

AGRADECIMENTOS

É com bastante gosto que desejo agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar, o meu sincero agradecimento ao Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque, pela sua orientação, pelo seu apoio e incentivo ao longo deste percurso. O meu bem-haja pela partilha de ideias e experiências.

Aos cuidadores, que gentilmente participaram neste estudo e partilharam comigo um pouco da sua vida, o meu sincero agradecimento. Sem eles nada teria sido possível.

À minha colega e amiga Augusta, o meu obrigado, pela amizade e incentivo.

Ao meu marido, companheiro de todas as horas, pela partilha da vida, pela ajuda, paciência e compreensão pelas horas ausentes.

E, por fim, mas sempre em primeiro lugar no meu coração, à minha filha. A mãe irá compensar todos aqueles momentos em que não estivemos juntas...

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Introdução: Apesar das alterações estruturais e funcionais que a família tem sofrido nos últimos anos, continua a verificar-se que são, na maioria dos casos, os familiares diretos que apoiam estes idosos, assumindo o papel de cuidadores informais, o que lhes acarreta uma sobrecarga, que interfere nas várias áreas da sua vida pessoal, social e profissional. Neste contexto, este estudo procura investigar sobre a sobrecarga e estratégias de *coping* em cuidadores informais de idosos dependentes.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 71 cuidadores informais de idosos dependentes, residentes no concelho de Lamego, na sua maioria do sexo feminino (76,06%) e com uma média de idades de 54,20 anos. Para a mensuração das variáveis utilizaram-se instrumentos de medida, de reconhecida fiabilidade, aferidos e validados para a população portuguesa: *Escala de Apgar Familiar*, Questionário de *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal* (QASCI) e o Questionário *Estratégias de Coping do Cuidador Informal* (CAMI). Foi também utilizada uma ficha sociodemográfica e clínica.

Resultados: Concluiu-se que, na generalidade se aceitam as hipóteses formuladas e que houve uma relação direta entre a sobrecarga e as estratégias avaliadas pelas escalas QASCI e CAMI, sugerindo que quanto mais os participantes recorrem a estratégias de *coping*, menor é a sobrecarga que os mesmos sentem ao cuidar do seu idoso dependente. Alguns cuidadores sentem uma grande sobrecarga causada pelo desempenho de tal papel, apresentando maior sobrecarga os do sexo feminino (essencialmente filhas), estando estas em representação mais significativa na amostra em estudo; os que prestam cuidados ao seu cônjuge; aqueles que assumiram esta função entre 6 e 18 meses, ainda que a maioria tenha admitido que o fazem por iniciativa própria; os que têm um nível de funcionalidade familiar mais baixa; aqueles que vivem em vilas; os sujeitos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos; os participantes com menor rendimento mensal. Houve participantes a revelarem sentimentos positivos, ou seja, nas dimensões que correspondem a forças positivas da escala obtiveram médias elevadas, denotando integrar aspetos que os capacitam ou facilitam continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel; presença do reconhecimento e do apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar, bem como sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva estabelecida entre ambos.

Conclusões: Perante a importância que os cuidadores informais assumem na prestação de cuidados ao idoso dependente, estes devem ser alvo de atenção de modo a promover a sua qualidade de vida e dos cuidados prestados ao idoso. Por isso, urge cuidar de quem cuida.

Palavras-chave: Sobrecarga; estratégias de *coping*; cuidadores informais; idosos dependentes.

ABSTRACT

Introduction: In spite of the structural and functional changes that the family has suffered in recent years, it remains that, in most cases, are the relatives who support these elderly, assuming the role of informal caregivers, entailing them an overload, which interferes in many different areas of their personal, social and professional life. In this context, this study aims to investigate the overhead and coping strategies on informal caregivers of dependent elderly.

Methods: This is a cross-sectional, correlational-descriptive, quantitative study, in which participated in 71 informal caregivers of elderly dependents, residents in Lamego, mostly female (76,06%) and with a mean age of 54,20 years. To measure the variables instruments of acknowledged reliability, validated to the Portuguese population were used: *Apgar Scale*, *Family Assessment of Informal Caregiver Overload (QASCI)* and the *Coping Strategies Questionnaire of Informal Caregiver (CAMI)*. It was also used a sociodemographic and clinical data sheet.

Results: It was concluded that, in general, the hypotheses made were accepted and that there was a direct relationship between overhead and the strategies assessed by the scales QASCI and CAMI, suggesting that the more the participants resort to coping strategies, the lower is the overhead that they feel taking care of their elderly dependent. Some caregivers feel a great overhead caused by the performance of this role, being females those who reveal greater overhead (essentially daughters), and they are in larger number in the sample under study; those who take care of his spouse; those who have assumed this function between 6 and 18 months, although most have admitted that do so on their own initiative; those who have a lower level of familiar functionality; those who live in villages; the subjects aged between 40 and 65 years old; participants with lower monthly income. Some participants revealed positive feelings, i.e., on the dimensions that correspond to the positive forces of the scale obtained high averages, denoting integrate aspects that enable or facilitate to continue facing problems arising from the performance of that role; presence of family support and recognition to events caused by the disease situation and adaptation of the familiar, as well as positive feelings and emotions arising from the performance of the role of caregiver and of the affective relationship established between both.

Conclusions: Due to the importance that informal caregivers assume in the care to elderly dependent, they must be the subject of attention in order to enhance their quality of life and care of the elderly. Therefore, it is urgently needed to take care of who cares.

Keywords: **Overhead; coping strategies; informal caregivers; elderly dependents.**

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	5
ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS.....	13
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
2.1 Participantes	36
2.2 Instrumentos de Colheita de Dados	36
2.3 Procedimentos	41
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
3.1 Caracterização Sociodemográfica.....	43
3.2 Caracterização Circunstancial.....	46
3.3 Estudo Inferencial	51
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
5 CONCLUSÕES	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
ANEXOS	91
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO II – pedido de autorização de colheita de dados.....	Erro! Marcador não definido.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar	37
Quadro 2 - Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar	38
Quadro 3 - Consistência Interna do QASCI.....	39
Quadro 4 - Estatísticas relativas à idade.....	43
Quadro 5 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo	45
Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis circunstanciais e clínicas e o sexo	46
Quadro 7 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis circunstanciais e clínicas e o sexo (continuação)	47
Quadro 8 - Estatísticas relativas ao tempo que recebem apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição e a distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo	48
Quadro 9 - Estatísticas relativas à funcionalidade da família.....	48
Quadro 10 - Distribuição dos inquiridos segundo a funcionalidade da família e o sexo	49
Quadro 11 - Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidador informal.....	49
Quadro 12 - Estatísticas relativas às estratégias de coping do cuidador informal.....	50
Quadro 13 - Correlação de Pearson entre a estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas e as variáveis independentes	61
Quadro 14 - Regressão múltipla entre Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas e as variáveis independentes	61
Quadro 15 - Correlação de Pearson entre a estratégia percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes	62
Quadro 16 - Regressão múltipla entre as percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes	63
Quadro 17 - Correlação de Pearson entre a estratégia percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes	64
Quadro 18 - Regressão múltipla entre Lidar com os sintomas de stresse e as variáveis independentes	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema síntese da estratégia “Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas”	62
Figura 2 - Esquema síntese da estratégia “Perceções alternativas sobre a situação”	63
Figura 3 - Esquema síntese da estratégia “Lidar com os sintomas de stresse”	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Teste T entre o sexo e a sobrecarga do cuidador informal.....	51
Tabela 2 - Teste One-Way ANOVA entre a idade a sobrecarga do cuidador informal ..	52
Tabela 3 - Testes post hoc entre a idade e a sobrecarga do cuidador informal.....	52
Tabela 4 - Teste One-Way ANOVA entre o estado civil a sobrecarga do cuidador informal	53
Tabela 5 - Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias a sobrecarga do cuidador informal	54
Tabela 6 - Testes post hoc entre as habilitações literárias e a sobrecarga do cuidador informal	54
Tabela 7 - Teste One-Way ANOVA entre a residência e a sobrecarga do cuidador informal	55
Tabela 8 - Teste One-Way ANOVA entre o rendimento mensal e a sobrecarga do cuidador informal	55
Tabela 9 - Testes post hoc entre o rendimento e a sobrecarga do cuidador informal .	56
Tabela 10 - Teste One-Way ANOVA entre o grau de parentesco e a sobrecarga do cuidador informal	57
Tabela 11 - Testes post hoc entre o grau de parentesco e a sobrecarga do cuidador informal	57
Tabela 12 - Teste One-Way ANOVA entre o tempo de prestação de cuidados a sobrecarga do cuidador informal	58
Tabela 13 - Teste T entre o apoio da rede dos cuidados continuados e a sobrecarga do cuidador informal	58
Tabela 14 - Teste One-Way ANOVA entre o tempo de prestação de cuidados a sobrecarga do cuidador informal	59
Tabela 15 - Testes post hoc entre o APGAR e a sobrecarga do cuidador informal.....	59

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAMI - Estratégias de Coping do Cuidador Informal

CV - Coeficiente de Variação

Dp - Desvio padrão

EP - Erro Padrão

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVPC - Implicações na vida pessoal do cuidador

K – Curtose

M - Média

ONSA – Observatório Nacional da Saúde

p – p-value

PMEC - Perceção dos mecanismos de eficácia e controlo

QASCI - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RE - Reações a exigências

SERF - Sobrecarga Emocional relativa ao Familiar

SFAM - Sobrecarga financeira

SK – Skewness

SPF - Satisfação com o Papel e com o Familiar

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SupF - Suporte familiar

1 INTRODUÇÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde impera um aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, emerge como foco de atenção o cuidado informal à pessoa idosa dependente, cuja responsabilidade cabe prioritariamente à família. No entanto, cuidar de quem cuida, além de uma responsabilidade, deve ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, que devem centrar a sua intervenção no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

É com base no exposto que se desenvolvem os conceitos chave deste trabalho, centrado no domínio temático da sobrecarga e estratégias de *coping* em cuidadores informais de idosos dependentes.

Ao longo da vida, as pessoas passam por um processo contínuo de dependência/independência, sendo a primeira definida como a capacidade para concretizar funções de vida diária, ou seja, capacidade que se tem para satisfazer as necessidades humanas básicas, sem a ajuda de outrem (Santos, 2008). Assim, a dependência está presente ao longo do ciclo vital, conseqüente da incapacidade, não sendo apenas um atributo do idoso. No entanto, surge com mais frequência nesta faixa etária e tende a ser permanente e definitiva. Esta particularidade resulta de fatores de vulnerabilidade como a redução das capacidades físicas, psicológicas ou mentais, insegurança financeira, isolamento, solidão, falta de apoio e afeto familiar, alteração do estatuto e perda de prestígio (Teixeira, 2010). Segundo Ribeiro (2005), a dependência nos idosos surge com mais frequência face a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades como a falta de apoio e afeto familiar, o isolamento e a solidão devido a perda de familiares e amigos, a inatividade da reforma ou perda de forças, originando a diminuição dos rendimentos económicos, a alteração do estatuto e perda de prestígio ou simplesmente a passividade por não terem compromissos.

A dependência define-se pela incapacidade do indivíduo em adotar determinados comportamentos ou de realizar autonomamente ações que lhe possibilitem alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades (Giacomin, 2005). Assim, um indivíduo dependente é aquele que necessita de delegar para terceiros as atividades vocacionadas para a satisfação das necessidades básicas humanas, no contexto de uma doença crónica, incapacidade (temporária ou permanente) ou deficiência (Santos, 2005).

Entre outras atividades de vida diária, a dependência física pode manifestar-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação, entre outras dimensões. O estado físico e o estado mental são abalados, podendo ocorrer uma perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito (Santos, 2005). A dependência, só por si, representa um problema para a pessoa doente, havendo a necessidade de distinguir a doença das suas consequências sobre a vida quotidiana, bem como uma análise da especificidade das diferentes patologias e dos fatores de risco em relação à saúde.

Andrade (2009) define dependência como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem auxílio de outros ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Mais especificamente, a dependência caracteriza-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas que a pessoa já não é capaz de realizar ou porque não o quer fazer, como acontece, por exemplo, no caso de idosos que adotam um comportamento dependente por conveniência ou para chamar a atenção para si.

Mais abrangente é a definição apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006, p. 3857), na qual dependência é conceptualizada como:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...].

Nesta definição é sugerido que a dependência não se deve unicamente à incapacidade física, mas igualmente às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. Neste âmbito, Andrade (2009) salienta que, no que concerne aos idosos, a dependência assume contornos particulares, pois resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outros tipos de suporte social.

Tendo por base um estudo da ONSA (2003), a Direção Geral da Saúde (2004) informa que em Portugal 12% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade necessitam de auxílio para o exercício das atividades de vida diária, realidade que é agravada pelo facto das pessoas idosas inquiridas viverem na companhia de apenas uma pessoa e 12% em situação de isolamento. Neste contexto, importa ainda acrescentar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente (Paschoal, 2007), e que a

sua gravidade pode oscilar com o grau em que o idoso aceita ou não a doença, como afirma Lage (2005).

Em sequência do anteriormente exposto, para Santos (2005) a dependência consiste num estado em que as ações de outras pessoas são imperativas para alcançar os seus próprios objetivos. Ou seja, independentemente do facto de uma pessoa necessitar de ajuda para realizar as principais atividades da vida, sejam elas físicas, psicológicas ou económicas, torna-a dependente. Por conseguinte, a dependência assume-se como a impossibilidade de execução de determinada atividade, causada por fatores intrínsecos ou extrínsecos, ou seja, pode ser determinada por fatores inerentes ao estado físico do idoso ou pode ser determinada por fatores ambientais, económicos, culturais e sociais.

O reconhecimento da dependência dos idosos por parte da família reveste-se em dois níveis diferenciados: o primeiro caracteriza-se como insidioso, insensível e progressivo, que se prende com o facto de os idosos deixarem de ser gradualmente fonte de recursos; o segundo nível, de carácter brusco e abrupto, liga-se à constatação da incapacidade para a autonomia, quer se manifeste em termos físicos, mentais, de saúde ou outros, conforme Cadete (2006) e (Paschoal, 2007). Por outro lado, o reconhecimento da dependência por parte dos idosos é sempre mais complexo, implicando uma ambivalência de sentimentos que passam pelo desejo de ser dono de si próprio e de manutenção de um estatuto de poder e autonomia em relação às gerações mais jovens e, ao mesmo tempo, o desejo de proteção e a necessidade da mesma. É nesta fase que se verifica uma crise de identidade do idoso, que procura a definição do seu estatuto associado a uma nova forma de estar na família e no mundo (Cadete, 2006).

Tendo em conta tudo o que foi até ao momento referido, abordar a situação de dependência implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, compreender todo um conjunto de fatores que para ela concorrem, entre os quais se destacam as doenças, particularmente, as doenças crónicas¹, que influem diretamente na capacidade das pessoas em executar as atividades de vida diária e manter condições de vida independente. Dado que a incidência e prevalência deste tipo de doenças crónicas aumenta com a idade, a comorbilidade² é frequente em pessoas de idade avançada,

¹ Doença crónica é “[...] a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006, p. 3857).

² coexistência de diversos problemas crónicos no mesmo indivíduo

aumentando o risco de incapacidade, o que justifica que os idosos, em número e intensidade, sejam proporcionalmente mais dependentes do que os jovens (Paschoal, 2007).

Alguns estudos epidemiológicos realizados, tais como o de Pavarini e Neri, 2000 (cit. *in* Andrade, 2009) e de Vivente (2006), demonstram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um grau leve de incapacidade. Os mesmos estudos informam que 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada e que acima dos 85 anos, a incapacidade é quatro a cinco vezes superior do que aos 65 anos, subindo para 46% a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada (Pavarini & Neri, 2000, cit. *in* Andrade, 2009). Através de estudos que realizaram com pessoas idosas dependentes, Amaral e Vicente (2006) constataram que não só aumenta o grau de dependência com a idade, como esta é mais predominante no sexo feminino. Demonstraram, assim, a existência de diferença face ao género, sendo o feminino mais dependente que o masculino. Os autores concluíram ainda que o ambiente físico e social que rodeia o idoso exerce também uma importante influência na manifestação da dependência.

Certo é que os idosos, enquanto grupo, apresentam uma incidência significativa de situações crónicas, pois quase metade das pessoas com mais de 65 anos está limitada nas suas atividades por um ou mais estados crónicos. A este respeito, a Direção Geral da Saúde (2004) refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, suscetíveis de prevenção. Tendo em conta o mesmo organismo, algumas limitações de incapacidade estão associadas a incapacidades mentais, mas a maior parte resulta de limitações físicas por situações cardíacas e artrose. A diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas, resultando em elevados níveis de dependência.

Andrade (2009) apresenta como situações crónicas mais comuns no idoso, por ordem decrescente, as doenças do aparelho locomotor, as doenças do aparelho circulatório, a obesidade, os problemas auditivos, os problemas visuais, as doenças respiratórias e a diabetes *mellitus*, a qual, juntamente com o hipotireoidismo, é a doença metabólica que surge com maior frequência. Ao nível das doenças da pele, predominam as úlceras de pressão.

Também a Direção Geral da Saúde (2004) refere que a prevalência de algumas doenças crónicas aumenta significativamente com a idade, entre as quais encontram-se as doenças neurodegenerativas, nomeadamente a doença de Parkinson, em que a prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 anos, e a demência, cuja prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade. Neste ponto, é importante referir que a doença de Alzheimer é a causa mais comum das demências nas pessoas idosas, tratando-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, evolutiva, incurável e mortal no atual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos. Curiosamente, apesar da sua incidência ser maior no sexo feminino, as mulheres sobrevivem mais tempo do que os homens com esta doença (Direção Geral da Saúde, 2004). O Acidente Vascular Cerebral é igualmente uma doença crónica, cuja prevalência aumenta de 3% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos. Constitui uma importante causa de morte e deficiência grave na União Europeia, na medida em que os seus efeitos tardios ou sequelas são diversos e estão relacionados com a localização da lesão, as dimensões da área afetada e o volume da circulação colateral. Algumas sequelas, como a diminuição da capacidade de comunicar e a paralisia motora, provocam um grande impacto na vida da pessoa idosa e da sua família, que têm que enfrentar o desafio do cuidado no domicílio (Direção Geral da Saúde, 2004).

