



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Stress, Coping* e Qualidade de vida familiar:
As evidências de 26 investigações realizadas entre
2007-2010**

João Pedro Pinto Lagarelhos (e-mail: jlagarelhos@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado na Área de especialização em
Psicologia Clínica e Saúde, Sub-área de especialização em
Psicologia Sistémica, Saúde e Família.

Orientação:

Professora Doutora Ana Paula Relvas e Mestre Diana Cunha.

O presente trabalho excede o número de páginas previsto no documento *Normas para a elaboração da dissertação/monografia* da FPCE-UC, uma vez que a sua natureza exigiu um número considerável de tabelas apresentadas no corpo do trabalho, afim de manter a inteligibilidade do mesmo.

Stress, Coping e Qualidade de vida familiar:

As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010.

Resumo: A presente revisão sistemática pretende resumir, relacionar e interpretar os principais resultados de 26 dissertações de Mestrado Integrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra (2007-2010), cujo foco insidiu nas variáveis *stress*, *coping* e qualidade de vida do sistema familiar. Os 26 estudos analisados podem agrupar-se segundo diferentes temas: doença crónica (N=11), ciclo vital da família (N=8), variações ao ciclo vital da família (N=2), diferenças de género (N=3) e processo de luto (N=2). Através de um processo comparativo entre estudos, em termos da metodologia e de resultados, constata-se que a qualidade de vida subjetiva das famílias aumenta quando a vulnerabilidade ao *stress* diminui, que o *coping* é influenciado pelas etapas do ciclo vital da família e que o *stress* parece ser, das três variáveis, a menos suscetível de variação.

Palavras chave: *Stress*, *Coping*, Qualidade de Vida, Família e Revisão Sistemática.

Stress, Coping and Quality Of Life:

The evidence of 26 investigations since 2007-2010.

Abstract: This systematic review aims to summarize, relate and interpret the main results of 26 dissertations in Master of the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra (2007-2010), whose focus is in the variables stress, coping and quality of life of the family system. The 26 studies analyzed can be grouped according to different themes: chronic illness (N = 11), family life cycle (N = 8), changes in family life cycle (N = 2), gender differences (N = 3) and the mourning process (N = 2). By a comparative studies process, in accordance with the methodology and results, it appears that the subjective quality of life increases when the household vulnerability to stress decreases, coping is influenced by the steps of family life cycle and that the stress seems to be in the three variables, the least susceptible of variation.

Key Words: Stress, Coping, Quality of Life, Family and Systematic review.

Agradecimentos

À distinta orientação da Mestre Diana Cunha cuja dedicação, disponibilidade e incentivo foram constantes e marcaram a diferença. Esta tese também é sua. O meu muito obrigado!

À Professora Doutora Ana Paula Relvas pelo rigor e visões tão sábias. O seu “toque” pessoal, ideias e sugestões fizeram-me descobrir e ir ao encontro de novos caminhos no concretizar deste trabalho. Obrigado professora!

Aos meus pais pela confiança e apoio incondicional. Sem eles tudo seria muito mais difícil. Um bem haja à presença de ambos em toda a minha vida.

À Daniela pelo carinho e amor inconfundível mas também pela ajuda constante ao longo de toda a “caminhada” académica.

Ao meu tio Zé pela inspiração e força que acrescentou em mim.

Aos meus amigos e colegas que foram sempre um apoio em qualquer área da vida, o meu muito obrigado!

Índice

Introdução	7
I – Enquadramento conceptual	7
II – Objetivos	16
III – Metodologia	17
3.1. Seleção dos estudos: Critérios e Procedimento	17
IV – Resultados	18
4.1. <i>Design</i> dos estudos e Análise de dados	18
4.2. Características da amostra	24
4.3. Variáveis em estudo	36
4.4. Descrição dos Resultados	39
4.4.1. <i>Vulnerabilidade ao stress</i>	40
4.4.2. <i>Coping</i>	46
4.4.3. Perceção da qualidade de vida	60
V – Discussão	76
5.1. Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> Familiar	77
5.2. Estratégias de <i>Coping</i> Familiar	80
5.3. Perceção da Qualidade de Vida Familiar	83
5.4. Relação entre <i>Stress</i> , <i>Coping</i> e QdV Familiar.....	86
VI – Conclusões	86
Referências Bibliográficas	89

Índice de tabelas

Tabela 1: Apresentação e caracterização genérica dos 26 estudos selecionados	20
Tabela 2: Características dos estudos - tema “Doença Crónica”	24
Tabela 3: Características dos estudos – tema “Ciclo Vital da Família”	28
Tabela 4: Características dos estudos – tema “Género”	32
Tabela 5: Características dos estudos - tema “Variações ao Ciclo Vital”	34
Tabela 6: Características dos estudos - tema “Processo de luto”	35
Tabela 7: Variáveis em Estudo	38
Tabela 8: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Stress para a população “Doença Crónica”	41
Tabela 9: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Stress para a população “Ciclo vital da família”	42
Tabela 10: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Stress para a população “Género”	44
Tabela 11: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Stress para a população “Variações ao ciclo vital da família”	45
Tabela 12: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável coping para a população “Doença Crónica”	47
Tabela 13: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Coping para a população “Ciclo vital da família”	52
Tabela 14: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Coping para a população “Género”	55
Tabela 15: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Coping para a população “Variações ao ciclo vital”	56
Tabela 16: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Coping para a população “Processo de luto”	59
Tabela 17: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Doença crónica”	61
Tabela 18: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Ciclo Vital da Família”	65
Tabela 19: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Género”	70
Tabela 20: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Variações ao ciclo vital”	72
Tabela 21: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Processo de luto”	75
Tabela 22. Presença ou ausência de influência nas variáveis em estudo	77

Introdução

As variáveis *Stress*, *Coping* e Qualidade de vida familiar parecem integrar um triângulo, cuja compreensão em muito pode favorecer a prática clínica, tanto com famílias, como com os seus diferentes subsistemas. Em Portugal, têm sido desenvolvidos alguns estudos neste âmbito, sendo a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em particular a área de especialização em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, responsável pela produção de cerca de cinquenta estudos de Mestrado Integrado, focados nas referidas variáveis. Desta forma, parece pertinente recolher este material e agrupá-lo, no sentido de potencializar cientificamente toda esta produção como uma análise articulada e aprofundada dos resultados obtidos.

Com o presente estudo pretende-se contribuir para a construção do conhecimento articulado destas três variáveis - *Stress*, *Coping* e Qualidade de vida familiar – através da revisão sistemática dos estudos supracitados, realizados entre 2007 e 2010. Do ponto de vista científico, este trabalho permitirá delinear investigações futuras; do ponto de vista teórico facilitará a interpretação integrada dos resultados decorrentes dos estudos analisados e, finalmente, do ponto de vista clínico, fornecerá indicadores relevantes, quer para a prevenção, como para a intervenção familiar.

I – Enquadramento conceptual

O indivíduo não pode ser dissociado do que o rodeia, sendo, muitas vezes, necessária alguma negociação emocional com o meio, nomeadamente, com a família (Benoit, 1997). A compreensão deste subsistema (a família) está longe de constituir um processo linear, uma vez que não é possível considerar uma família tipo, mas antes diversos tipos de família (Serra, 2002). O próprio conceito de família remete para uma infinidade de possibilidades estruturais, como se verifica na definição de Minuchin (2008). Este (2008) conceptualiza a família como um grupo de pessoas interligadas através do “sangue”, das emoções e das vivências conjuntas, por tempo suficiente, para que possam ter desenvolvido padrões de interação, assim como histórias, explicativas desses mesmos padrões de

interação. O autor (2008) acrescenta, ainda, que são essas interações padronizadas que constroem a família, isto é, os membros da família adaptam-se às regras que fixam as funções e os papéis de cada um na teia familiar, proporcionando assim o bom funcionamento do sistema, a antecipação de respostas e oferecendo alguma segurança. Estes padrões carecem de readaptações, por exemplo, quando surgem situações de crise(s) esperada(s) ou inesperada(s) (Alarcão, 2000) (ex.: divórcio, adolescência do primeiro filho, morte de ente querido), obrigando as famílias a (re)ativar mecanismos para lidar com esses problemas (Gammer & Cabié, 1999). Neste sentido, crise e *stress* associam-se.

1.1. O conceito de crise

Minuchin (1979) distingue dois tipos de pressão a que a família pode estar sujeita - pressão interna e pressão externa. Assim, segundo este autor (1979), a pressão interna diz respeito às fases de desenvolvimento que a família tem obrigatoriamente de experimentar (crises normativas), enquanto que a pressão externa refere-se às exigências de adaptação dos membros da família às instituições sociais que sobre eles têm influência (crises inesperadas) (Minuchin, 1979). Por outras palavras, e considerando as ideias de Ausloos (2003), as crises normativas implicam dificuldades que são colocadas às famílias (pressões internas), enquanto as crises inesperadas se relacionam com dificuldades ou problemas que são impostos às famílias. Ausloos (2003) defende, igualmente, que relativamente às crises normativas, a resolução passa exclusivamente pela activação de competências e de recursos da família e, embora possa requerer-se ajuda terapêutica, não deve ser introduzida informação externa, sendo este um dos seus postulados. Independentemente da distinção entre pressões internas e externas, o *stress* familiar é maior nos períodos de transição do ciclo vital da família e as manifestações desse *stress* tendem a aparecer quando há alguma interrupção no desenvolvimento do ciclo de vida familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Tanto as crises normativas como as crises inesperadas implicam um período de transição, marcado por sentimentos de incerteza, muitas vezes ambivalentes, de insatisfação, de pesar, de ansiedade ou de insegurança que exigem um processo de ajustamento, alguma reorganização, consolidação e adaptação (McCubbin & Patterson, 1982 citado por Olson et al ., 1983). A justaposição de crises normativas e de crises inesperadas irá complexificar o

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

modo de adaptação das famílias, colocando-as no limite dessa adaptação (Relvas, 2005). Em síntese, estas crises, previsíveis ou não, caracterizam-se pela existência de conflitos psicológicos e interpessoais (Olson et al., 1983). De maneira que qualquer crise implica grande *stress* para a família, sendo a sua significação, isto é, o modo como essas crises são interpretadas pela família, historicizada, ou seja, enquadrada no processo evolutivo da família e desse modo significada por ela (Relvas, 2005).

1.2. O conceito de *Stress*

O *stress* familiar é um estado de tensão que resulta de uma exigência atual ou percebida que requer uma adaptação ou um ajuste do comportamento (McCubbin & Patterson, 1982). Segundo Hill (1949) os elementos *stressores* podem ser constituídos por qualquer evento de vida ou acontecimento com magnitude suficiente para provocar uma mudança no sistema familiar (Hill, 1949 citado por McCubbin, 1980). Por sua vez, atendendo a uma perspectiva mais micro, Salvador Minuchin (1979) especifica quatro fontes principais de *stress* a que o sistema familiar pode estar sujeito: contato de um membro da família com *stress* extra-familiar (e.g., problemas laborais); contato de toda a família com uma fonte de *stress* extra-familiar (e.g., crise económica); *stress* relativo aos períodos de transição do ciclo vital da família (normativo) (e.g., nascimento do primeiro filho); *stress* que é provocado por problemas particulares (e.g., doença, acidente, conflitos). No entanto, o *stress* não é inerente ao próprio acontecimento, ele é concebido em função da resposta da família face ao elemento *stressor* (Hill, 1949 citado por McCubbin, 1980) e por sua vez, a própria resposta familiar depende da integração das experiências da família e dos seus elementos (Olson et al., 1983). Quanto a este último aspeto, segundo o *Family Adjustment and Adaptation Response Model* (FAAR Model) (Patterson, 1989, citado por Relvas, 2005), a família lida com o *stress* segundo três níveis. Os três níveis de significados a que o modelo dá ênfase, encontram-se inter-relacionados: significados situacionais; identidade familiar e ponto de vista da família sobre o mundo (Patterson, 1989, citado por Relvas, 2005). Referimos este modelo, especificamente, devido ao facto de ser um modelo que na perspectiva sistémica se tem revelado muito consensual na prática clínica e por sublinhar a importância da definição que é feita pela família acerca do acontecimento *stressante*,

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

assim como do significado que lhe atribui (Relvas, 2005).

Quanto à avaliação desta variável, podemos destacar o instrumento FILE (Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida), desenvolvido originalmente em 1983 por McCubbin, Patterson e Wilson, com o objetivo de avaliar variáveis relacionadas com o *stress* e com as tensões que ocorrem ao longo do ciclo vital da família referentes a acontecimentos de vida normativos e não-normativos e mudanças cumulativas. Na sua versão original, o inventário é constituído por 71 *itens* que se encontram agrupados em nove fatores: “tensões intra-familiares”; “tensões conjugais”; “tensões relativas à gravidez e maternidade”; “tensões relativas a questões financeiras”; “tensões/mudanças familiares devido ao trabalho”; “tensões relacionadas com problemas ou cuidados de saúde”; “perdas”; “movimento de “entradas e saídas” na família”; “problemas legais”. Este inventário de auto-resposta avalia a frequência da ocorrência dos *itens* no período correspondente ao último ano e permite, também, avaliar alguns acontecimentos anteriores a este período. Trata-se de uma escala de resposta dicotómica (Sim/Não), sendo a ocorrência do evento cotada com um ponto e a ausência cotada com zero. Desta forma, quanto mais elevado o resultado maior é o nível de *stress* na família. Vaz Serra et al. (1990) procederam à adaptação portuguesa desta escala que se revelou um instrumento com boas qualidades psicométricas, na população portuguesa, apesar da sua estrutura factorial não se ter mostrado suficientemente forte.

Os principais elementos *stressantes* do equilíbrio familiar, podem relacionar-se com as seguintes áreas: recursos pessoais dos membros da família; recursos do sistema interno da família; apoio social e *coping* (McCubbin et al., 1980). Analisemos, sucintamente, cada um deles. Os recursos pessoais dos membros da família referem-se à vasta gama de reservas e auxiliares característicos de cada membro da família para momentos de necessidade, estes podem ser divididos em quatro componentes básicos: componente financeira, educação (no sentido de habilitações cognitivas necessárias à resolução de problemas e real perceção do *stress*), saúde (física) e recursos psicológicos, nomeadamente, características de personalidade (George, 1980 citado por McCubbin et al., 1980). Os recursos do sistema interno da família dizem respeito ao modo como esta gere esses recursos, em situações de *stress*, como por exemplo, a

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

capacidade de resolução de problemas (McCubbin et al., 1980). O apoio social tem-se revelado como um importante mediador nos efeitos do *stress* familiar (McCubbin et al., 1980) e um dos mais importantes determinantes do bem-estar psicológico (Kotkamp-Mothes et al., 2005). É um importante promotor da recuperação bem como do poder regenerativo da família (McCubbin et al., 1980). Quanto ao *coping*, de um ponto de vista cognitivo, refere-se à forma como os membros da família alteram as suas percepções subjetivas de situações *stressantes*; de um ponto de vista sociológico, pode ser entendido como um conjunto de ações direcionadas para a mudança das condições *stressantes* (McCubbin et al., 1980). Assim, parece que associado à ideia de *stress* e/ou crise surge, inevitavelmente, o conceito de *coping*.

1.3. Do *coping* individual ao *coping* familiar

Numa perspetiva focada no indivíduo, o *coping* remete para o desenvolvimento de esforços comportamentais ou cognitivos que possam responder às crises que vão ocorrendo ao longo do tempo, conduzindo a um adequado ajustamento (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Contudo, a família transcende a esfera individual e a função do *coping* familiar remete para a adaptação, através dos dados inscritos na estrutura familiar, às exigências que o meio social, cultural e que os próprios membros da família colocam (Caillé & Rey, 2003). Por exemplo, no que respeita ao casal, são frequentes os conceitos de *stress* diádico e *coping* diádico, definidos como partes de um processo interpessoal que envolve ambos os membros do casal (Revenson, Kayser, & Bondenmann, 2005). Em termos familiares, o *coping* continua a ser definido como um processo interpessoal, mas ainda mais complexo, uma vez que remete, de acordo com Lopes (2007), para as ações que todo o sistema implementa para remover o *stressor*, viver com as dificuldades, ou desenvolver novos recursos em resposta a uma crise. Desta forma, o *coping* familiar pode ser visto como uma resposta direta às exigências colocadas à família perante o esgotamento dos seus recursos (Ran Tak & McCubbin, 2002). Por vezes, mudanças sistémicas são necessárias no sentido da restauração de alguma estabilidade funcional e da melhoria da satisfação familiar face ao fator *stressante* (Ran Tak & McCubbin, 2002). Segundo Olson et al. (1983) o *coping* familiar engloba um conjunto de processos cognitivos, afetivos e comportamentais que a família vai criando e modificando, em função do elemento que gera *stress*. A modificação destes

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

processos é fundamental, uma vez que, “aquilo que se define como um *coping* bem-sucedido, tendo em conta o seu impacto no foco de interesse” (Duangdao & Roesch, 2008), parece ter uma natureza variável (Olson et al., 1983). Esta última ideia é partilhada por Vaz Serra (1999) que considera que a eficácia das estratégias de *coping* depende de dois elementos principais: os recursos que o indivíduo possui e o tipo de problema com que este se defronta, sendo que mesmo uma estratégia eficaz, dificilmente o será em todas as circunstâncias. Como tal, parece fazer todo o sentido a ideia de que as pessoas que diversificam os comportamentos de *coping* experienciam menos sofrimento (McCubbin & Patterson, 1984). O Modelo ABCX de Hill (1965, citado por Carlson & Cervera, 1991) oferece uma perspectiva mais sistémica da ideia de Vaz Serra supracitada, ao considerar que a capacidade de reação da família à crise é influenciada pelas características e dificuldades que estão associadas ao acontecimento e também pelas estratégias de *coping* usadas (Carlson & Cervera, 1991).

As estratégias de *coping* dividem-se, fundamentalmente, em estratégias orientadas para enfrentar e lidar com o problema e estratégias orientadas para evitar o problema (Soderstrom, Dolbier, Leiferman, & Steinhardt, 2000). As primeiras constituem tentativas ativas para resolver/eliminar o elemento que provoca *stress*, enquanto as segundas destinam-se, fundamentalmente, a reduzir a tensão emocional associada ao elemento *stressor*. As estratégias de *coping* orientadas no sentido de enfrentar o acontecimento *stressante* têm sido associados a menor *stress* e menos doenças (Soderstrom, Dolbier, Leiferman, & Steinhardt, 2000). As estratégias de *coping* familiar não são inatas, segundo Morais (2008) estas vão se desenvolvendo ao longo da vida em função de factores como: o elemento que gera *stress*, o significado que a família lhe atribui, as características pessoais de cada elemento da família, a cultura e, por último, as opções que se encontram disponíveis no momento. Uma vez ativas, as estratégias de *coping* permitem diminuir a vulnerabilidade ao *stress*; reforçar ou manter os recursos que a família possui e que lhes permite protegerem-se do impacto total dos problemas; reduzir ou eliminar o impacto dos acontecimentos geradores de *stress* e das suas dificuldades específicas; mobilizar o processo de influência ativa do meio, permitindo alterar as circunstâncias sociais, de modo a facilitar a adaptação da família, à situação

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

difícil com que se depara (Olson et al., 1983).

Um dos instrumentos mais conhecidos para avaliar o *coping* familiar é o F-COPES (Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família) (Olson et al., 1983). Esta escala avalia dois grandes tipos de estratégias de *coping* familiar, designadamente, estratégias internas e estratégias externas (Olson et al., 1983). As estratégias internas relacionam-se com a forma como cada indivíduo lida com as dificuldades através do uso dos recursos que existem dentro da sua família e as estratégias externas têm que ver com o comportamento que cada membro da família adota para adquirir recursos fora da sua família (Olson et al., 1983). Especificando, as estratégias internas que a escala mede são o reenquadramento e a avaliação passiva (Olson et al., 1983). A primeira tem que ver com a capacidade da família para redefinir as experiências que lhe provocam *stress*. A segunda refere-se a atitudes menos ativas da família quando confrontada com *stress*, ou seja, a responsabilidade e a auto-iniciativa são minimizadas, adotando-se uma avaliação passiva das situações/dificuldades (Olson et al., 1983). As estratégias externas são: adquirir apoio social (capacidade da família para se envolver ativamente na utilização de recursos provenientes da rede primária ou secundária); procura de apoio espiritual (capacidade da família para conseguir apoio espiritual); mobilizar a família para conseguir e aceitar ajuda (capacidade da família para procurar recursos na comunidade e aceitar a ajuda dos outros). A estratégia de *coping* “procurar suporte espiritual” foi, neste estudo de Olson e colaboradores (1983), considerada a mais útil das cinco estratégias apresentadas, é preciso contudo referir que a amostra era constituída por pessoas com forte orientação religiosa. O “reenquadramento” foi a segunda estratégia mais relatada. As famílias tendiam a usar esta estratégia, não só para minimizar situações problemáticas mas também para afastar potenciais problemas que pudessem surgir (Olson et al., 1983).

O tipo de estratégias de *coping* que as famílias utilizam para fazer face ao *stress* a que estão sujeitas durante as diferentes fases do ciclo vital ou outras situações de crise está, necessariamente, associado ao conceito de qualidade de vida familiar (Morais, 2008).

1.4. (In) Definição de qualidade de vida

Definir o conceito de qualidade de vida mostrou-se uma tarefa bastante difícil, talvez, devido à banalização a que o mesmo tem sido sujeito

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

e ao seu carácter subjetivo, uma vez que cada pessoa tende a usar os seus próprios indicadores para definir a sua qualidade de vida. Para além disso, trata-se de um conceito multidimensional, pelo facto de abranger dimensões objetivas, como a forma física e a educação, e dimensões subjetivas, como a satisfação e a felicidade (Simões, 2008). Apesar disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial de Saúde, 1997 citado por Canavarro et al., 2006, p.16). Para Felce e Perry (1996) a qualidade de vida refere-se a um bem-estar geral assente em avaliações objetivas e subjetivas, de natureza física, social, emocional e ainda no desenvolvimento pessoal (Felce & Perry, 1996 citado por Feigin et al., 2008). Frisch (1994) corrobora a definição anterior mas acrescenta que a qualidade de vida terá por base dois componentes: contentamento perante a vida e afetos positivos/negativos (citado por Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000).

Importa sublinhar a ideia defendida por Fagulha et al. (2000) que este constructo pode ser um importante indicador da saúde das famílias, permitindo, a prevenção de eventuais perturbações, físicas ou psicológicas, neste sistema. Para além disso, a sua relevância ganha ainda mais destaque no contexto científico e tecnológico actual, cujos avanços têm conduzido a um aumento da esperança média de vida, dando espaço a uma maior atenção à “qualidade de vida” dos indivíduos e das famílias (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000). Para a qualidade de vida familiar contribuem aspetos emocionais, cognitivos, sociais, existência de redes de suporte social e a capacidade de integração dos membros da família na comunidade (Olson et al., 1983). Para além disso, e apesar de um nível elevado de desenvolvimento económico não significar, necessariamente, uma boa qualidade de vida, este é um importante fator a considerar (Morais, 2008).

A qualidade de vida familiar pode ser medida por dois métodos distintos, por um lado através de uma avaliação objetiva da qualidade de vida (e.g. indicadores sociais e económicos); por outro, através de uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (satisfação percecionada pelo indivíduo tendo em conta a sua realidade objetiva) (Olson et al., 1983). Um dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida familiar é o *Quality of*

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Life, um inventário de auto-resposta, desenvolvido por David Olson e Howard Barnes (1982, citado por Olson et al., 1985) que pretende avaliar a percepção individual de bem-estar subjectivo e a satisfação com a vida. É utilizada uma escala de resposta, tipo *Likert*, com cinco pontos, em que 1 corresponde a “insatisfeito” e 5 a “extremamente satisfeito”. Este instrumento apresenta duas versões, uma destinada a pais (Formulário parental) e outra destinada a adolescentes (Formulário para adolescentes). Em termos de cotação, um resultado mais elevado irá corresponder a um nível superior de satisfação com a vida. A versão original desta escala permite obter dois resultados principais: um *score* global e onze *scores* parciais correspondentes a cada uma das onze dimensões: “Vida familiar” (Fator 1), “Amigos” (Fator 2), “Família alargada” (Fator 3), “Saúde” (Fator 4), “Lar” (Fator 5), “Educação” (Fator 6), “Lazer” (Fator 7), “Religião” (Fator 8), “*Mass media*” (Fator 9), “Bem-estar económico-financeiro” (Fator 10), “Vizinhança e Comunidade” (Fator 11) (Marques, 2008).

Numa perspetiva familiar do estudo da qualidade de vida, o foco é colocado, como vimos, na satisfação subjetiva, ou seja, a satisfação em relação a cada domínio é um julgamento individual e subjetivo (Olson et al., 1983).

