico

Regressão Linear Múltipla

Domínio Relações Sociais

SPSS

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	recsexo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	totautoeficacia		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	IDADE DO DOENTE		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	totfimpacto		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
5	totexpectativas		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
6	afectonegativos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
7	totzarit		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
8	afectoaspositivos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: dominiorelaçõessociais

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,556 ^a	,309	,303	1,11217	,309	45,691	1	102	,000
2	,682 ^b	,465	,455	,98355	,156	29,423	1	101	,000
3	,712 ^c	,507	,492	,94884	,042	8,524	1	100	,004
4	,763 ^d	,583	,566	,87736	,076	17,959	1	99	,000
5	,835 ^e	,697	,682	,75097	,115	37,127	1	98	,000
6	,857 ^f	,734	,718	,70751	,037	13,410	1	97	,000
7	,920 ^g	,847	,836	,54014	,112	70,429	1	96	,000
8	,992 ^h	,983	,982	,17896	,137	779,516	1	95	,000

a. Predictors: (Constant), recsexo

b. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia

c. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE

d. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, totfimpacto

e. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, totfimpacto, totexpectativcas

f. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, totfimpacto, totexpectativcas, afectonegativos

g. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, totfimpacto, totexpectativcas, afectonegativos, totzarit

h. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, totfimpacto, totexpectativcas, afectonegativos, totzarit, afectoaspositivos

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	56,517	1	56,517	45,691	,000 ^b
	Residual	126,167	102	1,237		
	Total	182,684	103			
2	Regression	84,980	2	42,490	43,923	,000 ^c
	Residual	97,704	101	,967		
	Total	182,684	103			
3	Regression	92,654	3	30,885	34,305	,000 ^d
	Residual	90,030	100	,900		
	Total	182,684	103			
4	Regression	106,478	4	26,620	34,582	,000 ^e
	Residual	76,206	99	,770		
	Total	182,684	103			

5	Regression	127,416	5	25,483	45,186	,000 ^f
	Residual	55,268	98	,564		
	Total	182,684	103			
6	Regression	134,129	6	22,355	44,659	,000 ^g
	Residual	48,555	97	,501		
	Total	182,684	103			
7	Regression	154,676	7	22,097	75,739	,000 ^h
	Residual	28,008	96	,292		
	Total	182,684	103			
8	Regression	179,641	8	22,455	701,142	,000 ⁱ
	Residual	3,043	95	,032		
	Total	182,684	103			

a. Dependent Variable: dominiorelaçõessociais

b. Predictors: (Constant), recsexo

c. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia

d. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE

e. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, tofimpacto

f. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, tofimpacto, totexpectativcas

g. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, tofimpacto, totexpectativcas, afectonegativos

h. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, tofimpacto, totexpectativcas, afectonegativos, totzarit

i. Predictors: (Constant), recsexo, totautoeficacia, IDADE DO DOENTE, tofimpacto, totexpectativcas, afectonegativos, totzarit, afectoaspositivos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	13,375	,197		68,029	,000			
	recsexo	-1,597	,236	-,556	-6,760	,000	-,556	-,556	-,556
2	(Constant)	15,565	,440		35,406	,000			
	recsexo	-1,257	,218	-,438	-5,759	,000	-,556	-,497	-,419
	totautoeficacia	-,467	,086	-,412	-5,424	,000	-,538	-,475	-,395
3	(Constant)	16,279	,490		33,253	,000			
	recsexo	-1,431	,219	-,498	-6,541	,000	-,556	-,547	-,459
	totautoeficacia	-,426	,084	-,375	-5,049	,000	-,538	-,451	-,354
	IDADE DO DOENTE	-,196	,067	-,214	-2,920	,004	-,130	-,280	-,205
4	(Constant)	14,695	,587		25,033	,000			
	recsexo	-1,957	,237	-,681	-8,245	,000	-,556	-,638	-,535
	totautoeficacia	-,590	,087	-,521	-6,777	,000	-,538	-,563	-,440