A respeito dos cuidados domiciliários, Lage (2005) refere que no contexto atual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio, o cuidado informal assume particular relevância pela manifesta insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias com pessoas idosas a seu cargo. Assim, os cuidados prestados pelas famílias cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e bem-estar do idoso, proporcionando-lhe suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

As alterações demográficas verificadas em Portugal, consequentes, sobretudo, pela redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, traduzem-se, atualmente na existência de uma população cada vez mais idosa, com um correspondente acréscimo de situações de dependência que criam novas necessidades em saúde. Esta conjuntura desencadeia uma potencial exigência de cuidados complexos durante longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados ao idoso, para quem o contributo do cuidador informal é fundamental na manutenção da sua qualidade de vida (Cruz et al., 2010).

O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, que assumem o papel de cuidador informal, que se torna o “profissional oculto” dos cuidados ao idoso dependente, experienciando consequências que se repercutem quer na sua qualidade de vida, quer na do idoso. Todavia, prestar cuidados a idosos dependentes não representa apenas uma experiência desgastante, pois identificar a dimensão positiva do cuidar consiste numa mais-valia para os cuidadores informais, na medida em que a relação pode ser fortalecida sempre que é reforçado um sentimento de gratificação (Araújo, 2009). Isto porque, segundo o mesmo autor, todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer estas necessidades.

Cuidar de um familiar com dependência, apesar de constituir uma experiência cada vez mais normativa, consiste num enorme desafio que implica estar exposto a todas as consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados (Sequeira, 2007). Embora o cuidado informal envolva consequências negativas, também se reveste de aspetos positivos, cujo enobrecimento merece mais atenção por parte da investigação, pois possibilita compreender e reforçar os benefícios e fontes de satisfação que emergem da prestação de cuidados a idosos, resultando num reforço do compromisso do cuidador, ajudando-o a centrar-se na importância do seu papel (Araújo, 2009).

Na maior parte das vezes, o cuidador informal é um familiar do idoso. A origem etimológica da palavra “família” está no étimo latino *famulus*, que tem como significado “servo” ou “escravo” (Osório & Valle, 2002). Pensa-se que tal denominação provém do facto das relações familiares, desde sempre, estarem, de alguma forma, atravessadas pelas noções de posse e obediência. Segundo os mesmos autores, a família pode ser definida pela existência de laços de sangue ou de aliança entre diferentes elementos.

A família enquanto estrutura e sistema dinâmico tem dois objetivos fundamentais, que consistem em possibilitar o desenvolvimento e individuação dos seus membros, simultaneamente ao estabelecimento de um sentimento de pertença, e facilitar a integração dos mesmos no meio sociocultural em que se encontram inseridos (Relvas, 2003). Assim, a mesma é vista como um sistema constituído por outros subsistemas que se inter-relacionam e que estão, por sua vez, incluídos num ecossistema mais amplo, constituído por diferentes malhas do tecido social em que se encontra inserida (Roncon, 2003).

Sampaio e Gameiro (1985, p.11-12, cit. *in* Alarcão, 2005, p.39) definem a família como sendo “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

Cada família possui uma organização que lhe confere uma individualidade e autonomia, no entanto, esta é capaz de integrar as influências do meio exterior e não ficar dependente delas (Relvas, 2003). Duvall e Miller (1985, cit. *in* Barker, 2000) referem que a evolução da família é composta por oito fases: 1. Casais sem filhos; 2. Famílias com filhos até os 30 meses de idade; 3. Famílias com filhos em idade pré-escolar (criança mais velha com idade entre 2 anos e meio e 6 anos); 4. Famílias com filhos em idade escolar (mais velho entre 6 e 13 anos); 5. Famílias com adolescentes (mais velho entre 13 e 20 anos); 6. Famílias com jovens adultos que esperam a sua individuação (desde que o primeiro filho sai de casa, até que saia o último); 7. Pais de meia-idade (desde o “ninho vazio” até à reforma); 8. Fase de envelhecimento (desde a reforma até à morte). Desta forma, cada família constitui um sistema especial, na medida em que tem a sua própria estrutura, os seus próprios padrões e propriedades que vão organizar a estabilidade e a mudança da mesma (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999). A família pode, ainda, ser vista como uma pequena coletividade onde os seus elementos mantêm um contacto direto, bem como laços afetivos e uma história comum.

A família deve ser entendida como um sistema no qual: 1) existem objetos e respetivos atributos e relações; 2) contém subsistemas e é contida por outros subsistemas ligados hierarquicamente; e 3) existem fronteiras que a diferenciam do seu meio (Alarcão, 2005). A família é vista como um todo, na medida em que é mais do que a soma dos seus elementos, sendo também parte de outros sistemas, tais como a sociedade e a comunidade (Relvas, 2003).

Atualmente tem-se vindo a considerar a família nuclear, constituída por marido, mulher e filhos, como sendo uma família “normal”, mas já há bastante tempo que existem outros tipos de famílias, que são constituídas por variações e reorganizações de outras famílias ditas “normais” (Barker, 2000). Acentuadas mudanças relativamente à constituição das famílias têm vindo a ocorrer principalmente a partir da década de 1990, que trouxe consigo a modernização da vida familiar, onde existe uma crescente

[...] informalização da conjugalidade, na descolagem entre casamento e parentalidade, no aumento do divórcio e das famílias

recompostas, ou ainda no aumento continuado da taxa de atividade feminina e na diminuição da taxa de natalidade [...] (Aboim, 2003, p.14).

Mas, as mudanças parecem não ficar por aqui, pois como é referido por Osório e Valle (2002, p. 20), “vejo a sociedade evoluindo para um período em que brotam, florescem e são aceitas muitas diferentes estruturas de famílias. (...), o que sugere uma variedade muito mais ampla de relacionamentos homem-mulher do que existe hoje”.

Segundo alguns estudos, parecem existir também mudanças ao nível dos papéis desempenhados pelo homem e pela mulher no seio da família. O pai atual, dadas as mudanças ao nível social, segundo um estudo realizado por Balancho (2004) começa a ser percebido como mais sensível, presente e próximo ao nível afetivo, compreensivo, entre outras características, que indiciam uma mudança positiva a este nível.

No seio de cada família, que constitui por si só um sistema, existem diferentes subsistemas criados por fatores como, por exemplo, o sexo e a idade (Minuchin et al., 1999). Por sua vez, estes implicam a existência de fronteiras que podem ser mais ou menos permeáveis tendo em conta cada família. Assim, segundo Barnhill (1979, cit. in Barker, 2000), existem oito dimensões que distinguem as famílias funcionais ou saudáveis das não funcionais ou disfuncionais, que são:

1. Relativamente ao *Processo de Identidade*:

- a) Individuação vs. Emaranhamento;
- b) Reciprocidade vs. Isolamento;

2. Relativamente à *Mudança*:

- a) Flexibilidade vs. Rigidez;
- b) Estabilidade vs. Desorganização;

3. Quanto ao *Processamento da Informação*:

- a) Percepções claras vs. Distorcidas;
- b) Papéis bem definidos vs. Conflitos de Papéis;

4. Estruturação de Papéis:

- a) Papel recíproco vs. Papéis conflituais;
- b) Fronteiras intergeracionais bem definidas vs. Difusas.

No entanto, existem dificuldades em determinar qual é em cada caso o ponto de equilíbrio entre os dois opostos (Barker, 2000). Cada família vai definir, em parte, cada membro da mesma, pois esta definição resulta das qualidades e papéis dos outros membros: “Assim fazendo, criam algo de uma profecia autocumpridora, que afeta a autoimagem e o comportamento de cada indivíduo” (Minuchin et al., p. 26).

Schlesinger (1979, cit. *in* Barker, 2000) descreveu cinco tipos de famílias para o Canadá, mas que se aplicam de uma forma geral a todo o mundo ocidental: 1. Família Nuclear; 2. Casais sem filhos; 3. Famílias Monoparentais; 4. Famílias Reconstituídas e 5. Famílias Comunitárias (compostas por grupos de famílias). As principais mudanças a destacar na atual composição familiar são as seguintes: diminuição da dimensão média da família, aumento dos agregados de pessoas só, decréscimo dos agregados numerosos e das famílias complexas, mudança na composição interna das famílias simples, descida e adiamento da fecundidade, aumento do divórcio e do envelhecimento populacional. Desta forma, diminuem, as famílias de casal com filhos e aumentam as de casal sem filhos e as monoparentais (Aboim, 2003).

Barker (2000) propõe algumas funções das famílias, que consistem essencialmente em responder às necessidades básicas dos seus elementos: reproduzir, criar e socializar os filhos, ser um espaço para a sexualidade do casal e proporcionar apoio em momentos de crise aos seus elementos. Estas situações de crise correspondem às transições – que podem ser acontecimentos do ciclo normal de desenvolvimento – pelas quais todas as famílias passam (Minuchin et al., 1999).

Assim sendo, torna-se essencial que se aborde e intervenha na família tendo em conta a perspetiva ecossistémica, ou seja, partindo do pressuposto de que diferentes variáveis vão influenciar os comportamentos de todos os elementos de cada família (Pereira & Canavarro, 2004). Tendo esta perspetiva como referência, é então necessário avaliar que

tipo de contacto existe entre a família e o meio exterior – integração sociocultural – bem como desta nos seus processos intrafamiliares (Borges, 1997).

Entre estes processos, encontra-se o cuidado informal e, conseqüentemente, surge muitas vezes a sobrecarga do cuidador informal, cujos efeitos têm sido relatados desde 1946, referindo-se às pessoas que prestam cuidados a um doente dependente num contexto informal (Bochi, 2004). A conceptualização da sobrecarga dos cuidadores é definida como

[...] uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. Ou seja, a sobrecarga é um produto resultado da avaliação dos cuidadores acerca do papel e das tarefas que realizam, da perceção e desenvolvimento da doença dos familiares e das interferências que estes fatores causam nos vários domínios da vida da pessoa [...] (Braithwaite, 1992 cit. *in* Martins, 2006, p.64).

Aceitou-se, portanto, que o termo “sobrecarga do cuidador” se traduz num estado psicológico que resulta da interação de várias variáveis – esforço físico, pressão emocional, restrições sociais e exigências económicas que emerge ao cuidar do doente dependente (Dillehay & Sandys, 1990, cit. *in* Marques, 2007).

Podem existir dois tipos de sobrecarga, a objetiva e a subjetiva, que embora distintas mantêm uma ligação. A sobrecarga objetiva relaciona-se com o estado de doença e dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as conseqüências na vida do prestador de cuidados a vários níveis – saúde, emprego, social e economia (Marques, 2007). Ou seja, a sobrecarga objetiva corresponde aos acontecimentos que estão diretamente relacionados com a prestação de cuidados ao doente, por exemplo: o aumento do esforço físico, a diminuição de tempo, os gastos económicos; e também às conseqüência destas alterações no bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico do prestador de cuidados (Sales, 2003, cit. *in* Martins, 2006). Por outro lado, a sobrecarga subjetiva refere-se aos sentimentos e atitudes tomadas perante as tarefas e atividades desenvolvidas no processo de prestação de cuidados, relacionando-se com as características pessoais e emoções do cuidador (Martins, 2003, cit. *in* Marques, 2007). Concludentemente, a sobrecarga objetiva está associada às tarefas de cuidar, enquanto a sobrecarga subjetiva está associada às características do cuidador (Martins, 2006).

No entanto, são várias as tensões que os membros de uma família podem sofrer perante a prestação de cuidados ao indivíduo dependente, entre elas: o aumento de responsabilidades, que podem levar à alteração dos papéis dos membros da família e a sobrecarga económica, devido à disponibilidade absoluta que é dada ao doente dependente, levando isto a um condicionalismo das relações sociais por parte do cuidador (Imaginário, 2003, cit. *in* Marques, 2007).

A vida dos cuidadores informais pode ser afetada de várias formas, apresentando frequentemente mudanças ao nível das relações familiares, no seu tempo de lazer, no trabalho e na situação económica, na saúde e no seu estado de ânimo. Uma vez que a prestação de cuidados acarreta, para quem a realiza, custos físicos, sociais, financeiros e afetivos (Marques, 2007). Deste modo, a sobrecarga é percecionada pelos cuidadores de várias formas distintas, especificamente de como é percecionado o papel de prestador de cuidados. Para alguns cuidadores a realização de algumas tarefas aparece como muito stressante, para outros a agressividade da pessoa cuidada, bem como as suas ideias delirantes são as causas da sobrecarga (Monis, Woods, & Gardiner, 2005). São vários os fatores que podem influenciar a sobrecarga do cuidador informal, os mais importantes são o género, a idade, os fatores socioculturais, os fatores económicos e os fatores relacionais doente-cuidador (Monis et al., 2005).

Dependendo do tipo de atividades a desempenhar pelo prestador de cuidados e responsabilidade exigida conforme o grau de dependência, o cuidador informal pode ficar fisicamente exausto e incapaz de cumprir o seu papel (Marques, 2007). No que diz respeito aos sinais de desgaste físico referenciado pelos cuidadores destacam-se: as lombalgias com maior frequência, seguidas pelo cansaço físico, hipertensão, anorexia, cefaleias, entre outras. Existe, também, a ocorrência de alterações no sistema imunológico, para além dos problemas de sono, fadiga crónica, alterações cardiovasculares, depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (Franco, 2007). Os enfermeiros têm um papel activo na prevenção destes acontecimentos, ao realizarem ensinamentos aos cuidadores informais sobre a mobilização de doentes dependentes (Monis et al., 2005).

As tarefas domésticas, como, por exemplo, limpar a casa, ir às compras, cozinhar, cuidar da roupa, que desgastam qualquer pessoa, somam-se a outras tarefas exercidas pelo cuidador. O cuidado pessoal exigido é também muito cansativo, particularmente a prestação de cuidados de higiene e o lidar com situações de incontinência de esfíncteres. Outras atividades como, por exemplo: posicionar, levantar, transferir indivíduos vítimas de AVC, cuja dependência física é uma realidade, não só desgastam, como podem originar transtornos e disfunções para o cuidador (Marques, 2007).

O cuidador que se dedica ao cuidar de uma pessoa totalmente dependente, sem qualquer tipo de apoio formal, tende a sofrer desgastes físicos e emocionais consideráveis, resultantes da sobrecarga imposta, principalmente quando o doente assistido apresenta além de incapacidade física, problemas cognitivos (Franco, 2007). Frequentemente os cuidadores exprimem o cansaço físico e a sensação de que a sua saúde decaiu desde que assumiram a prestação de cuidados informais. Os cuidadores informais recorrem com maior frequência ao médico e têm uma convalescença mais tardia (Marques, 2007).

A maioria dos cuidadores inicia uma rotina extenuante de cuidados com o doente, começando cedo e prolongando-se durante um tempo indeterminado. Deste modo, o cuidador informal deixa, por vezes, de descansar, não se alimenta corretamente e desvaloriza os próprios problemas de saúde. Todavia, esta situação pode ser atenuada se houver apoio de terceiros. A falta de apoios ao cuidador informal pode desencadear uma exaustão limite, na qual o cuidador fica incapaz de assumir o seu papel. Um cuidador que fique doente corre o risco de ficar permanentemente incapacitado de continuar a sua prestação de cuidados informais (Marques, 2007).

A sobrecarga emocional nem sempre é expressa espontaneamente pelo cuidador informal, é em parte pelos sentimentos de culpa, mas também por causa da atenção, que geralmente está voltada para o doente (Bochi, 2004). É na área de saúde mental e emocional que as consequências da prestação de cuidados informais a doentes dependentes são mais evidentes, com níveis de depressão e ansiedade superiores ao da população em geral, tal como já foi anteriormente referido (Marques, 2007). A depressão é o quadro clínico que ocorre com maior frequência e geralmente manifesta-se num prazo de um ano após o início da prestação de cuidados informais (Brito, 2002, cit. *in* Marques, 2007).

É comum os cuidadores informais experienciarem problemas no emprego devido a terem de sair mais cedo, ou mesmo abandonarem o seu local de trabalho, para se dedicarem à prestação de cuidados informais. Esta situação origina dificuldades económicas devido à diminuição do rendimento económico familiar e do aumento dos gastos com os cuidados, conduzindo por vezes a sentimentos de impotência e resignação na família (Marques, 2007). É de salientar que o cuidador informal raramente é remunerado economicamente para a realização da prestação de cuidados informais à pessoa dependente (Martins, 2006). Para serviços que não dependem somente da família, como por exemplo, compra de medicamentos, é necessário tomar decisões para resolução do seu pagamento. Se o dinheiro é limitado, para além do cuidador informal outros familiares terão de participar nas despesas, o que por vezes gera cargas a todos os membros da família (Marques, 2007).

Os cuidadores de pessoas idosas com dependência funcional também vivenciam mudanças no estilo de vida que reduzem, modificam e geram insatisfações na vida social dos mesmos, devido às condições limitantes impostas pela doença, trazendo sentimentos de isolamento e proporcionando um relacionamento mais próximo e circunscrito às atividades domésticas (Bochi, 2004).

Por vezes, o cuidador tem de abdicar da sua atividade profissional, sendo também este facto gerador de angústia. Esta situação acentua-se quando o cuidador informal é o único responsável pela prestação de cuidados. A interferência a nível profissional é tanto mais evidente quanto maior for a dependência da pessoa a cuidar. A prestação de cuidados durante 24 horas por dia pode causar stresse social ao cuidador, devido ao seu afastamento da família, dos amigos e da vida social (Marques, 2007).

Segundo Bochi (2004), os fatores limitantes da vida social do cuidador podem ser enumerados da seguinte forma:

- sobrecarga de atividades: a acumulação de atividades de trabalho com as tarefas domésticas faz com que os cuidadores se sintam ocupados, vivenciando limitações do seu tempo livre;

- a própria perda do companheiro em atividades sociais;

- os distúrbios comportamentais, a apatia, a indiferença, a falta de motivação, a irritabilidade e a própria dependência do doente conduzem os cuidadores informais a recusarem sair sozinhos ou a impor limites no período de lazer, gerando insatisfação antecipada ao acontecimento;

- as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades: nas relações familiares podem ocorrer o aumento dos conflitos ou maior aproximação entre os membros. Os laços com parentes mais próximos, geralmente, são preservados e reforçados. No entanto, os cônjuges queixam-se das limitações em encontrarem outros familiares ou amigos, bem como vivenciam a redução de visitas de amigos com o passar do tempo;

- a relutância por suporte: muitos cuidadores reclamam da pouca ajuda prática da família e amigos e qualquer outra opção extensiva. Esse fator, no entanto, parece estar relacionado mais pela relutância do cuidador em solicitar ou aceitar ajuda, mantendo-se independente. Isso parece ser um enigma quando os cuidadores, geralmente, são resistentes até mesmo em aceitarem o auxílio de serviços de apoio, quando disponíveis.