Em suma e relacionando os três principais conceitos anteriores (*stress*, *coping* e qualidade de vida), podemos dizer que a par das situações de *stress* surge a necessidade de modificar e ajustar comportamentos, ações e funções da estrutura funcional familiar, para que se tornem mais adaptadas às exigências impostas - *coping* (Coelho, 2009). Por consequência, a qualidade de vida familiar está fortemente dependente da reestruturação familiar supracitada, da abertura ao exterior e da procura de novas relações e atividades (Olson et al., 1983). Para além disso, também poderemos inferir que a qualidade de vida familiar terá influência nas estratégias de *coping* mobilizadas, verificando-se uma relação circular entre estes três aspetos. Estas três variáveis (*Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar) foram estudadas em investigações efetuadas pelos alunos do quinto ano da área de especialização em Sistémica, Saúde e Família do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, entre 2007 e 2010. O presente trabalho constitui

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

uma revisão sistemática que tem como objetivo principal, sintetizar e avaliar as evidências desses estudos. De acordo com o que se entende por revisão sistemática, este trabalho procura reunir, avaliar e sintetizar os vários estudos efetuados, utilizando-os como fonte de dados (Sampaio & Mancini, 2007) para uma análise dos resultados emergentes dos vários estudos (Higgins & Green, 2006), integrando-os em conclusões rigorosas (Sampaio & Mancini, 2007). Este trabalho pretende fazer jus às principais funções de uma revisão sistemática (Sampaio & Mancini, 2007): 1) integrar eficientemente a informação válida; 2) fornecer uma base de dados sobre informação relevante; 3) estabelecer comparação entre resultados consistentes e resultados divergentes nos vários estudos; 4) reduzir o risco de resultados incongruentes, proporcionando resultados mais confiáveis, 5) oferecer melhores conclusões e tomadas de decisão e, por último, 6) constituir um estudo geral sobre determinado assunto, mais completo, rigoroso e atual. Face ao explicado, a pertinência do presente estudo justifica-se em três níveis: científico, no sentido em que permite perceber o que foi estudado nesta área do conhecimento sistémico e, por outro lado, a que questões falta responder, fornecendo pistas para futuras investigações; teórico, porque permite integrar o conhecimento decorrente dos estudos analisados numa linha de compreensão global; e clínico, uma vez que os resultados decorrentes podem proporcionar indicadores para o desenvolvimento de modelos de prevenção e de intervenção familiar.

II - Objetivos

Este trabalho, como já referimos, constitui uma revisão sistemática que tem por objetivo principal, sintetizar, avaliar e integrar as evidências de 26 estudos, realizados entre 2007 e 2010, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, acerca de três construtos: *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar.

Pretendem-se atingir os seguintes objetivos específicos:

- a) Perceber quais as populações mais estudadas nesta área;
- b) Identificar os principais resultados / conclusões transversais às diferentes populações;
- c) Identificar os principais resultados / conclusões específicos de

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

- cada população;
- d) Identificar resultados / conclusões contraditórias;
 - e) Propor uma relação fundamentada entre as três variáveis estudadas através das redundâncias encontradas, transversalmente às diferentes populações, em termos de resultados.

III – Metodologia

O ponto de partida para a realização do presente estudo, passou pela elaboração de um protocolo de trabalho, no qual 1) se reflectiu acerca da pertinência/necessidade de elaboração de uma revisão sistemática sobre o tema em causa (Cf. Introdução) e, 2) onde se definiram os principais objetivos a atingir (Cf. Objectivos), 3) bem como a metodologia a utilizar nesse sentido. É a última que se apresenta nesta secção.

3.1. Selecção dos estudos: Critérios e Procedimento

Os critérios de inclusão subjacentes à selecção dos estudos a analisar no presente trabalho prenderam-se, sobretudo, com as variáveis dependentes em estudo, com a instituição e sub-área de especialização produtora desses estudos e, por fim, com o contexto de realização desses trabalhos. Ou seja, incluíram-se todos os estudos focados nos temas *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar, elaborados pelos Mestrandos (Mestrado Integrado em Psicologia 2007-2010), da área de especialização em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família. Para tal, foi solicitada, institucionalmente, uma lista com todos os trabalhos de Mestrado Integrado e seleccionaram-se, através da leitura dos seus resumos, aqueles que avaliavam variáveis como o *Stress*, *Coping* e/ou Qualidade de Vida Familiar. Posteriormente, 12 estudos foram excluídos, apesar de preencherem estes critérios de inclusão, porque abordavam temáticas muito específicas (e.g., reclusos, sobredotados), dificultando a sua comparação sistemática com os demais, em termos de pontos de convergência ou divergência. Deste processo, resultou uma selecção de 26 dissertações de Mestrado Integrado subordinadas a diferentes temas: doença crónica (N=11), ciclo vital da família (N=8), variações ao ciclo vital da família (N=2), *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

diferenças de género (N=3) e processo de luto (N=2).

Os estudos selecionados foram analisados por dois avaliadores. Inicialmente, procedeu-se a uma síntese das principais características metodológicas e dos resultados para cada um dos estudos avaliados atendendo aos seguintes critérios: *design* metodológico, técnicas de análise de dados, métodos de recolha da amostra, características da amostra, variáveis analisadas e principais resultados em função dessas variáveis. Posteriormente, esta análise foi realizada numa perspetiva comparativa entre os diferentes estudos de cada tema - doença crónica, ciclo vital da família, variações ao ciclo vital da família, diferenças de género e processo de luto, focando-se nas variáveis dependentes (*Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar) e sua variância em função das variáveis independentes (e.g., variáveis demográficas).

Concluída a fase da análise dos resultados, procedeu-se à discussão dos mesmos, procurando-se responder aos objectivos orientadores do presente trabalho.

IV - Resultados

Na presente secção, para além da descrição dos resultados propriamente dita, dedicam-se três pontos iniciais à apresentação de dados relativos a aspetos metodológicos dos trabalhos em estudo. O objetivo subjacente a esta decisão consiste em facultar ao leitor informações precisas e úteis para a integração de resultados apresentada na discussão.

4.1. *Design* dos estudos e Análise de dados

Na tabela seguinte (Tabela 1) serão apresentados os 26 estudos que foram recolhidos e selecionados para a presente revisão sistemática ao tema em foco. A apresentação dos mesmos obedecerá a uma ordem cronológica do respetivo ano de realização.

Todos os estudos (N=26) analisados seguem uma metodologia quantitativa e obedecem a um plano analítico-transversal, isto é, explicam os resultados através do exame das relações estatísticas entre as variáveis, num único momento de avaliação e são subordinados a uma ou mais questões

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

científicas, cujas hipóteses pretendem esclarecer uma dada associação entre uma exposição, em particular, e um efeito específico (Ribeiro, 1999). Destes, a maioria (N=17) são de natureza exploratória, isto porque se focam em temas pouco pesquisados e sobre os quais ainda não havia material bibliográfico significativo (Maroco, 2005). Os restantes 9 estudos apresentam-se como estudos confirmatórios. Foi utilizado grupo de controlo/comparação, na maioria dos casos da população geral, em 15 da totalidade destes estudos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Os procedimentos estatísticos utilizados passaram pela realização de análises descritivas, comparação de grupos, análise da variância e correlações. Para o efeito, foram testados os pressupostos (e.g., normalidade; homogeneidade das variâncias) subjacentes a estas estatísticas em todos os estudos analisados (N=26), justificando, assim, a escolha entre estatística paramétrica ou não paramétrica.

Tabela 1: Apresentação e caracterização genérica dos 26 estudos selecionados.

Objetivo/ Autor	Instrumentos	Tipo de Estudo e Método
Comparação da Qualidade de vida, <i>Stress</i> e <i>Coping</i> em famílias 1) com doença crónica, 2) com doença não crónica, 3) com as duas condições anteriores simultaneamente. Lopes (2007)	FILE ¹ F-COPES ² QOL ³	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo – transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Grupo de controlo. • 3 grupos comparativos⁵
Estabelecimento de relação entre doença crónica, Qualidade de vida, <i>Stress</i> e <i>Coping</i> e o impacto nestas variáveis do sexo, da idade, nível socioeconómico. Carvalho (2007)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo. • 4 grupos comparativos.
Relação entre a existência de diabetes e o impacto desta doença na qualidade de vida, <i>Stress</i> e <i>Coping</i> . Feliz da Fonseca (2007)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo – transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo. • 2 grupos comparativos.
Avaliação da existência de relações entre as configurações estruturais das famílias e do <i>Coping</i> . Azevedo (2007)	F-COPES	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo. • 2 grupos comparativos.
Análise da vulnerabilidade ao <i>Stress</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de vida em função das etapas do ciclo vital da família. Vilaça (2007)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo. • Publicada (2010) em <i>Mosaico</i>, 43.
Análise de eventuais diferenças de género na percepção do <i>Stress</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de vida familiares e do efeito das variáveis idade e nível sócioeconómico em ambos os sexos nessa mesma percepção. Nabais (2007)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Sem grupo de controlo. • Publicada (2010) em <i>Mosaico</i>, 43.
Comparação do <i>Coping</i> e da Qualidade de vida entre famílias com crianças em idade escolar com asma e famílias com crianças em idade escolar sem asma. Passarinho (2008)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Com grupo de controlo.

Tabela 1: Apresentação e caracterização genérica dos 26 estudos selecionados (Cont.)

Objetivo/ Autor	Instrumentos	Tipo de Estudo e Método
Análise das estratégias de <i>Coping</i> e da Qualidade de Vida numa amostra composta por mulheres sem cancro da mama e mulheres com cancro da mama. Portugal (2008)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Com grupo de controlo.
Avaliação do modo como as etapas do ciclo vital “Famílias Lançadoras” e “Ninho Vazio” podem influenciar o <i>Stress</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de Vida. Morais (2008)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo.
Análise, em adolescentes, da relação existente entre o <i>Coping</i> e a Qualidade de vida e o do género, idade, local de residência, nível socioeconómico e habilitações literárias. Batista (2008)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo.
Análise das estratégias de <i>Coping</i> em função das etapas do ciclo vital da família. Coutinho (2008)	F-COPES	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Sem grupo de controlo.
Avaliação da relação entre a qualidade de vida e as etapas do ciclo vital da família e diferentes formas de família, a influência do género e do nível socioeconómico. Marques (2008)	QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Sem grupo de controlo.
Análise do impacto das formas de família (famílias pós-divórcio e famílias reconstruídas) e de variáveis como a idade, género, nível socioeconómico, área de residência e religião no <i>Stress</i> familiar, Qualidade de vida e no <i>Coping</i> . Amâncio (2008)	FILE F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo.
Avaliação das estratégias de <i>Coping</i> e da qualidade de vida em função da morte de uma pessoa significativa (parente, amigo, colega ou namorado). Dores (2008)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo.
Análise do <i>Coping</i> e das forças familiares percebidas, numa amostra composta por adultos normovisuais e por adultos com deficiência visual. Couto (2009)	F-COPES QFF⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo qualitativo e quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Grupo de controlo.

Tabela 1: Apresentação e caracterização genérica dos 26 estudos selecionados (Cont.)

Objetivo/ Autor	Instrumentos	Tipo de Estudo e Método
Comparação do <i>Coping</i> , da Qualidade de vida e das Forças familiares entre sujeitos portadores de Paramiloidose e sujeitos pessoas não portadores de Paramiloidose. Viegas (2009)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo.
Comparação do <i>Coping</i> e da Qualidade de vida entre adolescentes com doença crónica (Fenilcetonúria) e sem doença crónica (recolhidos da população geral). Almeida (2009)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo. • Publicada (2011) em <i>Mosaico</i>, 51.
Comparação do <i>Stress</i> e <i>Coping</i> entre pais de crianças e jovens com doença crónica e pais e pais de crianças e jovens sem doença crónica da população geral. Costa (2009)	FILE F-COPES	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Grupo de controlo.
Comparação das estratégias de <i>Coping</i> e da Qualidade de vida familiares entre adolescentes com diabetes tipo I e adolescentes sem doença crónica. Santos (2009)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo.
Comparação do <i>Coping</i> , Qualidade de vida e Forças familiares entre mulheres primíparas e com filhos até 1 ano de idade e por mulheres em diferentes fases do ciclo vital familiar de modo a avaliar a perspetiva materna. Pereira (2009)	F-COPES QOL QFF	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo.
Comparação da Qualidade de vida e Forças familiares entre sujeitos com presença de doença crónica e sujeitos que não sinalizaram doença crónica na família. Borges (2010)	QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Grupo de controlo.
Análise sobre fatores relacionados com a Qualidade de vida e o uso de estratégias de <i>Coping</i> ao longo das várias etapas do ciclo vital. Vaz (2010)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análise da variância. • Sem grupo de controlo.
Análise da influência do género sobre a qualidade de vida e resiliência familiares. Feliciano (2010)	QOL QFF	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo. • Publicada (2011) em <i>Mosaico</i>, 48.

Tabela 1: Apresentação e caracterização genérica dos 26 estudos selecionados (Concl.)

Objetivo/ Autor	Instrumentos	Tipo de Estudo e Método
Análise da influência do género sobre o <i>Stress</i> e <i>Coping</i> . Oliveira (2010)	FILE F-COPES	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo..
Comparação do <i>Coping</i> e da Qualidade de vida em famílias nucleares intactas, famílias pós-divórcio e em famílias reconstituídas. Rica (2010)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: variância e correlação. • Sem grupo de controlo.
Comparação da Qualidade de vida e do <i>Coping</i> entre sujeitos que experienciaram a perda de alguém significativo e o concomitante processo de luto e sujeitos que referiram não terem perda de pessoas significativas. Durão (2010)	F-COPES QOL	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo - transversal. • Amostragem de conveniência. • Comparação de médias (amostras independentes); análises: factorial a e correlação. • Grupo de controlo

¹ *Family Inventory of Life Events and Changes* (FILE; H. I. McCubbin, J. M. Patterson & L. R. Wilson, 1981); Versão portuguesa - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida – Adaptado em 2007 por A.P. Relvas; I. Alberto & C- Martins e validado em 2008. Permite determinar o índice de vulnerabilidade familiar às tensões normativas e inesperadas.

² *Family Crisis Oriented Personal Scales* (F-COPES; H. C. McCubbin, D. H. Olson & A. S. Larsen, 1981); Versão Portuguesa – Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família – de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira e M. C. Sousa Canavarro, em 1990; Adaptado em 2007 por A.P. Relvas; I. Alberto & C. Martins e validado em 2008. Permite avaliar a percepção das estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias face a problemas e a dificuldades. Estas estratégias englobam a mobilização de recursos familiares, sociais e comunitários.

³ *Quality of Life* (QL; David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982). Versão Portuguesa - Qualidade de Vida – Adaptado em 2007 por A.P. Relvas; I. Alberto & J. Simões e validado em 2008. Permite avaliar indicadores da percepção individual de bem-estar ou satisfação com a vida familiar.

⁴ Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007). Permite avaliar os critérios de funcionamento familiar resiliente com base na proposta de caracterização dos processos de resiliência familiar apresentada por Walsh (2003), organizados de acordo com três processos (sistema de crenças familiares, processos organizacionais, comunicação e resolução de problemas).

⁵ Os grupos comparativos referem-se a grupos experimentais que têm o objetivo de isolar determinada variável, no sentido de perceber as influências que poderão vir a sofrer perante a manipulação das variáveis independentes.

4.2. Caraterísticas da amostra

Nas tabelas seguintes serão apresentadas as principais caraterísticas dos 26 estudos, nomeadamente, eventuais subtemas e caraterização sociodemográfica das amostras. A apresentação dos respetivos dados obedecerá a uma ordem cronológica por tema, isto é, serão apresentados os estudos por temas, seguindo uma ordem, igualmente, cronológica.

Tabela 2: Caraterísticas dos estudos - tema “Doença Crónica”

Caraterísticas dos estudos – Doença Crónica		
Investigação/ Subtema	Caraterização sociodemográfica das amostras	Observações
Lopes (2007) Doença Crónica (não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 33,6% e feminino 66,4%. • Idade: mínima 14 anos; máxima 74 anos; 14-23 anos 6,5%; 24-33 anos 12,3%; 34-43 anos 14,6%; 44-53 anos 16,5%; 54-63 anos 23%; 64-73 anos 19,9%; >74 anos 7,3%. <i>M=*</i>; <i>Dp=*</i> • Estado civil: solteiro 9,2%; casado 73,4%; união de facto 2,6%; divorciado 4,8%; viúvo 5,5%; separado 1,1%. • Escolaridade: < 4º ano 8,3%; 4º ano 40%; 6º ano 12,5%; 9º ano 22,9%; 12º ano 10%; ensino médio 4,2%; ensino superior 12,1%. • Residência: pred. urbana 77,3%; medianamente urbana 10%; rural 12,6%. • Nível socioeconómico: baixo 55,4%; médio 40,6%, elevado 4,1%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecte:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 270</p> <p>Compara qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> entre os seguintes grupos amostrais: Sujeitos com doença crónica (n = 85); Sujeitos com doença não crónica (n = 36); Sujeitos com doença crónica e não crónica (n = 96); Sujeitos sem doença (n = 53).</p>
Carvalho (2007) Doença Crónica (não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 40,3%; feminino 67,3%. • Idade: mínima 14; máxima 84 anos; %* <i>M=51,64 anos</i>; <i>DP=16,879 anos</i>. • Estado civil: casado 75,8%; solteiro 10,9%; divorciados/separados/viúvos 13,2%. • Escolaridade: < 4º ano 10,9%; 4º ano 35,9%; 6º ano 9,7%; 9º ano 19%; 12º ano 9,7%; ensino médio 2,8%; ensino superior 10,9%. • Residência: predom. urbana 77,3%; medianamente urbana 10%; rural 12,6%. • Nível socioeconómico: baixo 55,2%; médio 41,5%; elevado 2,8%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecte:</u> *</p>	<p>N= 592</p> <p>Avalia a relação entre doença crónica, qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> nos grupos amostrais: Sujeitos com doença crónica (n = 72); sem doença crónica, haja ou não doença crónica na sua família (n = 176); com doença crónica ou com familiares com doença crónica (n = 168); sem doença crónica e sem familiares com doença crónica (n= 80); sem doença crónica mas com familiares com doença crónica: (n =</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

		96).
Fonseca (2007) Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 33,6%; feminino 66,4%. • Idade: mínima 14 anos; máxima 84 anos; %* $M=50,54$ anos; $DP=16,796$ anos; $Mo=55$ anos. • Estado civil: * • Escolaridade: * • Residência: * • Nível socioeconómico: baixo 54,7%; médio 41,2%; elevado 4%. • Etapa do ciclo vital prevalecte: “Família lançadora”. 	N= 154 Compara o <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida na presença de diabetes nos seguintes grupos amostrais: Sujeitos com diabetes (n = 24); Diabetes na família (n = 40); Sujeito ou família sem doença: (n = 90).
Passarinho (2008) Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 22%; feminino 78%. • Idade: mínima 26 anos; máxima 50 anos; 26-30 anos 8,6%; 31-35 anos 28,6%; 36-40 anos 38,7%, 41-45 anos 13,9%; 46-50 anos 10,1%; $M=40,67$ anos; $DP=17,218$. • Estado Civil: solteiro 1,4%; casado 72,8%; união de facto 12,7%; divorciado 10,3%; viúvo 0%. • Escolaridade: < 4º ano 3,8%; 4º ano 3,8%; 6º ano 15,85%; 9º ano 24,8%; 12º ano 20,2%; ensino médio 2,8%; ensino superior 23,6%. • Residência: pred. urbana 61,3%; medianamente urbana 18,45%; rural 17,45%. • Nível socioeconómico: baixo 35,1%; médio 54,5%; elevado 7,55%. • Etapa do ciclo vital prevalecte: “Família com filhos em idade escolar”. 	N= 52 Compara o <i>coping</i> e qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Famílias com crianças em idade escolar com asma (n = 31); Famílias com crianças em idade escolar sem asma (n = 21).
Portugal (2008) Cancro da Mama	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: feminino 100%. • Idade: mínima 21 anos; máxima 86 anos; 21-40 anos 29%; 41-60 anos 51%; 61-80 anos 24%; 81-90 anos 4,9%; $M=43,92$ anos; $DP=13,78$ anos. • Estado Civil: casado 71,4%; união de facto 14,6%; divorciado 9,2%; separado 1%; viúvo 3,4%. • Escolaridade: * • Residência: pred. urbana 41,7%; medianamente urbana 29,6%; rural 28,6%. • Nível socioeconómico: baixo 32%; médio 57,8%; elevado 9,7%. • Etapa do ciclo vital prevalecte: “Família lançadora”. 	N= 206 Compara o <i>coping</i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Mulheres com cancro da mama (n = 33); Mulheres sem cancro da mama (n = 173).
Couto (2009) Deficiência Visual	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 45%; feminino 55%. • Idade: mínima 23 anos; máxima 73 anos; 30-35 anos 35%; $M=40,35$ anos; $DP=13,39$ anos. • Estado civil: * • Escolaridade: < 4º ano 15%; 4º ano 10%; 6º ano 15%; 9º ano 5%; 12º ano 30%; ensino superior 15%. • Residência: pred. urbana 50%; medianamente urbano 50%. • Nível socioeconómico: baixo 60%; médio 40%. • Etapa do ciclo vital prevalecte: “Casal sem filhos”. 	N= 48 Compara o <i>coping</i> nos seguintes grupos amostrais: Adultos normovisuais (n= 28); Adultos com deficiência visual (n= 20).

Viegas (2009) Paramiloidose	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 39%; feminino 61%. • Idade: mínima 23 anos; máxima 79 anos; 20-29 anos 10,45%; 30-39 anos 34,9%; 40-49 anos 33,25%; 50-59 anos 16,75%; 60-69 anos 2,95%; 70-79 anos 1,65%; <i>M= 41,4 anos; DP= 10,89 anos.</i> • Estado civil: solteiro 1,45%; casado 82,5%; viúvo 3,35%; divorciado 9,8%; recasado 2,95%. • Escolaridade: * • Residência: pred. urbana 55%; medianamente urbano 25%; rural 20%. • Nível socioeconómico: baixo 53%; médio 47%; elevado * <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> *</p>	<p>N= 64</p> <p>Compara o <i> coping </i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Portadores de paramiloidose (n = 30); Pessoas sem paramiloidose (n = 34).</p>
Almeida (2009) Fenilcetonúria	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 49%; feminino 51%. • Idade: mínima 12 anos; máxima 18 anos; 12-13 anos 20,75%; 14-16 anos 43%; 17-18 anos 36,25%; <i>M=15,46 anos; DP= 1,87 anos.</i> • Estado civil: * • Escolaridade: * • Residência: pred.urbano 50%; medianamente urbano 25%; rural 25%. • Nível socioeconómico: baixo 57%; médio 28%; elevado 12%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> *</p>	<p>N= 53</p> <p>Compara o <i> coping </i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Adolescentes com fenilcetonúria (n = 22); Adolescentes sem doença crónica (n = 31).</p> <p>Publicada (2011), <i>Mosaico, 51</i></p>
Costa (2009) Doença Crónica em crianças e jovens (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 50%; feminino 50%. • Idade: mínima 20 anos; máxima 69 anos; 20-29 anos 5,1%; 30-39 anos 33,9%; 40-49 anos 42,4%; 50-59 anos 15,3%; 60-69 anos 3,4%; <i>M= *; DP= *</i> • Estado civil: solteiro 1,7%; casado 95%; divorciado 1,7%; recasado 1,7%. • Escolaridade: 4º ano 8,5%; 6º ano 22%; 9º ano 18,6%; 12º ano 15,3%; ensino médio 8,5%; ensino superior 27,6% • Residência: pred. urbana 35%; medianamente urbana 33,3%; rural 31,7%. • Nível socioeconómico: baixo 43,3%; médio 41,7%; elevado 15%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 60</p> <p>Compara o <i> stress </i> e <i> coping </i> nos seguintes grupos: Pais de crianças e jovens com doença crónica (n = 30); Pais de crianças e jovens sem doença crónica (n = 30).</p>
Santos (2009) Diabetes Tipo I em Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 44%; feminino 56%. • Idade: mínima 12 anos; máxima 18 anos; 12 anos 8,3%; 13 anos 8,3%; 14 anos 13,1%; 15 anos 14,7%; 16 anos 14,7%; 17anos 9,9%; 18 anos 31%; <i>M=15,73 anos; Dp=2,005 anos.</i> • Estado civil: * • Escolaridade: 6º ano 4,95%; 7º ano 9,85%; 8º ano 11,6%; 9º ano 16,35%; 10º ano 16,35%; 11º ano 6,6%; 12º ano 34,35%. • Residência: pred./medianamente urbano 33%; rural 67%. • Nível socioeconómico: médio/elevado 47%; baixo 53%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família com filhos adolescentes”.</p>	<p>N= 61</p> <p>Compara o <i> coping </i> e qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Adolescentes com Diabetes tipo I (n = 30); Adolescentes sem doença crónica (n = 31).</p>
Borges (2010) Doença Crónica (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 31,7%; feminino 68,3%. • Idade: mínima 20 anos; máxima 60 anos; 20-29 anos 16,7%; 30-39 anos 25%; 40-49 anos 24,2%; 50-59 anos 18,3%; >60 anos 15,8%; <i>M=44,26 anos; DP= 15,60.</i> • Estado civil: solteiro 2,5%; casado 88,3%; viúvo 	<p>N= 121</p> <p>Compara a qualidade de vida nos seguintes grupos amostrais: Sujeitos sem doença</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

	<p>3,3%; divorciado 4,2%; recasado 1,7%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Escolaridade</u>: < 4º ano 2,5%; 4º ano 17,7%; 6º ano 11,7%; 9º ano 19,2%; 12º ano 18,3%; ensino médio 4,2%; ensino superior 26,7%. • <u>Residência</u>: pred. urbano 33,3%; medianamente urbano 39,2%; rural 28%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 30%; médio 64,2%; elevado 5,8%. <p><u>Etapas do ciclo vital prevalentes</u>: “Família lançadora”.</p>	<p>crónica na família (n = 61); Sujeitos com doença crónica na família (n = 59).</p>
--	--	--

* A omissão destes dados deve-se à sua inexistência nos estudos originais.

