

1 – INTRODUÇÃO

Assistimos hoje a um envelhecimento da sociedade actual que tem vindo a ser estudado sob duas perspectivas: o envelhecimento individual, que assenta na maior longevidade dos indivíduos e, por isso, no aumento da esperança média de vida; e o envelhecimento demográfico, que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

O envelhecimento individual é um processo multifatorial e inevitável que se caracteriza por um conjunto complexo de alterações, fisiológicas, psicológicas e sociais, próprias de cada indivíduo. Existem muitas definições e teorias sobre o envelhecimento, sendo este um processo que se inicia à nascença, de forma individualizada, e comum a todos os seres vivos. Para Cabete (2008, p.5) o envelhecimento é “um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. Acerca deste tema Guimarães (2010, p. 31) salienta que “o processo pelo qual as pessoas envelhecem não é ainda bem conhecido, mas certamente não é apenas uma questão de tempo.” Também Ferreira (2008, p.32), num dos seus trabalhos sobre este domínio, afirma que “o envelhecimento não é uma doença. É um processo contínuo, complexo e universal, comum a todos os seres vivos, que pode ter uma evolução mais rápida na última fase de vida do ser humano tornando-o mais vulnerável.”

Spar e La Rue (2005), assim como Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), entre outros, classificam o envelhecimento em envelhecimento primário e secundário. O primeiro caracteriza-se pelas mudanças corporais da idade (o cabelo fica fino e muda de cor, a pele fica enrugada, os ossos ficam frágeis, os músculos perdem a força, a circulação torna-se mais lenta e a pressão sanguínea mais elevada, diminui a capacidade de oxigenação e o idoso fica com menos energia); e o envelhecimento secundário respeitante ao aparecimento de algumas características referentes aos efeitos acumulados, das agressões ambientais e das doenças, que aceleram o envelhecimento primário. Grelha (2009, p.26) refere-se ao envelhecimento primário como envelhecimento normal e que “(...) reflecte o limite intrínseco de longevidade celular possivelmente pré-programado geneticamente” pelo que é semelhante em todos os estudos sobre seres da mesma espécie; e ao envelhecimento secundário como patológico que explica muita da variabilidade dentro dos seres da mesma espécie. Sequeira (2010) apoiando-se em Birren e Zarit (1985), acrescenta que desta classificação emergem os conceitos de senescência e senilidade. A senescência refere-se ao conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem obrigatoriamente em consequência do processo de envelhecimento, indo de encontro às definições de envelhecimento primário e/ou dito normal, apresentadas por outros autores. A senilidade diz respeito ao conjunto de modificações

determinadas pelas afecções que as pessoas idosas poderão apresentar, sendo descrita, por outros autores, como envelhecimento secundário e/ou patológico.

Se as definições sobre o envelhecimento têm conotações e interpretações muito próximas, o conceito de idoso não gera consenso dentro dos quadros conceptuais dos teóricos, muito menos quando a idade é utilizada como critério.

“A idade não é critério de discriminação, muito menos condição para actuação particular durante a vida, pois não torna um ser humano menos cidadão que o outro. Contudo, apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é dos mais utilizados para estabelecer o que é ser idoso, até para delimitar a população de um determinado estudo ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais” (RICARTE, 2009, p.29 e 30).

Desta forma a OMS (Organização Mundial de Saúde) fez uma tentativa de uniformizar critérios e convencionou que “(...) o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde” (ALMEIDA 2005, cit. por RICARTE, 2009, p.27).

Paralelamente ao fenómeno do envelhecimento individual, que traduz o aumento da esperança média de vida, assistimos hoje a outro fenómeno, que teve o seu início na segunda metade do século XX, denominado por envelhecimento demográfico. Este assenta na passagem de um modelo de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os índices atingem níveis baixos. Sendo responsável pelo estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos. Este fenómeno deu-se em todos os países desenvolvidos, e observa-se com maior veemência nos países em desenvolvimento (GONÇALVES e CARRLHO, 2007).