Esta atitude pode estar relacionada com várias causas, como, por exemplo, o medo de que esse ato representaria sinal de fracasso ou inadequação; o medo e a ansiedade em abandonar o doente em casa, sem atendimento, tornando-o suscetível ao agravamento das incapacidades; por eles estarem em risco de morte eminente; ou ainda visando a superproteção e o excesso de cuidados, numa tentativa de amenizar os sentimentos de culpa pelas suas ações ou negligências. Consequentemente, muitos cuidadores acabam por expor sentimentos de isolamento e/ou exaustão física, apoiados em justificações de não poderem deixar os seus doentes sozinhos ou em respeito ao próprio desejo do doente em não querer permanecer só;

- isolamento pela nova vizinhança: acontece, geralmente, quando é preciso mudar de casa para atender às necessidades do doente. Esses fatores acabam por levar os cuidadores informais a queixarem-se das poucas oportunidades relaxantes da vida, sendo estas reduzidas ou suprimidas. Entre elas, enumera-se o comprometimento de viagens ou férias, as mudanças nas atividades físicas e nas participações sociais comunitárias, sendo o atendimento religioso o que mais sentem falta.

Vários têm sido os autores que se debruçam sobre a temática do cuidado informal, entre eles Marote (2005), que realizaram um estudo quantitativo e transversal que tinha como objetivo caracterizar e conhecer a realidade dos cuidadores informais de idosos com idade igual ou superior a 75 anos, da Região Autónoma da Madeira. Através de uma amostra de 639 cuidadores verificaram que na primeira linha de prestação de cuidados predominam as mulheres, com uma média de 55,9 anos de idade e com 4º ano de escolaridade. Cerca de 55,1% dos cuidadores apresentaram um maior desgaste físico e psicológico que foi refletido pelos problemas de saúde.

Foi realizado um outro estudo por Marques (2007), no qual utilizou uma amostra constituída por 50 cuidadores informais, utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário sociodemográfico, a escala de Graffar, a escala CADI (*Carers' Assessment of Difficulties Index*), o QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais) e o Índice de Katz. Marques (2007), perante os resultados do seu estudo, concluiu que os cuidadores do género masculino e os cônjuges do doente apresentam menores dificuldades na prestação de cuidados; os prestadores de cuidados com baixo nível socioeconómico apresentam maiores dificuldades e àqueles que foram realizados ensinamentos aquando da alta hospitalar do doente apresentam menores dificuldades no que diz respeito à relação com o doente; os prestadores mais velhos tendem a apresentar menor sobrecarga global, menor implicação na sua vida pessoal e menor reação às exigências; os prestadores do género masculino demonstram menor carga emocional, menores

implicações na sua vida pessoal, menor sobrecarga financeira e maiores mecanismos de eficácia e controlo; os prestadores cônjuges do doente evidenciam menor sobrecarga na prestação de cuidados e os cuidadores com nível socioeconómico mais elevado apresentam menor sobrecarga na prestação de cuidados; os cuidadores que coabitam com o doente tendem a apresentar menor sobrecarga emocional, menor reação às exigências e maior satisfação com o seu papel e com o familiar.

Martins, Pais-Ribeiro e Garret (2004) realizaram também um estudo com uma amostra de 253 cuidadores informais, tendo verificado que os cuidadores informais cônjuges do familiar alvo dos cuidados expressam uma maior sobrecarga financeira quando comparada com a dos outros parentescos; os cuidadores informais de sujeitos do género feminino expressam uma maior satisfação com o papel e com o familiar; os cuidadores informais apresentam valores elevados de ansiedade (74,2%) e depressão (64,3%); os cuidadores informais com maior escolaridade apresentam menos implicações na vida pessoal, menor sobrecarga emocional e financeira; o número de horas despendidas na prestação de cuidados direta ao familiar correlaciona-se positivamente com as implicações na vida pessoal do cuidador informal e na sua sobrecarga financeira; os cuidadores informais que dedicam mais tempo a cuidar dos seus familiares são os que apresentam maiores níveis de satisfação com o papel e com o familiar. Estes autores verificaram também que os cuidadores informais profissionalmente ativos e os que não coabitam com os familiares apresentam menores níveis de sobrecarga financeira e sobrecarga relativa às relações que este papel acarreta na sua vida pessoal, discordando neste aspeto com Marques (2007).

Martins et al. (2004) realizaram um outro estudo, com uma amostra de 94 cuidadores informais. Com a realização deste estudo concluíram que: 53,3% dos cuidadores informais apresentaram níveis de depressão e 62,2% estado ansioso, corroborando, deste modo, os resultados obtidos por Marques (2007). Os mesmos autores concluíram também que a ansiedade se correlaciona fortemente com a sobrecarga emocional e implicações na vida pessoal e, por fim, que a depressão está associada às implicações na vida pessoal do cuidador informal e sobrecarga emocional (Ferreira, Correia, Ferreira, Pereira, 2009).

O contacto frequente com pessoas dependentes, principalmente nas que vivem situações de sofrimento gradual, pode levar a um estado de exaustão emocional e físico intenso. Assim sendo, o cuidador informal torna-se intolerante, facilmente irritável, nervoso, rude no ambiente de trabalho e em casa, com familiares e amigos. As relações pessoais e profissionais são vividas como pessimistas e insatisfatórias (Marques, 2007). O stresse emocional originado pelo papel de cuidador informal é aumentado pelas dificuldades em

controlar o próprio tempo, as relações afetivas, os medos, as tristezas, as angústias, as várias responsabilidades, e também pela pressão da dependência da pessoa a cuidar. Para o cuidador, este stresse emocional pode resultar em sentimentos como amargura, ressentimentos e raiva pelas constantes responsabilidades e privações, e pode ainda existir o desejo secreto de abandonar a carga, enviando o doente para uma instituição, ou até desejar a sua morte, desejos que geram sentimentos de culpa no cuidador informal (Marques, 2007).

Por outro lado, dependendo da gravidade das lesões neurológicas, do estado geral de saúde e da idade da pessoa dependente, o cuidador informal pode ser confrontado com situações de poucas expectativas de sobrevivência, e com o ter de lidar com o fim da vida. Esta situação pode ser difícil ao nível psicológico para o cuidador informal, que terá de ativar mecanismos de *coping*, para a ultrapassar. Todavia, esta situação pode ser fonte de sofrimento, levando o cuidador informal a refletir e a antever o seu próprio fim (Paúl, 1997, cit. por Martins, 2006).

Salienta-se ainda o estudo realizado por Salin, Kaukonen e Asted-Kurki (2009), referenciado por Cruz et al. (2010), os quais inferiram que 89% dos cuidadores da sua amostra utiliza o estabelecimento de prioridades como a estratégia de *coping* anteposta para os cuidadores enfrentarem as dificuldades associadas à prestação de cuidados, sendo este um achado análogo ao de Ekwall, Sivberg e Hallberg (2007), também referenciados pelos autores supracitados. Contudo, estes autores depararam-se com outras estratégias de *coping* aplicadas por uma significativa percentagem de cuidadores informais, nomeadamente “controlar as emoções” (91,9%), “encarar a vida por etapas” (90,7%), “relembrar os bons momentos partilhados com o idoso” (89,2%) e “procurar características positivas da situação” (86,8%). Por sua vez, os resultados de Simonetti e Ferreira (2008) demonstraram que as crenças religiosas e a resignação foram igualmente outras estratégias de *coping* recorrentemente valorizadas pelos cuidadores, às quais Santos (2008) acrescenta a realização de atividades de lazer. Para além das estratégias de *coping* desenvolvidas pelo cuidador informal, existem três fatores que, como afirma Santos (2008), poderão facilitar a resolução das dificuldades inerentes ao processo de cuidar, ou seja, as experiências anteriores com outros idosos dependentes.

A consciência desta realidade, consubstanciada com a motivação pessoal, aleada às evidências de um número significativo de cuidadores informais de idosos dependentes, levou à elaboração das seguintes questões centrais, subjacentes à problemática do presente estudo:

Em que domínios os cuidadores informais revelam maior sobrecarga, na assistência a pessoas idosas dependentes? Quais estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes?

Conforme já se referiu anteriormente, algumas dificuldades e fatores determinantes de sobrecarga surgem descritos na literatura e assumem-se, por tal razão, comuns aos cuidadores, outros são específicos de uma dada população. Deste modo, torna-se particularmente importante conhecer as características dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência, como forma de se poder adaptar e ajustar as respostas e os apoios necessários para que estes não revelem tanta sobrecarga.

Em síntese, julga-se que se trata de uma problemática muito atual e pertinente para os profissionais de saúde, mas também com supostas influências para todos os cidadãos. Sabe-se que, com este trabalho, não se poderá encontrar soluções, nem muito menos dar resposta a todas as dificuldades que os cuidadores informais de idosos dependentes do Concelho de Lamego possam sentir, todavia, espera-se realizar um diagnóstico dos níveis de sobrecarga apresentados pelos mesmos, o que poderá servir de ponto de partida para se delinear uma intervenção ajustada às suas necessidades. Assim sendo, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- 1) caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico;
- 2) fazer a caracterização circunstancial dos participantes;
- 3) analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias);
- 4) determinar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis circunstanciais (relação de parentesco com a pessoa dependente, tempo de prestação de cuidados, apoio da rede dos cuidados continuados ou outra instituição);
- 5) verificar a importância da funcionalidade familiar na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes;
- 6) identificar a influência das estratégias de *coping* do cuidador informal de idosos dependentes na sua sobrecarga;
- 7) cooperar, de forma efetiva, para o conhecimento da sobrecarga e estratégias de *coping* em cuidadores informais de idosos dependentes, como contributo do desenvolvimento de linhas orientadoras na intervenção dos enfermeiros.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo, procura-se definir as estratégias de forma a dar resposta às questões que inicialmente se formularam. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, os participantes, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

O estudo desenvolvido insere-se na investigação não experimental. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, uma vez que existe a intenção de garantir a precisão dos resultados. É, ainda, retrospectivo transversal, com um único momento de avaliação.

Como variável dependente consideramos a sobrecarga do cuidador informal, e como variáveis independentes foram incorporadas as seguintes: variáveis de contexto sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, área de residência, habilitações literárias, rendimento mensal atual); de contexto circunstancial (relação de parentesco com a pessoa dependente, tempo de prestação de cuidados, apoio da rede dos cuidados continuados ou outra instituição); funcionalidade familiar e, ainda, as estratégias de *coping*.

Tendo em conta os objetivos delineados, levantaram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H₁ – Existem efeitos significativos das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, área de residência, habilitações literárias, rendimento mensal atual) na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes;

H₂ - Existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais (relação de parentesco com a pessoa dependente, tempo de prestação de cuidados, apoio da rede dos cuidados continuados ou outra instituição) na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes;

H₃ - Existem efeitos significativos da funcionalidade familiar na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes;

H₄ - Existem associações significativas entre as estratégias de *coping* do cuidador informal de idosos dependentes e a sua sobrecarga.

2.1 Participantes

Neste trabalho de investigação, pela impossibilidade de se estudar a totalidade da população dada a sua extensão, bem como porque seria um processo moroso e dispendioso, o que implicaria um estudo longitudinal, recorreu-se ao processo de amostragem que, segundo Fortin (2009, p.310), equivale ao recurso de “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos.”

Assim, a amostra é constituída por 71 cuidadores informais de idosos em situação de dependência, sendo maioritariamente do sexo feminino (76,06%) e na faixa etária entre os 40 e os 60 anos (38,40%).

Procurou-se que a amostra fosse o mais representativa possível do total da população. Como tal, recorreu-se à amostragem não probabilística acidental. Fortin (2009, p.31) salienta que “contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra” e é acidental porque “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”. Ou seja, a amostragem acidental possibilita selecionar pessoas que estão no local certo à hora certa.

Este tipo de amostra é suscetível de provocar enviesamento de alguns resultados, na medida em que poderá não ser uma representação fiel da população alvo. Todavia, como forma de se diminuir eventuais erros de amostragem, teve-se como critério realizar a colheita de dados em diferentes locais, durante um período de tempo considerável, tendo-se estabelecido os seguintes critérios de inclusão: (1) ser o cuidador principal do idoso dependente, familiar ou não, e não podia ser remunerado por essa função; (2) possuir mais de 18 anos; (3) ser residente no concelho de Lamego.

2.2 Instrumentos de Colheita de Dados

O instrumento de recolha de dados consiste num inquérito, que foi dirigido aos cuidadores informais, o qual é constituído por 5 secções (cf. **Anexo I**), conforme se contextualiza de seguida:

Secção I - Caracterização Sociodemográfica – constituído por questões que permitam, sobretudo, identificar as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, zona de residência, profissão, situação profissional, rendimento mensal atual e estado de saúde;

Secção II - Caracterização Circunstancial - contém questões que permitem saber: a relação de parentesco com a pessoa dependente, se existe mais alguém de quem tem de cuidar, a razão pela qual é o principal cuidador informal, quanto tempo passa junto da pessoa que cuida, se tem ajuda de mais alguém para cuidar da pessoa, se tem apoio da rede dos cuidados continuados ou de alguma instituição, se tem pessoas com quem pode contar para cuidar da pessoa dependente quando tem que sair, se tem pessoas a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira, com quem e onde mora o idoso dependente, as características da habitação onde o idoso dependente mora, o transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde e a distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo;

Secção III - Caracterização familiar – permite identificar a funcionalidade familiar, através da utilização da *Escala de Apgar Familiar*, versão Portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988). Esta escala é constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção do indivíduo quanto ao funcionamento familiar. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, às quais corresponde uma determinada pontuação (quase sempre; algumas vezes; quase nunca), conforme consta no Quadro 1.

Quadro 1 - Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar

Resposta	Pontuação
Quase sempre	2
Algumas Vezes	1
Quase Nunca	0

O resultado obtém-se pelo somatório da pontuação atribuída a cada uma das questões, conforme consta no quadro anterior. Posteriormente, a cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar, em função de pontos de corte (Quadro 2). Salienta-se que esta escala apenas avalia o grau de satisfação familiar exteriorizado pelo sujeito inquirido (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1978, cit. in Azeredo e Matos, 1989).

Quadro 2 - Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar

Pontuação	Funcionalidade familiar
7 – 10	Altamente Funcional
4 – 6	Moderadamente Funcional
0 – 3	Disfunção Acentuada

Secção IV – Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, através do *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)*, elaborado por Martins, Ribeiro e Garrett (2003). Trata-se de um instrumento constituído por 32 itens que permitem mensurar a sobrecarga física, emocional e social em cuidadores informais de doentes com sequelas após Acidente Vascular Cerebral.

O QASCI integra 32 itens, avaliados através de uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5, aos quais o sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para o seu caso (1- não/nunca; 2- raramente; 3- às vezes, 4- quase sempre; e 5- sempre). De acordo com Martins et al. (2003), estes 32 itens distribuem-se por 7 fatores que constituem 7 subescalas:

1 - *Implicações na vida pessoal do cuidador – IVPC* – (11 itens: 5-15); avalia repercussões sentidas por estar a cuidar do familiar, como a diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social;

2 - *Satisfação com o Papel e com o Familiar – SPF* – (5 itens: 28-32); compreende os sentimentos e as emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de CI e da relação afetiva estabelecida entre ambas as partes.

3 - *Reações a exigências – RE* – (5 itens: 18-22); abrange sentimentos negativos como a perceção de ser manipulado ou a experiência de embaraço ou ofensa com os comportamentos manifestos por parte do familiar;

4 - *Sobrecarga Emocional relativa ao Familiar – SERF* – (4 itens: 1-4); refere-se às emoções negativas evidenciadas no cuidador informal, capazes de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação;

5 - *Sobrecarga financeira – SFAM* – (2 itens: 16-17); refere-se às dificuldades económicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro;

6 - *Percepção dos mecanismos de eficácia e controlo – P MEC* – (3 itens: 23-25); integra aspetos que habilitam ou que são facilitadores para o cuidador informal continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do seu papel;

7 - *Suporte familiar – SupF* – (2 itens: 26-27); associa-se com o reconhecimento e o apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar.

Os fatores *P MEC*, *SupF* e *SPF* constituem forças positivas na dinâmica do estudo, isto é, diminuem o resultado da sobrecarga. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados no “Não/nunca” e “5” aos assinalados no “Sempre”. São exceção os itens invertidos: 23 a 32, que correspondem às três últimas dimensões, que constituem forças positivas do QASCI, para que os valores mais altos correspondam a uma maior sobrecarga, ou seja, quanto maior for o valor nestas dimensões menor será a percepção de mecanismos de eficácia e controlo, menor será o suporte familiar e menor a satisfação com o papel e com o familiar. Segundo os autores, o QASCI não permite determinar um score final, porque é difícil definir a partir de que valor a sobrecarga percecionada é alta, no entanto a valores mais altos estará associada uma maior sobrecarga.

A análise psicométrica do QASCI, efetuada pelos seus autores, foi baseada essencialmente na consistência interna, avaliada pelo *Alpha de Cronbach* (α). A escala global apresenta um α de 0,9, o que é considerado um bom indicador (Pestana e Gageiro, 2003). Todas as suas subescalas apresentam valores de consistência interna elevados com exceção da dimensão *percepção de mecanismos de eficácia e de controlo* ($\alpha = 0,62$). No entanto este valor é aceitável uma vez que o número de itens é reduzido (Ribeiro, 1999).

Assim, a consistência interna da escala global é de 0,90 e as diferentes dimensões apresentam valores que variam entre 0,50 e 0,89 (Quadro 3).

Quadro 3 - Consistência Interna do QASCI

Dimensões	Alpha Cronbach	Nº de Itens
SE	0,75	4
IVP	0,88	11
SF	0,86	2
RE	0,80	5
MEC	0,50	2
SFA	0,81	2
SPF	0,58	5
QASCI	0,90	31

Optou-se por este instrumento por ser a única escala construída e validada no nosso país encontrando-se adaptada ao contexto sociocultural, bem como por incluir sete dimensões que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da sobrecarga do cuidador informal.

Secção V – Estratégias de Coping do Cuidador Informal, através do *Carers' Assessment of Managing Index* (CAMI), de Nolan, Grant e Keady. A tradução e aferição da versão original de Nolan e colaboradores para a população portuguesa foram conduzidas por Brito (2002). Quanto à avaliação da consistência interna da versão portuguesa do CAMI, obteve-se um valor de alfa de Cronbach de ($\alpha = 0.804$), valor este semelhante ao da versão original e ao da versão castelhana (Brito, 2002).