Assim, dentro do tema doença crónica, para além de investigações não categoriais, ou seja, que se debruçam sobre a doença crónica em geral (4/11), encontram-se estudos sobre as seguintes doenças: cancro da mama (1/11), diabetes tipo I em adultos (1/11) e adolescentes (1/11), asma infantil (1/11), deficiência visual em adultos (1/11), portadores de paramiloidose (1/11) e adolescentes com fenilcetonúria (1/11). Verifica-se que o sexo feminino é o que obtém maior percentagem de respondentes na maioria dos estudos (8/11), embora em 3 dos 11 estudos a percentagem de respondentes de cada um dos sexos é semelhante ou igual. A idade é analisada em todos os estudos (11) e varia entre os 12 e os 86 anos. Apesar de não se observar a predominância de nenhuma faixa etária, na maioria dos estudos (9/11) há uma maior percentagem de sujeitos com idades entre os 30 – 60 anos, à exceção dos 2 estudos que se focam na adolescência apresentando idades máximas de 18 anos.

O estado civil foi descrito em 7 dos 11 estudos verificando-se que o estado casado é aquele que prevalece, com uma percentagem sempre superior a 70%.

Relativamente à variável escolaridade, verifica-se que esta foi descrita em 7 dos 11 estudos. Pode observar-se que na sua maioria (5/7) os participantes apresentam, de modo mais prevalente, uma escolaridade igual ao 9º ano (1/5) ou superior [12º ano (2/5) e licenciatura (2/5)]. Apenas em 2 estudos a escolaridade prevalente desce para o 4º ano.

O local de residência foi descrito em 9 estudos, constatando-se que é o meio urbano (medianamente/predominantemente) que melhor descreve a área de residência dos participantes.

Quanto ao nível socioeconómico descrito nos 11 estudos, verifica-se que o nível que predomina é o médio/baixo, sendo que se verifica uma

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

tendência para o nível baixo em detrimento do médio.

A etapa do ciclo vital é apresentada em 8 estudos, sendo a etapa “família lançadora” a mais prevalente (5/8). As etapas “casal sem filhos”, “filhos em idade escolar” e “filhos adolescentes” encontram-se representadas em apenas 1 estudo cada.

Os estudos de Fonseca (2007) e de Passarinho (2008) são aqueles que têm maiores amostras, 275 e 507 sujeitos, respetivamente. Quanto aos estudos com menores amostras, verifica-se que são os estudos de Couto (2009) (N= 48) e de Almeida (2009) (N= 53). Salienta-se ainda, o facto de serem os estudos de Lopes (2007), Carvalho (2007) e Fonseca (2007) aqueles que contêm maior número de grupos experimentais, nomeadamente, três, quatro e dois, respetivamente.

Em síntese, atendendo aos dados disponíveis, as amostras em estudo, no que respeita à doença crónica, são predominantemente constituídas por participantes do sexo feminino; na maioria dos estudos adultos, embora com uma elevada amplitude de idades (12-86 anos); casados; com escolaridade igual ou superior ao 9º ano; residentes em meio urbano; e pertencentes a um nível socioeconómico médio-baixo. Todas as amostras apresentam um tamanho superior a 20 participantes, sendo que em termos dos subgrupos este número também é respeitado na maioria dos estudos (à exceção de apenas um).

Tabela 3: Caraterísticas dos estudos – tema “Ciclo Vital da Família”

Caraterísticas dos estudos – Ciclo Vital da Família		
Investigação/ Subtema	Caraterização sociodemográfica das amostras	Observações
Azevedo (2007) Configurações estruturais: “Pas de deux”/Casal de idosos e 3 Gerações.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 37,3%; feminino 62,7%. • <u>Idade</u>: mínima 15 anos; máxima 84 anos; 14-23 anos 5,2%; 24-33 anos 5,2%; 34-43 anos 0%; 44-53 anos 10,6%; 54-63 anos 10,1%; 64-73 anos 51,4%; >74 anos 13,3%. • <u>Estado civil</u>: solteiro 6,7%; casado 88%; união de facto 1,3%; divorciado 1,3%; viúvo 2,7%. • <u>Escolaridade</u>: <4º ano 26,7%; 4º ano 46,7%; 6º ano 2,7%; 9º ano 10,7%; 12º ano 6,7%; ensino médio 0%; ensino 	N= 75 Compara o <i>coping</i> em termos de configurações estruturais das famílias nos seguintes grupos: Sujeitos nas

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

	<p>superior 6,7%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residência: pred. urbano 80%; medianamente urbano 14,7%; rural 5,3%. • Nível socioeconómico: baixo 71,6%; médio 27%; elevado 1,4%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família na reforma”.</p>	<p>estruturas “casal de idosos” (n = 48); Sujeitos na estrutura “3 gerações” (n = 27).</p>
Vilaça (2007) (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 33,5%; feminino 66,5%. • Idade: mínima 14 anos; máxima 84 anos; 14-24 anos 6,6%; 25-34 anos 13,7%; 35-44 anos 15,3%; 45-54 anos 17,2%; 55-64 anos 23,3%; 65-74 anos 18,3%; 75-84 anos 5,5%; <i>M= 50,54 anos; DP=16,79 anos; Mo= 55 anos.</i> • Estado civil: solteiro 10,9%; casado 75,6%; união de facto 2,2%; divorciado 5,5%; separado 1,1%; viúvo 4,7%. • Escolaridade: < 4.º ano 9,8%; 4º ano 34,9%; 6º ano 10,5%; 9º ano 20,4%; 12º ano 9,5%; ensino médio 3,6%; ensino superior 10,5%. • Residência: * • Nível socioeconómico: baixo 54,5%; médio 41,1%; elevado 4%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 275</p> <p>Compara o <i>stress</i>, o <i>coping</i> e a qualidade de vida nas várias etapas do ciclo vital.</p> <p>Publicada (2010), <i>Mosaico</i>, 43.</p>
Morais (2008) Etapas: “Famílias Lançadoras” e “Ninho Vazio”.	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 44,4%; feminino 55,6%. • Idade: mínima 37 anos; máxima 82 anos; 37-45 anos 13,6%; 46-54 anos 40,7%; 55-63 anos 22,2%; 64-72 anos 16,1%; ≥ 73 anos 7,4%. • Estado civil: casado 88,9 %; divorciado 8,6%; viúvo 2,5%. • Escolaridade: < 4º ano 7,4%; 4º ano 24,6%; 6º ano 12,3%; 9º ano 17,3%; 12º ano 3,7%; ensino médio 14,8%; ensino superior 14,8%. • Residência: pred. urbana 23,5%; medianamente urbana 34,6%; rural 42%. • Nível socioeconómico: baixo 38,3%; médio 51,9%; elevado 9,9%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 81</p> <p>Compara o <i>stress</i>, o <i>coping</i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos: Sujeitos na etapa “Famílias Lançadoras” (n = 50); Sujeitos na etapa “Ninho Vazio” (n= 31).</p>
Batista (2008) Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 47,5%; feminino 52,5%. • Idade: mínima 12 anos; máxima 18 anos; 12 anos 5%; 13 anos 15%; 14 anos 20%; 15 anos 5%; 16 anos 25%; 17 anos 17,5%; 18 anos 12,5%; <i>M= 15.33 anos; DP= 1.82 anos;</i> • Estado civil: * • Escolaridade: 6º ano 30%; 9º ano 60%; 12º ano 10%. • Residência: pred. urbana 15%; medianamente urbana 15%; rural 70%. • Nível socioeconómico: baixo 52,5%; médio 35%; elevado 12,5%. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família com filhos adolescentes”.</p>	<p>N= 40</p> <p>Compara a utilização das estratégias de <i>coping</i> e a percepção da qualidade de vida entre adolescentes.</p>
Coutinho (2008) (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 32%; feminino 68%. • Idade: mínima 20 anos; máxima 88 anos; 20-29 anos 16,7%; 30-39 anos 25%; 40-49 anos 26,3%; 50-59 anos 15,9%; 60-69 anos 7,8%; 70-79 anos 4,8%; 80-88 anos 3,5%; <i>M=44,85 anos; DP= 15,40 anos.</i> • Estado civil: casados 75,8 %; união de facto 13,7%; divorciados 6,2%; separados 0,8%; viúvos 3,5%. • Escolaridade: <4º ano 5,4%; 4º ano 15,6%; 6º ano 14,3%; 9º ano 19,7%; 12º ano 15,9%; ensino médio 7,3%; ensino superior 21,8%. • Residência: pred. urbana 35,8%; medianamente urbana 34,9%; rural 29,3%. 	<p>N= 372</p> <p>Compara as estratégias de <i>coping</i> utilizadas em cada etapa do ciclo vital.</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 29,6%; médio 59,4%; elevado 10,8%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família lançadora”. 	
Marques (2008) (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 34,9%; feminino 65,1%. • <u>Idade</u>: mínima 20 anos; máxima 87 anos; 20-30 anos 20%; 31-41 anos 33,2%; 42-52 anos 24,2%; 53-63 anos 13%; 64-75 anos 4,9%; 76-87 anos 4,9%; $M= 43,33$; $DP= 14,271$ anos. • <u>Estado civil</u>: * • <u>Escolaridade</u>: * • <u>Residência</u>: * • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 30,6%; médio 58,2%; elevado 11,2%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família lançadora”. 	N= 295 Compara a percepção da qualidade de vida nas várias etapas do ciclo vital.
Pereira (2009) (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: feminino 100%. • <u>Idade</u>: mínima 19 anos; máxima 43 anos; 19-23 anos 10,95%; 24-28 anos 25,45%; 29-33 anos 35,9%; 34-38 anos 13,95%; 39-43 anos 9,75%; $M=30,435$ anos; $DP=5,205$ anos. • <u>Estado civil</u>: casado 85,7%. * • <u>Escolaridade</u>: 4º ano 1,5%; 6º ano 6,95%; 9º ano 12,9%; ensino médio 4,25%; ensino superior 42,3%. • <u>Residência</u>: pred. urbana 22,4%; medianamente urbana 41,5%; rural 31,9%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 23%; médio 63% e elevado 10%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família com filhos pequenos”. 	N= 75 Comparação da perspectiva materna acerca do <i>coping</i> , qualidade de vida e forças familiares nos seguintes grupos: Mulheres primíparas e com filhos até 1 ano de idade (n = 42); Mulheres em diferentes fases do ciclo vital familiar (n = 33)
Vaz (2010) (Não categorial)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 33,5%; feminino 66,5%. • <u>Idade</u>: mínima 20 anos; máxima 79 anos; 20-30 anos 15,5%; 31-40 anos 31,6%; 41-50 anos 30,4%; 51-60 anos 14,6%; 61-70 anos 5,7%; >71 anos 2,2%; $M= 42,67$ anos; $Dp=11,74$ anos. • <u>Estado civil</u>: * • <u>Escolaridade</u>: * • <u>Residência</u>: pred. urbana 36,1%; medianamente urbana 32,9% ; rural 31%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 28,8%; médio 61,1% e elevado 9,8%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família lançadora”. 	N= 316 Compara a percepção da qualidade de vida e o <i>coping</i> nas várias etapas do ciclo vital.

* A omissão destes dados deve-se à sua inexistência nos estudos originais.

No tema ciclo vital da família, encontram-se, como subtemas, as várias etapas do ciclo vital (Coutinho, 2008; Marques, 2008; Pereira, 2009; Vilaça, 2007) e etapas específicas do ciclo vital, tais como “famílias lançadoras” e “ninho vazio” (Morais, 2008); “família com filhos adolescentes” (Batista, 2008). Dos oito estudos, metade focam-se na análise da variância das variáveis dependentes ao longo das várias etapas do ciclo vital, os outros quatro centram-se em etapas específicas, tais como “família na reforma”; “famílias lançadoras” e “ninho vazio”, “família com filhos adolescentes” e “família com filhos pequenos”. Um dos estudos (Azevedo,

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

2007), em especial, centra-se nas estruturas “pas de deux”/casal de idosos e 3 gerações.

Nesta população, quatro dos estudos têm menos de 100 sujeitos e os restantes quatro, mais de 250 sujeitos na sua amostra.

A variável sexo foi descrita em todos os estudos (8/8), sendo o sexo feminino o que obtém sempre maior percentagem de sujeitos, havendo um estudo cuja amostra é composta por apenas sujeitos do sexo feminino.

A variável idade foi, igualmente, descrita em todos os oito estudos do tema ciclo vital da família e apresenta um valor mínimo de 12 anos e máximo de 88 anos, no conjunto total dos estudos.

No que concerne à variável estado civil, esta foi descrita em cinco de oito estudos. Verifica-se que o estado civil predominante é, maioritariamente, o estado casado nos cinco estudos que o descrevem.

A escolaridade foi descrita em seis dos oito estudos e verifica-se que em três dos estudos que a descrevem o 4º ano de escolaridade é o que obtém mais percentagem, o ensino superior aparece a seguir com maiores percentagens em dois estudos e por último, é o 9º ano a habilitação com mais percentagem, em apenas um estudo.

O local de residência foi descrito em sete dos oito estudos e o que mais vezes é indicado pelos sujeitos das amostras é o predominantemente urbano, sendo que o local medianamente urbano obtém sempre percentagens muito próximas do local anterior. O meio rural é apenas num estudo o que maior percentagem de indivíduos apontam como o seu local de residência.

O nível socioeconómico em todos os oito estudos e o nível médio é o que predomina, em quatro estudos. Nos restantes quatro estudos é o nível baixo que obtém maior percentagem, sendo que o nível alto nunca obtém maior percentagem, em nenhum estudo, face aos outros níveis socioeconómicos.

Quanto à etapa do ciclo vital, verifica-se que é a etapa “família lançadora” que prevalece, em cinco dos oito estudos. As etapas “família na reforma”, “família com filhos pequenos” e “família com filhos adolescentes” são as três etapas dos restantes três estudos que são indicados pelos sujeitos das amostras.

Tabela 4: Caraterísticas dos estudos – tema “Género”

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Caraterísticas dos estudos – Género

Investigação/ Subtema	Caraterização sociodemográfica das amostras	Observações
Nabais (2007) Género	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 33,5%; feminino 66,5%. • <u>Idade</u>: mínima 14 anos; máxima 84 anos; 14-24 anos 6,6%; 25-35 anos 15,7%; 36-46 anos 18,2%; 47-57 anos 20,1%; 58-68 anos 23,7%; ≥69 anos 15,7%; $M= 50,5$ anos; $DP=16,7$. • <u>Estado civil</u>: * • <u>Escolaridade</u>:* • <u>Residência</u>:* • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 54,7%; médio 41,2%; elevado 4%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: * 	<p>N= 275</p> <p>Compara o <i>stress</i>, o <i>coping</i> e a qualidade de vida em função do género.</p> <p>Publicada (2010), <i>Mosaico</i>, 43.</p>
Feliciano (2010) Género	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 31,4%; feminino 68,6%. • <u>Idade</u>: mínima 22 anos; máxima 93 anos; 22-29 anos 16,5%; 30-39 anos 24,8%; 40-49 anos 24,8%; 50-59 anos 18,2%; ≥ 60 anos 15,7%; $M= 44$ anos. • <u>Estado civil</u>: solteiro 2,5%; casado 88,4%; viúvo 3,3%; divorciado 4,1%; recasado 1,7%. • <u>Residência</u>: pred. urbana 34,7%; medianamente urbana 38,8%; rural 26,4%. • <u>Escolaridade</u>: < 4º ano 2,5%; 4º ano 17,4%; 6º ano 11,6%; 9º ano 19,8%; 12º ano 18,2%; ensino médio 4,1%; ensino superior 26,4%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 30,6%; médio 63,3%; elevado 5,8%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família lançadora”. 	<p>N= 121</p> <p>Análise da influência do género sobre a percepção da qualidade de vida e resiliência familiares .</p> <p>Publicada (2011), <i>Mosaico</i>, 48.</p>
Oliveira (2010) Género	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 31,9%; feminino 69,1%. • <u>Idade</u>: mínima 12 anos; máxima 93 anos; 12-19 anos 7,5%; 20-29 anos 20,1%; 30-39 anos 22,8%; 40-49 anos 22,8%; 50-59 anos 14,5%; 60-69 anos 6,8%; 70-79 anos 5,4%; $M= 40,7$ anos; $DP= 16,21$. • <u>Estado civil</u>: solteiro 15,4%; casados 66,7%; união de facto 9,8%; divorciado 4,7%; separado 0,9%; viúvo 2,5%. • <u>Escolaridade</u>: >4º ano 3,5%; 4º ano 13,6%; 6º ano 13,3%; 9º ano 22,4%; 12º ano 18,2%; ensino médio 5,6%; ensino superior 23,5%. • <u>Residência</u>: pred. urbana 34,3%; medianamente urbana 34,4%; rural 31,3%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 31,8%; médio 58,8% e elevado 9,5%. <u>Etapas do ciclo vital prevalecente</u>: “Família lançadora”. 	<p>N= 587</p> <p>Análise da influência do género sobre a percepção do <i>stress</i> e <i>coping</i>.</p>

* A omissão dos dados deve-se à sua ausência nos estudos originais.

Em todos os estudos foram consideradas e analisadas as variáveis sociodemográficas sexo, idade e nível socioeconómico. Neste sentido, e

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

João Pedro Pinto Lagarelhos (e-mail: jlagarelhos@hotmail.com) 2012

começando pela variável sexo, é o sexo feminino que tem maior percentagem (em todos os estudos), destacando-se do sexo masculino com o dobro da percentagem. Na variável idade, igualmente descrita nos três estudos, a faixa etária que obtém maior percentagem de participantes situa-se entre os 30 - 60 anos.

O estado civil foi descrito em dois dos três estudos, e o estado casado é aquele que é mais vezes indicado pelos participantes. Relativamente à escolaridade dos sujeitos das amostras, esta foi descrita em dois estudos (2/3), sendo o ensino superior a habilitação que maior percentagem obtém pelos sujeitos das duas amostras. O local de residência, também foi descrito em dois dos três estudos e o meio que prevalece é o predominantemente/medianamente urbano. O nível socioeconómico foi descrito nos três estudos, sendo o nível médio aquele que predomina, em dois estudos. Por fim, verifica-se que a etapa do ciclo vital que prevalece é a etapa “família lançadora”, em dois estudos, o estudo que restante não apresenta este dado relativo à etapa do ciclo vital em que os sujeitos da amostra se encontravam.

Tabela 5: Características dos estudos - tema “Variações ao Ciclo Vital”

Caraterísticas dos estudos – Variações ao Ciclo Vital		
Investigação/ Subtema	Caraterização sociodemográfica das amostras	Observações
Amâncio (2008) Famílias pós – divórcio e reconstruídas.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 33% e feminino 67%; • <u>Idade</u>: mínima 24 anos; máxima 61 anos; 24-30 anos 18%; 31-40 anos 34,5%; 41-50 anos 26,2%; 51-60 anos 11,5%; ≥ 61 anos 9,8%; <i>M</i>= 42,79 anos. • <u>Estado civil</u>: união de facto 45,9%; casado 26,2%; divorciado 24,6%; separado 3,3%. • <u>Escolaridade</u>: < 4º ano 9,8%; 4º ano 4,9%; 6º ano 11,5%; 9º ano 18%; 12º ano 23%; ensino médio 4,9%; ensino superior 26,2%. • <u>Residência</u>: pred. urbano 29,5%; medianamente urbano 44,3%; rural 26,2%. • <u>Nível socioeconómico</u>: * <u>Etapa do ciclo vital prevalecte</u>: “Família com filhos pequenos”. 	<p>N= 61</p> <p>Compara o <i>stress</i>, o <i>coping</i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos: Famílias pós-divórcio (n = 17); Famílias reconstruídas (n = 44).</p>

Rica (2010) Famílias pós – divórcio, nucleares intactas e reconstituídas.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sexo</u>: masculino 33,5%; feminino 66,5%. • <u>Idade</u>: mínima 20 anos; máxima 79 anos; 20-30 anos 15%; 31-40 anos 32%; 41-50 anos 30,4%; 51-60 anos 14,6%; 61-70 anos 5,7%; >71 anos 2,2%; $M=42,67$ anos; $DP=11,742$ anos; $Mo=41$ anos. • <u>Estado civil</u>: * • <u>Escolaridade</u>: * • <u>Residência</u>: pred. urbano 36%; medianamente urbano 33%; rural 31%. • <u>Nível socioeconómico</u>: baixo 28,8%; médio 61,1% e elevado 9,8%. • <u>Etapa do ciclo vital prevalente</u>: “Família lançadora”. 	N= 316 Compara o <i>coping</i> e a qualidade de vida nos seguintes grupos: Famílias nucleares intactas (n= 251); Famílias pós-divórcio (n = 26); Famílias reconstituídas (n = 39).
--	---	---

No tema variações ao ciclo vital, as amostras analisadas remetem para famílias pós-divórcio e famílias reconstruídas, sendo as famílias pós-divórcio e as reconstruídas/reconstituídas as mais estudadas (43 sujeitos – famílias pós-divórcio e 83 sujeitos – famílias reconstruídas, no somatório das amostras dos dois estudos).

As amostras dos dois estudos variam significativamente, no que respeita ao tamanho, verificando-se que um dos estudos (Rica, 2010) encontra-se consideravelmente melhor representado (N= 316), comparativamente com o outro (Amâncio, 2008) que apresenta um total de 66 sujeitos.

Quanto às variáveis sociodemográficas, o sexo foi descrito nos dois estudos e, é o sexo feminino aquele que predomina em ambos os estudos. A idade, também é descrita nos dois estudos, varia entre os 20 e os 79 anos, sendo a faixa etária 31-40 anos a que obtém mais percentagem de sujeitos. A variável escolaridade foi apenas descrita num dos estudos (1/2) sendo o ensino superior a habilitação que predomina entre os sujeitos da amostra do respetivo estudo. Na variável local de residência, descrita nos dois estudos, este divergem, num (Amâncio, 2008) há maior percentagem de sujeitos a residir em áreas medianamente urbanas, enquanto no outro estudo a maioria dos respondentes habita em meio predominantemente urbano, importa referir que as percentagens dos outros meios se encontram muito próximas. O nível socioeconómico que predomina é o médio, embora apenas um dos estudos analise esta variável.

Finalizando, e embora não sejam resultados convergentes nos dois estudos, relativamente à etapa do ciclo vital, verifica-se que um dos estudos (Rica, 2010) obtém um maior número de sujeitos a indicar encontrar-se na etapa “família lançadora”, fazendo-se notar mais uma vez que, ao longo dos

temas analisados, é esta a etapa que mais vezes parece prevalecer. O outro estudo descreve a etapa “família com filhos pequenos” como aquele que predomina entre os sujeitos da sua amostra.

Tabela 6: Caraterísticas dos estudos - tema “Processo de luto”

Caraterísticas dos estudos – Processo de luto		
Investigação/ Subtema	Caraterização sociodemográfica das amostras	Observações
Dores (2008) Processo de luto	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 37%; feminino 63%. • Idade: mínima 15 anos; máxima 82 anos; 15-18 anos 9,7%; 19-24 anos 5,1%; 25-34 anos 28%; 35-44 anos 25,4%; 45-54 anos 19,1%; 55-64 anos 8,1%; 65-74 anos 3,8%; 75-82 anos 0,8%; <i>M= 38,58 anos; DP= 13,85.</i> • Estado civil: solteiro 9,7%; casados 64,8%; união de facto 18,2%; divorciado 5,5%; separado 0,8%. • Escolaridade: 26% possuem o 9º ano. * • Residência: predom. urbana 37%; medianamente urbana 27%; rural 36%. • Nível socioeconómico: 32% baixo e 58% médio e 9,4% elevado. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 236</p> <p>Compara o coping e a qualidade de vida nos seguintes grupos: Sujeitos que referiram ter perdido alguém significativo no último ano (n = 78); Sujeitos sem tal condição (n = 158).</p>
Durão (2010) Processo de luto	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: masculino 24,2%; feminino 75,8. • Idade: mínima 22 anos; máxima 93 anos; 22-30 anos 29,6%; 31-40 anos 24,6%; 41-50 anos 27%; 51-60 anos 11,1%; 61-70 anos 3,55%; 71-80 anos 3,55%; 81-93 anos 1%; <i>M=43,77 anos, DP=15,08 anos.</i> • Estado civil: * • Escolaridade: < 4º ano 1,55%; 4º ano 17,2%; 6º ano 5,6%; 9º ano 20,7%; 12º ano 22,65%; ensino médio 2,05%; ensino superior 30,5%. • Residência: predom. urbana 27%; medianamente urbana 42%; rural 31%. • Nível socioeconómico: 31% baixo; 66% médio; 3% elevado. <p><u>Etapa do ciclo vital prevalecente:</u> “Família lançadora”.</p>	<p>N= 120</p> <p>Compara o coping e a qualidade de vida na experiência de perda e no processo de luto nos seguintes grupos: Sujeitos que lidaram com a morte de alguém significativo (n = 100); Sujeitos que não tiveram essa experiência (n = 20).</p>

No processo de luto as amostras dos dois estudos variam entre 120 e 236 sujeitos (Dores, 2008). Na análise às variáveis descritas nos dois estudos que este tema contempla, verifica-se que apenas o estado civil (e num dos dois estudos) é a variável sociodemográfica que não é analisada. O sexo, como tem sido ao longo dos vários temas apresentados, que prevalece é o sexo feminino. A idade, no somatório dos dois estudos, varia entre os 15 – 93 anos, sendo a faixa etária 25-50 anos a que obtém maior percentagem de

sujeitos. O estado civil foi descrito apenas num dos estudos e descreve o estado casado como aquele que prevalece na amostra. A escolaridade que prevalece num dos estudos é o ensino superior, no outro, apenas nos é fornecido a informação de que 26% possuem o 9º ano, não sendo possível perceber se é esta habilitação literária a que mais prevalece entre os sujeitos da amostra. O local de residência predominantemente urbano e medianamente urbano são aqueles que prevalecem nos estudos, destaca-se portanto, o facto do meio rural não ser prevalecente em nenhum dos estudos. Quanto ao nível socioeconómico, é o nível médio que predomina em ambos os estudos.