Segundo dados do Instituto Nacional de Saúde (INE, 2011), a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 50 anos, passando de 8% em 1960 para 17.7% em 2010. De salientar que 46.8% é relativo a idosos com 75 ou mais anos. Segundo o cenário médio das várias projecções demográficas estima-se que a população idosa duplique novamente até 2050, representando 31.8% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 15.4% do total da população, entre 1960 e 2010, e irá atingir os 13% em 2050¹. O Índice de envelhecimento subirá, nos próximos 40 anos, de 115 para 243 idosos por cada 100 jovens, assim como, o índice de dependência de idosos duplicará, passando de 26 para 58 idosos por cada 100 indivíduos de idade activa (este índice reflecte apenas relações entre grupos etários, e serve para medir as necessidades potenciais de apoio, não sendo possível chegar a conclusões relativas à natureza da dependência).

Com efeito destas alterações, a esperança média de vida tem vindo a aumentar tendo-se

¹ Os dados referentes a 2010 e 2050 foram obtidos pelas projecções do INE, que são coerentes com todos os estudos consultados.

situado em Portugal, no triénio de 2007 a 2009, em 75.8 anos nos homens e 81.8 anos nas mulheres, contra os 61 anos para os homens e 67 para as mulheres em 1960. Isto deve-se, por um lado, à melhoria das condições sanitárias e da nutrição, verificadas na segunda década do século. XX, e, por outro lado, aos progressos da medicina, à melhoria dos cuidados de saúde e da assistência prestada (PÚBLICO, 2010). Martins, Ribeiro e Garrett (2004, p.19) afirmam que com o envelhecimento da população “(...) o número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes tem vindo a aumentar” o que acarreta novos problemas aos idosos, suas famílias, instituições de saúde e de apoio social e sociedade em geral. Costa (2006) acrescenta que os problemas que afligem os idosos não se limitam à doença, sendo esta, o menor deles. Assim, situações como a solidão, a perda de contactos familiares e sociais, a falta de recursos económicos, o défice de apoio social e a perda de autonomia são os novos e, simultaneamente, velhos motivos que continuam a perturbar os idosos. Face a este enquadramento poderemos afirmar, indo ao encontro do que defende Heierie (2004), que esta temática deve suscitar ainda maior preocupação, sendo que, para além da crescente necessidade de cuidados para com a população idosa e o devido apoio social, relativa a toda a conjuntura actual, é necessário ir mais longe: é imperativo responder aos reais problemas desta mesma classe e também daqueles que cuidam deles.

Cuidar de alguém representa um desafio que exige que o cuidador altere as suas rotinas diárias, e assuma novos papéis e responsabilidades, provocando desgaste físico, mental e encargos financeiros, entre outros (SEQUEIRA, 2010). O “cuidar” é uma das expressões mais antigas e, sem dúvida, a mais velha prática do mundo. Nas últimas décadas emergiram várias definições do acto de cuidar, das quais salientamos a perspectiva de Collière (2000, p.235) que afirma que é “um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Também Moniz (2008) defende que o conceito de cuidar designa, no campo da saúde, uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa, que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, e que contribui para o seu bem-estar promovendo a sua autonomia. O mesmo autor (2008) com base nas teorias de Watson acrescenta que o cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou desejo; envolve valores, vontade, compromisso e conhecimentos. Na perspectiva de Squire (2005), o conceito de cuidar emerge sob a forma de prestar cuidados, percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família, e pode ser visto como a arte de assumir a responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer/responder às necessidades de alguém e, sentir preocupação, interesse, consideração e afecto pela pessoa de quem se cuida.

Tendo em conta o que significa cuidar, observa-se que, de certa forma, todas as pessoas cuidam, os profissionais e os não profissionais. Squire (2005) baseando-se em Walker (1982) definiu

três níveis de cuidados: cuidados formais que são prestados por pessoal profissional, normalmente em instituições de saúde; cuidados quase-formais ministrados pelo departamento de serviços sociais ou por uma organização de voluntários e cuidados informais assegurados por familiares, amigos e/ou vizinhos. Numa visão mais simplista, Marques (2007) e Sequeira (2010) defendem que os cuidados de saúde desenvolvem-se apenas em dois sistemas bem distintos: o sistema informal e o sistema formal. A prestação de cuidados formais é realizada por profissionais qualificados, que são denominados cuidadores formais, e têm uma preparação específica, estão integrados numa atividade profissional e são remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, centros de dia, entre outros. Por outro lado, a prestação de cuidados informais é realizada pelos familiares, vizinhos e amigos que não são remunerados e prestam a totalidade ou apenas uma parte dos cuidados (SEQUEIRA, 2010).