O índice de CAMI permite obter informações acerca das estratégias encontradas pelo cuidador a fim de minimizar as dificuldades que sente em prestar cuidados à pessoa dependente. O CAMI – *Carers' Assessment of Managing Index* é um instrumento desenvolvido por Nolan e pelos seus colaboradores no sentido de conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades percebidas numa perspetiva de estratégias de *coping* (Nolan et al., 1995, 1996, referidos por Brito, 2002). Trata-se de um questionário que inclui 38 afirmações relacionadas com estratégias de *coping* dos cuidadores informais orientadas para a atividade de prestação de cuidados. A sua utilização implica que a cada estratégia de *coping* apresentada seja respondido pelo cuidador se (1) Utiliza ou não e em caso afirmativo, deverá referir (2) se não dá resultado, (3) se dá algum resultado ou se (4) dá bastante bom resultado (Brito, 2002). Nolan et al. (1996, 1998) e Brito (2002) justificam que o CAMI é um instrumento robusto e que constitui uma ferramenta útil tanto na investigação como na prática clínica, na medida em que possibilita ao profissional de saúde explorar e otimizar as estratégias de *coping* dos cuidadores. Segundo Brito (2002), a versão original conseguiu agrupar as estratégias de *coping* em 3 categorias: “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas”; “perceções alternativas sobre a situação”; “lidar com os sintomas de stresse”.

2.3 Procedimentos

Com o intuito de escolher uma amostra representativa da população aplicou-se o instrumento de colheita de dados a cuidadores informais que se encontravam a prestar cuidados no seu meio habitual. Na presença do cuidador informal procedeu-se da seguinte forma: apresentação formal da entrevistadora/investigadora; pedido de consentimento informal e esclarecido. O instrumento de colheita de dados foi preenchido pelo cuidador informal. A colheita dos dados foi efectuada no período de 1 de Dezembro de 2011 a 15 de Janeiro de 2012.

Terminada a recolha de dados, procedeu-se a uma primeira análise de todos os instrumentos recolhidos, visando eliminar os que se encontrassem em situação de não-conformidade. Seguidamente, elaborou-se a base de dados, permitindo a codificação e preparação do tratamento estatístico, para o qual se recorreu à ferramenta informática *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0.

O tratamento de dados baseou-se numa metodologia de análise estatística descritiva e inferencial. Após a análise descritiva dos dados obtidos, passou-se, de seguida, à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica.

Relativamente à estatística descritiva e a fim de descrever as variáveis, fez-se uso da tabela de frequências, da média (M), do desvio padrão (dp) e do coeficiente de variação (CV). Quanto ao CV, utilizámos os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média; $CV > 30\%$ - Dispersão elevada.

Para analisar a simetria Skewness (SK), que se obtém através do quociente entre SK com o erro padrão (EP), utilizou-se os valores definidos por Pestana e Gageiro (2008): $SK/EP \leq -1.96$ – assimétrica negativa ou enviesada à direita; $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$ – simétrica; $SK/EP > 1.96$ – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP): $K/EP \leq -1.96$ – platicúrtica; $-1.96 < K/EP \leq 1.96$ – mesocúrtica; $K/EP > 1.96$ – leptocúrtica.

No que se refere à estatística inferencial, recorreu-se à estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (Pestana; Gageiro, 2008), utilizou-se os testes de *U-Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são apresentados dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais). Recorreu-se também ao teste *One-Way Anova* que é uma extensão do teste t que permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa, numa variável dependente cuja natureza é quantitativa.

Realizou-se, quando considerado adequado, uma análise de Regressão Linear Múltipla entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*. Relativamente a este tipo de teste usámos os valores de r que Pestana e Gageiro (2005) sugerem: $r < 0,2$ – associação muito baixa; r entre [0.2, 0.39] – associação baixa; r entre [0.4,0.69] – associação moderada; r entre [0.7,0.89] – associação alta e $r > 0,9$ – associação muito alta.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretendemos dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação recolhida e cujo instrumento utilizado foi um questionário. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreremos ao uso de quadros com os respetivos dados estatísticos obtidos, os quais serão antecidos da respetiva análise.

Assim, por uma questão metodológica, começaremos por efetuar a análise descritiva das variáveis independentes e dependente. Por último, serão apresentados os testes das hipóteses, ou seja, a estatística inferencial.

3.1 Caracterização Sociodemográfica

Apurou-se que a idade mínima para o sexo masculino é 26 anos e a máxima é 82 anos, o que corresponde a uma média de 55,94 com um desvio padrão de 3,98. O Coeficiente de Variação (CV) indica uma dispersão fraca (CV=7,11%). Os valores de simetria (Skewness/error = 0,302) indicam uma distribuição simétrica (Kurtosis/error= 0,335) e uma curva mesocútica.

Quanto ao sexo feminino, observou-se que a idade mínima é 19 anos e a máxima 87 anos, correspondendo a uma média de 54,20 com um desvio padrão de 2,21. O CV indica uma dispersão fraca (4,08). Os valores de simetria (Skewness/error = -0,786) indicam uma distribuição simétrica (Kurtosis/error= -0,881%) e uma curva mesocútica (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Estatísticas relativas à idade

Idade	n	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	17	26	82	55,94	3,98	7,11	0,302	0,335
Feminino	54	19	87	54,20	2,21	4,08	-0,786	-0,881

No que toca à **idade** e através da análise do Quadro 5, pode verificar-se uma maior percentagem nos indivíduos que possuíam uma idade entre os 40 e os 60 anos (38,40%), sendo que destes 41,20% eram sujeitos do sexo masculino e 38,90 eram sujeitos do sexo feminino. Com uma percentagem de 28,20% surgiram os sujeitos com 45 ou menos anos,

com 18,30% os sujeitos com idade compreendida entre os 61 e os 75 anos e, por fim, com uma percentagem de 14,10% os sujeitos com 75 ou mais anos.

Relativamente ao **estado civil**, verificou-se que mais de metade dos sujeitos da amostra se encontra casado(a), numa percentagem de 70,30%, sendo que destes 82,40% são do sexo masculino e 66,70% são do sexo feminino.

Quanto ao **grau de escolaridade**, verifica-se que, com maiores percentagens, surgiram os sujeitos com o 1º Ciclo de Ensino Básico (4ª classe) 23,30%, com 20,50% os sujeitos que possuem o Ensino Superior e com 19,20% os que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico (6º ano). Sendo que nos dois primeiros casos referidos anteriormente, os elementos do sexo feminino apareceram em maioria (24,60%; 22,80%) e no terceiro caso foram os do sexo masculino com maior percentagem (25,00%).

No que se refere à **residência**, verificou-se que mais de metade da amostra reside numa aldeia (51,40%), 40,50% reside na cidade e apenas 8,10% reside numa vila. Os sujeitos que residem na aldeia e vila apresentaram maiores percentagens no sexo masculino (58,80%; 11,80%), e dos sujeitos que residem na Cidade a maioria é do sexo feminino (43,90%).

Quanto à **situação profissional/ocupação**, as maiores percentagens verificaram-se nos sujeitos da amostra que se encontram empregados (37,80%), os que se encontram reformados com uma percentagem de 28,40% e com 23,00% os sujeitos que se encontram como domésticos. Nos sujeitos empregados e reformados, as maiores percentagens verificaram-se no sexo masculino (37,80%; 28,40%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, com maior percentagem aparecem os sujeitos que recebem entre 250 e 500 euros mensais líquidos (38,40%), seguido pelos sujeitos que recebem entre 500 e 750 euros com uma percentagem de 24,70% e com uma percentagem de 16,40% os que recebem entre 1000 e 1500 euros mensais líquidos.

Tendo em conta o **estado de saúde**, 10,80% dos sujeitos consideram a sua saúde muito boa, 55,40% consideram a sua saúde boa, 24,30% considera a sua saúde fraca e apenas 9,50% considera a sua saúde muito fraca. Face a estes resultados, podemos referir que os sujeitos que consideram a sua saúde boa foram os que obtiveram maior percentagem, sendo que destes, 58,80% eram do sexo feminino e 54,40% eram do sexo feminino.

Quadro 5 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade*						
≤45 anos	4	23.50	16	29.60	20	28.20
40 – 60 anos	7	41.20	21	38.90	28	39.40
61-75 anos	3	17.60	10	18.50	13	18.30
≥75 anos	3	17.60	7	13.00	10	14.10
Estado Civil**						
Casado(a)	14	82.40	38	66.70	52	70.30
Solteiro(a)	3	17.60	12	21.10	15	20.30
Viúvo(a)	---	00.00	4	7.00	4	5.40
Divorciado(a)	---	00.00	2	3.50	2	2.70
Outro	---	00.00	1	1.80	1	1.40
Grau de escolaridade***						
Sem escolaridade	2	12.50	5	8.80	7	9.60
Sabe ler e escrever	1	6.30	2	3.50	3	4.10
1º ciclo de ensino básico (4ª)	3	18.80	14	24.60	17	23.30
2º ciclo de ensino básico (6º)	3	18.80	2	3.50	5	6.80
3º ciclo de ensino básico (9º)	4	25.00	10	17.50	14	19.20
Ensino secundário	1	6.30	11	19.30	12	16.40
Ensino superior	2	12.50	13	22.80	15	20.50
Residência****						
Aldeia	10	58.80	28	49.10	38	51.40
Vila	2	11.80	4	7.00	6	8.10
Cidade	5	29.40	25	43.90	30	40.50
Situação profissional/ocupação*****						
Empregado	8	47.10	20	35.10	28	37.80
Desempregado	2	11.80	5	8.80	7	9.50
Doméstico	---	00.00	17	29.80	17	23.00
Estudante	---	00.00	1	1.80	1	1.40
Reformado	7	41.20	14	24.60	21	28.40
Rendimento mensal*****						
Até 250 € mensais líquidos	1	5.90	4	7.10	5	6.80
De 250 a 500 € mensais	6	35.30	22	39.30	28	38.40
De 500 a 750 € mensais	6	35.30	12	21.40	18	24.70
De 700 a 1000 € mensais	---	00.00	7	12.50	7	9.60
De 1000 a 1500 € mensais	4	23.50	8	14.30	12	16.40
Mais de 1500 € mensais	---	00.00	3	5.40	3	4.10
Em geral, diria que o seu estado de saúde é:*****						
Muito boa	1	5.90	7	12.30	8	10.80
Boa	10	58.80	31	54.40	41	55.40
Fraca	6	35.30	12	21.10	18	24.30
Muito fraca	---	00.00	7	12.30	7	9.50
*	$X^2=0,395$; $p=0,941$					
**	$X^2=2,621$; $p=0,623$					
***	$X^2=7,130$; $p=0,309$					
****	$X^2=1,278$; $p=0,528$					
*****	$X^2=7,262$; $p=0,123$					
*****	$X^2=4,815$; $p=0,439$					
*****	$X^2=3,722$; $p=0,293$					

3.2 Caracterização Circunstancial

Pela análise do quadro 6, constatamos que “filhos” é a relação de parentesco mais referida para com a pessoa dependente (47,10% para o sexo masculino e 52,60% para o sexo feminino). A grande maioria dos inquiridos (74,30%) não cuida de mais ninguém. Em ambos os sexos (masculino 52,90% e feminino 45,60%), “por iniciativa própria” é a principal razão pela qual o inquirido é o principal cuidador. Mais uma vez predomina, em ambos os sexos, o prestar cuidados à pessoa dependente “há mais de 4 anos”, (41,20% para os homens e 36,80% para as mulheres). Quanto ao tempo que passam junto da pessoa que cuidam, a maioria dos inquiridos do sexo masculino encontram-se divididos com igual percentagem (31,30%) entre “menos de 6 horas” e entre “18 e as 24 horas”, quanto aos inquiridos do sexo feminino, 36,80% referem passar entre “18 a 24 horas por dia”. A grande maioria dos inquiridos (73,00%) referem ter ajuda de mais alguém para cuidar da pessoa dependente; 63,50% dos indivíduos inquiridos referem não ter apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição.

Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis circunstanciais e clínicas e o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Relação de parentesco com a pessoa dependente*						
Cônjuge	6	35,3	12	21,1	18	24,3
Filho(a)	8	47,1	30	52,6	38	51,4
Irmã	-	0,00	4	7,0	4	5,4
Genro/Nora	2	11,8	4	7,0	6	8,1
Neta	-	0,00	3	5,3	3	4,1
Vizinha	-	0,00	2	3,5	2	2,7
Outra	1	5,9	2	3,5	3	4,1
Existe mais alguém de quem tem que cuidar?***						
Sim	5	29,4	14	24,6	19	25,7
Não	12	70,6	43	75,4	55	74,3
Indique a razão pela qual é o principal cuidador informal?***						
Por iniciativa própria	9	52,9	26	45,6	35	47,3
Por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel	6	35,3	20	35,1	26	35,1
Por decisão familiar	1	5,9	4	7,0	5	6,8
Por solicitação da pessoa dependente	1	5,9	6	10,5	7	9,5
Outro	-	0,00	1	1,8	1	1,4
Há quanto tempo presta cuidados?****						
6 meses a 1 ano	1	5,9	4	7,0	5	6,8
1 a 2 anos	6	35,3	13	22,8	19	25,7
2 a 4 anos	3	17,6	19	33,3	22	29,7
Mais de 4 anos	7	41,2	21	36,8	28	37,8
Quanto tempo passa junto da pessoa que cuida?*****						
Contactos pontuais	1	6,2	1	1,8	2	2,7
Menos de 6 horas	5	31,2	6	10,5	11	15,1
6 a 12 horas	4	25,0	19	33,3	23	31,5
12 a 18 horas	1	6,2	10	17,5	11	15,1
18 a 24 horas	5	31,2	21	36,8	26	35,6
Tem ajuda de mais alguém para cuidar dessa pessoa?*****						
Sim	14	82,4	40	70,2	54	73,0
Não	3	17,6	17	29,8	20	27,0

Tem apoio da rede dos cuidados continuados ou de alguma instituição?*****						
Sim	5	29,4	22	38,6	27	36,5
Não	12	70,6	35	61,4	47	63,5
*	X ² =4,401; p=0,623					
**	X ² =0,161; p=0,688					
***	X ² =0,771; p=0,942					
****	X ² =1,969; p=0,579					
*****	X ² =5,925; p=0,205					
*****	X ² =0,985; p=0,321					
*****	X ² =0,477; p=0,348					

Analisando agora o Quadro 7 podemos referir que 81,10% da amostra referem ter pessoas com quem podem contar para cuidar da pessoa dependente e 63,50% dos inquiridos referem ter pessoas a quem recorrer se necessitarem de ajuda financeira. Verificamos também que 45,20% dos idosos vivem com a(o) esposa(o). Podemos salientar que 67,60% residem em habitação própria, sendo que 67,60% da amostra refere que a habitação onde o idoso dependente habita é uma moradia. A maioria dos inquiridos (56,80%) refere que os idosos dependentes se deslocam pelo seu próprio pé. Quando necessitam de acessibilidade aos serviços de saúde, os cuidadores informais utilizam transporte próprio (40,50%).

Quadro 7 - Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis circunstanciais e clínicas e o sexo (continuação)

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tem pessoas com quem pode contar, para cuidar da pessoa dependente de si, quando tem que sair por algum tempo?*						
Sim	14	82,4	46	80,7	60	81,1
Não	3	17,6	11	19,3	14	18,9
Tem pessoas a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira? **						
Sim	12	70,6	35	61,4	47	63,5
Não	5	29,4	22	38,6	27	36,5
O idoso dependente mora com quem? ***						
Sozinho	2	11,8	7	12,5	9	12,3
Com o esposo	12	70,6	21	37,5	33	45,2
Com o cuidador informal	3	17,6	24	42,9	27	37,0
Outra	-	0,00	3	5,4	3	4,1
Cônjuge e Cuidador informal	-	0,00	1	1,8	1	1,4
O idoso dependente mora onde? ****						
Habitação própria	14	82,4	36	63,2	50	67,6
Habitação do cuidador informal	2	11,8	19	33,3	21	28,4
Outra	1	5,9	2	3,5	3	4,1
Características da habitação onde o idoso dependente mora*****						
Moradia	13	76,5	37	64,9	50	67,6
Apartamento	4	23,5	20	35,1	24	32,4
Como se desloca o idoso dependente*****						
Pelo próprio pé	10	58,8	32	56,1	42	56,8
Em cadeira de rodas	6	35,3	11	19,3	17	23,0
Em maca	1	5,9	12	21,1	13	17,6
Canadianas	-	0,00	1	1,8	1	1,4
Cadeira de Rodas + Maca	-	0,00	1	1,8	1	1,4
Transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde*****						
Transporte próprio	9	52,9	21	36,8	30	40,5
Transporte de familiares/vizinho	3	17,6	15	26,3	18	24,3

Transporte público	3	17,6	7	12,3	10	13,5
Ambulância	2	11,8	14	24,6	16	21,6
*	$X^2=0,023$; $p=0,594$					
**	$X^2=0,477$; $p=0,348$					
***	$X^2=6,619$; $p=0,157$					
****	$X^2=3,043$; $p=0,218$					
*****	$X^2=0,798$; $p=0,372$					
*****	$X^2=3,787$; $p=0,436$					
*****	$X^2=2,512$; $p=0,473$					

No quadro 8 estão esquematizadas as estatísticas referentes ao tempo que recebem apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição e a distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo, diferenciados por cada um dos sexos. Refira-se ainda que, no que é alusivo à variável expressa pela questão: “Há quanto tempo recebem apoio da rede de cuidados ou de alguma instituição”, o sexo masculino apresenta uma distribuição assimétrica negativa e mesocúrtica; quanto ao sexo feminino, estamos perante uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica. Verifica-se que tanto no sexo masculino, como no sexo feminino a dispersão expressa pelo coeficiente de variação é média ($15\% < CV \leq 30\%$).

Relativo à variável “Distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo” o sexo masculino apresenta uma distribuição assimétrica negativa e platicúrtica; quanto ao sexo feminino, estamos presentes de uma distribuição simétrica positiva e platicúrtica. Refira-se ainda que, tanto o sexo masculino como o sexo feminino apresentam uma dispersão média.