Finalizando, a etapa do ciclo vital que prevalece é a etapa “família lançadora”, em ambos estudos.

Síntese

Em suma, dos cinco temas apresentados, aqueles que detêm maiores amostras são o “Género” (entre 121-585 sujeitos) e “Doença crónica” (entre 48-507 sujeitos). O sexo feminino é aquele que predomina ao longo dos vários estudos e dos vários temas, assim como a etapa do ciclo vital “família lançadora” é aquela que mais vezes aparece como sendo a que os sujeitos pertencem no momento em que participaram nos estudos, parecendo haver um padrão nos sujeitos pertencentes a esta etapa do ciclo vital. Este resultado faz sentido, ainda mais, ao observar que no que respeita à variável idade, a faixa etária que mais vezes obtém maior percentagem de sujeitos é entre os 30-40 anos. Por fim, verifica-se também que o nível socioeconómico elevado nunca aparece como dominante, assim como o local de residência em área rural é o que menos vezes é indicado pelos sujeitos participantes.

4.3. Variáveis em estudo

As variáveis em estudo (*Stress*, *Coping* e Qualidade de vida familiar) não se encontram analisadas em todos os estudos seleccionados, isto é, cada estudo tem o seu foco de análise, não estando, obrigatoriamente, as três variáveis analisadas em cada um dos vinte seis estudos recolhidos e seleccionados. Como tal, apresentamos de seguida, as variáveis (dependentes e independentes) que são analisadas em cada um dos vinte seis estudos.

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Tabela 7: Variáveis em Estudo

Variáveis Estudos	Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes
Lopes (2007)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; Doença crónica; Doença não crónica; Doença crónica e não crónica (simultâneas) e etapa do ciclo vital.
Carvalho (2007)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; Doença crónica e sem doença crónica.
Fonseca (2007)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; Sujeitos com diabetes; Família com diabetes; Família sem diabetes e etapa do ciclo vital da família.
Azevedo (2007)	<i>Coping</i>	Demográficas; etapa ciclo vital; existência de doença crónica e não existência de doença crónica.
Vilaça (2007)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; Etapa do ciclo vital; nº de filhos e agregado.
Nabais (2007)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas.
Passarinho (2008)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; formas de família; portador de doença; doença crónica na família.
Portugal (2008)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas e etapa do ciclo vital.
Morais (2008)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; composição do agregado familiar e nº de filhos.
Batista (2008)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.
Coutinho (2008)	<i>Coping</i>	Demográficas; etapa do ciclo vital; formas de família e composição do agregado.
Marques (2008)	Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.
Amâncio (2008)	<i>Stress, Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas e etapa do ciclo vital.
Dores (2008)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.

Tabela 7: Variáveis em Estudo (concl.)

Couto (2009)	<i>Coping</i>	Demográficas e etapa do ciclo vital.
Viegas (2009)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; formas de família; doença crónica na família; portador da doença; Internamento; transplante hepático.
Almeida (2009)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas.
Costa (2009)	<i>Stress</i> e <i>Coping</i>	Demográficas; etapa do ciclo vital; nº de filhos; idade do filho doente; tipo doença; fase de evolução; percepção da gravidade.
Santos (2009)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; composição do agregado familiar; tamanho do agregado; etapa do ciclo vital e formas de família.
Pereira (2009)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.
Borges (2010)	Qualidade de Vida Familiar	Demográficas e etapa do ciclo vital.
Vaz (2010)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.
Feliciano (2010)	Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital; formas de família e nº de filhos.
Oliveira (2010)	<i>Stress</i> e <i>Coping</i>	Demográficas; etapa do ciclo vital; formas de família e nº de filhos.
Rica (2010)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital e formas de família.
Durão (2010)	<i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar	Demográficas; etapa do ciclo vital; formas de família; grau de parentesco com a pessoa que morreu; causa da morte; tipo de morte e fases do luto.

A variável *stress* foi estudada em nove dos vinte e seis estudos, sendo quatro desses nove estudos referentes à doença crónica, dois referentes ao ciclo vital, dois referentes às diferenças de género e um referente às variações ao ciclo vital. Esta variável não foi estudada no processo de luto.

Relativamente ao *coping*, vinte e três estudos dedicaram-se ao seu estudo, dez desses estudos focam-se no tema doença crónica, sete são referentes ao ciclo vital, dois focam-se nas diferenças de género, dois são relativos às variações ao ciclo vital da família e outros dois são referentes ao processo de luto.

No que concerne ao estudo da qualidade de vida familiar, dos vinte e um estudos que a analisam, nove são relativos ao tema doença crónica, seis focam-se no ciclo vital da família, dois referem-se às diferenças de género, dois estudam nas variáveis dependentes face às variações ao ciclo vital da família e dois focam-se no processo de luto.

Assim, verifica-se que a variável *stress* é a menos estudada das três variáveis dependentes, por oposição ao *coping* que se apresenta como a mais estudada das três variáveis dependentes, sendo alvo de análise em todos os temas selecionados. Segue-se-lhe a qualidade de vida familiar (variável dependente) que também foi analisada nos cinco temas, diferindo apenas em dois estudos do *coping*. Assim, tanto o *coping* como a qualidade de vida familiar foram as variáveis mais analisadas pelos vinte e seis estudos selecionados para esta revisão. Por fim, verifica-se também que apenas em sete estudos é que as três variáveis foram estudadas em simultâneo e que a variável *stress* nunca foi analisada individualmente, ao contrário do *coping* e da qualidade de vida familiar que aparecem estudadas individualmente em alguns estudos [*coping* (3/26); qualidade de vida (3/26)]. Esta últimas, são também aquelas, que juntas, são mais vezes alvo de análise, nomeadamente, em onze estudos.

Importa ainda referir que relativamente às variáveis independentes, as sociodemográficas e as familiares, nomeadamente as etapas do ciclo vital, são aquelas que mais vezes são analisadas nos vários estudos [demográficas (24/26); familiares (23/26)].

4.4. Descrição dos Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados estes serão apresentados de acordo com as variáveis em estudo e em função das diferentes populações representadas.

4.4.1. Vulnerabilidade ao Stress

Os resultados recolhidos para a variável *stress*, obtidos na recolha e na análise dos vários estudos que se focaram nesta variável são apresentados nas tabelas seguintes.

Tabela 8: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Stress* para a população “Doença Crónica”.

Resultados para a variável <i>Stress</i> (FILE-S) – DOENÇA CRÓNICA			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Stress</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação da percepção da qualidade de vida, <i>stress</i> e <i> coping</i> em famílias 1) com doença crónica, 2) com doença não crónica, 3) com as duas condições anteriores simultaneamente. Lopes (2007)	N= 274 Amostragem por conveniência. Grupo controlo e 3 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> A “doença não crónica” por si só, revela-se altamente significativa no acréscimo de <i>stress</i> familiar. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos comparativos no que respeita ao <i>stress</i> familiar. À medida que a doença se agrava aumenta também o <i>stress</i> vivenciado pela família. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Escolaridade</i>: nenhum dos pares se distingue significativamente. <i>Estado civil</i>: o estado divorciado (contrariamente ao casado), poderá constituir-se como fator de proteção no que respeita ao <i>stress</i>. As variáveis “percepção do impacto da doença”, “percepção da gravidade da doença”, “nível sócioeconómico” e “área de residência” não obtiveram resultados estatisticamente significativos.
Relação entre doença crónica, qualidade de vida, <i>stress</i> e <i> coping</i> familiares e o impacto das variáveis sociodemográficas. Carvalho (2007)	N= 248 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 4 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> Não existem diferenças significativas entre os resultados totais dos sujeitos com doença crónica ou com familiares com doença crónica e dos sujeitos sem doença crónica e sem familiares com doença crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas que sofrem de doença crónica são mais idosas que as restantes. Não se encontram influências do sexo, nível sócioeconómico e existência de doença crónica sobre o resultado total do FILE.
Relação entre a existência de diabetes e o impacto desta doença na qualidade de vida, <i>stress</i> e <i> coping</i> familiares.	N= 275 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 2 grupos	<ul style="list-style-type: none"> O índice de vulnerabilidade familiar ao <i>stress</i> não varia, quer os sujeitos sejam diabéticos, quer tenham familiares diabéticos, quer não haja qualquer doença crónica na família. 	<ul style="list-style-type: none"> O <i>stress</i> não varia de modo estatisticamente significativo entre as 3 condições (sujeitos com diabetes; diabetes na família e família sem doença) em função do género e do nível sócioeconómico.

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Feliz da Fonseca (2007)	comparativos.		
Comparação da percepção do <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares entre pais de crianças e jovens com doença crónica e pais de crianças e jovens sem doença crónica.	N= 60 Amostragem por conveniência Com grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos amostrais no que concerne à percepção de <i>stress</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao <i>stress</i> em função das variáveis sociodemográficas no grupo de pais de crianças e jovens com doença crónica. No grupo de pais de crianças e jovens apenas se verificam diferenças na variável nível socioeconómico, sendo que os sujeitos com nível alto tendem a perceber mais <i>stress</i>.
Costa (2009)			

A influência da doença crónica na variável *stress*, não é unânime entre os quatro estudos que a analisam. Segundo Carvalho (2007), Fonseca (2007) e Costa (2009) não foram encontrados aumentos ou diminuições dos níveis de *stress* em sujeitos que sofrem de doença crónica e/ou nos seus familiares quando comparados com os sujeitos que não sofrem de doença crónica, nem têm familiares que sofram de doença crónica (Carvalho, 2007; Fonseca, 2007). O estudo de Lopes (2007) diverge destes últimos ao verificar que a presença de doença (crónica ou não crónica) aumenta a vulnerabilidade ao *stress*. Relativamente aos resultados dos estudos para as variáveis sociodemográficas, verifica-se que estas, na maioria dos estudos, não influenciam a vulnerabilidade ao *stress*. À exceção das análises verificadas no primeiro estudo (Lopes, 2007) para a variável estado civil, em que o estado divorciado parece ser um fator protetor da vulnerabilidade ao *stress*, e no estudo Carvalho (2007) em que as idades mais avançadas parecem ser as que mais se relacionam com a presença de doença crónica. O estudo de Costa (2009) verifica que não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao *stress* em função das variáveis sociodemográficas no grupo de pais de crianças e jovens com doença crónica, no entanto, o mesmo não acontece para todas as variáveis do grupo de pais de crianças e jovens sem doença crónica. Neste grupo apenas se verificam diferenças na variável nível socioeconómico, sendo que os sujeitos com nível alto tendem a perceber mais *stress*.

Tabela 9: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Stress* para a população “Ciclo vital da família”.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

João Pedro Pinto Lagarelos (e-mail: jlagarelos@hotmail.com) 2012

Resultados para a variável <i>Stress</i> (FILE-S) – Ciclo vital da família			
Objetivo / Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Stress</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Análise da vulnerabilidade ao <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família. Vilaça (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> Há diferenças estatisticamente significativas na vulnerabilidade ao <i>stress</i> familiar, entre as várias etapas do ciclo vital, sendo que a etapa “família na reforma” se distingue das etapas “família com filhos em idade escolar”, “família lançadora” e “ninho vazio”, ao apresentar um valor médio muito inferior. 	<ul style="list-style-type: none"> Não se verifica nenhum efeito principal significativo para a etapa “famílias com filhos adolescentes”.
Comparação da perceção do <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida familiar entre as etapas do ciclo vital: “Famílias Lançadoras” e “Ninho Vazio”. Morais (2008)	N= 81 Amostragem por conveniência Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> Verifica-se a existência de diferenças significativas entre as duas etapas em análise, sendo que o facto dos filhos já terem abandonado o “ninho” associa-se a menores níveis de <i>stress</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos das duas etapas relativamente às variáveis sociodemográficas. A composição do agregado familiar influencia o <i>stress</i>, verificando-se valores estatisticamente significativos mais baixos em agregado constituído apenas pelo casal. O facto dos filhos já terem abandonado o “ninho” parece funcionar como factor de protecção ao <i>stress</i>.

O *stress* parece sofrer influência das etapas do ciclo vital da família (Morais, 2008; Vilaça, 2007). Verifica-se maior vulnerabilidade ao *stress* nas primeiras etapas do ciclo vital da família e menor vulnerabilidade nas etapas finais, isto é, a vulnerabilidade ao *stress* apresenta-se maior nas etapas “família com filhos em idade escolar” e “família lançadora” (Morais, 2008; Vilaça, 2007) e menor na etapa “família na reforma” (Morais, 2008; Vilaça, 2007). No que respeita à análise dos resultados para as variáveis independentes, e embora apenas um estudo (Morais, 2008) se tenha focado na análise da influência das variáveis sociodemográficas sobre o *stress*, esta parece inexistente. Relativamente às variáveis familiares analisadas, verifica-se que a composição do agregado familiar influencia o *stress* (Morais, 2008), nomeadamente, o agregado constituído apenas pelo casal, apresenta valores significativos mais baixos de *stress*. Além disso, a etapa o “ninho vazio”, pelo facto dos filhos já terem abandonado a casa (o “ninho”), parece funcionar como um factor de protecção ao *stress*.

Tabela 10: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Stress* para a população “Género”.

Resultados para a variável <i>Stress</i> (FILE-S) – Género			
Objetivo / Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Stress</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
<p>Comparação de diferenças de género na percepção do <i>stress</i>, <i>coping</i> e qualidade de vida familiares e do efeito das variáveis idade e nível sócioeconómico em ambos os sexos.</p> <p>Nabais (2007)</p>	<p>N= 275</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da vulnerabilidade ao <i>stress</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nível socioeconómico</i>: não introduz diferenças significativas no índice de vulnerabilidade ao <i>stress</i> familiar em ambos os sexos, no entanto, tanto as mulheres como os homens do nível socioeconómico elevado apresentam resultados superiores às do nível baixo e médio . • <i>Idade</i>: verifica-se a existência de um menor índice de vulnerabilidade ao <i>stress</i> no grupo das mulheres mais velhas, quando comparado com os outros grupos etários. Nos homens não há diferenças estatisticamente significativas.
<p>Análise ao modo como o género pode influenciar a percepção do <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares.</p> <p>Oliveira (2010)</p>	<p>N= 587</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne à percepção de <i>stress</i> familiar entre sexos, sendo que são as mulheres quem percecionam maiores níveis de vulnerabilidade ao <i>stress</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de <i>stress</i> em função do nível socioeconómico em ambos os sexos. • <i>Idade</i>: Os homens e as mulheres com idades entre os 30-39 anos e os 40-49 anos tenderão a percecionarem a sua família como mais vulnerável ao <i>stress</i>. • <i>Estado civil</i>: o sexo masculino perceciona um maior nível de vulnerabilidade ao <i>stress</i> quando vive em “união de facto” e em “casamento”. O sexo feminino apresenta valores bastante mais elevados do que os homens relativamente a esta variável, percebendo-se também que as mulheres percecionam maior <i>stress</i> quando vivem em “união de facto”, quando “divorciadas” e, em terceiro lugar, “em casamento”. • <i>Etapa do ciclo vital</i>: o sexo masculino perceciona uma maior vulnerabilidade ao <i>stress</i> quando se encontra na etapa “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar”, enquanto o sexo feminino apresenta valores mais elevados quando se encontra na etapa “família com

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

			filhos em idade escolar” e “casal sem filhos”.
--	--	--	--

No que se refere à influência do género, os dois estudos divergem nos resultados. Oliveira (2010) apresenta diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito ao índice total de vulnerabilidade ao *stress*, sendo que as mulheres parecem percecionam maiores índices de *stress* do que os homens. Contrariamente, Nabais (2007) refere não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres, no entanto, e apenas relativamente ao sexo feminino, constata um menor índice de vulnerabilidade ao *stress* no grupo das mulheres mais velhas, quando comparado com os outros grupos etários.

O primeiro estudo (Nabais, 2007) verifica que tanto as mulheres como os homens de nível socioeconómico elevado apresentam níveis superiores de *stress* relativamente aos níveis baixo e médio. Relativamente à idade, os dois estudos apontam a existência de diferenças significativas no que respeita ao *stress*. No primeiro (Nabais, 2007) verifica-se a existência de um menor índice de vulnerabilidade ao *stress* no grupo das mulheres mais velhas, e nos homens não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No segundo estudo (Oliveira, 2010) são os homens com idades entre os 30-49 anos que tenderão a percecionam a sua família como mais vulnerável ao *stress*.

Tabela 11: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Stress* para a população “Variações ao ciclo vital da família”.

Resultados para a variável <i>Stress</i> (FILE-S) – Variações ao ciclo vital da família			
Objetivo / Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Stress</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Análise do impacto das formas de família (Famílias Pós-Divórcio e Famílias Reconstruídas) e de variáveis sociodemográficas na perceção do	N= 275 Amostragem por conveniência Sem grupo controlo.	• Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as duas formas de família no que se refere à vulnerabilidade ao <i>stress</i> .	• Para as duas amostras em conjunto: - O sexo feminino perceciona um nível mais elevado de <i>stress</i> familiar, em comparação com o sexo masculino. - Quanto à influência do nível socioeconómico, idade, género e religião não se verificam diferenças estatisticamente

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

<i>Stress, Coping</i> e na percepção da Qualidade de Vida.			<p>significativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residência: há diferenças estatisticamente significativas na escala total do FILE, sendo que os sujeitos que vivem em áreas predominantemente urbanas apresentam valores mais elevados de percepção de <i>stress</i> familiar. • <i>Nas famílias pós-divórcio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Não se encontram diferenças significativas entre as subamostras em nenhuma das variáveis. • <i>Nas famílias reconstruídas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Não se encontram diferenças significativas entre as subamostras nas variáveis: idade; género; religião e nível socioeconómico. - Há diferenças apenas na variável “área de residência”, em que as famílias que apresentam uma percepção de maior <i>stress</i> familiar são aquelas que vivem em áreas predominantemente urbanas.
Amâncio (2008)			

Para o *stress* relativamente às variações do ciclo vital, e embora apenas um dos estudos (Amâncio, 2008) se tenha focado nesta variável, os resultados sugerem que não há diferenças estatisticamente significativas entre famílias pós-divórcio e as famílias reconstruídas no que diz respeito à percepção de *stress* familiar (Amâncio, 2008).

Relativamente às variáveis sociodemográficas e, às diferentes formas de família quando analisadas em conjunto, verifica-se que o sexo feminino percebe um nível mais elevado de *stress* familiar. Quando analisadas separadamente, as famílias pós-divórcio não apresentam resultados estatisticamente significativos em nenhuma das variáveis analisadas. As famílias reconstruídas variam em função da “área de residência”, sendo que as famílias que apresentam uma percepção de maior *stress* familiar vivem em áreas predominantemente urbanas.

Na quinta população, o processo de luto, a variável dependente (*stress*) não foi alvo de análise nos dois estudos (Dores, 2008; Durão, 2010).

Resumindo os dados apresentados, verifica-se que a doença crónica, na maioria dos estudos, não parece influenciar a vulnerabilidade ao *stress* em indivíduos ou familiares com doença crónica, com doença não crónica e

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

com doença crónica e não crónica em simultâneo, por outro lado e embora não seja significativo, esta vulnerabilidade poderá ser mais suscetível de variação e influência relativamente às etapas do ciclo vital da família, sendo as primeiras etapas mais passíveis de serem influenciadas e as últimas menos suscetíveis de influência. Quanto ao género, os resultados dos estudos que se focaram nessa análise não são convergentes, mas parece haver maior tendência, se privilegiarmos o tamanho da amostra como fator de decisão, para que essa vulnerabilidade seja maior no sexo feminino. Relativamente às variações ao ciclo vital da família, parece não haver maior ou menor vulnerabilidade ao *stress* consoante se trate de famílias pós-divórcio ou famílias reconstruídas (Amâncio, 2008), ou seja, as diferentes formas de família parecem não exercer influência na perceção de *stress* familiar. No entanto, este resultado é baseado num único estudo.

Os resultados relativos às variáveis sociodemográficas, no total dos estudos que analisam o *stress*, apontam, em geral, para a ausência de uma influência significativa destas no *stress*. No entanto, atendendo a alguns resultados específicos, o estado civil divorciado parece ser um fator de proteção do *stress* face à doença crónica; contrariamente à idade avançada no caso dos homens, em que é sentida maior vulnerabilidade ao *stress*. Níveis socioeconómicos mais elevados, poderão também relacionar-se com perceções mais elevadas de *stress* e o sexo feminino poderá ser aquele que percebe maiores níveis de *stress*, assim como os residentes em áreas predominantemente urbanas.

4.4.2. Coping

Os resultados recolhidos referentes à variável dependente, *coping*, serão apresentados, seguidamente, em tabelas e sua descrição nos respetivos temas ou focos de estudo sinalizados por separadores.

Coping e Doença Crónica

Os resultados obtidos para o *coping* referente aos estudos, cujo foco é a presença de doença crónica geral ou específica, encontram-se esquematizados na tabela 12.

Tabela 12: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Coping* para a população “Doença Crónica”.

Resultados para a variável <i>Coping</i> (F-COPES) – Doença Crónica			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Coping</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação da percepção da qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> em famílias 1) com doença crónica, 2) com doença não crónica, 3) com as duas condições anteriores simultaneamente. Lopes (2007)	N= 274 Amostragem por conveniência. Grupo controlo e 3 grupos comparativos.	• Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na presença de doença crónica, não crónica e com as duas condições anteriores no que se refere às estratégias de <i>coping</i> .	• <i>Residência</i> : Residir numa área mediantemente urbana (relativamente a zonas pred. urbanas e rurais) está associado a uma maior utilização de estratégias de <i>coping</i> . • <i>Escolaridade</i> : parece haver um decréscimo no uso de estratégias de <i>coping</i> concomitante com um maior grau de estudos. • <i>Nível socioeconómico</i> : um nível socioeconómico baixo, por oposição ao médio, está associado a um maior uso da estratégia “apoio espiritual”.
Relação entre doença crónica, qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares e o impacto nestas variáveis do sexo, da idade, nível socioeconómico e existência de doença crónica. Carvalho (2007)	N= 248 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 4 grupos comparativos.	• As diferenças entre os resultados totais do F-COPES nos diferentes grupos (de comparação e de controlo) não são significativas. • “Sujeitos com doença crónica ou com familiares com doença crónica” apresentam resultados mais elevados na subescala “Apoio formal”. As restantes diferenças, ao nível das subescalas, não são significativas.	• <i>Idade</i> : Nos grupos “sujeitos com doença crónica” e “sujeitos sem doença crónica, independentemente de existir doença crónica na sua família”, verifica-se que idades mais avançadas estão associadas a maiores níveis de doença crónica. • <i>Nível socioeconómico</i> : Quanto mais baixo o nível socioeconómico do sujeito, maiores serão os resultados deste nas subescalas “apoio espiritual” e “avaliação passiva”. • Os sujeitos do sexo feminino pertencentes a um nível socioeconómico médio e elevado fazem menor uso da estratégia “reenquadramento”.
Relação entre a existência de diabetes e o impacto desta doença na qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares. Feliz da Fonseca (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 2 grupos comparativos.	• Os 3 grupos “sujeitos com diabetes”, “sujeitos com familiares diabéticos” e “sujeitos e familiares dos sujeitos sem qualquer doença crónica”, não se diferenciam, nem em termos do valor total de <i>coping</i> , nem no valor obtido nas diferentes subescalas.	• Os grupos não se diferenciam entre si relativamente às variáveis género e nível socioeconómico. As restantes variáveis não foram analisadas.