5	IDADE DO DOENTE	-302	,067	-329	-4,510	,000	-130	-,413	-,293
	totfimpacto	,107	,025	,390	4,238	,000	-,306	,392	,275
	(Constant)	18,015	,741		24,305	,000			
	recsexo	-1,530	,215	-,533	-7,120	,000	-,556	-,584	-,396
	totautoeficacia	-,671	,076	-,592	-8,858	,000	-,538	-,667	-,492
	IDADE DO DOENTE	-326	,058	-355	-5,674	,000	-130	-,497	-,315
	totfimpacto	,189	,025	,692	7,436	,000	-,306	,601	,413
6	totexpectativcas	-,399	,065	-,499	-6,093	,000	-,497	-,524	-,339
	(Constant)	22,724	1,463		15,531	,000			
	recsexo	-1,141	,229	-,397	-4,991	,000	-,556	-,452	-,261
	totautoeficacia	-,862	,088	-,760	-9,751	,000	-,538	-,704	-,510
	IDADE DO DOENTE	-,271	,056	-,296	-4,825	,000	-130	-,440	-,253
	totfimpacto	,096	,035	,349	2,726	,008	-,306	,267	,143
	totexpectativcas	-,745	,113	-,931	-6,603	,000	-,497	-,557	-,346
7	afectonegativos	,179	,049	,740	3,662	,000	-,393	,349	,192
	(Constant)	32,681	1,630		20,055	,000			
	recsexo	-,622	,185	-,217	-3,359	,001	-,556	-,324	-,134
	totautoeficacia	-2,118	,164	-1,868	-12,900	,000	-,538	-,796	-,516
	IDADE DO DOENTE	-,524	,052	-,570	-9,990	,000	-130	-,714	-,399
	totfimpacto	-1,128	,148	-4,118	-7,609	,000	-,306	-,613	-,304
	totexpectativcas	-2,466	,222	-3,083	-11,087	,000	-,497	-,749	-,443
8	afectonegativos	,378	,044	1,559	8,542	,000	-,393	,657	,341
	totzarit	,879	,105	5,923	8,392	,000	-,428	,651	,335
	(Constant)	55,295	,973		56,805	,000			
	recsexo	-,853	,062	-,297	-13,780	,000	-,556	-,816	-,182
	totautoeficacia	-3,623	,077	-3,196	-47,307	,000	-,538	-,979	-,626
	IDADE DO DOENTE	-,689	,018	-,750	-37,539	,000	-130	-,968	-,497
	totfimpacto	-2,347	,066	-8,570	-35,713	,000	-,306	-,965	-,473
	totexpectativcas	-4,344	,100	-5,432	-43,536	,000	-,497	-,976	-,576
	afectonegativos	,526	,016	2,170	33,739	,000	-,393	,961	,447
	totzarit	1,753	,047	11,805	37,506	,000	-,428	,968	,497
	afectoaspositivos	-,325	,012	-,884	-27,920	,000	,475	-,944	-,370

a. Dependent Variable: dominiorelaçõessociais

Anexo 16

Regressão Linear Múltipla – Domínio Ambiente

Regressão Linear Múltipla

Domínio Ambiente

SPSS

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	balançoafectivo		Stepwise (Criteria: Probability-of-F- to-enter <= ,050, Probability-of-F- to-remove >= ,100).
2	IDADE DO DOENTE		
3	totrelação		
4	totzarit		
5	totfimpacto		
6		balançoafectivo	
7	totautoeficacia		
8	balançoafectivo		
9	recsexo		

a. Dependent Variable: dominioambiente

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,738 ^a	,544	,540	1,39759	,544	121,757	1	102	,000
2	,865 ^b	,748	,743	1,04352	,204	81,960	1	101	,000
3	,920 ^c	,847	,842	,81837	,098	64,220	1	100	,000
4	,936 ^d	,875	,870	,74230	,028	22,546	1	99	,000
5	,980 ^e	,960	,958	,42152	,085	209,017	1	98	,000
6	,980 ^f	,960	,958	,41973	,000	,160	1	98	,690
7	,988 ^g	,976	,974	,32960	,016	62,543	1	98	,000
8	,992 ^h	,984	,983	,26833	,008	50,866	1	97	,000
9	,993 ⁱ	,986	,985	,24975	,002	15,972	1	96	,000

a. Predictors: (Constant), balançoafectivo

b. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE

c. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação

d. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit

e. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto

f. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto

g. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia

h. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia, balançoafectivo

i. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia, balançoafectivo, recsexo