No âmbito do fundamento teórico de suporte à temática em estudo iremo-nos debruçar, fundamentalmente, sobre o processo de prestação de cuidados informais, sendo este dinâmico e bastante complexo, devido à evolução da própria doença, ao tipo de dependência, ao contexto familiar, à rede de apoio que têm ou não, entre outros.

Os cuidadores informais (CIs) desempenham um papel central e inquestionável de suporte a pessoas dependentes que necessitam de cuidados e ajuda durante uma fase ou para o resto da sua vida. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.61) “a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados”. A família é a unidade básica da sociedade formada por indivíduos com ancestrais comuns. É no seio das relações familiares que os acontecimentos da vida individual adquirem o seu significado e, por sua vez, através da mesma, são colocados à experiência, o nascer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação e o morrer. É nela que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise, o que origina, em determinadas alturas, a prestação de cuidados pela família (MARQUES, 2007).

A iniciação do papel de cuidador poderá ser, ou não, um processo de livre escolha, que se assume por duas vias principais: por um lado, por um processo sub-réptico, em que se verifica a perda progressiva de autonomia do idoso, que vai necessitando cada vez de mais apoio. Desta forma, alguém começa a prestar cuidados, sem ter a verdadeira consciência dessa decisão, assumindo gradualmente a responsabilidade pelo cuidar; ou, por outro lado, de uma forma abrupta e em consequência de um incidente inesperado, que poderá ser uma doença, um acidente, a saída ou incapacidade do anterior prestador de cuidados, entre outros. Desta forma, perante a emergente necessidade de cuidados, alguém terá rapidamente de assumir esse papel, podendo este ser negociado no seio da família, ou não. Quando se define quem irá assumir a prestação de cuidados, ocorrem dois movimentos simultâneos, dentro dos elementos que poderiam assumir esse papel: um de envolvimento e outro de não envolvimento. As pessoas que assumem a prestação de cuidados

fazem-no através de um processo de resvalar para dentro (*slipping into it*) que é acompanhado de um outro, o de resvalar para fora (*slipping out of it*). Assim, enquanto um dos membros da família assume a responsabilidade dos cuidados, os outros afastam-se. Ou seja, quanto mais o cuidador se envolve, mais os “não-cuidadores” se distanciam, parecendo que o cuidado, uma vez assumido por alguém, jamais poderá ser transferido (SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006).

Existindo, ou não, a possibilidade de decidir acerca de quem será o cuidador, vários estudos demonstram que o seu perfil obedece a certos padrões da sociedade reflectidos em quatro fatores: parentesco com o idoso dependente (ID), género, proximidade física e proximidade afectiva. Entre destes, existem também algumas variáveis que poderão influenciar, tais como: o estado civil, a cultura, a situação laboral e o tipo de cuidados a prestar ao ID (JOSÉ, 2002; LAGE, 2005; SEQUEIRA, 2007). Sequeira (2007, p.104) afirma que “as necessidades afectadas e a gravidade da situação clínica vão determinar a frequência e a intensidade dos cuidados a prestar” e, conseqüentemente, ter influência na determinação do papel de cuidador informal (CI). O mesmo autor (2010) apoiando-se em Shanas (1979), apresentou o Modelo Hierárquico Compensatório, também conhecido como Modelo de Substituição, onde é defendida a existência de uma hierarquia predefinida para a adoção do papel de cuidador: cônjuge – filhos – outros familiares – amigos.