<p>Comparação de estratégias de <i>coping</i> entre famílias com crianças em idade escolar com asma e famílias com crianças em idade escolar sem asma.</p>	<p>N= 507</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças entre os grupos na escala total do F-COPES. • Há diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos relativamente ao <i>coping</i> externo, sendo o grupo com elemento asmático aquele que possui uma média mais elevada na utilização do <i>coping</i> externo face ao grupo controlo. • Na utilização do <i>coping</i> interno não se verificam diferenças entre os grupos. • O grupo com elemento asmático possui uma média mais elevada no fator “suporte social” do que o grupo de controlo. • A estratégia “apoio formal” é a única que se diferencia entre os grupos, apresentando valores mais elevados nas famílias com elemento asmático. 	<ul style="list-style-type: none"> • O estilo de <i>coping</i> não varia em função das variáveis independentes (género, nível socioeconómico).
<p>Passarinho (2008)</p>	<p>N= 206</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Grupo de controlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>coping</i> ativo não difere significativamente entre mulheres com cancro da mama e mulheres sem cancro da mama. • Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao “apoio social”. • As mulheres com cancro da mama apresentam <i>scores</i> mais elevados na “busca de apoio espiritual” em comparação com o grupo das mulheres sem cancro da mama, sendo que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe um efeito estatisticamente significativo do nível socioeconómico e da etapa do ciclo vital sobre as estratégias de <i>coping</i>. • A “Busca de apoio espiritual” é uma estratégia maioritariamente utilizada na etapa do ciclo vital “Ninho Vazio”. • <i>Nível socioeconómico</i>: Sujeitos do nível socioeconómico baixo parecem recorrer mais à estratégia “Apoio espiritual”.
<p>Análise das estratégias de <i>coping</i> e das forças familiares percebidas, numa amostra composta por adultos normovisuais e por adultos com deficiência visual.</p>	<p>N= 48</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Grupo de controlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças estatisticamente significativas no <i>coping</i> total entre invisuais e normovisuais, nem nas subescalas do F-COPES, exceto na subescala “reenquadramento”, em que os adultos normovisuais apresentam uma média superior ao das pessoas com deficiência visual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se encontram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis género, profissão e habilitações literárias entre os grupos. • Os adultos com deficiência visual de nível socioeconómico baixo apresentam valores inferiores em relação aos do nível socioeconómico médio.
<p>Couto (2009)</p> <p>Comparação da perceção das estratégias de <i>Coping</i>, da Qualidade de Vida e das Forças Familiares entre sujeitos portadores de</p>	<p>N= 123</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Grupo de controlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças significativas nos dois grupos no que diz respeito ao índice global do F-COPES, nem no que se refere ao <i>coping</i> interno e <i>coping</i> externo. 	<p>Não são apresentados resultados das VI neste estudo.</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Paramiloidose e sujeitos não portadores de Paramiloidose. Viegas (2009)			
Comparação da percepção dos mecanismos de <i>coping</i> e da qualidade de vida familiares entre adolescentes com doença crónica (Fenilcetonúria) e sem doença crónica (população geral). Almeida (2009)	N= 53 Amostragem por conveniência Grupo de controlo	• O grupo clínico recorre mais frequentemente à estratégia de <i>coping</i> “mobilização de apoio formal” do que o grupo de comparação.	• <i>Género</i> : o sexo masculino recorre mais frequentemente à estratégia “procura de suporte espiritual”. • <i>Nível socioeconómico</i> : Sujeitos do nível socioeconómico baixo parecem recorrer mais que os sujeitos do nível médio à “avaliação passiva” como estratégia de <i>coping</i> . • <i>Residência</i> : sujeitos residentes em locais predominantemente rurais pontuam de forma significativamente mais elevada.
Comparação da percepção do <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares entre pais de crianças e jovens com doença crónica e pais e pais de crianças e jovens sem doença crónica. Costa (2009)	N= 60 Amostragem por conveniência Grupo de controlo	Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente ao <i>coping</i> familiar global e suas subescalas.	• Não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne à influência das variáveis género, idade, nível socioeconómico e escolaridade no <i>coping</i> geral: em ambos os grupos. • No grupo de pais de crianças e jovens com doença crónica as “famílias com filhos em idade escolar” diferem de forma estatisticamente significativa das “famílias com filhos adolescentes” e das “famílias lançadoras”, sendo que as “famílias com filhos em idade escolar” apresentam uma maior recurso a estratégias de <i>coping</i> .
Comparação das estratégias de <i>coping</i> e da percepção da qualidade de vida familiares entre adolescentes com diabetes tipo I e adolescentes sem doença crónica. Santos (2009)	N= 61 Amostragem por conveniência Grupo de controlo	• Há diferenças entre os grupos ao nível do <i>coping</i> total, nomeadamente, os elementos do grupo de adolescentes com diabetes tipo I apresentam pontuações mais elevadas do que os elementos do grupo de adolescentes sem doença crónica. • Há uma diferença entre os jovens adolescentes com diabetes tipo I, ao nível das subescalas “procura de suporte social” e “procura de suporte espiritual”, sendo que os jovens que possuem um diagnóstico da diabetes tipo I, entre 1-8 anos, revelam valores superiores aos jovens que se encontram entre os 9-16 anos de diagnóstico da diabetes tipo I.	• Não há diferenças entre os grupos relativamente às variáveis género, local de residência e nível sócioeconómico. • Há diferenças entre os grupos relativamente à idade, sendo que no grupo de adolescentes diabéticos, quanto maior a pontuação na escala do F-COPES total, menor a idade.

O *coping* total não parece sofrer influência da presença de doença crónica em geral - adultos (Carvalho, 2007) e crianças (Costa, 2009), da presença de doença crónica e não crónica, em simultâneo (Lopes, 2007), nem de doenças crónicas específicas, como a diabetes tipo I em adultos (Fonseca, 2007), asma infantil (Passarinho, 2008), cancro da mama (Portugal, 2008), deficiência visual em adultos (Couto, 2008), portadores de paramiloidose (Viegas, 2009), adolescentes com fenilcetonúria (Almeida, 2009). As exceções a estas evidências surgem nos adolescentes com diabetes tipo I que percebem mais positivamente o *coping* familiar do que o grupo de controlo (Santos, 2009) e em adolescentes com fenilcetonúria (Almeida, 2009).

No entanto, em termos das subescalas, o “apoio formal” (Carvalho, 2007; Almeida, 2009) e o “recurso a amigos e vizinhos” são mais usados por pessoas com doença crónica em geral (Carvalho, 2007). E o mesmo acontece com famílias com filhos em idade escolar asmáticos (Passarinho, 2008). O apoio espiritual também é mais procurado por mulheres com cancro da mama (Portugal, 2008) e o “reenquadramento” é menos usado pelos adultos com deficiência visual (Couto, 2009).

Ao nível dos resultados das variáveis sociodemográficas para o tema doença crónica, verifica-se que residir em áreas medianamente urbanas (Lopes, 2007) e predominantemente rurais (Almeida, 2009) está associado a maior uso das estratégias de *coping* por comparação com os sujeitos que habitam em áreas predominantemente urbanas. Nas variáveis estado civil e escolaridade também parecem influenciar o *coping*, mas apenas num estudo (Lopes, 2007): o estado civil casado é apontado como aquele em que é mais recorrente o uso das estratégias de *coping* e à medida que o grau de estudos adquirido é maior, o recurso às estratégias de *coping* é menor (Lopes, 2007). Quanto à variável nível socioeconómico, o nível baixo destaca-se, claramente, dos níveis médio e elevado por ser aquele em que há maior recurso às estratégias de *coping* (Almeida, 2009; Carvalho, 2007; Lopes, 2007; Portugal, 2008). A exceção a este resultado aparece apenas no estudo de Couto (2009), em que os adultos com deficiência visual do nível socioeconómico baixo, apresentam valores relativamente inferiores em relação aos do nível socioeconómico médio (Couto, 2009). Na variável idade, destaca-se o estudo de Carvalho (2007), no qual os sujeitos mais

idosos apresentam níveis superiores de doença crónica (Carvalho, 2007). Quanto ao género, apenas um dos estudos (Almeida, 2009) remete para existência de diferenças, sendo os sujeitos do sexo masculino aqueles que parecem recorrer mais frequentemente à estratégia “procura de suporte espiritual” (Almeida, 2009). Por último, e referente às etapas do ciclo vital da família, o estudo de Costa (2009) analisa esta variável familiar e verifica que as “famílias com filhos em idade escolar” diferem de forma estatisticamente significativa das “famílias com filhos adolescentes” e das “famílias lançadoras”, sendo que as “famílias com filhos em idade escolar” apresentam maior recurso às estratégias de *coping* (Costa, 2009).

Coping e Ciclo Vital da Família

A tabela 13 mostra os resultados recolhidos referentes ao *coping* avaliado quanto ao Ciclo vital.

Tabela 13: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Coping* para a população “Ciclo vital da família”:

Resultados para a variável <i>Coping</i> (F-COPES) – Ciclo Vital da Família			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Coping</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação do <i>coping</i> familiar em termos de configurações estruturais familiares (nomeadamente das estruturas “casal de idosos” e “3 gerações”). Azevedo (2007)	N= 75 Amostragem por conveniência. Grupo controlo e 2 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças significativas entre os resultados médios das duas configurações quanto à intensidade de <i>coping</i>, nem entre as médias dos três grupos (Casal de idosos; 3 Gerações e “Outra”) no que respeita ao <i>coping</i> total., • As duas configurações não se diferenciam na intensidade com que usam o <i>coping</i> interno e externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • O nível socioeconómico, o local de residência ou a existência/não-existência de doença crónica não interferem de forma estatisticamente significativa no <i>coping</i> total.
Comparação do <i>stress</i> , do <i>coping</i> e da qualidade de vida familiares nas várias etapas do ciclo vital. Vilaça (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência Sem grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe qualquer efeito principal entre as diferentes etapas no <i>coping</i> total. • As famílias apresentam maior recurso às estratégias de <i>coping</i> na etapa “família com filhos em idade escolar” e menor na etapa “casal sem filhos”. • Nas estratégias “apoio social e mobilização da família para obter e aceitar ajuda”, a média dos referidos recursos familiares é 	<ul style="list-style-type: none"> • Não são apresentados os resultados das VI neste estudo.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

		<p>superior na etapa “família com filhos em idade escolar”, e menor na etapa “casal sem filhos”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <i>coping</i> interno, o “reenquadramento” é a estratégia mais utilizada, na etapa “família com filhos pequenos” ou em “idade pré-escolar”, e menos utilizada na etapa do “ninho vazio”. • A “avaliação passiva” apresenta valores de recursos familiares superiores na etapa família “lançadora”, e inferiores na etapa “casal sem filhos”. 	
<p>Comparação do <i>stress</i>, o <i>coping</i> e a qualidade de vida nas etapas “Famílias Lançadoras” e “Ninho Vazio”.</p> <p>Morais (2008)</p>	<p>N= 81</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as etapas do ciclo “famílias lançadoras” e “ninho Vazio” no F-COPES, escala global, nem nas dimensões “aquisição de apoio social”, “reenquadramento”, “mobilização de apoio formal” e “avaliação passiva”. • À exceção da subescala “apoio espiritual” que é significativamente mais utilizada na etapa “ninho vazio” por comparação à etapa “família lançadora”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no género (à exceção da subescala “Avaliação Passiva”, em que o sexo feminino é quem mais utiliza este tipo de estratégia); área de residência; nível socioeconómico e escolaridade. • Há diferenças estatisticamente significativas no estado civil (nomeadamente entre sujeitos casados e divorciados, sendo que são os divorciados os que pontuam mais alto na escala) e número de filhos (nomeadamente entre pais que têm um e dois filhos e ainda entre os pais que têm um e três ou mais filhos, parecendo ser os pais que têm dois ou três ou mais filhos quem mais utiliza as estratégias de <i>coping</i>).
<p>Comparação e correlação da utilização das estratégias de <i>coping</i> e da percepção da qualidade de vida entre adolescentes.</p> <p>Batista (2008)</p>	<p>N= 40</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe uma correlação positiva significativa entre a utilização das estratégias de <i>coping</i> e a percepção da qualidade de vida, ou seja, quanto maior é o <i>coping</i> dos adolescentes, maior é também a percepção da sua qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • A utilização das estratégias de <i>coping</i>, por parte dos adolescentes, não varia em função das variáveis sociodemográficas, nem mesmo na interação entre elas, à exceção da variável género, em que há diferenças significativas, na subescala “reenquadramento” (avaliação passiva), sendo a média dos rapazes superior à das raparigas.
<p>Comparação das estratégias de <i>coping</i> utilizadas em cada etapa do ciclo vital.</p> <p>Coutinho (2008)</p>	<p>N= 372</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao <i>coping</i> familiar, em função das diferentes etapas do ciclo vital. • Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a primeira etapa, “casal sem filhos”, e a última etapa “ninho vazio”, sendo a etapa “casal sem filhos” a que apresenta menos recursos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no <i>coping</i> familiar em função das variáveis género e nível socioeconómico.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

		<i>coping</i> , enquanto as famílias na etapa “ninho vazio” são as que parecem perceber mais recursos de <i>coping</i> .	
Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida em mães recentes e mulheres em diferentes fases do ciclo vital familiar. Pereira (2009)	N= 48 Amostragem por conveniência Grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (mães recentes e outras mulheres em estádios iniciais do ciclo vital) relativamente à utilização das estratégias de <i>coping</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ou entre os diferentes estatutos sociodemográficos e etapas do ciclo vital familiar, tendo em conta o valor da escala total do F-COPES.
Comparação da percepção da qualidade de vida e do uso das estratégias de <i>coping</i> nas várias etapas do ciclo vital. Vaz (2010)	N= 316 Amostragem por conveniência Sem grupo de controlo	<ul style="list-style-type: none"> • As várias etapas do ciclo vital não produzem um efeito significativo no total da escala F-COPES. • Na etapa “família com filhos adolescentes” as famílias utilizam mais a estratégia “mobilização do apoio dos sistemas envolventes”. • Constata-se que esta é a estratégia mais utilizada pelas famílias ao longo do ciclo vital, contrastando com a estratégia de <i>coping</i> interno “confiança nas capacidades familiares”, à qual as famílias, em média, menos recorrem. 	<ul style="list-style-type: none"> • As variáveis “sexo” e “local de residência” não produzem efeito estatisticamente significativo no que respeita ao <i>coping</i>. • O nível socioeconómico não produz um efeito estatisticamente significativo no total da escala, mas os níveis baixo e médio estão associados a maior “mobilização familiar para “aquisição e aceitação de ajuda” e “mobilização do apoio dos sistemas envolventes”.

No que respeita à análise do *coping* familiar relativamente às etapas do ciclo vital, os estudos indicam que não existe qualquer efeito principal entre as diferentes etapas no *coping* total (Azevedo, 2007; Coutinho, 2008; Morais, 2008; Pereira, 2009; Vaz, 2010; Vilaça, 2007). Contudo, há etapas que se destacam por fazer maior ou menor uso das estratégias de *coping*. Neste sentido, os estudos parecem apontar para que haja mais uso de estratégias de *coping* nas etapas “família com filhos em idade escolar” (Vilaça, 2007) e “ninho vazio”(Coutinho, 2008; Vaz, 2010) e o menor uso das estratégias de *coping* verifica-se na primeira etapa do ciclo vital, “casal sem filhos” (Coutinho, 2008; Vaz, 2010; Vilaça, 2007;).

No que respeita às variáveis sociodemográficas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas no *coping* em função da maioria das variáveis, contudo, no que respeita à variável estado civil, o estudo de Morais (2008) verifica que o estado divorciado recorre mais às estratégias de *coping* (Morais, 2008). Relativamente à variável género, embora não introduza diferenças estatisticamente significativas no *coping* geral, na

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

subescala “avaliação passiva”, o sexo feminino apresenta-se como aquele que mais recorre a este tipo de estratégia num estudo (Morais, 2008), enquanto no estudo de Batista (2008) verifica-se o oposto, isto é, o sexo masculino é aquele que mais pontua na subescala “reenquadramento” (avaliação passiva) (Batista, 2008).

Um dos estudos (Morais, 2008) constata que os pais que têm dois, três ou mais filhos são quem mais utiliza as estratégias de *coping* (Morais, 2008) por comparação com aqueles que têm apenas um filho.

Coping e Género

A tabela 14 mostra os resultados recolhidos referentes ao *coping* avaliado quanto ao género.

Tabela 14: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Coping* para a população “Género”.

Resultados para a variável <i>Coping</i> (F-COPES) – Género			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Coping</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Análise de eventuais diferenças de género na percepção do <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida familiares e do efeito das variáveis idade e nível sócioeconómico em ambos os sexos nessa mesma percepção. Nabais (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência. Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente ao total de estratégias de <i>coping</i>. • Relativamente às principais estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos homens e pelas mulheres, verifica-se que os resultados em ambos os géneros são semelhantes, tanto os homens como as mulheres recorrem preferencialmente ao “reenquadramento” e à “aceitação passiva”, só depois recorrem a estratégias como o “apoio social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças significativas entre os diferentes grupos etários relativamente às estratégias de <i>coping</i> familiares utilizadas em ambos os sexos. • <i>Nível sócioeconómico</i>: as mulheres de nível elevado apresentam mais estratégias de <i>coping</i> do que as dos níveis médio e baixo. • os homens pertencentes ao nível sócioeconómico mais baixo apresentam um maior número de estratégias de <i>coping</i>.
Análise ao modo como o género pode influenciar a percepção do <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares. Oliveira (2010)	N= 587 Amostragem por conveniência Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que concerne à sua percepção das estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela família. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Idade</i>: sujeitos com idade ≥ 80 anos tendem a recorrer menos ao “reenquadramento” como estratégia de <i>coping</i>. • <i>Nível sócioeconómico</i>: sujeitos com um nível sócioeconómico baixo recorrem com maior facilidade ao “apoio espiritual”. • <i>Estado civil</i>: sujeitos viúvos tendem a recorrer mais ao “apoio espiritual”. Por outro lado, viver em união de facto

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

			parece estar inversamente relacionado com o recurso ao “apoio espiritual”.
--	--	--	--

Na análise do *coping* relativamente ao género, parece não se verificar a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres na perceção das estratégias de *coping* utilizadas no seu seio familiar (Nabais, 2007; Oliveira, 2010).

Relativamente à análise da influência das variáveis sociodemográficas, verificam-se que os sujeitos com um nível socioeconómico baixo parecem ser os que recorrem com maior facilidade às estratégias de *coping* (Nabais, 2007; Oliveira, 2010), nomeadamente, ao “apoio espiritual” (Oliveira, 2010) e no sexo masculino (Nabais, 2007).

No sexo feminino, as mulheres de nível elevado, ao contrário do sexo masculino, parecem apresentar mais estratégias de *coping* do que as de níveis médio e baixo (Nabais, 2007). O estado civil também parece influenciar o recurso às estratégias de *coping*, sendo que os participantes do estado viúvo parecem recorrer mais ao “apoio espiritual”, enquanto o estado união de facto parece estar inversamente relacionado com o recurso a esta estratégia (Oliveira, 2010). Por último, verifica-se que, no que concerne à variável idade, os estudos não convergem em termos de resultado, isto é, Nabais (2007) verifica que não há diferenças entre os grupos etários relativamente às estratégias de *coping* familiares em ambos os sexos, por outro lado, Oliveira (2010) verifica que são os sujeitos com idade ≥ 80 anos que tendem a recorrer menos ao “reenquadramento” como estratégia de *coping* em ambos os sexos.

Coping e Formas de Família

Existem várias formas de família, há famílias homossexuais, monoparentais, adotivas, comunitárias, reconstituídas, são famílias que podemos definir como variações em torno do ciclo vital (Alarcão, 2000).

A tabela 15 mostra os resultados recolhidos referentes ao *coping* avaliado nas variações ao ciclo vital.

Tabela 15: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Stress, Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Coping para a população “Variações ao ciclo vital”.

Resultados para a variável <i>Coping</i> (F-COPES) – Variações ao ciclo vital			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Coping</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação do <i>stress</i> , do <i>coping</i> e da qualidade de vida familiares em famílias pós-divórcio e famílias reconstruídas. Amâncio (2008)	N= 61 Amostragem por conveniência. Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> As duas formas de família apresentam diferenças significativas relativamente à escala total do F-COPES, sendo que as famílias pós-divórcio apresentam um valor mais elevado, comparativamente com as famílias reconstruídas. O mesmo se verifica em relação a várias subescalas do F-COPES, nomeadamente “aquisição de apoio social”; “apoio espiritual” e “avaliação passiva”, nas quais as famílias pós-divórcio apresentam uma média mais elevada, comparativamente com as famílias reconstruídas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na variável área de residência. Género: verificam-se diferenças significativas na subescala reenquadramento do F-COPES, sendo que os homens apresentam médias mais baixas. Nível socioeconómico: os sujeitos de nível socioeconómico baixo apresentam valores mais baixos de “reenquadramento” e mais altos de “apoio espiritual”, relativamente a sujeitos de nível médio. Os sujeitos de nível socioeconómico baixo apresentam valores mais baixos de “apoio espiritual” por comparação a sujeitos de nível socioeconómico elevado. - Nas famílias pós-divórcio: Não se encontram diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis. - Nas famílias reconstruídas: Não há diferenças significativas em função do género, nível socioeconómico, área de residência e religião. A idade introduz diferenças significativas, sendo que os sujeitos mais velhos apresentam valores mais baixos de <i>coping</i>.
Comparação da percepção do <i>Coping</i> e da Qualidade de Vida em famílias nucleares intactas, famílias pós-divórcio e em famílias constituídas). Rica (2010)	N= 316 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 4 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> As diferentes formas de família produzem efeito sobre a sua utilização, relativamente à escala total do F-COPES, sendo que a média mais alta foi a das Famílias Nucleares Intactas. Houve diferenças estatisticamente significativas também entre as Famílias Pós-Divórcio e as Famílias Reconstituídas cuja média mais alta foi a das Famílias Pós-Divórcio. Os sujeitos enquadrados nas famílias nucleares intactas e nas famílias pós-divórcio parecem utilizar mais estratégias de <i>coping</i>, em termos globais comparativamente com os 	<ul style="list-style-type: none"> Nível socioeconómico: os sujeitos de nível socioeconómico baixo, utilizam mais estratégias de <i>coping</i>, nomeadamente, as estratégias “Mobilização do apoio dos sistemas envolventes”, nas três formas de família. Género: são as mulheres que mais mobilizam o <i>coping</i>, nas famílias nucleares intactas e nas reconstituídas. Residência: Nas famílias pós-divórcio, foram os sujeitos do meio medianamente urbano que obtiveram médias mais elevadas, enquanto, nas famílias reconstituídas, a média mais alta

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

	sujeitos das famílias reconstituídas. • Os sujeitos das famílias pós-divórcio são os que utilizam mais estratégias de <i>coping</i> externo, relativamente ao <i>coping</i> interno nenhuma das diferentes formas de família se diferencia.	foi a dos sujeitos do meio predominantemente rural no que respeita ao uso do <i>coping</i> .
--	--	--

Os dois estudos (Amâncio, 2008; Rica 2010) que se focaram na análise das variações ao ciclo vital da família, famílias pós-divórcio, famílias reconstituídas (Amâncio, 2008; Rica 2010) e famílias nucleares intactas (Rica, 2010) referem que no que se refere ao *coping* familiar, o modo como utilizam as estratégias de *coping* é influenciado pelas diferentes formas de família (Amâncio, 2008; Rica 2010), ou seja, verifica-se a existência de relação entre a utilização de estratégias de *coping* e a pertença a determinadas formas de família. Esta relação estabelece-se no facto dos sujeitos enquadrados nas famílias nucleares intactas e nas famílias pós-divórcio utilizarem mais estratégias de *coping* global, comparativamente com os sujeitos das famílias reconstituídas (Amâncio, 2008; Rica 2010). Além disso, na comparação entre famílias pós-divórcio e famílias reconstituídas/reconstruídas o uso de estratégias de *coping* é superior nas famílias pós-divórcio (Amâncio, 2008; Rica, 2010).

Também ao nível dos resultados face às variáveis sociodemográficas, há diferenças significativas a apontar, nomeadamente, no nível socioeconómico que parece exercer influência nas três formas de família, sendo que os sujeitos de nível socioeconómico baixo, utilizam mais estratégias de *coping* (Amâncio, 2008; Rica, 2010). Quanto à área de residência, nas famílias pós-divórcio, os sujeitos do meio medianamente urbano parecem recorrer mais vezes às estratégias de *coping*, enquanto nas famílias reconstituídas, a média mais alta foi a dos sujeitos do meio predominantemente rural (Rica, 2010). Ao nível da variável género, os resultados dos estudos apontam para que sejam as mulheres a fazer maior uso das estratégias de *coping* face aos homens (Amâncio, 2008; Rica, 2010).

Coping e Processo de luto

A família, como outro tipo de sistema vivo, nasce, desenvolve-se e morre. Assim, parece-nos importante analisar as variáveis em estudo tendo

em conta a temática da morte ou perda de pessoas significativas (processo de luto).

A tabela 16 mostra os resultados recolhidos referentes ao *coping* avaliado quanto ao processo de luto.

Tabela 16: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável *Coping* para a população “Processo de luto”.

Resultados para a variável <i>Coping</i> (F-COPES) – Processo de luto			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Coping</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida entre sujeitos que perderam e sujeitos que não perderam, alguém significativo no último ano.	N= 236 Amostragem por conveniência. Com grupo de controlo.	• Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com e sem registo de morte de alguém significativo no último ano) no <i>coping</i> .	• Não se verificam efeitos significativos das variáveis independentes nos valores totais de <i>coping</i> .
Dores (2008) Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida entre sujeitos que lidaram com a morte de alguém significativo e sujeitos que não tiveram essa experiência.	N= 120 Amostragem por conveniência Com grupo de controlo.	• Não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível da utilização de estratégias de <i>coping</i> internas e externas. • Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na dimensão “busca de suporte social”. Os indivíduos que lidaram com a morte de alguém significativo tendem a adotar com mais frequência este tipo de estratégia de <i>coping</i> relativamente aos indivíduos que referiram não ter lidado com essa experiência de perda.	• Não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao <i>coping</i> em função da idade, área de residência e etapa do ciclo vital. • Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos numa única dimensão - “busca de apoio espiritual”, sendo que o sexo feminino pontua de forma significativamente superior. • <i>Nível socioeconómico</i> : em níveis socioeconómicos baixos, as estratégias de <i>coping</i> mais utilizadas são “apoio espiritual” e “aceitação passiva”.
Durão (2010)			

Os estudos que analisam o *coping* no tema “Processo de luto” sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental (sujeitos que experienciaram a perda de alguém significativo) e o grupo de comparação (sujeitos que não sofreram perda de pessoa significativa) (Dores, 2008; Durão, 2010) no que respeita à variável dependente (estratégias de *coping* familiares), à exceção da dimensão “busca de apoio espiritual”, onde o sexo feminino pontua de forma

significativamente superior face ao sexo masculino, no grupo experimental. (Durão, 2010).

Do ponto de vista das características sócio-demográficas o *coping* parece não variar de forma estatisticamente significativa, num dos estudos (Dores, 2008). No outro estudo (Durão, 2010), apesar do *coping* não sofrer influência da etapa do ciclo vital, local de residência e da idade, verifica-se que uma das estratégias mais utilizadas pelas mulheres é a procura de “apoio espiritual”. Verifica-se ainda, que relativamente a indivíduos pertencentes a níveis socioeconómicos mais baixos, utilizam mais frequentemente o recurso ao “apoio espiritual” e a “aceitação passiva”, comparativamente com os indivíduos do nível socioeconómico mais alto.