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	237,822	1	237,822	121,757	,000 ^b
	Residual	199,233	102	1,953		
	Total	437,055	103			
2	Regression	327,072	2	163,536	150,178	,000 ^c
	Residual	109,983	101	1,089		
	Total	437,055	103			
3	Regression	370,082	3	123,361	184,194	,000 ^d
	Residual	66,973	100	,670		
	Total	437,055	103			
4	Regression	382,505	4	95,626	173,546	,000 ^e
	Residual	54,550	99	,551		
	Total	437,055	103			
5	Regression	419,643	5	83,929	472,362	,000 ^f
	Residual	17,413	98	,178		
	Total	437,055	103			
6	Regression	419,614	4	104,904	595,465	,000 ^g
	Residual	17,441	99	,176		
	Total	437,055	103			
7	Regression	426,409	5	85,282	785,016	,000 ^h
	Residual	10,646	98	,109		
	Total	437,055	103			
8	Regression	430,071	6	71,679	995,532	,000 ⁱ
	Residual	6,984	97	,072		
	Total	437,055	103			
9	Regression	431,067	7	61,581	987,300	,000 ^j
	Residual	5,988	96	,062		
	Total	437,055	103			

a. Dependent Variable: dominioambiente

b. Predictors: (Constant), balançoafectivo

c. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE

d. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação

e. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit

f. Predictors: (Constant), balançoafectivo, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto

g. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto

h. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia

i. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia, balançoafectivo

j. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, totautoeficacia, balançoafectivo, recsexo

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	
1	(Constant)	10,627	,155		68,709	,000			
	balançoafectivo	,179	,016	,738	11,034	,000	,738	,738	,738
2	(Constant)	13,268	,314		42,294	,000			
	balançoafectivo	,179	,012	,739	14,799	,000	,738	,827	,739
	IDADE DO DOENTE	-,642	,071	-,452	-9,053	,000	-,450	-,669	-,452
3	(Constant)	7,272	,788		9,232	,000			
	balançoafectivo	,293	,017	1,208	17,152	,000	,738	,864	,671
	IDADE DO DOENTE	-,953	,068	-,671	-14,053	,000	-,450	-,815	-,550
	totrelação	,538	,067	,605	8,014	,000	-,572	,625	,314
4	(Constant)	14,902	1,759		8,474	,000			
	balançoafectivo	,204	,024	,843	8,443	,000	,738	,647	,300
	IDADE DO DOENTE	-1,019	,063	-,717	-16,157	,000	-,450	-,851	-,574
	totrelação	1,283	,168	1,444	7,621	,000	-,572	,608	,271
	totzarit	-,263	,055	-1,146	-4,748	,000	-,660	-,431	-,169
5	(Constant)	32,938	1,598		20,612	,000			
	balançoafectivo	,008	,019	,032	,400	,690	,738	,040	,008
	IDADE DO DOENTE	-1,172	,037	-,825	-31,381	,000	-,450	-,954	-,633
	totrelação	2,871	,146	3,229	19,716	,000	-,572	,894	,398
	totzarit	-1,260	,076	-5,485	-16,624	,000	-,660	-,859	-,335
	totfimpacto	,838	,058	1,979	14,457	,000	-,611	,825	,292
6	(Constant)	33,549	,469		71,601	,000			
	IDADE DO DOENTE	-1,173	,037	-,826	-31,755	,000	-,450	-,954	-,638
	totrelação	2,916	,092	3,280	31,843	,000	-,572	,954	,639
	totzarit	-1,286	,038	-5,599	-34,176	,000	-,660	-,960	-,686
	totfimpacto	,855	,041	2,017	20,823	,000	-,611	,902	,418

	(Constant)	35,047	,414		84,685	,000			
	IDADE DO DOENTE	-1,253	,031	-,882	-40,805	,000	-,450	-,972	-,643
7	totrelação	3,288	,086	3,698	38,268	,000	-,572	,968	,603
	totzarit	-1,484	,039	-6,460	-38,329	,000	-,660	-,968	-,604
	totfimpacto	1,009	,038	2,381	26,784	,000	-,611	,938	,422
	totautoeficacia	,341	,043	,194	7,908	,000	-,601	,624	,125
	(Constant)	44,903	1,422		31,569	,000			
	balançoafectivo	-,113	,016	-,468	-7,132	,000	,738	-,587	-,092
	IDADE DO DOENTE	-1,324	,027	-,932	-49,156	,000	-,450	-,981	-,631
8	totrelação	4,173	,142	4,694	29,290	,000	-,572	,948	,376
	totzarit	-1,987	,077	-8,654	-25,692	,000	-,660	-,934	-,330
	totfimpacto	1,340	,056	3,164	24,063	,000	-,611	,925	,309
	totautoeficacia	,545	,045	,311	12,035	,000	-,601	,774	,154
	(Constant)	45,900	1,347		34,071	,000			
	balançoafectivo	-,120	,015	-,495	-8,058	,000	,738	-,635	-,096
	IDADE DO DOENTE	-1,304	,026	-,918	-50,934	,000	-,450	-,982	-,608
9	totrelação	4,267	,135	4,800	31,682	,000	-,572	,955	,378
	totzarit	-2,050	,074	-8,927	-27,821	,000	-,660	-,943	-,332
	totfimpacto	1,382	,053	3,262	26,134	,000	-,611	,936	,312
	totautoeficacia	,582	,043	,332	13,485	,000	-,601	,809	,161
	recsexo	,288	,072	,065	3,996	,000	-,276	,378	,048