Quadro 8 - Estatísticas relativas ao tempo que recebem apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição e a distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo

	Sexo	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Há quanto tempo	Masculino	1	4	2,75	0,69	25,01	-1,113	0,850
	Feminino	0,06	9	1,96	0,55	28,06	3,620	4,614
Distância do domicílio	Masculino	3	10	7,50	1,66	22,13	-1,081	-0,019
	Feminino	0,50	10	4,07	0,77	18,92	0,914	-0,630

No quadro 9 estão esquematizadas as estatísticas referentes à funcionalidade familiar, diferenciados por cada um dos géneros. Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos referir que a distribuição do sexo masculino e do sexo feminino é simétrica e mesocúrtica. Ambos os géneros apresentam uma dispersão fraca.

Quadro 9 - Estatísticas relativas à funcionalidade da família

	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	1	3	2,65	0,170	6,41	-3,318	1,950
Feminino	1	3	2,53	0,087	3,44	-3,408	0,071

Verificamos pela análise do quadro 10, que quer num sexo, quer no outro, dominam os inquiridos com famílias altamente funcionais, com 76,50% e 61,40%, respectivamente.

Quadro 10 - Distribuição dos inquiridos segundo a funcionalidade da família e o sexo

	Masculino (n=17)		Feminino (n=57)		Total (n=74)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Funcionalidade familiar								
Disfunção acentuada	2	11.80	5	8.80	7	9.50	2.246	0.325
Moderadamente funcionais	2	11.80	17	29.80	19	25.70		
Altamente funcionais	13	76.50	35	61.40	48	64.90		

No quadro 11 estão esquematizadas as estatísticas referentes à sobrecarga do cuidador informal, diferenciados por cada um do género.

Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos referir que em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador informal na distribuição do sexo masculino é simétrica e platicúrtica, com exceção da dimensão “Percepção mecanismos eficácia/controlo” que apresenta uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Analisando o enviesamento (Sk) e o achatamento (K) do sexo feminino, em relação à sobrecarga do cuidador informal, estamos perante uma distribuição simétrica e platicúrtica, em todas as dimensões.

Por último, refira-se que ambos os géneros apresentam uma dispersão fraca.

Quadro 11 - Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidador informal

		Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	Sobrecarga emocional relativa ao familiar	4	18	8,53	1,02	11,96	1,433	-0,118
	Implicações na vida pessoal do cuidador	11	48	27,12	2,86	10,54	0,671	-1,103
	Sobrecarga financeira	2	10	5,23	0,68	13,00	0,987	-0,581
	Reações e exigências	5	19	11,29	1,16	10,27	0,009	-1,457
	Percepção mecanismos eficácia/controlo	3	12	7,18	0,60	8,36	1,104	0,170
	Suporte familiar	2	10	5,29	0,65	12,29	1,353	-0,262
	Satisfação com o papel e com o familiar	5	15	9,41	0,79	8,39	0,471	-0,773
	QASCI Total	43	126	74,06	6,35	8,57	1,173	-0,599
Feminino	Sobrecarga emocional relativa ao familiar	4	20	9,95	0,50	5,02	0,718	-0,650
	Implicações na vida pessoal do cuidador	11	51	29,42	1,41	4,79	0,570	-1,242
	Sobrecarga financeira	2	10	4,88	0,30	6,15	0,905	-1,230
	Reações e exigências	5	21	11,33	0,56	4,94	1,158	-2,145
	Percepção mecanismos eficácia/controlo	3	15	7,77	0,41	5,28	0,823	-1,085
	Suporte familiar	2	10	5,51	0,32	5,82	0,471	-1,504
	Satisfação com o papel e com o familiar	5	23	10,75	0,64	5,95	1,171	-1,562
	QASCI Total	32	137	79,61	3,21	4,03	0,231	-0,681

No quadro 12 estão esquematizadas as estatísticas referentes às estratégias de *coping* do cuidador informal, diferenciados por cada um do género.

Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos referir que na estratégia “Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas” o sexo masculino apresenta uma distribuição assimétrica negativa e leptocúrtica e o sexo feminino apresenta uma distribuição simétrica e platicúrtica. Ambos apresentam, ainda, uma dispersão fraca.

Na estratégia “Perceções alternativas sobre a situação” o sexo masculino e o feminino apresenta uma distribuição simétrica e platicúrtica, quanto ao coeficiente de dispersão, ambos apresentam uma dispersão fraca.

Por último, quanto à estratégia “Lidar com os sintomas de stresse” o sexo masculino apresenta uma distribuição simétrica e mesocúrtica e o sexo feminino apresenta uma distribuição simétrica e platicúrtica, sendo que, ambos apresentam, ainda, uma dispersão fraca.

Quadro 12 - Estatísticas relativas às estratégias de coping do cuidador informal

		Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas	21	50	41,94	1,66	3,96	-3,333	4,511
	Perceções alternativas sobre a situação	29	50	41,23	1,39	3,37	-1,016	-0,268
	Lidar com os sintomas de stresse	10	31	22,00	1,36	6,18	-0,840	0,260
Feminino	Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas	23	56	42,72	0,97	2,27	-1,218	-0,610
	Perceções alternativas sobre a situação	30	58	44,39	0,87	1,96	0,570	-0,533
	Lidar com os sintomas de stresse	11	32	21,75	0,63	2,90	0,358	-0,671

3.3 Estudo Inferencial

Com a finalidade de sabermos quais os fatores que influenciam a sobrecarga do cuidador informal e as suas dimensões, formulámos hipóteses, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa, o que apresentamos seguidamente. Assim, de seguida passa-se à abordagem inferencial dos dados obtidos, através da estatística analítica, procedendo à verificação da validade das hipóteses gerais das quais resultou um conjunto de variáveis específicas, associando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

Hipótese 1 – Existem efeitos significativos das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, área de residência, habilitações literárias, rendimento mensal atual) na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes.

Com o intuito de perceber qual a influência entre o sexo e a sobrecarga do cuidador informal, utilizou-se o T-Teste (tabela 1). Ao realizar-se o estudo do efeito do sexo nas diversas dimensões da sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino. Deste modo, rejeita-se a hipótese específica para as subescalas referidas. Porém, é de referir que apesar de não se verificarem diferenças significativas, são os sujeitos do sexo feminino que apresentam médias superiores em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador informal, com exceção da dimensão “sobrecarga financeira”, onde as médias são superiores no sexo masculino.

Tabela 1 - Teste T entre o sexo e a sobrecarga do cuidador informal

Dimensões	Sexo		t	P
	Masculino	Feminino		
	Média	Média		
Sobrecarga emocional	8,53	9,95	-1,313	0,193
Implicações na vida pessoal	27,12	29,42	-0,763	0,448
Sobrecarga financeira	5,24	4,88	-0,545	0,588
Reações a exigências	11,29	11,33	-0,033	0,974
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	7,18	7,77	-0,720	0,474
Suporte familiar	5,29	5,51	-0,314	0,755
Satisfação com o papel e com o familiar	9,41	10,75	-1,312	0,197
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	74,06	79,61	-0,781	0,418

Para conhecer a influência da idade na sobrecarga do cuidador informal, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Observando a tabela 2, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,000$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Sobrecarga financeira” ($p=0,042$); “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” ($p=0,014$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$), ou seja, aceita-se a hipótese específica para as dimensões referidas.

Contudo, refira-se que, com exceção da dimensão “Suporte Familiar”, os cuidadores com idades superiores a 75 anos possuem níveis mais elevados de sobrecarga em todas as restantes dimensões, facto este que é corroborado pelo teste Tukey (Tabela 3)

Tabela 2 - Teste One-Way ANOVA entre a idade a sobrecarga do cuidador informal

Dimensões	Idade				F	P
	<= 45 anos	Entre os 46 e os 60 anos	Entre os 61 e os 75 anos	> 75 anos		
	M	M	M	M		
Sobrecarga emocional	7,75	9,32	9,86	14,00	7,088	0,000
Implicações na vida pessoal	23,10	28,07	32,21	40,10	7,549	0,000
Sobrecarga financeira	3,95	5,11	5,14	6,50	2,892	0,042
Reações a exigências	10,10	11,07	11,86	14,40	2,415	0,074
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	6,40	7,43	9,36	9,10	3,823	0,014
Suporte familiar	5,35	5,71	5,71	5,30	0,134	0,939
Satisfação com o papel e com o familiar	9,60	10,07	11,86	12,00	1,138	0,340
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	66,25	76,79	86,00	101,40	6,159	0,001

Tabela 3 - Testes post hoc entre a idade e a sobrecarga do cuidador informal

Subescala	Idade	<= 45 anos	Entre os 46 e os 60 anos	Entre os 61 e os 75 anos	> 75 anos
Sobrecarga emocional		-	0,003	0,030	0,000
Implicações na vida pessoal		0,040	0,006	-	0,000
Sobrecarga financeira		-	-	-	0,026
Reações a exigências		-	-	-	-
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo		-	-	0,021	-
Suporte familiar		-	-	-	-
Satisfação com o papel e com o familiar		-	-	-	-
Sobrecarga do Cuidador Informal Total			0,019	-	0,001

Para saber se existe ou não uma influência do estado civil na sobrecarga do cuidador informal, recorreu-se ao teste One-Way ANOVA. Observando a tabela 4, conclui-se que se obteve diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Sobrecarga financeira” ($p=0,022$), ou seja, aceita-se a hipótese enunciada para a dimensão referida.

Refira-se que os sujeitos casados apresentam níveis mais elevados de “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” e “Suporte familiar”. Porém, os participantes viúvos apresentam níveis mais elevados de “Sobrecarga financeira”; “Satisfação com o papel e com o familiar” e de “Sobrecarga do Cuidador Informal Total”.

Tabela 4 - Teste One-Way ANOVA entre o estado civil a sobrecarga do cuidador informal

Estado Civil	Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	Outro	F	P
	M	M	M	M	M		
Dimensões							
Sobrecarga emocional	9,85	8,47	12,00	9,50	6,00	0,960	0,435
Implicações na vida pessoal	29,55	25,60	34,50	28,50	24,00	0,703	0,592
Sobrecarga financeira	4,96	3,93	8,00	7,00	5,00	3,064	0,022
Reações a exigências	11,79	10,40	10,25	13,00	5,00	0,994	0,417
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	7,94	7,00	8,00	6,00	7,00	0,460	0,765
Suporte familiar	5,58	5,20	6,25	5,50	2,00	0,657	0,624
Satisfação com o papel e com o familiar	10,62	9,40	13,50	10,00	8,00	0,739	0,599
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	80,30	70,00	92,50	79,50	57,00	1,042	0,392

No que concerne à influência das habilitações literárias com a sobrecarga do cuidador informal, recorreu-se ao teste One-Way ANOVA. Através da leitura dos resultados da tabela 5, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Implicações na vida pessoal” ($p=0,026$); “Sobrecarga financeira” ($p=0,009$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,024$), aceitando-se, assim, a hipótese enunciada para as dimensões referidas.

Refira-se que os sujeitos que sabem ler e escrever apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas dimensões “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; Sobrecarga financeira”; “Suporte familiar”; Satisfação com o papel e com o familiar” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total”. As médias foram corroboradas pelo teste Tukey (Tabela 6).

Tabela 5 - Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias a sobrecarga do cuidador informal

Hab. Literárias Dimensões	Sem escolaridade	Sabe ler e escrever	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino superior	F	P
	M	M	M	M	M	M	M		
Sobrecarga emocional	10,29	11,67	11,47	8,67	7,93	10,08	8,67	1,548	0,176
Implicações na vida pessoal	34,71	36,00	34,12	25,50	23,77	30,00	24,20	2,587	0,026
Sobrecarga financeira	7,00	7,33	5,29	4,83	4,29	5,42	3,47	3,167	0,009
Reações a exigências	12,57	9,00	13,12	10,33	11,00	12,75	9,00	1,822	0,108
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	7,00	9,00	8,82	9,50	6,93	7,67	6,67	1,402	0,227
Suporte familiar	5,57	7,00	6,35	5,67	5,50	5,83	3,93	1,649	0,147
Satisfação com o papel e com o familiar	10,14	14,00	12,71	10,20	10,43	9,50	8,60	1,594	0,163
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	87,29	94,00	91,88	75,00	69,86	81,25	64,53	2,620	0,024

Tabela 6 - Testes post hoc entre as habilitações literárias e a sobrecarga do cuidador informal

Subescala	Habilitações	Sem escolaridade	Sabe ler e escrever	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino superior
Sobrecarga emocional		-	-	-	-	-	-	-
Implicações na vida pessoal		-	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga financeira		0,012	-	-	-	-	-	-
Reações a exigências		-	-	-	-	-	-	-
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo		-	-	-	-	-	-	-
Suporte familiar		-	-	-	-	-	-	-
Satisfação com o papel e com o familiar		-	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga do Cuidador Informal Total		-	-	0,023	-	-	-	-

Relativamente à influência da residência na sobrecarga do cuidador informal, efetuou-se o teste One-Way ANOVA, cujos resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da sobrecarga emocional, logo rejeita-se a hipótese enunciada. Porém, verifica-se que os sujeitos que vivem em vilas apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas dimensões “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; Sobrecarga financeira”; “Reações a exigências” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” (Tabela 7).

Tabela 7 - Teste One-Way ANOVA entre a residência e a sobrecarga do cuidador informal

Residência	Aldeia	Vila	Cidade	F	P
	M	M	M		
Dimensões					
Sobrecarga emocional	9,44	10,50	9,70	0,198	0,821
Implicações na vida pessoal	28,05	32,50	29,33	0,468	0,628
Sobrecarga financeira	4,92	6,17	4,80	0,858	0,428
Reações a exigências	11,08	12,50	11,53	0,310	0,735
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	7,97	6,83	7,50	0,472	0,626
Suporte familiar	5,51	5,33	5,50	0,014	0,986
Satisfação com o papel e com o familiar	11,08	10,33	9,73	0,742	0,480
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	78,05	84,17	78,10	0,166	0,847

Relativamente à influência do rendimento mensal na sobrecarga do cuidador informal, recorreu-se ao teste One-Way ANOVA, do qual se apurou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento mensal e as dimensões da sobrecarga emocional, rejeitando-se a hipótese enunciada.

Contudo, observa-se que os sujeitos que possuem rendimentos até 250€ apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas “Implicações na vida pessoal”; Sobrecarga financeira”; “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo”; Suporte familiar”; “Satisfação com o papel e com o familiar” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” (Tabela 8), as médias foram corroboradas pelo teste Tukey (Tabela 9).

Tabela 8 - Teste One-Way ANOVA entre o rendimento mensal e a sobrecarga do cuidador informal

Rendimento Mensal	Até 250€	250 – 500€	500 – 750€	750 – 1000 €	1000 – 1500€	Mais de 1500€	F	P
	M	M	M	M	M	M		
Dimensões								
Sobrecarga emocional	12,00	9,72	8,78	8,00	10,25	12,33	1,145	0,345
Implicações na vida pessoal	36,00	29,41	26,17	23,00	31,92	33,00	1,477	0,209
Sobrecarga financeira	7,20	5,59	3,83	3,71	5,00	4,67	2,831	0,022
Reações a exigências	11,80	12,07	11,06	8,86	11,75	10,33	0,681	0,640
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	8,80	7,21	7,06	7,71	8,67	11,00	1,459	0,215
Suporte familiar	8,00	5,45	4,94	4,29	6,67	3,33	2,846	0,022
Satisfação com o papel e com o familiar	14,60	10,14	9,72	9,71	11,92	8,67	1,358	0,251
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	99,00	79,59	71,56	65,29	86,17	83,33	1,732	0,139

Tabela 9 - Testes post hoc entre o rendimento e a sobrecarga do cuidador informal

Subescala \ Rendimento	Até 250€	250 – 500€	500 – 750€	750 – 1000€	1000 – 1500€	Mais de 1500€
Sobrecarga emocional	-	-	-	-	-	-
Implicações na vida pessoal	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga financeira	0,044	-	-	-	-	-
Reações a exigências	-	-	-	-	-	-
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	-	-	-	-	-	-
Suporte familiar	-	-	-	-	-	-
Satisfação com o papel e com o familiar	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	-	-	-	-	-	-

Hipótese 2 - Existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais (relação de parentesco com a pessoa dependente, tempo de prestação de cuidados, apoio da rede dos cuidados continuados ou outra instituição) na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes.

Para se compreender a influência do grau de parentesco na sobrecarga do cuidador informal, efetuou-se o teste One-Way ANOVA, cujos resultados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,004$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Reações a exigências” ($p=0,006$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$), resultando na aceitação da hipótese formulada para as dimensões citadas.

Refira-se, ainda, que o conjugue apresenta níveis mais elevados de sobrecarga nas dimensões “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; “Sobrecarga financeira”; “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” (Tabela 10). A realização do teste Tukey permitiu-nos confirmar o que foi anteriormente referido.

Tabela 10 - Teste One-Way ANOVA entre o grau de parentesco e a sobrecarga do cuidador informal

Parentesco Dimensões	Conju- gue	Filho	Irmã	Genr o/Nor a	Neta	Vizinha	Outra	F	P
	M	M	M	M	M	M	M		
Sobrecarga emocional	12,32	8,53	11,50	9,50	5,67	11,50	7,00	3,617	0,004
Implicações na vida pessoal	38,05	26,16	32,25	24,33	17,67	33,00	19,33	5,214	0,000
Sobrecarga financeira	6,26	4,55	4,75	4,00	5,33	5,00	4,00	1,484	0,197
Reações a exigências	13,84	10,13	14,00	12,67	7,33	14,00	7,67	3,349	0,006
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	9,26	7,13	8,00	5,67	6,33	9,00	9,00	1,947	0,086
Suporte familiar	5,47	5,37	7,00	5,50	5,00	6,00	5,33	0,285	0,942
Satisfação com o papel e com o familiar	11,58	9,82	13,75	8,67	6,33	15,00	12,33	1,763	0,120
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	96,79	71,68	91,25	70,33	53,67	93,50	64,67	4,189	0,001

Tabela 11 - Testes post hoc entre o grau de parentesco e a sobrecarga do cuidador informal

Parentesco Subescala	Conjugue	Filho	Irmã	Genro/Nora	Neta	Vizinha	Outra
Sobrecarga emocional	0,005	-	-	-	-	-	-
Implicações na vida pessoal	0,000	-	-	0,039	0,013	-	0,031
Sobrecarga financeira	-	-	-	-	-	-	-
Reações a exigências	0,023	-	-	-	-	-	-
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	-	-	-	-	-	-	-
Suporte familiar	-	-	-	-	-	-	-
Satisfação com o papel e com o familiar	-	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	0,002	-	-	-	0,035	-	-

Com o intuito de se saber se existe influência entre o tempo de prestação de cuidados e a sobrecarga do cuidador informal, efetuou-se o teste One-Way ANOVA, do qual se apurou que há diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Satisfação com o papel e com o familiar” ($p=0,040$), aceitando-se a hipótese enunciada para a referida dimensão.