Em suma, o *coping* total não parece sofrer influência da presença de doença crónica em geral, exceto em adolescentes com diabetes tipo I que parecem fazer maior utilização do *coping* familiar face ao grupo de controlo. No que concerne ao ciclo vital, as estratégias de *coping* parecem ser mais utilizadas na etapa “família com filhos em idade escolar” e menos na etapa “formação do casal”. O *coping* parece não sofrer influência relativamente ao género, no entanto, cruzando esta variável com o nível socioeconómico, verifica-se que os homens de nível socioeconómico baixo parecem fazer menor uso das estratégias de *coping*. O *coping* sofre influência das formas de família (variações ao ciclo vital) e são os sujeitos enquadrados nas famílias nucleares intactas e nas famílias pós-divórcio aqueles que parecem utilizar mais estratégias de *coping*, comparativamente com os sujeitos das famílias reconstituídas. Relativamente ao *coping* face ao processo de luto parece não existirem diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos que experienciaram a perda de alguém significativo e sujeitos que não sofreram perda de pessoa significativa. Destaca-se ainda, ao nível das variáveis sociodemográficas que o estado civil divorciado apresenta-se como aquele que mais uso faz das estratégias de *coping* e que o nível socioeconómico baixo é aquele que, igualmente, mais vezes recorre às estratégias de *coping* familiares. As outras variáveis sociodemográficas não apresentam resultados destacáveis e, na maioria dos estudos, não exercem influência estatisticamente significativa.

4.4.3. Perceção da Qualidade de Vida

Assim como no ponto anterior, os resultados recolhidos referentes à perceção da qualidade de vida, serão apresentados em tabelas e descrição, separados por temas de estudo, obedecendo à mesma ordem de apresentação.

Perceção da Qualidade de Vida e Doença Crónica

Os resultados obtidos para a qualidade de vida referente aos estudos cujo foco é a presença de doença crónica geral ou específica encontram-se esquematizados na tabela 17.

Tabela 17: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Doença crónica”.

Resultados para a variável <i>Qualidade de vida</i> (Quality of life) – Doença crónica			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Qualidade de vida</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Relação entre doença crónica, qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares e o impacto nestas variáveis do sexo, da idade, nível socioeconómico e existência de doença crónica. Carvalho (2007)	N= 248 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 4 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos resultados totais da escala QOL. • À exceção das subescalas “saúde”, “tempo” e “emprego” em que os sujeitos com doença crónica ou com familiares com doença crónica apresentam resultados inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificaram influências do sexo, nível socioeconómico e existência de doença crónica sobre os resultados dos sujeitos nem no total, nem nas subescalas.
Relação entre a existência de diabetes e o impacto desta doença na qualidade de vida, <i>stress</i> e <i>coping</i> familiares. Feliz da Fonseca (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 2 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Os 3 grupos “sujeitos com diabetes”, “sujeitos com familiares diabéticos” e “sujeitos e familiares dos sujeitos sem qualquer doença crónica”, não se diferenciam em termos do valor total do QOL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se encontraram influências do sexo, nível socioeconómico e existência de doença crónica sobre os resultados dos sujeitos nem no total nem nas subescalas.
Comparação de estratégias de <i>coping</i> entre famílias com crianças em idade escolar	N= 507 Amostragem por conveniência Grupo de	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na escala total. • Na subescala “saúde” as famílias com crianças asmáticas apresentam resultados mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis género e nível socioeconómico e nas interceções entre elas.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

com asma e famílias com crianças em idade escolar sem asma. Passarinho (2008)	controlo.	baixos de satisfação por comparação com o grupo de controlo.	
Análise das estratégias de <i>coping</i> e da qualidade de vida percebida numa amostra composta por mulheres sem cancro da mama e mulheres com cancro da mama. Portugal (2008)	N= 206 Amostragem por conveniência Grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres com cancro da mama apresentam <i>scores</i> mais elevados na dimensão “família e conjugalidade”, em comparação com o grupo das mulheres sem esta doença crónica. • As mulheres sem cancro da mama apresentam <i>scores</i> mais elevados na satisfação com a própria saúde, em comparação com o grupo das mulheres com cancro da mama. • A perceção da qualidade de vida não varia em função do <i>coping</i> e vice-versa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe um efeito estatisticamente significativo do estatuto socioeconómico, da etapa do ciclo vital e das condições ter ou não cancro da mama sobre a qualidade de vida. • Existe um efeito estatisticamente significativo do local de residência sobre algumas dimensões da qualidade de vida, nomeadamente, “tempo”, “vizinhança e comunidade” e “família e conjugalidade”, sendo que a satisfação com estas dimensões é a maior em contexto medianamente urbano.
Comparação da perceção das estratégias de <i>Coping</i> , da Qualidade de Vida e das Forças Familiares entre sujeitos portadores de Paramiloidose e sujeitos não portadores de Paramiloidose. Viegas (2009)	N= 123 Amostragem por conveniência Grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida entre portadores de PAF e sujeitos não portadores de PAF. • A satisfação com a dimensão “família e conjugalidade” nos sujeitos portadores de PAF é significativamente inferior ao grupo de comparação. • O grupo de portadores de Paramiloidose têm uma satisfação com a própria saúde inferior ao grupo de comparação. 	Não são apresentados resultados das VI neste estudo.
Comparação da perceção dos mecanismos de <i>coping</i> e da qualidade de vida familiares entre adolescentes com doença crónica (Fenilcetonúria) e sem doença crónica. Almeida (2009)	N= 53 Amostragem por conveniência Grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não há diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida geral entre os grupos. • Os grupos apenas diferenciam estatisticamente nas subescalas “família alargada” e “vizinhança e comunidade”, sendo os elementos do grupo clínico a pontuar mais alto face ao grupo de comparação. 	<p>- <i>Grupo clínico:</i> Relativamente às dimensões: “Saúde”, “Casa”, “Educação”, “Mass media”, “Bem-estar financeiro”, “Vizinhança e comunidade” e “Qualidade de vida total” da escala Qualidade de vida, os elementos do sexo masculino pontuam de forma superior em relação ao sexo feminino.</p> <p>- <i>Grupo de comparação:</i> Nas pontuações médias de “Saúde”, “Casa”, “Educação”, “Mass media”, “Bem-estar financeiro”, “Vizinhança e comunidade” e “Qualidade de vida total” da escala Qualidade de vida, os elementos do sexo masculino pontuam de forma</p>

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

			superior face ao sexo feminino.
<p>Comparação das estratégias de <i>coping</i> e da perceção da qualidade de vida familiares entre adolescentes com diabetes tipo I e adolescentes sem doença crónica.</p> <p>Santos (2009)</p>	<p>N= 61</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Grupo de controlo.</p>	<p>• Os grupos diferenciam-se estatisticamente na escala total e nas subescalas “vida familiar”, “<i>mass media</i>” e “vizinhança e comunidade”, sendo que o grupo de adolescentes com diabetes tipo I pontua de forma significativamente mais elevada que o grupo de adolescentes sem doença crónica, excetuando a subescala “saúde”, em que se regista o contrário.</p>	<p>• <i>Idade</i>: No grupo de diabéticos, quanto melhor a qualidade de vida, na escala total e subescalas “religião”, “<i>mass media</i>” e “vizinhança e comunidade”, menor a idade.</p> <p>• <i>Local de residência</i>: os adolescentes do grupo de referência, de zonas predominantemente rurais, apresentam valores superiores na subescala saúde.</p> <p>• <i>Nível socioeconómico</i>: o grupo de adolescentes com diabetes tipo 1, de um nível socioeconómico baixo revelam valores mais elevados na subescala “vizinhança e comunidade”.</p> <p>• Não foram detetadas diferenças entre os grupos na variável sexo.</p>
<p>Compara a qualidade de vida familiar em sujeitos sem doença crónica na família e sujeitos com doença crónica na família.</p> <p>Borges (2010)</p>	<p>N= 121</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Com grupo de controlo.</p>	<p>• Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em nenhuma das dimensões da variável qualidade de vida, nem a nível da escala global.</p>	<p>• Não existe qualquer efeito de interação entre a Qualidade de vida familiar global, a Doença crónica e as variáveis sociodemográficas.</p>

A qualidade de vida parece não variar em função das seguintes condições: presença de diabetes (Fonseca, 2007), crianças asmáticas (Passarinho, 2008), mulheres com cancro da mama (Portugal, 2008), portadores de paramiloidose (Viegas, 2009), adolescentes com fenilcetonúria (Almeida, 2009) e doença crónica em geral (Carvalho, 2007; Borges, 2010). Contudo, há exceções nestes resultados, ou seja, parece haver alguma influência da presença de algumas condições crónicas, nomeadamente face às subescalas do instrumento que avalia a qualidade de vida. Neste sentido, as exceções verificam-se em crianças asmáticas, no que respeita à saúde (menos satisfeitas) (Passarinho, 2008), em mulheres com cancro da mama, no que respeita à família e conjugalidade (mais satisfeitas) (Portugal, 2008), em portadores de paramiloidose na conjugalidade, família e própria saúde (menos satisfeitos) (Viegas, 2009), em adolescentes com fenilcetonúria nas

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

subescalas “família alargada”, “vizinhança e comunidade” (menos satisfeitos) (Almeida, 2009), na doença crónica em geral (Borges, 2010; Carvalho, 2007), nas dimensões “emprego” (Carvalho, 2007), “saúde” (Carvalho, 2007) e “tempo” (Carvalho, 2007), nas quais os sujeitos surgem como menos satisfeitos.

Por outro lado, verificou-se um resultado oposto na seguinte condição crónica de vida: crianças com diabetes tipo I, exceto na subescala “saúde” (menos satisfeitos) (Santos, 2009).

Na análise aos resultados das variáveis sociodemográficas, verifica-se que na maioria dos estudos não se registam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis. Contudo, existem estudos que apresentam algumas exceções relevantes, tais como no estudo de Portugal (2008) em que, no que se refere ao local de residência, os sujeitos residentes em áreas medianamente urbanas apresentam valores de maior satisfação em algumas dimensões da qualidade de vida, nomeadamente, nas dimensões “tempo”, “vizinhança e comunidade” e “família e conjugalidade”. No estudo de Almeida (2009) também se verificam algumas diferenças, nomeadamente, em adolescentes com doença crónica. Estas diferenças verificam-se entre os elementos do sexo feminino e os elementos do sexo masculino, relativamente às dimensões “saúde”, “casa”, “educação”, “*mass media*”, “bem-estar financeiro”, “vizinhança e comunidade” e “qualidade de vida total”, sendo os elementos do sexo masculino a pontuar de forma superior. Isto indica que os elementos do sexo masculino mostram uma perceção de qualidade de vida familiar mais positiva. Quanto ao grupo sem doença crónica, também se verificam diferenças, nomeadamente, entre os elementos do sexo feminino e os elementos do sexo masculino no que concerne às pontuações médias de “saúde”, “casa”, “educação”, “*mass media*”, “bem-estar financeiro”, “vizinhança e comunidade” e “qualidade de vida total”, em que o sexo masculino também pontua de forma superior. Mais uma vez, este resultado indica que o sexo masculino mostra fazer uma perceção da qualidade de vida familiar mais positiva face ao sexo feminino (Almeida, 2009). O outro, e último estudo (Santos, 2009) em que se verificam diferenças estatisticamente significativas em variáveis sociodemográficas, refere que ao nível da idade, os sujeitos do grupo de diabéticos com idades mais baixas, são aqueles que apresentam melhores

resultados de qualidade de vida, na escala total e subescalas “religião”, “*mass media*” e “vizinhança e comunidade” (Santos, 2009). Quanto ao local de residência, verifica-se que os adolescentes do grupo de referência (sem doença crónica), de zonas predominantemente rurais, apresentam valores superiores na subescala “saúde”. Relativamente ao nível socioeconómico, no grupo de adolescentes com diabetes tipo 1, os sujeitos pertencentes a um nível socioeconómico baixo revelam valores mais elevados na subescala “vizinhança e comunidade” (Santos, 2009).

Perceção da Qualidade de Vida e Etapas do Ciclo Vital

A tabela 18 mostra os resultados obtidos para a qualidade de vida referente aos estudos cujo foco são as etapas do ciclo vital.

Tabela 18: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Ciclo Vital da Família”.

Resultados para a variável <i>Qualidade de vida</i> (Quality of life) – Ciclo vital da família			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Qualidade de vida</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Análise da vulnerabilidade ao <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família. Vilaça (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência Sem grupo de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade de vida subjetiva é mais elevada na etapa “família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” na maioria das dimensões do instrumento. • As dimensões “casamento e vida familiar”, “saúde” e “<i>Mass Media</i>” apresentam valores mais baixos na etapa “ninho vazio”, enquanto as dimensões “amigos”, “lar e educação”, “tempo”, “emprego” apontam para uma menor qualidade de vida na etapa “família com filhos adolescentes”. • A qualidade de vida subjetiva relativa ao “tempo” é superior na etapa “família na reforma”. • A qualidade de vida relativa ao “emprego” é mais elevada na “família com filhos em idade escolar” e menor nas “famílias com filhos adolescentes”. • O bem-estar financeiro é superior na “família na reforma” e inferior na “família lançadora”. 	<p>Não são apresentados resultados das VI neste estudo.</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

<p>Avaliação do modo como as etapas do ciclo vital “Famílias Lançadoras” e “Ninho Vazio” podem influenciar a percepção do <i>Stress</i>, <i>Coping</i> e Qualidade de Vida Familiar.</p> <p>Morais (2008)</p>	<p>N= 81</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe uma associação linear negativa, embora altamente significativa entre as escalas totais do lualidade de vida e do FILE (os pais que obtiveram valores mais elevados ao nível da percepção da qualidade de vida familiar podem vir a obter valores mais baixos na percepção do <i>stress</i> familiar). • Na subescala “Tempo” os pais da etapa “Ninho Vazio” percecionam uma melhor qualidade de vida do que os que se encontram na etapa “Famílias Lançadoras”, na subescala “Emprego” verifica-se o contrário. • Os sujeitos que se encontram na etapa “Ninho Vazio” percecionam uma maior qualidade de vida na subescala total do que os sujeitos da etapa “Famílias Lançadoras” (mas não de forma significativa). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i>: não se verificam diferenças estatisticamente significativas. • <i>Residência</i>: as médias são superiores nas áreas medianamente urbanas (sujeitos que vivem nestas áreas percecionam uma melhor qualidade de vida) • <i>Estado civil</i>: casados apresentam valores mais elevados ao nível da percepção da qualidade de vida na dimensão “Família e Conjugalidade”; • <i>Nível socioeconómico</i>: os níveis baixo e elevado diferem, tendo os sujeitos do nível elevado resultados superiores na percepção da qualidade de vida.
<p>Comparação da utilização das estratégias de <i>coping</i> e da percepção da qualidade de vida entre adolescentes.</p> <p>Batista (2008)</p>	<p>N= 40</p> <p>Amostragem por conveniência</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto maior é o <i>coping</i> dos adolescentes, maior é também a percepção da sua qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis sociodemográfica.
<p>Comparação da percepção da qualidade de vida nas várias etapas do ciclo vital e influência do género, do nível socioeconómico e das formas de família.</p> <p>Marques (2008)</p>	<p>N= 295</p> <p>Amostragem por conveniência.</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A percepção da qualidade de vida subjetiva ao longo das várias etapas do ciclo vital da família não são estatisticamente significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i>: Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino, em termos globais (QV total) de percepção da qualidade de vida subjetiva. • <i>Nível socioeconómico</i>: os elementos com um nível socioeconómico familiar elevado apresentam uma percepção da qualidade de vida subjetiva mais elevada relativamente aos elementos com nível socioeconómico familiar médio ou baixo. • <i>Formas de família</i>: maior percepção de qualidade de vida pelos elementos das famílias reconstituídas, seguidas pelas monoparentais e nucleares intactas. A forma de família na qual há uma menor percepção de qualidade de vida por parte dos seus elementos é a pós-divórcio.

<p>Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida em mulheres que são mães pela primeira vez e mulheres em diferentes fases do ciclo vital familiar.</p> <p>Pereira (2009)</p>	<p>N= 75</p> <p>Amostragem por conveniência.</p> <p>Com grupo controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A etapa que apresenta <i>scores</i> mais elevados no índice de qualidade de vida global é a primeira fase (casal sem filhos), seguida da etapa correspondente às famílias com filhos na escola. Contudo, as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas. • As mulheres que foram mães há 6 meses ou menos não diferem na perceção da qualidade de vida, das mães cujos bebés têm entre 6 e 12 meses. • As mães pela primeira vez recentemente não registam maior insatisfação com as responsabilidades domésticas, em relação às outras mulheres que se encontram em etapas iniciais do ciclo vital familiar, nem entre os dois grupos relativamente à satisfação com os contactos sociais, quer entre os amigos, quer entre a família alargada. 	<p>Não são apresentados resultados das VI neste estudo.</p>
<p>Análise sobre o que influencia a perceção da qualidade de vida e o <i>coping</i> familiar ao longo das várias etapas do ciclo vital.</p> <p>Vaz (2010)</p>	<p>N= 316</p> <p>Amostragem por conveniência.</p> <p>Sem grupo de controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As várias etapas do ciclo vital produzem um efeito significativo no total da escala da qualidade de vida. • É na etapa “família com filhos pequenos” e “ninho vazio/reforma” que se percebe uma maior qualidade de vida, enquanto os valores mais baixos se situam na etapa “família lançadora”. • É nas duas primeiras etapas que as famílias percebem a qualidade de vida ao nível da Vida Familiar - saúde, família e amigos como mais elevada. No que diz respeito a esta variável, podemos também constatar que, em média, as famílias nas etapas família com filhos pequenos e casal sem filhos apresentam, respectivamente, os dois valores mais elevados. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i>: não produz efeito estatisticamente significativo no total da escala qualidade de vida, nem na relação entre a qualidade de vida e as etapas do ciclo vital. • <i>Residência</i>: a qualidade de vida parece ser mais elevada quando as famílias residem em zona medianamente urbana. • <i>Nível socioeconómico</i>: as famílias percebem uma qualidade de vida mais elevada na dimensão “Contextos envolventes” quando pertencem a um nível socioeconómico elevado. As famílias na etapa casal sem filhos percebem uma qualidade de vida mais elevada quando pertencentes a um nível socioeconómico médio, as famílias com filhos pequenos e as famílias lançadoras quando pertencem a um nível baixo e as famílias com filhos em idade escolar, famílias com filhos adolescentes e ninho vazio/reforma quando pertencentes a um nível elevado. • <i>Formas de família</i>: as famílias reconstituídas apresentam valores mais elevados de satisfação com a qualidade de vida.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Relativamente às etapas do ciclo vital e à qualidade de vida familiar, os estudos referem que esta se altera significativamente em função da etapa do ciclo vital (Marques, 2008; Pereira, 2009; Vilaça, 2007). Esta perceção parece ser superior nas etapas “Família com filhos pequenos” e “Ninho Vazio/Reforma” (Marques, 2008; Morais, 2008; Pereira, 2009; Vaz, 2010; Vilaça, 2007). Por outro lado, é nas etapas “Casais sem filhos” (Vilaça, 2007); “Famílias Lançadoras” (Marques, 2008, Vaz, 2010) que a qualidade de vida parece ser percecionada de forma inferior. Analisando alguns dos resultados das subescalas deste instrumento [Qualidade de vida (QV)], constata-se que nas dimensões “casamento e vida familiar”, “saúde” e “*Mass Media*”, na etapa “ninho vazio” os valores são mais baixo, enquanto nas dimensões “Amigos”, “Lar e Educação”, “Tempo”, “Emprego”, os valores apontam para uma menor qualidade de vida na etapa “família com filhos adolescentes” (Vilaça, 2007). Ainda neste estudo (Vilaça, 2007), verifica-se que a qualidade de vida subjetiva relativa ao fator “Tempo” é superior na etapa “família na reforma” (Morais, 2008 Vilaça, 2007) e inferior na etapa “família lançadora” (Morais, 2008), a qualidade de vida relativa ao “Emprego” é mais elevada na “família com filhos em idade escolar” (Vilaça, 2007) e “família lançadora” (Morais, 2008) e menor nas “famílias com filhos adolescentes” (Vilaça, 2007) e na etapa “ninho vazio” (Morais, 2008) e o bem-estar financeiro é superior na “família na reforma” e inferior na “família lançadora” (Vilaça, 2007).

A estes resultados descritos no parágrafo anterior, surgem exceções no estudo de Pereira (2009) quando verifica que a etapa que apresenta *scores* mais elevados no índice de qualidade de vida global é a primeira fase (casal sem filhos), seguida da etapa correspondente às famílias com “filhos na escola” (Pereira, 2009). No entanto, as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas. Este estudo refere ainda que as mulheres que foram mães há 6 meses ou menos não diferem na perceção da qualidade de vida, das mães cujos bebés têm entre 6 e 12 meses (Pereira, 2009). Outro dado a salientar é o facto das mães pela primeira vez recentemente, não registarem maior insatisfação com as responsabilidades domésticas, em relação às outras mulheres que se encontram em etapas iniciais do ciclo vital familiar. Estes dois grupos também não diferem no que respeita à satisfação com os contactos sociais, quer entre os “amigos”, quer entre a “família

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

alargada” (Pereira, 2009). O estudo de Vaz (2010) verifica que, relativamente à dimensão “vida familiar - saúde, família e amigos”, que é nas duas primeiras etapas que as famílias percecionam a qualidade de vida como mais elevada (Vaz, 2010). As famílias nas etapas “família com filhos pequenos” e “casal sem filhos” apresentam, respectivamente, os dois valores mais elevados e, uma vez mais, é na “família lançadora” que se constata os valores mais baixos de qualidade de vida (Vaz, 2010).

Alguns estudos (Batista, 2008; Morais, 2007) analisam a relação entre os resultados do QV e os resultados dos outros instrumentos abordados anteriormente (FILE; F-COPES), neste sentido, parece existir uma associação linear negativa, ainda que altamente significativa, entre as escalas totais do qualidade de vida e do FILE, isto indica que valores mais elevados ao nível da perceção da qualidade de vida familiar associem-se a valores mais baixos na perceção do *stress* familiar (Morais, 2008). Relativamente à relação com os resultados do F-COPES, quanto maior é o *coping* dos adolescentes, maior é também a perceção da sua qualidade de vida (Batista, 2008).

Na análise aos resultados das variáveis sociodemográficas verifica-se que na variável residência as médias de qualidade de vida são superiores nas áreas medianamente urbanas, ou seja, os sujeitos que vivem nestas áreas percecionam uma melhor qualidade de vida nas restantes dimensões (Morais, 2008; Vaz, 2010). Quanto à variável estado civil, o estado casado apresenta valores mais elevados ao nível da perceção da qualidade de vida na dimensão “família e conjugalidade” (Morais, 2008). No que respeita à variável nível socioeconómico, os elementos com um nível socioeconómico familiar elevado apresentam uma perceção da qualidade de vida subjetiva superior relativamente aos elementos com nível socioeconómico familiar médio ou baixo (Marques, 2008; Morais, 2008; Vaz, 2010). Quanto ao género não se verificam diferenças estatisticamente significativas, em termos globais (QV total) (Marques, 2008). Dois dos estudos (Marques, 2008; Vaz, 2010) analisam em que formas de família é a perceção da qualidade de vida superior ou inferior. Neste sentido, a forma de família na qual há uma maior perceção de qualidade de vida pelos seus elementos é a reconstituída (Marques, 2008; Vaz, 2010), seguida pela monoparental e pela nuclear intacta e, a forma de família na qual há uma menor perceção de qualidade de

vida por parte dos seus elementos é a família pós-divórcio (Marques, 2008).

Perceção da Qualidade de Vida e Género

De seguida, na tabela 19 serão apresentados os resultados obtidos para a qualidade de vida referentes ao género.

Tabela 19: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Género”.

Resultados para a variável <i>Qualidade de vida</i> (Quality of life) – Género			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Qualidade de vida</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Análise de eventuais diferenças de género na percepção do <i>stress</i> , <i>coping</i> e qualidade de vida familiares e do efeito das variáveis idade e nível sócioeconómico em ambos os sexos. Nabais (2007)	N= 275 Amostragem por conveniência. Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem diferenças de género na forma como os sujeitos percecionam a qualidade de vida familiar. • As áreas de maior satisfação com a qualidade de vida, tanto para os homens como para as mulheres são o “casamento”, logo seguida da satisfação com os “amigos”. • Nas áreas relacionadas com o “lar” e “educação”, “tempo” e “religião”, os homens mostram-se mais satisfeitos que as mulheres. As áreas em que quer os homens, quer as mulheres parecem estar mais insatisfeitos são: área do “bem-estar financeiro”, dos “<i>mass media</i>” e da “saúde”. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Idade</i>: Nas mulheres mais jovens (entre os 14-24 anos) há um resultado médio na satisfação com a qualidade de vida superior ao das mulheres mais velhas. Nos homens não se verificam diferenças significativas. • <i>Nível socioeconómico</i>: não se verificam diferenças estatisticamente significativas para ambos os sexos.
Análise sobre o modo como género pode influenciar a percepção da qualidade de vida e resiliência familiares. Feliciano (2010)	N= 121 Amostragem por conveniência Sem grupo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • O género não parece influenciar a percepção da qualidade de vida familiar global. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estado civil, idade e residência. • <i>Nível socioeconómico</i>: a percepção da qualidade de vida parece tornar-se mais favorável à medida que se passa do nível socioeconómico baixo e médio para o elevado na dimensão “relações sociais e saúde”. e “educação”. As mulheres obtêm uma percepção mais favorável acerca do “tempo”, à medida que o nível socioeconómico diminui e, no caso da “educação”, observa-se o oposto, vai aumentando à medida que o nível

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

			socioeconómico é mais favorável.
--	--	--	----------------------------------

Na perceção da qualidade de vida referente às diferenças de género, os estudos (Feliciano, 2010; Nabais, 2007) verificam que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres na perceção da qualidade de vida familiar global (Feliciano, 2010; Nabais, 2007). No entanto, é possível verificar que em média, os homens se mostram ligeiramente mais satisfeitos, do que as mulheres com a sua qualidade de vida, nas áreas relacionadas com o “lar” e “educação”, “tempo” e “religião” (Nabais, 2007). Salienta-se o facto de se verificar que a área de maior satisfação, principalmente para as mulheres, é o casamento (Nabais, 2007).