a. Dependent Variable: dominioambiente

Anexo 17

Regressão Linear Múltipla – Qualidade de Vida

Regressão Linear Múltipla

Qualidade de Vida

SPSS

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	afectonegativos		Stepwise (Criteria: Probability-of-F- to-enter <= ,050, Probability-of-F- to-remove >= ,100).
2	IDADE DO DOENTE		
3	totrelação		
4	totzarit		
5	totfimpacto		
6	recsexo		
7	totautoeficacia		
8	balançoafectivo		
9		afectonegativos	

a. Dependent Variable: totqualdiadevida

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,833 ^a	,694	,691	5,07003	,694	231,775	1	102	,000
2	,872 ^b	,760	,755	4,51309	,066	27,728	1	101	,000
3	,894 ^c	,799	,793	4,15080	,039	19,400	1	100	,000
4	,907 ^d	,822	,815	3,92302	,023	12,950	1	99	,001
5	,924 ^e	,854	,847	3,57007	,032	21,543	1	98	,000
6	,948 ^f	,898	,892	2,99823	,044	41,947	1	97	,000
7	,971 ^g	,943	,939	2,25148	,045	76,016	1	96	,000
8	,980 ^h	,961	,958	1,87306	,018	43,709	1	95	,000
9	,980 ⁱ	,961	,958	1,86700	,000	,380	1	95	,539

a. Predictors: (Constant), afectonegativos

b. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto

f. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo

g. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia

h. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia, balançoafectivo

i. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia, balançoafectivo

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5957,815	1	5957,815	231,775	,000 ^b
	Residual	2621,927	102	25,705		
	Total	8579,742	103			
2	Regression	6522,579	2	3261,290	160,119	,000 ^c
	Residual	2057,163	101	20,368		
	Total	8579,742	103			
3	Regression	6856,825	3	2285,608	132,659	,000 ^d
	Residual	1722,917	100	17,229		
	Total	8579,742	103			
4	Regression	7056,122	4	1764,031	114,621	,000 ^e
	Residual	1523,620	99	15,390		
	Total	8579,742	103			
5	Regression	7330,691	5	1466,138	115,033	,000 ^f
	Residual	1249,051	98	12,745		
	Total	8579,742	103			
6	Regression	7707,769	6	1284,628	142,905	,000 ^g
	Residual	871,973	97	8,989		
	Total	8579,742	103			
7	Regression	8093,104	7	1156,158	228,078	,000 ^h
	Residual	486,638	96	5,069		
	Total	8579,742	103			
8	Regression	8246,450	8	1030,806	293,816	,000 ⁱ
	Residual	333,292	95	3,508		
	Total	8579,742	103			
9	Regression	8245,115	7	1177,874	337,916	,000 ^j
	Residual	334,627	96	3,486		
	Total	8579,742	103			

a. Dependent Variable: totqualdiadevida

b. Predictors: (Constant), afectonegativos

c. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE

d. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação

e. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit

- f. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto
- g. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo
- h. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia
- i. Predictors: (Constant), afectonegativos, IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia, balançoafectivo
- j. Predictors: (Constant), IDADE DO DOENTE, totrelação, totzarit, totfimpacto, recsexo, totautoeficacia, balançoafectivo