Verificou-se que os sujeitos que prestam cuidados entre 6 meses a 1 ano apresentam níveis mais elevados de sobrecarga em todas as dimensões com a exceção da dimensão “Reações a exigências”, onde os níveis mais elevados de sobrecarga centram-se nos cuidadores que prestam cuidados há mais de 4 anos (Tabela 12).

Tabela 12 - Teste One-Way ANOVA entre o tempo de prestação de cuidados a sobrecarga do cuidador informal

Tempo prestação de cuidados	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 4 anos	Mais de 4 anos	F	P
	M	M	M	M		
Dimensões						
Sobrecarga emocional	11,80	9,55	10,09	8,93	0,920	0,436
Implicações na vida pessoal	37,40	26,10	29,41	29,04	1,522	0,216
Sobrecarga financeira	6,60	4,00	5,50	4,96	2,438	0,072
Reações a exigências	11,20	11,20	10,86	11,93	0,261	0,853
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	9,40	8,05	7,91	6,96	1,231	0,305
Suporte familiar	7,40	6,00	4,82	5,32	1,950	0,129
Satisfação com o papel e com o familiar	13,40	12,35	9,36	6,50	2,913	0,040
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	97,20	77,25	77,95	76,64	1,044	0,379

Com o intuito de se perceber qual a influência entre o apoio da rede dos cuidados continuados e a sobrecarga do cuidador informal, utilizou-se o T-Teste (Tabela 13).

Ao realizar-se o cruzamento entre o apoio da rede dos cuidados continuados e as diversas dimensões da sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,002$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” ($p=0,000$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$). Deste modo, aceita-se a hipótese enunciada para estas dimensões. Contudo, ainda é de referir que os sujeitos que têm apoio da rede de cuidados continuados apresentam médias superiores em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador informal.

Tabela 13 - Teste T entre o apoio da rede dos cuidados continuados e a sobrecarga do cuidador informal

Apoio da rede dos Cuidados Continuados	Sim	Não	T	P
	Média	Média		
Dimensões				
Sobrecarga emocional	11,48	8,58	3,287	0,002
Implicações na vida pessoal	34,74	25,65	3,794	0,000
Sobrecarga financeira	5,48	4,69	1,412	0,162
Reações a exigências	12,44	10,77	1,626	0,108
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	9,30	6,79	3,761	0,000
Suporte familiar	6,07	5,17	1,546	0,126
Satisfação com o papel e com o familiar	11,44	9,94	1,380	0,169
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	90,96	71,58	3,528	0,001

Hipótese 3 - Existem efeitos significativos da funcionalidade familiar na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes.

Para se compreender se existe influência do APGAR na sobrecarga do cuidador informal, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Observando a tabela 14, conclui-se que se obteve diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da sobrecarga, ou seja, aceita-se a hipótese enunciada para todas as dimensões.

Refira-se que os sujeitos que possuem uma funcionalidade familiar com uma disfunção acentuada, apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da sobrecarga, facto este corroborado pelo teste Tukey.

Tabela 14 - Teste One-Way ANOVA entre o tempo de prestação de cuidados a sobrecarga do cuidador informal

Dimensões	APGAR	Disfunção acentuada	Moderadamente funcionais	Altamente funcionais	F	P
	M	M	M			
Sobrecarga emocional	14,57	10,42	8,61	9,427	0,000	
Implicações na vida pessoal	45,14	32,42	25,24	16,586	0,000	
Sobrecarga financeira	8,14	5,47	4,33	10,945	0,000	
Reações a exigências	15,71	11,68	10,63	4,721	0,012	
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	10,85	8,21	7,04	6,043	0,004	
Suporte familiar	9,14	6,84	4,45	24,391	0,000	
Satisfação com o papel e com o familiar	14,29	12,79	9,04	8,988	0,000	
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	117,86	87,84	69,35	21,387	0,000	

Tabela 15 - Testes post hoc entre o APGAR e a sobrecarga do cuidador informal

Subescala	APGAR	Disfunção acentuada	Moderadamente funcionais	Altamente funcionais
Sobrecarga emocional	0,025	-	0,000	
Implicações na vida pessoal	0,006	0,013	0,000	
Sobrecarga financeira	0,014	-	0,000	
Reações a exigências	0,009	-	-	
Perceção de mecanismos de eficiência e controlo	0,004	-	-	
Suporte familiar	0,023	0,000	0,000	
Satisfação com o papel e com o familiar	0,007	-	0,003	
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	0,003	0,002	0,000	

Hipótese 4 - Existem associações significativas entre as estratégias de *coping* do cuidador informal de idosos dependentes e a sua sobrecarga.

Será que as Estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador informal vão influenciar a sobrecarga sentida pelo mesmo?

Tendo como base a presente relação entre as variáveis, através da qual se pretendia identificar se as Estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador informal influenciam a sobrecarga sentida pelo mesmo, efetuou-se a análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente e todas as suas dimensões: Sobrecarga emocional; Implicações na vida pessoal; Sobrecarga financeira; Reações a exigências; Perceção de mecanismos de eficácia e controlo; Suporte familiar; Satisfação com o papel e com o familiar e Sobrecarga do Cuidador Informal Total. O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo).

Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (Lidar com os acontecimentos adversos/Resolução de Problemas)

Relativamente ao *Lidar com os acontecimentos adversos/Resolução de Problemas*, observando a quadro 13, verifica-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,285$) nas Reações a exigências e ($r=-0,443$) na Sobrecarga do Cuidador Informal Total. Todas as associações são de magnitude linear baixa, com exceção do Suporte familiar e da Sobrecarga do Cuidador Informal Total, que são de magnitude linear moderada. Observamos, ainda, que existem correlações significativas em todas as variáveis independentes com a variável dependente, ou seja, quando aumenta a estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas, diminuem as variáveis independentes.

Quadro 13 - Correlação de Pearson entre a estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas e as variáveis independentes

Variáveis	R	P
Sobrecarga emocional	-0,354	0,001
Implicações na vida pessoal	-0,340	0,001
Sobrecarga financeira	-0,331	0,002
Reações a exigências	-0,285	0,007
Perceção de mecanismos de eficácia e controlo	-0,345	0,001
Suporte familiar	-0,424	0,000
Satisfação com o papel e com o familiar	-0,380	0,000
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	-0,443	0,000

Verificou-se que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Sobrecarga do Cuidador Informal Total por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,443$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 44,3% da estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas, com um erro padrão de 6,517. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas” mais baixa é a sobrecarga do cuidador informal total (Quadro 14).

O modelo final ajustado para a estratégia “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas} = 52,905 + (-0,443) \text{ Sobrecarga do cuidador informal total}$$

Quadro 14 - Regressão múltipla entre Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas e as variáveis independentes

Variável dependente: Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas					
R=0,443					
R ² =0,197					
R ² Ajustado=0,186					
Erro padrão de estimativa=6,517					
Incremento de R ² =0,197					
F=17,865					
P=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta		Coeficiente Padronizado	t	p
Constante	52,905				
Sobrecarga do cuidador informal total	-0,130		-0,443	-4,227	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	758,727	1	758,727	17,865	0,000
Residual	3100,260	73	42,469		
Total	3858,987	74			

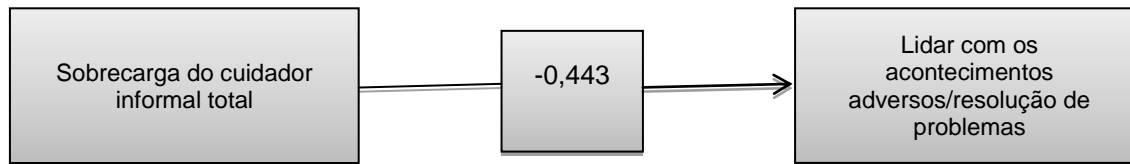


Figura 1 - Esquema síntese da estratégia "Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas"

Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (Percepções alternativas sobre a situação)

Relativamente à estratégia percepções alternativas sobre a situação, observando o quadro 15, verifica-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,147$) nas Reações a exigências e ($r=-0,426$) na Percepção de mecanismos de eficácia e controlo. As associações são de magnitude linear muito baixa nas *reações a exigência*; de magnitude linear moderada na *percepção de mecanismos de eficácia e controlo* e as restantes dão de magnitude linear baixa.

Constatou-se que existem correlações significativas em quase todas as variáveis independentes com a variável dependente, ou seja, quando aumenta a estratégia percepções alternativas sobre a situação, diminuem as variáveis independentes. Não existem correlações significativas entre as reações a exigências e a estratégia percepções alternativas sobre a situação.

Quadro 15 - Correlação de Pearson entre a estratégia percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes

Variáveis	R	P
Sobrecarga emocional	-0,362	0,001
Implicações na vida pessoal	-0,367	0,001
Sobrecarga financeira	-0,295	0,005
Reações a exigências	-0,147	0,104
Percepção de mecanismos de eficácia e controlo	-0,426	0,000
Suporte familiar	-0,311	0,003
Satisfação com o papel e com o familiar	-0,301	0,004
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	-0,413	0,000

Verificou-se que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Percepção de mecanismos de eficácia e controlo por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,426$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 42,6% da estratégia percepções alternativas sobre a situação, com um erro padrão de 6,453. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da

hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “percepções alternativas sobre a situação” mais baixa é a Percepção de mecanismos de eficácia e controlo (Quadro 16).

O modelo final ajustado para a estratégia “percepções alternativas sobre a situação” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Percepções alternativas sobre a situação} = 50,762 + (-0,426) \text{ Percepção de mecanismos de eficácia e controlo}$$

Quadro 16 - Regressão múltipla entre as percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes

Variável dependente: Percepções alternativas sobre a situação					
R=0,426					
R ² =0,182					
R ² Ajustado=0,170					
Erro padrão de estimativa=5,877					
Incremento de R ² =0,182					
F=16,205					
P=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
Constante		50,762			
Percepção de mecanismos de eficácia e controlo		-0,915	-0,426	-4,026	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	559,714	1	559,714	16,205	0,000
Residual	2521,406	73	34,540		
Total	3081,120	74			

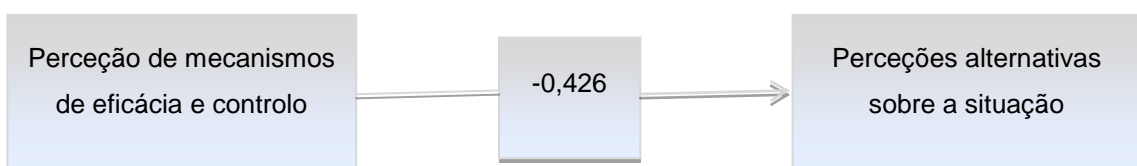


Figura 2 - Esquema síntese da estratégia “Percepções alternativas sobre a situação”

Relação entre variáveis independentes e a variável dependente (Lidar com os Sintomas de Stresse)

Relativamente à estratégia lidar com os sintomas de stresse, observando o quadro 17, verifica-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,110$) na Sobrecarga emocional e ($r=-0,305$) na Sobrecarga Financeira, contudo ainda se verifica a existência de uma correlação positiva ($r=0,043$) nas Reações a exigências. As associações são de magnitude linear muito baixa na *sobrecarga emocional; nas implicações na vida pessoal; nas reações a exigências; na percepção de mecanismos de eficácia e controlo; na satisfação com o papel e com o familiar e Sobrecarga do Cuidador Informal Total.*

Verificou-se que existem correlações significativas entre a sobrecarga financeira, a percepção de mecanismos de eficácia e controlo, o suporte familiar com a estratégia lidar com os sintomas de stresse, ou seja, aceita-se a hipótese para as variáveis enunciadas. Deste modo quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os sintomas de stresse” menor é a sobrecarga do cuidador nas dimensões enunciadas anteriormente.

Quadro 17 - Correlação de Pearson entre a estratégia percepções alternativas sobre a situação e as variáveis independentes

Variáveis	R	P
Sobrecarga emocional	-0,110	0,173
Implicações na vida pessoal	-0,162	0,083
Sobrecarga financeira	-0,305	0,004
Reações a exigências	0,043	0,357
Percepção de mecanismos de eficácia e controlo	-0,198	0,044
Suporte familiar	-0,226	0,026
Satisfação com o papel e com o familiar	-0,133	0,127
Sobrecarga do Cuidador Informal Total	-0,182	0,059

Verificamos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Sobrecarga financeira por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,305$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 30,5% da estratégia percepções alternativas sobre a situação, com um erro padrão de 4,884. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os sintomas de stresse” mais baixa é a sobrecarga financeira (Quadro 18).

O modelo final ajustado para a estratégia “lidar com os sintomas de stresse” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Lidar com os sintomas de stresse} = 24,960 + (-0,305) \text{ Sobrecarga financeira}$$

Quadro 18 - Regressão múltipla entre Lidar com os sintomas de stresse e as variáveis independentes

Variável dependente: Lidar com os sintomas de stresse					
R=0,305					
R ² =0,092					
R ² Ajustado=0,082					
Erro padrão de estimativa=4,683					
Incremento de R ² =0,093					
F=7,481					
P=0,008					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
Constante		24,960			
Sobrecarga financeira		-0,633	-0,305	-2,735	0,008
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	164,106	1	164,106	7,481	0,008
Residual	1601,281	73	21,935		
Total	1765,387	74			

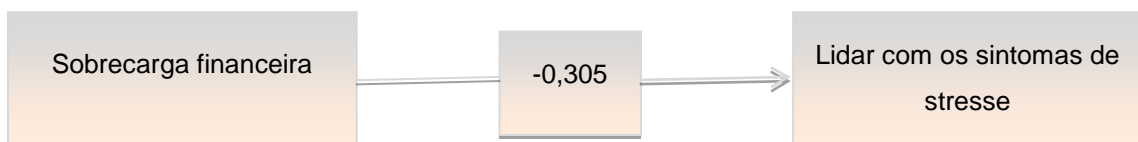


Figura 3 - Esquema síntese da estratégia “Lidar com os sintomas de stresse”

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o progressivo aumento da longevidade humana e o aumento de doenças crónicas e incapacitantes, as famílias enfrentam desafios cada vez maiores, principalmente quando têm de assumir o papel de prestar cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio. Atualmente assiste-se a uma frequente valorização da manutenção do idoso dependente no seu ambiente familiar, motivo pelo qual a abordagem desta questão passa cada vez mais pelos cuidadores informais, sendo que a família permanece o principal apoio das pessoas idosas dependentes.

O cuidar de pessoas dependentes pode levar a acentuados estados de exaustão física e emocional e o cuidador informal pode ver-se confrontado com situações de poucas expectativas de sobrevivência e de lidar com o fim da vida, situação que implica a ativação de mecanismos de *coping* (Santos, 2008).

A presente investigação teve como objetivo geral analisar a sobrecarga dos cuidadores informais de doentes idosos dependentes e saber quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos.

A análise do contexto da prestação de cuidados e das características do cuidador informal é fundamental para a compreensão da sobrecarga e dos motivos pelos quais esta situação desencadeia repercussões negativas no bem-estar do cuidador, capazes de por em causa a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao doente.

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e analítica, através de métodos de análise quantitativa, uma vez que existe a intenção de garantir a precisão dos resultados. É, ainda, retrospectivo transversal, com um único momento de avaliação. Participaram no estudo os cuidadores informais de idosos dependentes que reuniam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos de idade; residentes no concelho de Lamego.

Face a este percurso investigativo, assente no objetivo acima referido em articulação com as questões que orientam este estudo (*Em que situações os cuidadores informais revelam maior sobrecarga, na assistência a pessoas idosas dependentes? e Quais estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes?*) e a perspetiva teórica, são produzidas algumas conclusões que se passam a apresentar. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um inquérito constituído por 5 secções:

Secção I - Caracterização Sociodemográfica, Secção II - Caracterização Circunstancial, Secção III - Caracterização do sociofamiliar, Secção IV – Avaliação da sobrecarga do cuidador informal e Secção V – Estratégias de *Coping* do Cuidador Informal.

De acordo com as características sociodemográficas obtidas através da amostra de cuidadores informais de idosos dependentes foi possível estabelecer um perfil destes cuidadores.

Constatou-se que a idade mínima para o sexo masculino é 26 anos e a máxima é 82 anos, o que corresponde a uma média de 55,94 com um desvio padrão de 3,98. Quanto ao sexo feminino observou-se que a idade mínima é 19 anos e a máxima 87 anos, correspondendo a uma média de 54,20 com um desvio padrão de 2,21. Sobressaíram os participantes com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos (38,40%), sendo que destes 41,20% eram sujeitos do sexo masculino e 38,90 eram sujeitos do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, apurou-se que mais de metade dos sujeitos da amostra se encontra casado (70,30%), sendo que destes 82,40% são do sexo masculino e 66,70% são do sexo feminino. Constatou-se a maioria dos participantes tinham o 1º Ciclo de Ensino Básico (4ª classe) com 23,30%, seguindo-se 20,50% dos que possuíam o Ensino Superior e 19,20% com 3º Ciclo do Ensino Básico (6º ano). No que se refere ao local de residência, mais de metade dos sujeitos da amostra reside numa aldeia (51,40%), 40,50% reside na cidade e apenas 8,10% reside numa vila. Quanto à situação profissional/ocupação, as maiores percentagens verificaram-se nos sujeitos da amostra que se encontram empregados (37,80%), os que se encontram reformados representam 28,40% da amostra e 23,00% são domésticas. Apurou-se que o valor percentual mais elevado foi o dos participantes que recebem entre 250 e 500 euros mensais líquidos (38,40%), seguidos pelos que recebem entre 500 e 750 euros (24,70%) e com uma percentagem de 16,40% os que recebem entre 1000 e 1500 euros mensais líquidos.