Nos resultados relativos às variáveis sociodemográficas, verifica-se que os estudos corroboram que a variável idade, parece não influenciar a perceção da qualidade de vida em ambos os sexos (Feliciano, 2010; Nabais, 2007). Na variável nível socioeconómico, os resultados divergem sendo que a perceção da qualidade de vida parece tornar-se mais favorável à medida que se passa do nível socioeconómico baixo e médio para o elevado na dimensão “relações sociais e saúde” e “educação” (Feliciano, 2010). No caso das mulheres há uma perceção mais favorável acerca do “tempo”, à medida que o nível socioeconómico diminui e, no caso da “educação”, observa-se o oposto, vai aumentando à medida que o nível socioeconómico é mais favorável (Feliciano, 2010). No estudo de Nabais (2007) não se verificam diferenças no nível socioeconómico de modo estatisticamente significativo mas as mulheres do nível socioeconómico mais elevado, mostram-se mais satisfeitas com a sua qualidade de vida familiar comparativamente com as mulheres de outros níveis socioeconómicos (Nabais, 2007). O mesmo acontece com os homens (Nabais, 2007). As restantes variáveis sociodemográficas analisadas em cada um dos estudos não conduzem a diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida (Feliciano, 2010; Nabais, 2007).

Perceção da Qualidade de Vida e Variações ao Ciclo Vital

Na tabela 20 serão apresentados os resultados obtidos para a qualidade *Stress, Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

de vida referentes às variações ao ciclo vital.

Tabela 20: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Variações ao ciclo vital”.

Resultados para a variável <i>Qualidade de vida</i> (Quality of life) – Variações ao ciclo vital			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Qualidade de vida</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
<p>Comparação do <i>stress</i>, do <i>coping</i> e da qualidade de vida familiares em famílias pós-divórcio e famílias reconstruídas.</p> <p>Amâncio (2008)</p>	<p>N= 61</p> <p>Amostragem por conveniência.</p> <p>Sem grupo controlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na escala global do QV. • Relativamente às subescalas do QV, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “família” e “filhos”, sendo que as famílias reconstruídas apresentam médias mais elevadas, o que indica uma maior satisfação com a qualidade de vida nestas áreas. 	<p>- <i>Para as 2 amostras em conjunto:</i> Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a perceção qualidade de vida familiar à exceção da residência e nível socioeconómico. <i>Residência:</i> os sujeitos que habitam em áreas mediantemente urbanas, apresentam valores mais elevados de perceção de qualidade de vida escala global, tal como nas subescalas “bem-estar financeiro”, “família” e “filhos”.</p> <p>- <i>para as famílias pós-divórcio:</i> <i>Idade:</i> Há diferenças estatisticamente significativas em várias subescalas do Qualidade de vida (“casa”, “religião” e “educação”) sendo que foi o grupo composto por pessoas mais novas que mostrou maior satisfação com a qualidade de vida nestas áreas. <i>Nível socioeconómico:</i> Há diferenças estatisticamente significativas em duas subescalas do Qualidade de vida, “bem-estar financeiro” e “educação”, sendo que são as pessoas de nível socioeconómico elevado que apresentam valores mais elevados de satisfação em relação a estas áreas.</p> <p>- <i>para famílias reconstruídas:</i> Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas subamostras para as variáveis género e idade. <i>Nível socioeconómico:</i> Há diferenças estatisticamente significativas em várias subescalas do QV, como “<i>mass media</i>”, “relações sociais e</p>

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

			saúde”, “emprego” e “educação”, sendo que as famílias de baixo nível socioeconómico apresentam valores mais baixos de satisfação. <i>Residência:</i> A pessoas que residem em meios predominantemente urbanos apresentam valores mais elevados de satisfação.
Comparação da percepção do <i>Coping</i> e da Qualidade de Vida em famílias nucleares intactas, famílias pós-divórcio e em famílias reconstituídas). Rica (2010)	N= 316 Amostragem por conveniência Grupo controlo e 4 grupos comparativos.	<ul style="list-style-type: none"> • As diferentes formas de família produzem efeito sobre a percepção da qualidade de vida, relativamente à Vida Quotidiana – Tempo e Lar, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as Famílias Nucleares Intactas e Reconstituídas. Neste componente, a média mais elevada é a das Famílias Reconstituídas. • As diferentes formas de família parecem produzir efeito sobre o componente “Contextos Envolventes – Comunidade”, “Religião” e “Media”, havendo diferenças estatisticamente significativas entre as famílias pós-divórcio e as famílias reconstituídas. Neste caso, a média mais alta é a das famílias reconstituídas também, o que indica serem estas famílias as que apresentam maior satisfação com a qualidade de vida nestas áreas. • Não há diferenças na percepção da qualidade de vida quanto às Condições Financeiras e quanto à Vida Familiar - Família, Amigos e Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nível socioeconómico:</i> Há diferenças entre o nível socioeconómico e as diferentes formas de família, nomeadamente, entre os indivíduos de nível baixo e os de nível elevado. A média mais alta é a dos sujeitos do nível elevado, nas Famílias Nucleares Intactas e nas Famílias Reconstituídas. Nas Famílias Pós-Divórcio, os sujeitos de nível socioeconómico baixo são os que apresentam a média mais elevada. Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos de nível socioeconómico médio e elevado, sendo que, entre estes dois níveis, a média mais alta é a dos sujeitos do nível socioeconómico elevado, nas três formas de família. • <i>Género:</i> Não produz, nem isoladamente, nem em interação com nenhuma das formas de família um efeito sobre a percepção da qualidade de vida, em termos globais. • <i>Residência:</i> Nas famílias nucleares intactas a média mais alta de satisfação vai para os indivíduos do meio medianamente urbano. Nas família pós-divórcio a média mais alta é a dos indivíduos do meio pred. urbano. Em termos globais a média mais alta é a dos indivíduos do meio medianamente urbano, para as três formas de família.

Relativamente à percepção da qualidade de vida, considerando as variações ao ciclo vital, os resultados apresentados pelos dois estudos não convergem. O primeiro estudo (Amâncio, 2008) não verifica diferenças estatisticamente significativas entre as duas formas de família (pós-divórcio *Stress, Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

e reconstruídas) na escala global do QV, embora nas subescalas “família e filhos”, as famílias reconstruídas apresentem médias mais elevadas, o que indica uma maior satisfação com a qualidade de vida nestas áreas (Amâncio, 2008). No segundo estudo (Rica, 2010) verifica-se que os sujeitos enquadrados em diferentes formas de família diferenciam-se quanto à percepção da qualidade de vida da seguinte forma: as famílias reconstituídas parecem perceber, globalmente, maior qualidade de vida (Rica, 2010), nomeadamente, no que se refere à “Vida Quotidiana” – “Tempo e Lar” e aos “Contextos Envolventes” – “Comunidade”, “Religião” e “*Media*”. Contudo, estas famílias parecem não se diferenciar na percepção da qualidade de vida quanto às “Condições Financeiras” e quanto à “Vida Familiar” – “Família”, “Amigos” e “Saúde” (Rica, 2010).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados apresentados sugerem existir influência no modo como os sujeitos das diferentes formas de família percebem a qualidade de vida (Amâncio, 2008; Rica 2010). O local de residência parece mediar a correlação entre a percepção da qualidade de vida e as diferentes formas de família a que os sujeitos pertencem (Amâncio, 2008; Rica 2010). Em termos globais, a média mais alta é a dos indivíduos do meio medianamente urbano, para as três formas de família (Amâncio, 2008; Rica, 2010). No que respeita ao nível socioeconómico, a média mais alta é a dos sujeitos de nível socioeconómico elevado, nas três formas de família (Amâncio, 2008; Rica, 2010). Verificam-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas em os resultados das duas subescalas do Qualidade de vida, “bem-estar financeiro” e “educação” em função do nível socioeconómico, sendo que são as pessoas de nível socioeconómico elevado que apresentam valores mais elevados de satisfação em relação a estas áreas (Amâncio, 2008). Ao nível das famílias reconstruídas há diferenças estatisticamente significativas em várias subescalas do QV, como “*mass media*”, “relações sociais” e saúde”, “emprego” e “educação”, sendo que as famílias de nível socioeconómico baixo apresentam valores mais baixos de satisfação (Amâncio, 2008). Nas famílias pós-divórcio, os sujeitos de nível socioeconómico baixo são os que apresentam a média mais elevada (Rica, 2010).

Perceção da Qualidade de Vida e Processo de luto

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

De seguida, na tabela 21, serão apresentados os resultados obtidos para a qualidade de vida referentes ao processo de luto.

Tabela 21: Sumário dos estudos e conclusões referentes à variável Qualidade de vida para a população “Processo de luto”.

Resultados para a variável <i>Qualidade de vida</i> (Quality of life) – Processo de luto			
Objetivo/ Autor	Amostra / Grupo controlo	Conclusões Variável dependente (<i>Qualidade de vida</i>)	Conclusões II (Variáveis independentes – Sociodemográficas)
Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida entre com e sem perda de pessoas significativas no último ano. Dores (2008)	N= 236 Amostragem por conveniência. Com grupo de controlo.	• Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com e sem registo de morte de alguém significativo no último ano) na perceção da qualidade de vida familiar, tanto na versão parental como na versão adolescentes, nem na escala total nem nas suas dimensões.	• Não estão presentes efeitos significativos das variáveis sociodemográficas nos valores totais da qualidade de vida e suas subescalas, à exceção do fator filhos, que obtém valor mais elevado no grupo experimental.
Comparação do <i>coping</i> e da qualidade de vida entre sujeitos que lidaram com a morte de alguém significativo e sujeitos que não tiveram essa experiência. Durão (2010)	N= 120 Amostragem por conveniência Com grupo de controlo.	• Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra (com e sem perda de pessoas significativas) na perceção da qualidade de vida familiar quer nos valores totais, quer nas dimensões do QV.	• <i>Idade</i> : Os indivíduos que se situam entre 22-35 anos, percecionam uma qualidade de vida familiar superior nos fatores “Bem-estar Financeiro”, “Casa”, “Mass Media”, “Relações Sociais e Saúde”, “Família e Conjugalidade”, “Educação” e na escala total comparativamente aos indivíduos dos restantes intervalos etários. • <i>Género</i> : O sexo masculino apresenta valores superiores, relativamente à perceção da qualidade de vida familiar no que respeita à dimensão “casa”. • <i>Residência</i> : residentes em locais pred. urbanos apresentam uma perceção da qualidade de vida superior aos residentes em locais predominantemente rurais. • <i>Nível socioeconómico</i> : Nos fatores “Bem-estar Financeiro” e “Relações Sociais e Saúde” os participantes de nível sócioeconómico alto apresentam valores superiores em relação aos participantes de nível baixo.

No processo de luto, verifica-se a não existência de diferenças *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra (com e sem perda de pessoas significativas) na percepção da qualidade de vida familiar quer nos valores totais, quer nas dimensões do “Qualidade de vida” (Dores, 2008; Durão, 2010).

Os estudos convergem relativamente à não existência de diferenças entre os grupos das amostras na percepção da qualidade de vida mas divergem nos resultados referentes à influência das variáveis sociodemográficas na mesma percepção. Assim, os sujeitos que perderam uma pessoa significativa, relativamente à qualidade de vida, segundo Dores (2008) parecem não sofrer influência das variáveis género, idade, local de residência, nível sócio económico, etapa do ciclo vital. Relativamente ao fator “filhos” da versão parental do qualidade de vida, este é um fator que parece contribuir para uma maior qualidade de vida do grupo experimental (Dores, 2008). Contudo, estes resultados são totalmente contraditórios face ao estudo de Durão (2010), em que estas variáveis surgem como aquelas que influenciam a qualidade de vida (juntamente com o grau de parentesco avaliado apenas neste último estudo). Assim, o estudo de Durão (2010) verifica que os indivíduos que se situam na faixa etária 22-35 anos, são aqueles que percecionam uma qualidade de vida familiar superior na escala total e em alguns fatores do instrumento, nomeadamente, “Bem-estar Financeiro”, “casa”, “*mass media*”, “relações sociais e saúde”, “família e conjugalidade”, “educação”, comparativamente aos indivíduos dos restantes intervalos etários (Durão, 2010). Na variável género, o sexo masculino apresenta valores superiores, relativamente à percepção da qualidade de vida familiar no que respeita à dimensão “casa”. Na variável residência, os sujeitos que residem em locais predominantemente urbanos são os que apresentam maior percepção de qualidade de vida, nomeadamente, face aos sujeitos inquiridos residentes em locais predominantemente rurais (Durão, 2010). Por último, a análise do nível socioeconómico revela algumas diferenças, nomeadamente, nos fatores “bem-estar financeiro” e “relações sociais” e “saúde”, em que os participantes do nível sócioeconómico elevado apresentam valores superiores de percepção de qualidade de vida em relação aos participantes de nível baixo (Durão, 2010).

Em suma, os resultados mostram que, tendenciamente, o *coping*, o *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

stress e a qualidade de vida não parecem sofrer influência de doença crónica (Almeida, 2009; Carvalho, 2007; Costa, 2009; Couto, 2008; Fonseca, 2007; Passarinho, 2008; Portugal, 2008; Santos, 2009; Viegas, 2009) e do género (Nabais, 2007; Oliveira, 2010;).

O *stress* parece, igualmente, não sofrer influência das variações ao ciclo vital (Amâncio, 2008), contrariamente às variáveis *coping* e qualidade de vida (Amâncio, 2008; Rica 2010). O *coping* e a qualidade de vida também não parecem variar em função do processo de luto (Dores, 2008; Durão, 2010).

Por outro lado, o *stress*, o *coping* e a qualidade de vida parecem sofrer influência das etapas do ciclo vital da família (Coutinho, 2008; Vaz, 2010; Vilaça, 2007) (Cf. Tabela 22).

Tabela 22. Presença ou ausência de influência nas variáveis em estudo.

TEMAS DE ESTUDO	Variáveis Resultado		
	STRESS	COPING	QUALIDADE DE VIDA
Doença crónica	-	-	-
Ciclo vital da família	+	+	+
Género	+	-	-
Variações ao ciclo vital	-	+	+
Processo de luto	Não foi estudado	-	-

Legenda: + (Influência na variável resultado);

- (Sem influência na variável resultado).

V - Discussão

Os resultados encontrados dizem respeito ao cruzamento de dados relativos à vasta produção de investigações ao tema *Stress, Coping* e Qualidade de vida familiar, realizadas, como já foi referido, entre 2007 e 2010, pelos mestrandos da subárea Sistémica, Saúde e Família, da Faculdade

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

de Psicologia e de Ciência da Educação, da Universidade de Coimbra. Assim, dos vários estudos selecionados, apenas 26 encontram-se em análise, divididos por 5 temas, cuja discussão dos resultados relativos às três variáveis em estudo, apresentaremos de seguida.

Os resultados demonstram, de uma forma generalizada (Cf. Tabela 22), que não há uma linearidade no que pode ou não influenciar o uso de estratégias de *coping*, vulnerabilidade ao *stress* e perceção da qualidade de vida. Note-se que, devemos ter alguma prudência para não generalizar estes resultados à população geral, considerando sempre as especificidades dos vários estudos.

5.1. Vulnerabilidade ao Stress Familiar

Antes de se iniciar a discussão dos resultados para a variável dependente *stress*, importa recordar que esta foi medida através do instrumento FILE (apresentado anteriormente) e suas respetivas subescalas, agrupadas em nove fatores: “tensões intra-familiares”; “tensões conjugais”; “tensões relativas à gravidez e maternidade”; “tensões relativas a questões financeiras”; “tensões/mudanças familiares devido ao trabalho”; “tensões relacionadas com problemas ou cuidados de saúde”; “perdas”; “movimento de “entradas e saídas” na família”; “problemas legais”.

O *stress* apresenta-se como a variável menos estudada e como aquela que menos sofre influência das variáveis independentes (doença crónica; género e variantes ao ciclo vital). Este resultado poderá estar relacionado com o facto do *stress* estar sempre presente em todas as variáveis e, portanto, não ser tão facilmente notória a sua flutuação. Outra possível justificação para o facto de ser a variável dependente menos estudada, poderá dever-se às próprias características do FILE. Este, é um instrumento que pretende avaliar as variáveis relativas às mudanças e acontecimentos de vida normativos e inesperados, que foram experienciados pelas famílias no período de tempo correspondente ao último ano, embora avalie alguns acontecimentos prévios ao último ano, neste sentido, poderá ter surgido maior interesse em perceber como é que as famílias e os seus membros percecionam a sua qualidade de vida e de que forma recorrem ao *coping* face às crises esperadas e inesperadas, sabendo que ambas são certas de (co)

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

existirem.

Os resultados para a variável *stress* no campo da doença crónica sugerem que a vulnerabilidade ao *stress* não é influenciada pela presença ou ausência de doença crónica nos indivíduos ou nos seus familiares quando comparados com os sujeitos que não sofrem de doença crónica, nem têm familiares que sofram de doença crónica (Carvalho, 2007; Fonseca, 2007). Este resultado parece contrariar a literatura que aponta para um número considerável de desafios que são colocados aos indivíduos e suas famílias que convivem, de forma direta ou indireta, com doença crónica (Olson et al., 1983; Trindade & Borges, 2002).

Interligando com o tema seguinte, segundo Olson et al. (1983) as famílias ao longo de todas as etapas do ciclo vital enfrentam a perspectiva de serem afetadas por uma doença grave, contudo, parece ser nas etapas “Família com filhos adolescentes” e “Ninho vazio” que este *stressor* tem mais impacto (Olson et al., 1983). Os resultados recolhidos, relativamente ao ciclo vital, corroboram a literatura ao verificarem que há diferenças estatisticamente significativas entre as etapas do ciclo vital e a vulnerabilidade ao *stress* (Vilaça, 2007; Morais, 2008). Contudo, são as etapas “Família com filhos em idade escolar” e “Família Lançadora” que aparecem como as etapas com maior vulnerabilidade ao *stress* (Vilaça, 2007; Morais 2008; Oliveira, 2010), o que contraria a literatura (Olson *et al.*, 1983) que aponta a etapa “Família com filhos adolescentes” como a etapa do ciclo de vida mais desafiante e, por isso, mais *stressante*. Olson et al. (1983) justificam esta etapa como a mais desafiante uma vez que é nesta altura que as famílias enfrentam várias exigências, nomeadamente, relativas à puberdade, à necessidade dos filhos se autonomizarem face à família, e às dificuldades financeiras. Para nós, este resultado encontrado nos nossos estudos poderá representar a grande vulnerabilidade ao *stress* que as famílias revelam sentir perante a entrada dos filhos na escola. Segundo Alarcão (2000, p. 154) “para a família, a entrada na escola primária constitui o primeiro grande teste ao cumprimento da sua função externa (socialização da criança) e, através dela, da sua função interna (autonomia e individualidade da criança)”, ou seja, a família é colocada à prova pelo mundo exterior (Alarcão, 2000). Verificamos desta forma, que as famílias se tornam mais vulneráveis ao *stress* perante a necessidade de abertura do sistema familiar

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

ao exterior, o que demonstra que essa abertura poderá ser vivida como uma fonte acrescida de tensão familiar, financeira e tarefas funcionais acrescidas.

Por contrapartida, essa vulnerabilidade aparece diminuída nas etapas “Ninho Vazio” (Morais, 2008) e “Família na reforma” (Vilaça, 2007). Estes resultados, assim como defende também a literatura, não significam que não haja presença de *stress* nestas etapas, significam por outro lado que as famílias percebem esta etapa da sua vida como um período mais calmo, podendo mesmo, ter antecipado adequadamente este “tempo de liberdade” (Relvas, 1996).

Os resultados dos dois estudos selecionados referentes ao *stress* total perante as diferenças de sexo (género), parecem não convergir e, nesse sentido, Nabais (2007) defende a não existência de diferenças entre sexos para a variável *stress*. O estudo de Oliveira (2010) refere haver influência entre ser homem ou ser mulher, relativamente à percepção que detêm sobre a vulnerabilidade do seu sistema familiar ao *stress* (Oliveira, 2010), aparecendo o sexo feminino como aquele que percebe mais essa vulnerabilidade. Importa referir que, atendendo às características desta amostra, e no sentido de perceber melhor esta diferença, o estudo (Oliveira, 2010) apresenta 400 sujeitos do sexo feminino e 187 do sexo masculino, e embora nas restantes variáveis as amostras sejam equivalentes, esta diferença no número de sujeitos pode influenciar o resultado final relativo à percepção que ambos os géneros fazem da vulnerabilidade ao *stress* familiar. Contudo, o próprio estudo contraria esta influência, verifica que as mulheres apresentam níveis médios de vulnerabilidade ao *stress* superiores aos dos homens em grande parte das subescalas. Estes resultados vão de encontro aos dados fornecidos pela literatura que apontam muitas vezes a mulher como o sexo que mais percebe o viver de situações causadoras de *stress* (McDonough & Walters, 2001, citado por Matud, 2004). Outras razões existem para estes resultados, nomeadamente, o facto da mulher estar mais exposta a níveis mais elevados de instabilidade e mudanças de vida e ainda, pelo facto de se revelarem mais vulneráveis às fontes de *stress* do ciclo de vida, dada a sua estreita ligação emocional com aqueles que fazem parte do seu círculo de relações (Carter & McGoldrick, 1989). A vida doméstica e familiar é também apontada como factores de *stress* para o sexo feminino (Oman & King, 2000, citado por Matud, 2004).

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Nas variações ao ciclo vital, apenas um estudo foi analisado (Amâncio, 2008), sugerindo não haver diferenças estatisticamente significativas entre as duas formas de família (famílias reconstituídas e famílias pós-divórcio) no que diz respeito à percepção de *stress* familiar (Amâncio, 2008). Este resultado é corroborado por autores como Relvas e Alarcão (2007), que defendem que o facto destas famílias não se diferenciarem pode estar relacionado com a ideia de que ambas têm que se reorganizar e lidar com crises inesperadas, como é o caso do divórcio e do recasamento, e com crises naturais posteriores, como é o caso do desenvolvimento familiar (Relvas & Alarcão, 2007).

A literatura refere que a morte de um familiar ou de um amigo próximo afeta as famílias ao longo de todo o ciclo vital (Olson et al., 1983). Contudo, não foi possível verificar ou contrariar esta tendência, já que nenhum estudo com o foco na perda ou morte de pessoa significativa se centrou na variável *stress*.

5.2. Estratégias de *Coping* Familiar

Conforme referido para a variável *stress*, também para a discussão dos resultados da variável *coping*, importa lembrar que esta foi analisada pelo instrumento F-COPES e suas subescalas. Assim, este instrumento, também ele apresentado anteriormente, encontra-se organizado por cinco fatores: 1) “adquirir suporte social” (composto por 9 *itens* que avaliam a capacidade da família para procurar apoio de vizinhos, amigos e família alargada); 2) “reenquadramento” (composto por 8 *itens* que medem a capacidade da família para redefinir os acontecimentos *stressantes*, de forma a torná-los mais controláveis); 3) “procura de apoio espiritual” (composto por 4 *itens* cujo foco assenta na capacidade da família para obter apoio espiritual); 4) “mobilização da família para obter e aceitar ajuda” composto por 4 *itens* que permitem aceder à capacidade da família para encontrar e aceitar a ajuda da comunidade); 5) “avaliação passiva” (composto por 4 *itens* que se relacionam com a capacidade da família para aceitar medidas problemáticas, minimizando o seu impacto).

No que respeita à revisão dos estudos referentes à doença crónica geral e específicas, verificamos que a presença destas não tem efeitos

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

estatisticamente significativos no *coping* familiar. No entanto, resultados contraditórios surgem quando se analisa a diabetes tipo I em adolescentes (Santos, 2009) que parecem utilizar mais o *coping* familiar. A razão pela qual os resultados deste estudo se destacam dos outros, poderá ter que ver com algumas especificidades da amostra em questão, isto é, a amostra mostrou-se demasiado pequena e os instrumentos utilizados não estavam validados para a população portuguesa adolescente, optando-se por usar as dimensões de um estudo realizado num ano anterior (Santos, 2009).

A presença de doença crónica pressupunha, no nosso entender, que iria influenciar o uso de estratégias de *coping*, por parte da família, de forma agilizar as situações com que se deparam. Muitas vezes, as famílias assumem o problema (doença crónica) como um desafio, e desta forma, procuram recursos para o responder (Antonovsky, 1998). Por outro lado, e citando Viegas (2009) a doença crónica tanto pode limitar a capacidade do sujeito para lhe fazer face, levando-o à negação da doença, como, por outro lado, pode levá-lo a ter comportamentos proactivos, a gerar novas redes sociais e a gerir a presença da doença (Viegas, 2009).