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	89,167	1,840		48,451	,000			
	afectonegativos	-1,385	,091	-,833	-15,224	,000	-,833	-,833	-,833
2	(Constant)	95,150	1,994		47,726	,000			
	afectonegativos	-1,350	,081	-,812	-16,613	,000	-,833	-,856	-,809
	IDADE DO DOENTE	-1,620	,308	-,257	-5,266	,000	-,324	-,464	-,257
3	(Constant)	88,401	2,390		36,993	,000			
	afectonegativos	-1,939	,153	-1,166	-12,660	,000	-,833	-,785	-,567
	IDADE DO DOENTE	-2,421	,336	-,385	-7,198	,000	-,324	-,584	-,323
	totrelação	1,708	,388	,434	4,405	,000	-,686	,403	,197
4	(Constant)	105,468	5,253		20,077	,000			
	afectonegativos	-1,459	,197	-,877	-7,405	,000	-,833	-,597	-,314
	IDADE DO DOENTE	-2,772	,333	-,440	-8,336	,000	-,324	-,642	-,353
	totrelação	4,251	,796	1,079	5,340	,000	-,686	,473	,226
	totzarit	-,917	,255	-,901	-3,599	,001	-,765	-,340	-,152
5	(Constant)	126,769	6,627		19,130	,000			
	afectonegativos	-,928	,213	-,558	-4,364	,000	-,833	-,403	-,168
	IDADE DO DOENTE	-3,176	,315	-,505	-10,086	,000	-,324	-,714	-,389
	totrelação	6,902	,923	1,752	7,482	,000	-,686	,603	,288
	totzarit	-2,873	,481	-2,824	-5,973	,000	-,765	-,517	-,230
6	totfimpacto	1,922	,414	1,024	4,641	,000	-,714	,425	,179
	(Constant)	144,910	6,231		23,258	,000			
	afectonegativos	-,459	,193	-,276	-2,380	,019	-,833	-,235	-,077

	IDADE DO DOENTE	-2,592	,279	-,412	-9,277	,000	-,324	-,686	-,300
	totrelação	8,315	,805	2,111	10,330	,000	-,686	,724	,334
	totzarit	-4,055	,443	-3,985	-9,147	,000	-,765	-,681	-,296
	totfimpacto	2,644	,365	1,409	7,241	,000	-,714	,592	,234
	recsexo	5,901	,911	,300	6,477	,000	-,192	,549	,210
	(Constant)	187,844	6,793		27,654	,000			
	afectonegativos	,540	,185	,325	2,928	,004	-,833	,286	,071
7	IDADE DO DOENTE	-3,125	,219	-,497	-14,299	,000	-,324	-,825	-,348
	totrelação	14,443	,927	3,667	15,580	,000	-,686	,847	,379
	totzarit	-7,882	,551	-7,746	-14,308	,000	-,765	-,825	-,348
	totfimpacto	5,318	,411	2,833	12,927	,000	-,714	,797	,314
	recsexo	9,016	,772	,458	11,681	,000	-,192	,766	,284
	totautoeficacia	3,330	,382	,429	8,719	,000	-,564	,665	,212
	(Constant)	243,889	10,188		23,939	,000			
	afectonegativos	,103	,167	,062	,617	,539	-,833	,063	,012
8	IDADE DO DOENTE	-3,534	,192	-,562	-18,401	,000	-,324	-,884	-,372
	totrelação	19,098	1,044	4,849	18,288	,000	-,686	,882	,370
	totzarit	-10,372	,593	-10,194	-17,484	,000	-,765	-,873	-,354
	totfimpacto	6,952	,422	3,704	16,468	,000	-,714	,861	,333
	recsexo	8,443	,648	,429	13,031	,000	-,192	,801	,263
	totautoeficacia	4,255	,347	,548	12,256	,000	-,564	,783	,248
	balançoafectivo	-,804	,122	-,749	-6,611	,000	,802	-,561	-,134
	(Constant)	243,082	10,071		24,137	,000			
9	IDADE DO DOENTE	-3,536	,191	-,562	-18,479	,000	-,324	-,883	-,372
	totrelação	18,934	1,007	4,807	18,805	,000	-,686	,887	,379
	totzarit	-10,239	,551	-10,064	-18,588	,000	-,765	-,885	-,375
	totfimpacto	6,863	,395	3,656	17,359	,000	-,714	,871	,350
	recsexo	8,223	,538	,418	15,271	,000	-,192	,842	,308
	totautoeficacia	4,178	,323	,538	12,952	,000	-,564	,798	,261
	balançoafectivo	-,834	,111	-,776	-7,488	,000	,802	-,607	-,151

a. Dependent Variable: totqualdiadevida