Como o demonstram os resultados, a maioria dos participantes é do sexo feminino, o que está em consonância com o referido na revisão da literatura. Por outro lado, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra são filhos dos idosos que cuidam, apresentando como principal razão a iniciativa própria, e há mais de 4 anos. A grande maioria dos inquiridos não cuida de mais ninguém. Quanto ao tempo que passam junto da pessoa que cuidam, a maioria dos inquiridos do sexo masculino encontram-se divididos entre menos de 6 horas e entre 18 e as 24 horas, enquanto os inquiridos do sexo feminino referem passar entre 18 a 24 horas por dia com o idoso. De acordo com Santos (2005), os principais cuidadores são os próprios familiares que geralmente coabitam com o idoso dependente ou que moram bastante próximos. Estes dados também corroboram os encontrados por Martín,

Paúl e Roncon (2000) e os de Abrantes (2009), atendendo ao facto de estes autores terem verificado que todos os cuidadores são familiares da pessoa idosa dependente, nomeadamente filhas, noras e irmãs.

A partir destes resultados pode concluir-se que o principal agente de cuidados à pessoa idosa dependente é a família e, dentro desta, a filha, por norma a coabitar com a pessoa idosa, tal como foi verificado nos resultados doutros estudos relacionados com a área (Marote, Carmen, Leodoro, & Pestana, 2005; Rodríguez, Alvarez & Cortés 2001). Frequentemente, a coabitação surge da necessária mudança de residência da pessoa idosa e do cuidador, em função da exigência da natureza do cuidado (Marote et al., 2005).

A elevada proporção de filhas cuidadoras pode ser explicada pelas características sociodemográficas das pessoas idosas dependentes em termos de sexo e estado civil. Assim, as pessoas idosas dependentes mostram uma disposição para serem mulheres e um estado civil de viuvez. Uma das explicações para esta tendência de pais dependentes serem assistidos por filhos do mesmo sexo, reside na preferência das mães pelas filhas, porque têm uma história de relações mais intensa e íntima (Martín, 2005).

“Cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência” (Lage, 2005, p. 206). Logo, na opinião do mesmo autor, ser cuidador nem sempre corresponde a uma atividade consciente. Por norma, as pessoas são capazes de referir há quanto tempo começaram a cuidar do seu familiar, contudo não conseguem estabelecer facilmente o momento em que pensam em si como cuidadores, ou seja, a forma como se identificam com esse papel. Deste modo, a entrada subjetiva no papel de cuidador pode corresponder a um tempo divergente do início objetivo da prestação de cuidados.

Quando o idoso, em situação de dependência, é casado, o seu cuidado irá invariavelmente ser prestado pelo cônjuge, principalmente nas famílias unigeracionais, sendo muitas vezes ele próprio já idoso. Como tal, os cônjuges idosos são uma das maiores garantias de suporte na velhice, prestam mais horas de assistência e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais (Lage, 2005). No entanto, na amostra em estudo, as idades dos cuidadores variam entre os 46 e os 66 anos.

Vários estudos comprovam que a maioria do cuidado informal dirigido às pessoas idosas dependentes é desenvolvida por mulheres (Brito, 2002; Lage, 2004). A suposição

prevalente na sociedade é a de que cuidar é um domínio feminino. Como tal, a variável sexo também influencia a seleção do cuidador informal (Lage, 2005).

Num estudo desenvolvido pelo INSERSO (1995, cit. por Martín, 2005), foi possível verificar que as motivações dos cuidadores informais para cuidar variavam conforme o grau de parentesco. Os cônjuges ou filhos justificam o cuidado prestado com questões de dever e de natureza amorosa e sentimental, enquanto os irmãos não invocam o dever, mas as questões de natureza solidária ou familiar. Deste modo, o aspeto das crenças ou ideologias quanto ao “olhar pelas pessoas idosas”, que cada indivíduo possui, também deve ser considerado, pois interfere na sua forma de desempenhar o papel de olhar pela pessoa idosa (Pinto, 2009, p. 56).

A prestação de cuidados informais a pessoas idosas dependentes está, por norma, ao encargo das filhas, tal como verificámos no presente estudo. Matthews e Rosner (1998, cit. por Pinto, 2009) desenvolveram um trabalho acerca da divisão do trabalho pelos filhos, considerando cinco estilos diferentes de prestação de cuidados: rotina, retaguarda, circunscrito, esporádico e dissociação. Os mesmos autores verificaram que os cuidados de rotina e retaguarda eram exercidos principalmente pelas filhas, enquanto os cuidados esporádicos (finanças, reparações da casa, jardim e transporte) e a dissociação eram mais comuns entre os filhos. A esposa é quem tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque vive mais do que o marido e é, por norma, mais nova do que ele, o que não foi verificado no nosso estudo, uma vez que a maioria dos participantes são filhos dos idosos, apresentando como principal razão a iniciativa própria e fazem-nos mais de 4 anos.

A escolaridade dos cuidadores da amostra em estudo não é coincidente com a encontrada noutros estudos da área em que os cuidadores possuem predominantemente uma escolaridade igual ou inferior ao 1º Ciclo do Ensino Básico (Almeida, Miranda, Rodrigues & Monteiro, 2005; Marote et al., 2005; Sotto Mayor, Sequeira, 2007).

Relativamente à situação profissional, os dados encontrados não corroboram os Abrantes (2009), uma vez que predominavam, no seu estudo, domésticas e reformados.

A grande maioria dos sujeitos da amostra demonstrou ter ajuda de outras pessoas na sua tarefa, incluindo a vertente financeira, admitindo não ter apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição.

Face a estes resultados, podemos dizer que, quando a família é confrontada com a doença e/ou dependência de um dos seus elementos, vive um tempo de mudança e toda a sua organização é afetada, isto é, a homeostasia da unidade familiar é quebrada, o que

implica uma mudança global qualitativa da mesma (Pinto, 2009). Estes fatores conduzem a família a experimentar momentos de desconforto e perturbações emocionais e desgaste físico, necessitando de todo o apoio possível, mesmo em termos financeiros.

Do atrás exposto podemos concluir que a maioria dos cuidadores do nosso estudo converteu-se em cuidadores informais por vontade própria, o que poderá ter implícita a vertente emocional, sendo que esta opção dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares.

A maioria dos idosos a cargo dos cuidadores informais entrevistados vive com a(o) esposa(o), maioritariamente em habitação própria, quase sempre uma moradia. A maioria dos inquiridos refere que os idosos dependentes a seu cargo se desloca pelo seu próprio pé e que quando necessitam de acessibilidade aos serviços de saúde, os cuidadores informais utilizam transporte próprio. Neste estudo também se concluiu que os inquiridos têm famílias altamente funcionais, o que corrobora o facto de a maioria dos cuidadores participantes neste estudo terem referido sê-lo por livre arbítrio.

Com a finalidade de sabermos quais os fatores que influenciam a sobrecarga do cuidador informal e as suas dimensões, foram formuladas quatro hipóteses, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo.

Ao realizar-se o cruzamento entre o sexo e as diversas dimensões da sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambas, o que resultou na rejeição da H_1 . Contudo, ainda é de referir que os sujeitos do sexo feminino apresentam médias superiores em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador informal, com exceção da dimensão “sobrecarga financeira”, onde as médias são superiores no sexo masculino.

Em suma, alguns estudos sugerem que o sexo poderá ser um fator de risco, isto porque as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, apresentando uma maior sobrecarga (Brito, 2002, Lage, 2005, Santos, 2005). Rodrigues (2007) refere que são as mulheres que mais se dedicam ao ato de cuidar e quem mais reporta problemas de saúde. Os homens cuidadores adotam uma orientação mais centrada na tarefa, não se referindo ao cuidar como uma tarefa emocional. Assim, admite-se de uma forma geral que a implicação emocional das mulheres é maior, o que pode levar a níveis superiores de sobrecarga comparativamente com os homens (Santos, 2005).

Apurou-se que a idade interfere na sobrecarga dos cuidadores de idosos dependentes, dado que se registaram diferenças estatisticamente significativas nas

dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,000$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Sobrecarga financeira” ($p=0,042$); “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” ($p=0,014$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$), o que fez com que se aceitasse a H_1 para as dimensões referidas. Contudo, refira-se que, com exceção da dimensão “Suporte Familiar”, os cuidadores com idades superiores a 75 anos possuem níveis mais elevados de sobrecarga em todas as restantes dimensões, o que pode ser justificado, particularmente nas dimensões de força negativa, de acordo com Santos (2008), com o facto de a prestação de cuidados a um idoso no domicílio, sobretudo quando este é dependente, possui variadas facetas, uma que abarca vários aspetos da vida do cuidador informal. No entanto, verifica-se que a sua dimensão está diretamente relacionada com o grau de dependência de cada indivíduo alvo de cuidados. A situação de prestação de cuidados “ (...) e o peso que ela implica, geram frequentemente na pessoa que o faz, stresse, frustrações, nervosismo, irritabilidade, inquietação, ansiedade ou ainda uma preocupação constante “ (Jani-le Bris, 1994, cit. por Santos, 2008). Identifica-se, assim, um conjunto de alterações na vida do cuidador informal nas diferentes áreas: familiares, profissionais, psicossociais, financeiras e ao nível da saúde, sobretudo quando o cuidador informal é também ele idoso.

Na mesma linha de pensamento, Brito (2003) refere que as alterações psicossociais são das mais sentidas pelo cuidador informal, dado que o mesmo sente que o quotidiano do seu próprio núcleo familiar é afetado. Este a passa a ter menos tempo para si próprio e para os outros, quer familiares quer amigos; resultando, inclusive, um afastamento das relações familiares e de amizade, bem como o desfavorecimento da possibilidade de convívio e da participação de atividades de natureza social, promovendo o isolamento social.

Por outro lado, a idade parece associar-se à sobrecarga, na medida em que cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade para lidar com as situações problemáticas. No entanto, outros estudos apontam para a não existência de relação entre a sobrecarga e a idade. Porém, Pereira (2009) verificou que os jovens apresentavam valores superiores de sobrecarga comparativamente aos mais velhos.

Concluiu-se que o estado civil interferiu apenas na dimensão “Sobrecarga financeira” ($p=0,022$), onde se registou diferença estatisticamente significativa, resultando na aceitação da H_1 apenas para esta dimensão. Os participantes casados apresentam níveis mais elevados de “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” e “Suporte familiar”. Há a salientar as duas últimas dimensões correspondem a forças positivas da escala, integrando aspetos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho

desse papel, o reconhecimento e o apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar, bem como os sentimentos e as emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva estabelecida entre ambos.

Os resultados apurados na presente investigação estão em consonância com os encontrados por Sequeira (2007), na medida em que os cônjuges parecem estar mais sujeitos a sobrecarga comparativamente a outros graus de parentesco. O mesmo autor, num estudo realizado com cuidadores de idosos com demência e sem demência, verificou que os cônjuges atingem valores mais altos de sobrecarga comparativamente a outros familiares.

Mestre (2010) refere um estudo levado a cabo por Cohen e Eisdorfer (1988) com famílias que tomavam conta de idosos com Alzheimer, no qual variáveis como o sexo, a atividade e o grau de parentesco apareciam associadas a sintomas depressivos, não tendo sido verificadas diferenças significativas no que respeita à idade, ao estado civil e ao apoio formal ou informal.

Registámos que, ao nível das habilitações literárias, houve diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Implicações na vida pessoal” ($p=0,026$); “Sobrecarga financeira” ($p=0,009$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,024$), aceitando-se, assim, a H_1 para estas dimensões. Refira-se que os sujeitos que sabem ler e escrever apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas dimensões “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; “Sobrecarga financeira”; “Suporte familiar”; “Satisfação com o papel e com o familiar” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total”. Há a considerar que estes participantes apresentam alternância nas forças positivas e nas negativas da escala, ou seja, tanto manifestam a sobrecarga em termos de repercussões sentidas por estar a cuidar do idoso dependente, diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social; emoções capazes de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação; dificuldades económicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro, bem como sentimentos positivos mormente no que se refere à satisfação com o papel desempenhado e com o idoso dependente e ao nível do apoio familiar.

Neste sentido, importa referir que o suporte familiar é um fator de extrema importância, para que a tarefa de prestar cuidados ao idoso não se reverta numa maior sobrecarga a todos os níveis. Como salienta Santos (2008), ser-se cuidador de um idoso no domicílio pode ser uma fonte de stresse. Porém, nesta situação, a família pode encontrar

forma de se apoiar mutuamente, mesmo que implique mudanças no seu padrão habitual de funcionamento, a fim de que esta tarefa não recaia apenas sobre um só membro familiar.

Contudo, há a salientar que a percepção de sobrecarga do cuidador informal é uma resposta individual, objetiva e subjetiva. A análise contextual da sobrecarga do cuidador subentende dois momentos: o assumir o papel, ou seja, a qualidade das relações passadas, a preparação, a avaliação e o apoio; o desenvolvimento da prestação de cuidados à pessoa idosa, tendo em conta: a sobrecarga objetiva (exigências imediatas da prestação de cuidados e as exigências secundárias, ambas experiências negativas); os mediadores (recursos pessoais e sociais para lidar com a situação e a percepção das relações: atribuições, equidade, reactância) e a sobrecarga subjetiva (perturbação): emotiva, comportamental e cognitiva (Paúl, 1997, cit. por Andrade, 2009).

Relativamente à influência da residência na sobrecarga do cuidador informal, os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da sobrecarga, logo rejeita-se a hipótese enunciada. Porém, constatou-se que os sujeitos que vivem em vilas apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas dimensões “Sobrecarga emocional”; “Implicações na vida pessoal”; Sobrecarga financeira”; “Reações a exigências” e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total”, sendo estes os polos mais negativos da escala, correspondendo a uma maior sobrecarga dos cuidadores de idosos dependentes.

Relativamente à influência do rendimento mensal na sobrecarga do cuidador informal, apurou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento mensal e as dimensões da sobrecarga emocional, rejeitando-se a hipótese formulada. Todavia, os participantes que possuem rendimentos até 250€ apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nas “Implicações na vida pessoal”; Sobrecarga financeira”, sendo estas duas dimensões forças negativas da escala, contrariamente às dimensões “Percepção de mecanismos de eficiência e controlo”, Suporte familiar”; “Satisfação com o papel e com o familiar”, o que poderá indicar que estes participantes, apesar de sentirem sobrecarga económica e interferência na sua vida pessoal, sentem-se satisfeitos com o seu desempenho e com o apoio social, o que os capacita par continuarem a encarar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidadores do idoso dependente.

Ao tentar-se compreender a influência do grau de parentesco na sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,004$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Reações a exigências” ($p=0,006$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$), resultando na aceitação da H_2 para as dimensões citadas. Refira-se que o conjugue

apresenta níveis mais elevados em quase todas as dimensões. Figueiredo (2007) refere que quando se analisa o impacto da prestação de cuidados na saúde do cuidador deve ter-se em conta não só a idade do cuidador, isto porque é bastante provável que nas pessoas mais velhas surjam diversas situações associadas ao processo de envelhecimento, bem como ao seu estado civil. Esta situação leva a que, de uma forma natural, os cônjuges que prestam cuidados se encontrem mais predispostos a problemas de saúde do que outros cuidadores, como os filhos.

Apurou-se que existe influência entre o tempo de prestação de cuidados e a sobrecarga do cuidador informal, na dimensão “Satisfação com o papel e com o familiar” ($p=0,040$), aceitando-se a H_2 para a referida dimensão. Os sujeitos que prestam cuidados entre 6 meses a 1 ano foram os que apresentaram níveis mais elevados de sobrecarga em quase todas as dimensões, com a exceção da dimensão “Reações a exigências”, onde os níveis mais elevados de sobrecarga centram-se nos cuidadores que prestam cuidados há mais de 4 anos. No que se refere à duração do cuidado, parece ser normal que os cuidadores, que já desempenham este papel há mais tempo, se adaptem à situação e não tenham níveis tão altos de sobrecarga com o decorrer do tempo. Contudo, Sequeira (2007) constatou uma variação diretamente proporcional à sobrecarga, depreendendo-se que a sobrecarga aumenta com a duração do cuidar, o que não confirmado neste estudo.

Por sua vez, Mestre (2010) concluiu que os cuidadores que cuidam há menos tempo dos seus familiares tendem a manifestar menos dificuldades, contrariamente aos dados empíricos alcançados no presente estudo. Tal constatação contribui para ilustrar a importância que o apoio dos profissionais de saúde pode ter no atenuar das dificuldades sentidas por estes cuidadores de idosos dependentes.

Do exposto, refere-se que Andrade (2009), através do seu estudo, concluiu que ao escolher o papel de cuidador, nem todos o fazem de livre vontade ou segundo uma escolha consciente, nem apenas influenciados pela qualidade da relação interpessoal entre si e a pessoa idosa. São igualmente influenciados por forças institucionais e as suas bases normativas (relação de parentesco/consanguinidade, consenso familiar, ser mulher e estar em casa), em que as famílias tentam otimizar a sua produtividade, elegendo um elemento que menos perca com o papel de cuidador, o que não foi corroborado com o presente estudo. Porém, a autora salienta que os cuidadores encararam a entrada no papel como sendo da sua própria responsabilidade, mantendo o seu dever moral, marital ou filial sem, muitas vezes, terem noção do que os espera.

Ao realizar-se o cruzamento entre o apoio da rede dos cuidados continuados e as diversas dimensões da sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Sobrecarga emocional” ($p=0,002$); “Implicações na vida pessoal” ($p=0,000$); “Perceção de mecanismos de eficiência e controlo” ($p=0,000$) e “Sobrecarga do Cuidador Informal Total” ($p=0,001$). Deste modo, aceita-se a H_2 para estas dimensões. Todavia, ainda é de referir que os sujeitos que têm apoio da rede de cuidados continuados apresentam médias superiores em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador informal. Estes resultados são contraditórios, uma vez que não seria de esperar que os cuidadores com apoio da rede de cuidados continuados manifestassem mais sobrecarga, nomeadamente em termos negativos, comparativamente aos participantes que não contam com este apoio. Aliás, Sequeira (2007) constatou que a existência de apoio social, que engloba o apoio familiar, o apoio dos amigos e o apoio das organizações encontra-se relacionado quer com menores dificuldades do cuidador, quer com a sobrecarga, contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo que sugerem que a existência de apoio é sinónimo de maior sobrecarga.

No que se refere à H_3 , foram observados efeitos significativos da funcionalidade familiar na sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, uma vez que se obtiveram valores de significância inferiores a 0,050, aceitando-se a hipótese para todas as dimensões. Refira-se que os sujeitos que possuem uma funcionalidade familiar com uma disfunção acentuada apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da sobrecarga. Neste sentido, e de acordo com Brito (2000) e Benjumea (2004), referenciados por Abrantes (2009), há exemplos dos efeitos negativos para o cuidador informal, que não contam com o apoio familiar, uma vez que estes têm de assumir sozinhos esta tarefa.