Ainda dentro da doença crónica geral, constata-se que a maioria dos estudos aponta para um maior uso de estratégias externas de *coping*, nomeadamente, apoio social e formal (Lopes, 2007; Carvalho, 2007; Passarinho, 2008; Almeida, 2009) e o apoio espiritual (Portugal, 2008; Viegas, 2009). Estes resultados vão de encontro, na sua maioria, à literatura (Serra, 1988) no âmbito do *coping* que aponta para um recurso mais frequente ao apoio social.

Relativamente aos resultados encontrados na revisão dos estudos focadas no ciclo vital da família, é possível constatar que na primeira etapa do ciclo vital, as famílias parecem recorrer menos às estratégias de *coping* familiar (Vilaça, 2007; Coutinho, 2008; Vaz, 2010). Este resultado não deixa de ser curioso, visto que, é na primeira etapa que os casais enfrentam várias dificuldades oriundas da renegociação necessária para a constituição de um novo sistema familiar (Vilaça, 2007).

Ainda a respeito do *coping* ao longo das etapas do ciclo vital, verifica-se que o “reenquadramento” é a estratégia (interna) mais constante, ou seja, não varia significativamente ao longo das fases do ciclo de vida (Vilaça, 2007); Coutinho, 2008). Contudo, Pereira (2009) refere que o

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

“reenquadramento” é uma estratégia de *coping* familiar preferencialmente utilizada na etapa “família com filhos pequenos” ou em “idade pré-escolar”, e menos utilizada na etapa do “ninho vazio” (Pereira, 2009). Isto vai de encontro à literatura que refere que o recurso a esta estratégia é o mais habitual ao longo do ciclo vital embora haja uma ênfase menor na etapa das famílias com filhos adolescentes (Olson et al., 1983).

As famílias parecem utilizar mais recursos de *coping* na etapa “família com filhos em idade escolar”, que parece ser a fase onde esses recursos são mais necessários visto que, conforme se verificou relativamente ao *stress*, é a etapa em que se torna necessário movimentos centrífugos por parte da família (Alarcão, 2000), havendo grande relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a resolução de problemas, ou seja, ativação das estratégias de *coping* (Vilaça, 2007). Ainda neste tema, verificou-se que o nível socioeconómico parece não influenciar o uso de estratégias de *coping* (Azevedo, 2007; Batista, 2008; Coutinho, 2008; Morais, 2008; Pereira, 2009) à exceção das subescalas total e suporte espiritual (Batista, 2008). Segundo Coutinho (2008) apenas o apoio espiritual tem um uso significativamente diferente nas várias etapas do ciclo vital. O apoio espiritual e a avaliação passiva surgem como as estratégias mais úteis nas últimas fases do ciclo vital (Coutinho, 2008; Pereira, 2009; Vilaça, 2007). Estes resultados são corroborados por Olson et al. (1983), que defendem que são as famílias na reforma e as famílias na etapa do “Ninho vazio”, aquelas que mais procuram este recurso de *coping*. Também no presente estudo, as famílias na etapa do “ninho vazio” assumem-se como a segunda etapa que parece usar mais esta estratégia.

O *coping*, relativamente à variável dependente Género, parece não sofrer diferenças significativas entre homens e mulheres na utilização das estratégias de *coping* familiar (Nabais, 2007; Oliveira, 2010). Contudo, a estratégia “reenquadramento”, embora também não apresente diferenças significativas em função do género, parece ser mais útil para os homens [tal como no estudo de Olson et al. (1983)]. Para as mulheres a estratégia “reenquadramento” é a que pontua menos, revelando-se como a menos útil, todas as restantes estratégias de *coping* não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Relativamente ao nível socioeconómico destacam-se algumas diferenças, havendo uma forte

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

influência na percepção que os indivíduos do sexo masculino têm acerca da utilização das estratégias de *coping* (Nabais, 2007; Oliveira, 2010), embora nas mulheres possa haver também alguma influência (Nabais, 2007). Contudo, Nabais (2007) verifica que os homens pertencentes ao nível socioeconómico mais baixo recorrem a um maior número de estratégias de *coping*, comparativamente aos homens dos restantes níveis (Nabais, 2007; Oliveira, 2010).

No campo do *coping* familiar relativo às variações ao ciclo vital, os resultados demonstram que o modo como são utilizadas as estratégias de *coping* é influenciado pelas diferentes formas de família (Amâncio, 2008; Rica 2010). Os sujeitos enquadrados nas famílias nucleares intactas e nas famílias pós-divórcio parecem utilizar mais estratégias de *coping* global, comparativamente com os sujeitos das famílias reconstituídas (Amâncio, 2008; Rica 2010). Isto parece corroborar a literatura que aborda o facto de poder haver maior necessidade de apoio social para as famílias pós-divórcio. Segundo Greeff e Van Der Merwe (2004) os recursos internos do sistema familiar e apoio social têm um papel fundamental na capacidade de adaptação da família a uma crise, neste caso o divórcio (Greeff & Van Der Merwe, 2004).

Segundo a literatura, a morte de um familiar ou de um amigo próximo afecta as famílias ao longo de todo o ciclo vital. Ao contrário da literatura, na nossa revisão os resultados mostram-se contraditórios e o *coping* parece não sofrer influência do ciclo vital (Dores, 2008; Durão, 2010). Desta forma, é possível constatar que ao longo do seu desenvolvimento, as famílias activam, sensivelmente, as mesmas estratégias de *coping* (Durão, 2010). Segundo Dores (2008) estes resultados poderão ser explicados pela possível existência de um conjunto de fatores protectores nos sujeitos, tais como, estratégias de *coping*, características de personalidade ou existência de uma adaptação prévia à perda (Dores, 2008).

5.3. Percepção da Qualidade de Vida Familiar

Na análise à qualidade de vida dos participantes dos vários estudos, o instrumento utilizado para esse efeito, foi, como referido anteriormente, o *Quality of life* (Qualidade de vida). Este instrumento, recordando de forma

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

resumida as suas principais características, é composto por duas versões, uma versão para pais e outra para adolescentes. A versão parental é constituída por 40 itens e a versão para adolescentes é constituída por 25 *itens*, sendo 19 *itens* comuns às duas escalas e 6 *itens* que apenas surgem na versão para adolescentes. No questionário para adultos encontram-se como subescalas 12 dimensões: a “vida familiar”, o “casamento”, os “amigos”, a “saúde”, o “lar”, a “educação”, o “tempo”, a “religião”, o “emprego”, os “*mass media*”, a “vizinhança” e a “comunidade”. Na versão para adolescentes, as dimensões são quase todas as mesmas, à excepção do “casamento” e “emprego”, que não se encontram nesta versão, e das dimensões “lazer” e “família alargada”, presentes na versão para adolescentes.

A qualidade de vida não parece sofrer influência da presença de doença crónica em geral (Carvalho, 2007; Borges, 2010) nem de doenças crónicas específicas como a diabetes (Fonseca, 2007), e a asma infantil (Passarinho, 2008). Excepção a estes resultados, encontram-se nas subescalas, nomeadamente, na “Saúde” em crianças asmáticas (menos satisfeitas) (Passarinho, 2008), em mulheres com cancro da mama nas subescalas “Família” e “Conjugalidade” (mais satisfeitas) (Portugal, 2008), em portadores de paramiloidose na “conjugalidade”, “Família” e “Saúde” (menos satisfeitos) (Viegas, 2009), em adolescentes com fenilcetonúria nas subescalas “Família alargada”, “Vizinhança” e “Comunidade”, “Educação” e “Religião” (menos satisfeitos) (Almeida, 2009). Estes resultados contrariam a literatura disponível que aponta a presença de doença crónica como fator de influência para uma percepção inferior da sua qualidade de vida familiar. Contudo, é possível perceber-los ao pensar nas palavras de Rapley (2003) que refere que o carácter mais subjectivo da percepção da qualidade de vida prende-se com a relação entre a auto-avaliação do indivíduo acerca das suas circunstâncias ambientais e o tipo de suporte que este recebe da sua família e dos seus amigos (Rapley, 2003 citado por Simões, 2008).

Relativamente às etapas do ciclo vital, a percepção da qualidade de vida familiar atinge o seu auge na etapa “família com filhos pequenos” e o segundo valor mais alto no “ninho vazio” ou “família na reforma” (Vilaça, 2007; Morais, 2008; Marques, 2008; Pereira, 2009; Vaz, 2010). Este resultado é corroborado pela literatura que verifica, igualmente, que a percepção da qualidade de vida subjectiva inicia-se relativamente baixa,

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

quando comparada com a satisfação conjugal e marital, mas aumenta gradualmente ao longo das etapas do ciclo vital da família, atingindo o seu ponto mais alto nas duas últimas etapas (“ninho vazio” e “famílias na reforma”) (Olson et al, 1983). Deste modo, e a par do que é relatado na literatura, os estudos seleccionados confirmam que as *famílias lançadoras* estão sujeitas a múltiplos desafios vivenciando esta fase com baixa qualidade de vida (Olson et al, 1983; Vilaça, 2007; Marques, 2008). Isto demonstra que a percepção da qualidade de vida familiar se altera significativamente em função da etapa do ciclo vital (Vilaça, 2007; Marques, 2008; Pereira, 2009).

Quanto ao tema Género parece não existir diferenças significativas entre homens e mulheres na percepção da qualidade de vida familiar global (Nabais, 2007; Feliciano, 2010), embora os homens demonstrem estar mais satisfeitos, do que as mulheres com a sua qualidade de vida (Nabais, 2007). A subescala “casamento” aparece como a área de maior satisfação, principalmente para as mulheres (Nabais, 2007; Feliciano, 2010). A idade parece não influenciar a percepção da qualidade de vida em ambos os sexos (Nabais, 2007; Feliciano, 2010), o mesmo não acontece para a variável nível socioeconómico. Estes resultados não vão de encontro à literatura que aponta, muitas vezes, a existência de diferenças ao nível do sexo para a percepção da qualidade de vida. Isto encontra-se associado, muitas vezes, às funções e papéis de género desempenhados na sociedade. Contudo, Davidoff (2001) refere que as semelhanças entre homens e mulheres são, frequentemente, mais marcantes do que as suas diferenças (Davidoff, 2001).

Nas variações ao ciclo vital da família, as variáveis sociodemográficas parecem influenciar o modo como os sujeitos das diferentes formas de família percecionam a qualidade de vida (Amâncio, 2008; Rica 2010), nomeadamente, o local de residência parece mediar a correlação entre a percepção da qualidade de vida e as diferentes formas de família a que os sujeitos pertencem (Amâncio, 2008; Rica 2010), sendo que em termos globais, a média mais alta é a dos indivíduos do meio medianamente urbano, para as três formas de família (Amâncio, 2008; Rica, 2010), nas famílias nucleares intactas a média mais alta de satisfação pertence aos indivíduos do meio medianamente urbano e nas famílias pós-divórcio a média mais alta é a dos indivíduos do meio predominantemente urbano (Rica, 2010). Isto poderá dever-se ao facto de ser nos meios urbanos que mais tipos de apoio, quer

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

sejam formais e informais, informações e qualquer outro tipo de recursos, estão disponíveis, assim como, à (co) existência de um maior número de formas de famílias semelhantes a habitar em redor. Os meios rurais são, ainda hoje, mais “fechados”, relativamente ao significado que é atribuído e ao vivenciar das diferentes formas de família. Também por esta razão, poderemos observar uma maior perceção de qualidade de vida em indivíduos residentes em meio predominantemente/mediamente urbano.

Por último, parece não haver influência das variáveis género, idade, local de residência, nível sócio económico, etapa do ciclo vital na qualidade de vida relativamente à perda de pessoa significativa (Dores, 2008). O outro estudo que se foca nesta temática (Durão, 2010) defende que estas variáveis são aquelas que influenciam a qualidade de vida (juntamente com o grau de parentesco avaliado apenas neste último estudo).

5.4. Relação entre *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar

Analisadas as três variáveis em foco, de forma individual, parece-nos importante relacioná-las entre si. Como tal, no que respeita à revisão dos estudos referentes à doença crónica geral e específicas, verificamos que a presença destas não tem efeito estatisticamente significativo em nenhuma das três variáveis. No campo do ciclo vital, quando a vulnerabilidade ao *stress* diminui, aumenta a qualidade de vida subjetiva das famílias. Relativamente às diferentes formas de família, constata-se que o facto de se pertencer a uma família reconstruída pode aumentar a perceção de satisfação com a qualidade de vida.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, verifica-se que o estado civil divorciado é aquele que faz mais uso das estratégias de *coping*. Por outro lado, parece haver um padrão, verificado ao longo dos vários estudos e nos vários temas, de que é na etapa “família lançadora”, que a perceção da qualidade de vida é inferior, assim como o recurso às estratégias de *coping*.

VI - Conclusões

Esta revisão sistemática foi orientada por diversos objetivos que nos propusemos alcançar. Perceber quais as populações mais estudadas nesta área, isto é, na avaliação das variáveis *Stress*, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar era um deles. Neste sentido, parece indiscutível que a doença crónica constitui o tema mais estudado a este respeito (Lopes, 2007; Carvalho, 2007; Fonseca, 2007; Passarinho, 2008; Portugal, 2008; Couto, 2009; Viegas, 2009; Almeida, 2009; Santos, 2009; Costa, 2009; Borges, 2010), seguido das etapas do ciclo vital (Azevedo, 2007; Batista, 2008; Coutinho, 2008; Marques, 2008; Morais, 2008; Pereira, 2009; Vaz, 2010; Vilaça, 2007), das diferenças de género (Feliciano, 2010; Nabais, 2007; Oliveira, 2010), das variantes ao ciclo vital (Amâncio, 2008; Rica 2010) e da perda de uma pessoa significativa (Dores, 2008; Durão, 2010). Embora existam outros focos de análise, como foi referido anteriormente, considerámos estes os principais pelo facto de haver mais do que um estudo com o mesmo foco populacional o que nos permitiu estabelecer algumas relações.

Outro objetivo proposto, prendia-se com a identificação dos principais resultados/conclusões transversais às diferentes populações, assim como específicos de cada população. Nesse sentido, foi interessante perceber a relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a qualidade de vida familiar, nomeadamente, pelo facto de que à medida que o *stress* diminui, aumenta a qualidade de vida. A presença conjunta de doença crónica e não crónica conduz a um aumento de *stress* familiar (Lopes, 2007). O género não influencia a perceção da qualidade de vida familiar global, nem das suas dimensões, à exceção do fator “casa” (Feliciano, 2010).

Outro objetivo era o identificar resultados/conclusões contraditórias o que se verificou, nomeadamente, no *coping* relativo ao campo da doença crónica em que se verificaram exceções ao resultado total, isto é, o *coping* total parece não sofrer influência da presença de doença crónica em geral, contudo, quando falamos de doenças crónicas específicas, como a diabetes tipo I em adolescentes, parece haver influência na perceção do *coping* familiar, de forma mais positiva (Santos, 2009).

O último objetivo a que nos tínhamos proposto era o de estabelecer uma relação fundamentada entre as três variáveis estudadas através das redundâncias encontradas, transversalmente às diferentes populações, em

Stress, *Coping* e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

termos de resultados. Neste sentido, constatámos que a doença crónica geral e específica, não tem efeito (s) estatisticamente significativo (s) em nenhuma das três variáveis e no campo do ciclo vital, quando a vulnerabilidade ao *stress* diminui, verifica-se um aumento da qualidade de vida subjetiva das famílias (Vilça, 2007). Verifica-se que o ciclo vital e a doença crónica parecem ser os temas com mais consistência relativamente à influência ou não sobre o *stress*, o *coping* e a qualidade de vida. No primeiro caso, verifica-se influência sobre as variáveis resultado, no segundo, verifica-se o contrário, isto é, não parece haver qualquer tipo de influência sobre o *stress*, o *coping* ou a qualidade de vida. O *stress* parece ser menos suscetível de variação, talvez por ser intrínsecamente (das 3 variáveis) a que é menos flutuante, enquanto que o *coping* e a qualidade de vida tendem a ser mais estáveis e, por isso, faz-se notar mais facilmente nelas, os efeitos das variáveis independentes. Assim como a literatura sugere, também nos vários estudos aqui analisados se constata que ao se verificar a existência de interferência do *coping* familiar na relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a qualidade de vida familiar, se percebe a existência de um equilíbrio entre as solicitações e as capacidades da família, isto porque a ativação dos recursos das famílias fortalece a relação, já existente, em que uma maior vulnerabilidade ao *stress* desencadeia menor qualidade de vida subjetiva (Olson et al., 1983).

Finalizando, torna-se necessário referir algumas limitações desta revisão sistemática como a restrição dos estudos analisados a temas com mais de um estudo e a impossibilidade de utilizar critérios de exclusão relativos à metodologia dos estudos mais rigorosos, uma vez que na sua maioria são estudos de natureza exploratória. Apesar destas limitações, o presente estudo conduziu a algumas implicações importantes em termos científicos (e.g., necessidade de se desenvolverem estudos metodologicamente mais exigentes acerca das três variáveis dependentes; interesse em se alargar a revisão sistemática de estudos centrados nestas variáveis ao contexto da produção científica nacional e internacional); em termos teóricos (e.g., quando a vulnerabilidade ao *stress* diminui, verifica-se um aumento da qualidade de vida subjetiva das famílias) e em termos clínicos (e.g., as famílias lançadoras são aquelas mais vulneráveis ao *stress* familiar).

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Referências Bibliográficas

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.

Almeida, E. (2011). *Adolescentes com Fenilcetonúria: Um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2009) *Mosaico*, 51, 25-37.

Amâncio, A. (2008) *Stress Familiar, Estratégias de Coping e Percepção da Qualidade de Vida em Famílias Pós-Divórcio e Famílias Reconstruídas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Antonovsky, A. (1998). The sense of coherence: an historical and future perspective. In H. McCubbin; E. Thompson; A. Thompson & J. Fromer (Ed.). *Stress, coping and health in families: sense of coherence and resiliency* (pp. 3-20). London: Sage Publications.

Ausloos, G. (2003). *A Competência das famílias: tempo, caos e processo*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Azevedo, O. (2007). *Configurações estruturais da família e coping familiar*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Batista, S. (2008) *Estratégias de coping e qualidade de vida na adolescência: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Benoit, J. C. (1997). *Tratamento das Perturbações Familiares*. Lisboa: Climepsi.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

João Pedro Pinto Lagarelos (e-mail: jlagarelos@hotmail.com) 2012

- Borges, A. (2010) *Doença Crónica, percepção da Qualidade de Vida e Resiliência Familiares. Um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Caillé, P., & Rey, Y. (2003). *Os Objectos Flutuantes - À redescoberta da relação de ajuda*. Lisboa: Climepsi
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), pp.15-23.
- Cardoso, E. (2008) *A percepção da Qualidade de vida, estratégias de coping e stress em famílias com crianças e adolescentes sobredotados: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Carlson, B., & Cervera, N. (1991). Incarceration, coping and support. *Social Work*, 36, 279-285.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995) *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar - Uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, A. (2007) *Relação entre doença crónica, qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo baseado numa amostra de dois Centros de Saúde de Coimbra*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Coelho, M. (2009) *Influência do Acto de Cuidar na Qualidade de Vida do Cuidador Familiar do Doente Oncológico*. (Dissertação de Mestrado)
- Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Costa, V. (2009). *O Percepção de stress e estratégias de coping familiares por pais de crianças e jovens com doença crónica. Um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.

Coutinho, E. (2008) *Estratégias de coping em função do Ciclo Vital da Família*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Couto, V. (2009) *Percepção das Estratégias de Coping e Forças Familiares de uma amostra de pessoas adultas com deficiência visual: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Davidoff, L.L. (2001). Comportamento social e questões sociais. In L.L. Davidoff (coord.). *Introdução à psicologia* (pp. 631-670). São Paulo: Pearson Education.

Dores, M. (2008) *A morte: percepção das estratégias de coping familiares e da qualidade de vida familiar em sujeitos que experienciaram a perda de uma pessoa significativa no último ano*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Duangdao, K., & Roesch, S. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 291–300.

Durão, V. (2010) *Análise da percepção da Qualidade de Vida e das Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010*

estratégias de Coping familiares na experiência de perda e no processo de luto: um estudo exploratório. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fagulha, T., Duarte, M.E., & Miranda, M.J. (2000). A “qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-17.

Feigin, R., Barnetz, Z., & Davidson - Arad, B. (2008). Quality of Life in Family Members Coping With Chronic Illness in a Relative: An Exploratory Study. *Families, Systems, & Health*, 26, No. 3, 267-281.

Feliciano, C. (2011) Influência do Género na Percepção da Qualidade de Vida e Resiliência Familiares. (Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2010) *Mosaico*, 48, 6-15.

Fonseca, F. (2007). *Relação entre Diabetes, qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra.* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Gammer, C., & Cabié, M. (1999). *Adolescência e Crise Familiar.* Lisboa: Climepsi.

Greeff, A. P. & Van Der Merwe, S. (2004). Variables associated with resilience in divorced families. *Social Indicators Research.* ProQuest Psychology Journals.

Higgins, J. P., & Green, S. (2006). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6.* Chicester, UK: The Cochrane Library.

Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., & Strauss, B. S. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly
Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 55 , 213–229.

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

Lazarus, R., & Lazarus, B. (2006) *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.

Lopes, A. (2007) *Generalidades e Singularidades da Doença em Família: Percepção da Qualidade de Vida, Stress e Coping*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Manocchio, T., & Pettit, W. (1975). *Families Under Stress: A psychological interpretation*. Boston: Routledge & Kegan Paul .

Maroco, J. (2005). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, T. (2008) *Qualidade de vida em função do ciclo vital da família*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.

McCubbin, H., & Patterson, J. (1984). Gender Roles and Coping. *Journal of Marriage and The Family* , 95-104.

McCubbin, H., Joy, C., Cauble, A., Comeau, J., Patterson, J., & Needle, R. (1980). Family Stress and Coping: A Decade Review. *Journal of Marriage and The Family* , 855-871.

Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Ed. Jean Pierre Delarge.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

- Minuchin, S. (2008). *Dominando a terapia familiar*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Morais, T. (2008). *Das “Famílias Lançadoras” ao “Ninho Vazio” – percepção dos pais do Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nabais, A. (2009). Diferenças de género na percepção do *stress, coping* e qualidade de vida familiares. (Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2007) *Mosaico*, 43,25-35.
- Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. *Stress* e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. M. Pinto & A. L. da Silva (coord.). *Stress e bem-estar* (59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, I. (2010) *Género e sua influência na percepção do stress e coping familiares*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Olson, D. H. *et al.* (1983). *Families: what makes them work*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004) Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15
- Passarinho, A. (2008) *Qualidade de vida estratégias de Coping em famílias com crianças asmáticas em idade escolar*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, *Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010*

Universidade de Coimbra, Coimbra.

Pereira, I. (2009). *O nascimento do primeiro filho – perspectiva materna das estratégias de coping, qualidade de vida e forças familiares: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Portugal, A. (2008) *Análise das estratégias de Coping e da Qualidade de Vida percebida numa amostra composta por mulheres sem cancro da mama e mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Ramos, S., & Carvalho, A. (2007). *Nível de Stress e Estratégias de Coping dos Estudantes do 1º Ano do Ensino Universitário de Coimbra*. Acedido em 10 de Outubro de 2011 através de www.psicologia.com.pt

Ran Tak, Y., & McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing* , 39 (2), 190-198.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vita da família, perspetiva sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.

Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. 2ª ed., Coimbra, Quarteto.

Relvas, A. P. (2005). Família e *stress*: das crises normativas às crises inesperadas. Como intervir numa perspectiva sistémica? In Pinto, A. & Silva, A. (coords.), *Stress e Bem-Estar. Modelos e Domínios de Aplicação* (pp. 43-57). Lisboa, Climepsi Editores.

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

João Pedro Pinto Lagarelos (e-mail: jlagarelos@hotmail.com) 2012

- Revenson, T., Kayser, K., & Bondenmann, G. (2005). *Couples coping with stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Rica, S. (2010) *Percepção do Coping e da Qualidade de Vida em Diferentes Formas de Família (Famílias Nucleares Intactas; Famílias Pós-Divórcio e Famílias Reconstituídas)*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese. *Revista Brasileira de Fisioterapia* , 11, 83-89.
- Santos, M. (2009). *Estratégias de Coping e Qualidade de Vida familiares em Adolescentes com Diabetes Tipo I – Um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Simões, J. (2008). *Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The Relationship of Hardiness, Coping Strategies, and Perceived Stress to Symptoms of Illness. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 23, No. 3 , 311-328.
- Trindade, M.C.; Borges, M.L. (2002). Aspectos Psicológicos da Doença Crónica. *Boletim do Hospital de Pulido Valente. Julho-Setembro. Vol. 15, nº 3*. pp. 101-106.
- Vaz, J. (2010) *Qualidade de vida e Coping ao Longo do Ciclo Vital da*

Stress, Coping e Qualidade de Vida Familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010

Família. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Viegas, C. (2009) *Análise da percepção das estratégias de Coping, da Qualidade de Vida e das Forças Familiares em sujeitos portadores de Paramiloidose*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vilaça, A.M. (2009). Vulnerabilidade ao *stress*, *coping* e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família. (Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2007) *Mosaico*, 43, 11-24.

Wu, S.-Y., Li, H.-Y., Yang, S.-J., Zhu, W., & Wang, X.-R. (2012). The mediating and moderating role of personal strain and coping resource in the relationship between work stressor and quality of life among Chinese nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85 , 35-43.