Por fim, relativamente ao *Lidar com os acontecimentos adversos/Resolução de Problemas*, constatou-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,285$) nas Reações a exigências e ($r=-0,443$) na Sobrecarga do Cuidador Informal Total. Todas as associações são de magnitude linear baixa, com exceção do Suporte familiar e da Sobrecarga do Cuidador Informal Total, que são de magnitude linear moderada. Observou-se, ainda, que existem correlações significativas em todas as variáveis independentes com a variável dependente, ou seja, quando aumenta a estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas, diminuem as variáveis independentes.

Verificou-se que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Sobrecarga do Cuidador Informal Total por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,443$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 44,3% da estratégia lidar com os acontecimentos adversos/resolução

de problemas, com um erro padrão de 6,517. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas” mais baixa é a sobrecarga do cuidador informal total.

Relativamente à estratégia percepções alternativas sobre a situação, verificou-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,147$) nas Reações a exigências e ($r=-0,426$) na Percepção de mecanismos de eficácia e controlo. As associações são de magnitude linear muito baixa nas *reações a exigência*; de magnitude linear moderada na *percepção de mecanismos de eficácia e controlo* e as restantes dão de magnitude linear baixa. Constatou-se que existem correlações significativas em quase todas as variáveis independentes com a variável dependente, ou seja, quando aumenta a estratégia percepções alternativas sobre a situação, diminuem as variáveis independentes. Não existem correlações significativas entre as reações a exigências e a estratégia percepções alternativas sobre a situação.

A primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Percepção de mecanismos de eficácia e controlo por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,426$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 42,6% da estratégia percepções alternativas sobre a situação, com um erro padrão de 6,453. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “percepções alternativas sobre a situação” mais baixa é a Percepção de mecanismos de eficácia e controlo.

Relativamente à estratégia lidar com os sintomas de stresse, observando o quadro 16, verifica-se a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,110$) na Sobrecarga emocional e ($r=-0,305$) na Sobrecarga Financeira, contudo ainda se verifica a existência de uma correlação positiva ($r=0,043$) nas Reações a exigências. As associações são de magnitude linear muito baixa na *sobrecarga emocional*; *nas implicações na vida pessoal*; *nas reações a exigências*; *na percepção de mecanismos de eficácia e controlo*; *na satisfação com o papel e com o familiar* e *Sobrecarga do Cuidador Informal Total*.

Verificou-se que existem correlações significativas entre a sobrecarga financeira, a percepção de mecanismos de eficácia e controlo, o suporte familiar com a estratégia lidar com os sintomas de stresse, ou seja, aceita-se a hipótese para as variáveis enunciadas. Deste modo quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os sintomas de stresse” menor é a sobrecarga do cuidador nas dimensões enunciadas anteriormente.

Constatou-se que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a Sobrecarga financeira por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=-0,305$), estabelecendo uma associação moderada e explicando por si só 30,5% da estratégia percepções alternativas sobre a situação, com um erro padrão de 4,884. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada (H_4). Deste modo, deduz-se que quanto mais se utiliza a estratégia “lidar com os sintomas de stresse” mais baixa é a sobrecarga financeira.

Em suma, há uma relação direta entre as duas escalas, na globalidade, ou seja, quanto mais os cuidadores utilizam estratégias de *coping* menor sobrecarga têm os mesmos ao cuidar o idoso dependente, pois esta é uma forma de se minimizar as dificuldades que o cuidador sente em prestar cuidados ao idoso dependente.

No estudo levado realizado por Brito (2002), a autora parte do pressuposto que as dificuldades percebidas pelos cuidadores de idosos dependentes, as fontes de satisfação encontradas e as estratégias de *coping* por eles utilizadas poderão ser vistas como preditores diretos de uma menor sobrecarga. Assim, quanto mais estratégias de *coping* os cuidadores adotarem, maior será a atitude otimista face ao papel desempenhado, bem como maior será a sua saúde. Por um lado, a capacidade de recorrer a estratégias de *coping* aumenta a autoeficácia e fortalece os cuidadores, tornando-os mais aptos para prestar cuidados ao idoso (Lage, 2005); por outro lado, a capacidade de *coping* do cuidador parece minimizar as consequências do ato de cuidar, resultando em menor sobrecarga (Mestre, 2010).

O cuidar de idosos dependentes pode ser visto como um fator despoletador de stresse, que perturba a atividade de vida diária do cuidador e produz uma necessidade de ajustamento nas condições (Mestre, 2010). Graziani e Swendsen (2007), com base num estudo realizado por Folkman (1997) em sujeitos que prestavam cuidados aos cônjuges doentes no domicílio, mostram que, apesar dos níveis elevados de sobrecarga, os sujeitos conseguiam experimentar estados psicológicos positivos. Para explicar este facto, consideram quatro estratégias de *coping* que lhes está associado: a reavaliação positiva, referente às estratégias cognitivas de reformulação de uma situação, a fim de a encarar com mais otimismo; o *coping* centrado no problema, que possibilita que se tenha a experiência positiva de controlar a situação e ter sentimentos de realização; as crenças e as práticas religiosas, que facilitam a reavaliação positiva das dificuldades da situação; o reforço de acontecimentos positivos, que são importantes neste processo, como o recurso ao apoio familiar e social.

5 CONCLUSÕES

A presente investigação pretendeu contribuir para um melhor conhecimento dos fatores envolvidos na prestação de cuidados informais a idosos dependentes, dando especial atenção à sobrecarga e estratégias de *coping*. Considera-se que um maior conhecimento dos fatores envolvidos neste problema permitirá intervenções mais adequadas e eficazes, com benefícios tanto para o cuidador, como para o idoso cuidado.

Face a este percurso investigativo, assente nos objetivos formulados em articulação com a questão que orientou este estudo e o quadro teórico, surgiram algumas conclusões que se passam a apresentar.

O envelhecimento demográfico, conseqüente do decréscimo da fecundidade e o conseqüente decréscimo da população, é um fenómeno que afeta todo o mundo, constituindo-se como um motivo de grandes preocupações no âmbito social, político e da saúde. A realidade do século XXI é a de que os países estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva. As projeções das Nações Unidas para a população mundial salientam que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, enquanto a população idosa está a crescer, aumentando para 15,6% no mesmo ano, não sendo Portugal exceção (INE, 2002).

“Cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados” (Lage, 2005, p. 206). Como tal, os cuidadores têm um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do idoso dependente é um dever familiar (Almeida et al., 2005).

Porém, os cuidadores principais não cuidam simplesmente por questões ideológicas, como sentimentos de obrigação, mas também por questões espirituais, dado que o seu trabalho é, muitas vezes, desvalorizado. O resultado destas crenças é, em muitos casos, a enorme sobrecarga das mulheres, em virtude da sobreposição das múltiplas exigências do trabalho e da família, a desvalorização das atividades de cuidar, como, por exemplo, falta de reconhecimento social, e a carência de políticas de suporte ao cuidador informal (Lage, 2007).

Os cuidadores informais de idosos dependentes assumem várias tarefas, desde a vigilância e o acompanhamento até à administração da medicação e à prestação direta de

cuidados “quase profissionais”, que decorrem num horário ininterrupto, sem limite de tempo. Esta prestação contínua de cuidados pode resultar numa sobrecarga intensa no cuidador, acabando por comprometer a sua saúde; a sua vida social e familiar, sobretudo a relação com outros membros da família e o lazer; a disponibilidade financeira; a rotina doméstica e o desempenho profissional. A carência de um cuidador substituto, de conhecimentos sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa e sobre as técnicas cuidativas, bem como a preocupação do tempo de duração da situação são alguns fatores que exacerbam a sobrecarga do cuidador informal. Como tal, os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade deverão ter um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador (Andrade, 2009).

O bem-estar do idoso dependente prende-se com o bem-estar daqueles que se encarregam de o cuidar. Assim, é indispensável ir ao encontro das necessidades do cuidador, pois a não satisfação desse bem-estar é um fator precipitante da sobrecarga que possam sentir.

De facto o contexto domiciliário é o lugar onde o idoso se encontra no seu *habitat* natural, inserido no seio da família, junto dos seus objetos e recordações, mantendo a sua intimidade e hábitos de uma vida, sendo estas condições promotoras de comportamentos autónomos por parte do idoso e de estímulo à sua autonomia por parte do seu cuidador. No entanto, nem sempre esta é uma tarefa fácil, tendo por base a elevada sobrecarga física e psicológica dos próprios cuidadores, principalmente por parte daqueles que não têm suporte familiar e social. Este é um facto que deverá ser tido em consideração pelos serviços de apoio formal ao domicílio, particularmente os serviços de saúde domiciliários, no sentido de proporcionarem o apoio necessário para os cuidadores poderem desempenhar a sua tarefa, sem sentirem sobrecarga por tal (Marote et al., 2005).

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo empírico, do qual se concluiu que ainda continua a verificar-se que alguns os cuidadores informais de idosos dependentes sentem uma grande sobrecarga causada pelo desempenho de tal papel. Os participantes com maior sobrecarga foram os do sexo feminino (essencialmente filhas), estando estas em representação mais significativa na amostra em estudo; os que prestam cuidados ao seu cônjuge; aqueles que assumiram esta função entre 6 e 18 meses, ainda que a maioria tenha admitido que o fazem por iniciativa própria; os que têm um nível de funcionalidade familiar mais baixa; aqueles que vivem em vilas; os sujeitos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos; os participantes com menor rendimento mensal. Contudo, também se apurou que houve participantes a revelarem sentimentos positivos, ou seja, nas dimensões que correspondem a forças positivas da escala obtiveram médias

elevadas, denotando integrar aspetos que os capacitam ou facilitam continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel; presença do reconhecimento e do apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar, bem como sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva estabelecida entre ambos.

Concluiu-se também que houve uma relação direta entre as duas escalas (QASCI e CAMI), na globalidade, sugerindo que quanto mais os participantes recorrem a estratégias de *coping*, menor é a sobrecarga que os mesmos sentem ao cuidar do seu idoso dependente.

Outra conclusão a que se chegou tem a ver com o facto de se ter registado que a maior parte do apoio fornecido provinha do sistema informal, mormente da família. Neste âmbito, Abrantes (2009) argumenta que a família desenvolve um papel determinante no apoio instrumental à pessoa idosa, no apoio sócio-afectivo ao cuidador e à pessoa idosa e no apoio às tarefas domésticas e/ou tarefas externas, atenuando a carga dos cuidadores.

Face a estes resultados, importa sublinhar o papel dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, que deve ser direccionado quer para a pessoa idosa, quer para o seu cuidador informal, de modo a que o cuidador informal seja também visto como a outra unidade a cuidar. Como tal, sugere-se que os enfermeiros, no âmbito da visita domiciliária, assumam uma atitude pedagógica, que permita ao cuidador informal envolver-se adequadamente nos cuidados a prestar ao seu idoso dependente, o que implica ensinamentos e o saber escutar. Salienta-se também a necessidade de haver acompanhamento contínuo, no âmbito das visitas domiciliárias, ao cuidador, bem como a demonstração de disponibilidade em situações mais emergentes, onde se enfatizem as intervenções relacionadas com a orientação social e com o apoio emocional ao cuidador, contribuindo para uma menor sobrecarga física e psicológica do mesmo.

Sugere-se igualmente que se centre a ação de enfermagem em aspetos relacionados com o próprio autocuidado do cuidador para prevenir a sobrecarga, bem como os aspetos relacionados com a gestão de conflitos ou com a resolução de problemas que emergem das contingências do cuidar. Para além disso, deveria existir uma articulação mais eficaz entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados para que a continuidade de cuidados seja uma realidade.

No campo da investigação pensa-se que seria interessante conhecer a interação estabelecida entre os enfermeiros e a díade pessoa idosa dependente/cuidador na prática

dos cuidados, na perspetiva dos profissionais de enfermagem, sendo esta uma proposta para uma investigação futura. O conhecimento sobre esta problemática é fundamental para se encontrarem soluções formais. É importante que se implementem programas de apoio aos cuidadores informais, para que possam enfrentar com mais facilidade as dificuldades surgidas no processo de cuidar; compreender as distintas alterações presentes no envelhecimento das pessoas; desenvolver procedimentos que facilitem a relação com o idoso no dia-a-dia; implementar grupos de interajuda para cuidadores informais, com vista à promoção de processos de partilha e identificação de problemas e à interação de experiências, no sentido da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e com o intuito de ajudá-los a encontrar estratégias de *coping*, como forma de minimizarem possíveis situações de maior sobrecarga.

Assim, as modalidades de intervenção, a implementar deverão ter em atenção as estratégias de *coping* que os cuidadores utilizam com eficácia, de modo a promoverem a satisfação e a diminuir a sobrecarga. Por outro lado, é importante ajudar os cuidadores a desenvolver novas estratégias para fazer face às situações, quando aquelas que utilizam não são eficazes. Neste sentido, encarar a situação da prestação de cuidados de uma forma positiva pode ajudar a minimizar os aspetos negativos que normalmente lhes estão associados.

Perante a importância que os cuidadores informais assumem na prestação de cuidados ao idoso dependente, estes devem ser alvo de atenção de modo a promover a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados prestados ao idoso. Por isso, urge cuidar de quem cuida. As constatações destes factos remetem para a necessidade de dar uma atenção adequada a estas pessoas que prestam cuidados aos idosos, sendo que muitas também já são idosas, conforme se apurou.

Termina-se com a plena consciência que o cuidar faz parte das necessidades humanas fundamentais para a sobrevivência da vida humana: o cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado. “Cuidar, é ajudar a viver” (Collière, 1999, p. 227). Segundo a autora supracitada, o cuidar é uma característica humana, componente primordial do ser humano, comum e inerente a todos os povos, como um imperativo moral, relativo à dignidade e respeito pelo outro; como um afeto, sentimento de compaixão, ou como uma interação, na qual a comunicação, a confiança, o respeito e o empenho estão subjacentes.

Na mesma linha, Hesbeen (2000, p. 37) refere que o cuidar é uma atenção particular que se dispensa à pessoa em situação de desequilíbrio, tendo em vista ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde. O mesmo autor designa o cuidar como uma

arte, “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular”. Logo, o cuidar pode ser encarado como uma forma de expressão artística, na medida em que através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos que, por sua vez, são também experimentados pelo recetor da interação do cuidar. “A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p. 60).

Espera-se que este estudo seja capaz de descrever a riqueza proporcionada pelo contacto com a realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes, o que se constitui como uma tarefa complexa. As respostas dos participantes contribuem para uma melhor prestação de cuidados, ajudando alguém a viver com dependência de uma forma satisfatória e digna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S. (2003). Evolução das Estruturas Domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43,13-30.

Alarcão, M. (2005). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Almeida, A. C., Miranda, M., Rodrigues, M., & Monteiro, R. (2005). Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*, 62, 26-31.

Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Andrade, F.M.M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspetiva da família. *Revista Sinais Vitais*. 86, 25-30.

Balancho, L. S. F. (2004). Ser Pai: Transformações Intergeracionais na Paternidade. *Análise Psicológica*, 2 (22), pp. 377-386.

Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Benjumea, C. C. (2004). Construir um mundo para el cuidado. Un estudio qualitativo de pacientes con demência. *Revista ROL de Enfermería* (Vol. 27), 12, 51-59.

Bochi, S. C. M. (2004). Vivenciando a Sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Análise do Conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.12, 1, 2-15.

Borges, G. F. (1997). Interação Familiar e desenvolvimento pessoal. *Psychologica*, 17, 49-62.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.

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

Cabete, D. (2006). *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Editora Lusociência.

Colliére, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 2,127-136.

Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [2004 Novembro]; Circular Normativa Nº:13/DGCG]. Recuperado em 15 de Novembro de 2011, de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>

Ferreira, A., Correia, A. M., Ferreira, M. & Pereira, R. (2009). *Independência Funcional dos Idosos*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Fortin, M. F. (2009). *O processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Franco, R.F. (2007). *A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com pacientes portadores de transtornos mentais*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Giacomin, K. C. (2005). Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, 1, 80-91.

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress – emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Lage, I. (2005a). Saúde do idoso - Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*, (16) 195, 6-12.

- Lage, I. (2005b). Cuidados Familiares a Idosos. Em C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lage, I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, 217, 40-43.
- Lage, I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, (17), 217, 40-43.
- Marote, A.; Carmen, M.; Leodoro, S., & Pestana, V. L. (2005). Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*, 61, 19-24.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. Em C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martin, I., Paúl, C. & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 3-9.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J. L. & Garrett, C. (2004). Ansiedade e depressão em Cuidadores Informais de pessoas com incapacidade funcional. *5º Congresso nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 415-420.
- Martins, T., Ribeiro, J. R. & Garrett (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Mestre, M. J. B. N. (2010). *Suporte Social e Coping nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006). Decreto- Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com Famílias Pobres*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Monis *et al.* (2005). Sobrecarga do cuidador informal. *Revista Informar*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição, 5, 44-45.

Moniz-Cook, E., Woods, R., & Gardiner, E. (2005). Staff factors associated with perception of behavior as 'challenging' in residential and nursing homes. *Aging & Mental Health*, 4(1), 48-55.

Osório, L. C. & Valle, M. E. (2002). *Terapia de Famílias – Novas Tendências*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e Independência. Em M. P. Netto (org.), *Tratado de gerontologia* (pp. 609-621). São Paulo: Atheneu.

Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em C. Paúl, & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M. F. C. (2009). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências de Enfermagem Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho – da teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. Em C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 231-254). Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, Ó. (2005). *Quando o cuidador é um homem: envelhecimento e orientação para o cuidado*. Lisboa. Climepsi Editores.

Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In C., Teixeira (Org.). *Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção*. (p.235-250). Lisboa: Climepsi Editores.

Rodríguez, B. E.; Alvarez, E. D. & Cortés, O. P. (2001). Cuidadores Informales- Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 24, 3, 183-189.

Roncon, P. (2003). Abordagens familiares face ao autismo. *Análise Psicológica*, 1 (21), 53-57.

Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Santos, P. A. (2005). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

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

Silva, A. S. (2008). O enfermeiro de família no domicílio. *Nursing*, 237, 42-44.

Simonetti, J. & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 42, 1, pp. 19-25.

Sotto Mayor, M.; Sequeira, C. & Paúl, C. (2006). Um espaço de intervenção com os cuidadores, num serviço de psicogeriatría – A consulta de enfermagem. Em I. Leal; J. P. Ribeiro & S. N. Jesus (orgs.) (pp. 557-563). *Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

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

ANEXOS

e

APÊNDICES