Assim, quanto ao parentesco e proximidade afectiva, o CI é geralmente um membro da família ou alguém muito próximo. Quando o ID é casado o cônjuge surge na literatura como o principal cuidador. Muitas vezes o cônjuge um idoso com alguma incapacidade, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Segue-se a descendência, com predominância do sexo feminino, ou seja, na ausência do cônjuge, é geralmente a filha que assume o papel de principal prestadora de cuidados (MARTÍN, 2005; SEQUEIRA, 2010). A decisão por parte dos filhos depende da necessidade e recursos dos pais dependentes, bem como da disponibilidade e situação laboral dos filhos. A responsabilidade recai, habitualmente, sobre a filha mais marcada pela tradição familiar, economicamente mais desfavorecida, sem profissão, desempregada ou reformada e que mora próximo dos pais, ou então, sobre o filho único. Outros filhos que estejam empregadas poderão também prestar apoio, mas só ocasionalmente, em situações específicas, como por exemplo horário pós laboral, fins-de-semana, ou por ocasião de algum evento social. No caso de ser um filho, em vez da filha, este tende a transferir a responsabilidade da prestação de cuidados para a sua esposa. Os amigos e/ou vizinhos apenas se tornam cuidadores na ausência de familiares, ou como cuidadores secundários (LAGE, 2005; MARTÍN, 2005; SEQUEIRA, 2010).

Relativamente ao género, a mulher presta mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, enquanto que os homens prestam mais cuidados relacionados com a gestão financeira e com os transportes. Sequeira (2010, p.163) refere que esta constatação “(...) se deve a aspectos tautológicos sobre os papéis sexuais, uma vez que cuidar não faz parte do papel social do

homem”. Também Squire (2005) afirma que, historicamente, a prestação de cuidados era executada por mulheres domésticas ou desempregadas. No entanto, esta bolsa de cuidadoras foi reduzida devido ao crescimento do emprego entre as mulheres. Desta forma, o papel que muitas vezes era assumido pelas filhas poderá agora ter de ser desempenhado pelos cônjuges, sendo estes apoiados, ou não, pelos filhos e outros familiares. Segundo Sequeira (2010) o homem decide cuidar maioritariamente em situações conjugais, assumindo que esse apoio faz parte do seu papel marital. No entanto, há que reconhecer que continua a existir um grande desequilíbrio entre os géneros.

A proximidade e a co-residência são dois fatores que influenciam na adoção do papel de CI, devido à proximidade física entre cuidador e pessoa cuidada. Martín (2005) afirma que viver com a pessoa que perdeu/perderá/está em vias de perder determinadas capacidades, converteu-se numa das variáveis determinantes na definição do principal cuidador. Lage (2005) diz mesmo que a coabitação é necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental, uma vez que o cuidado emocional parece não estar dependente da proximidade física.

Embora sejam estes os principais fatores que determinam a adoção do papel de CI, quando alguém toma essa iniciativa, fá-lo com base em motivações, que constituem um domínio complexo, pois envolvem um grande número de razões marcadas pelas tradições, padrões e normas vigentes em cada sociedade, pela própria conceção de vida e pela história de cada indivíduo. Das várias motivações destacam-se: o dever moral e/ou social, a solidariedade conjugal, filial ou familiar, a religião, os sentimentos de amor ou piedade e, também, a forte vontade de evitar a institucionalização (IMAGINÁRIO, 2008). Sobre a tomada de decisão e iniciativa de assumir o papel de cuidador, Sequeira questionou 184 CIs, dos quais: 61% respondeu que foi por iniciativa própria, 18% decisão familiar; 12% por ser a única pessoa que poderia fazê-lo; e 6% por solicitação da pessoa dependente (SEQUEIRA, 2007). Alguns cuidadores tomam essa decisão pois acreditam que cuidar de um familiar dependente é um dever, que pode ser de ordem social e/ou moral. O dever social implica que os familiares se sintam desvalorizados, aos olhos da sociedade, se não assumirem a prestação de cuidados aos seus familiares mais velhos e dependentes, e em sentido inverso, se sintam valorizados e respeitados se decidirem assumir a responsabilidade do cuidar. Assim, o medo da censura por parte dos familiares mais afastados, amigos e/ou vizinhos leva a que o familiar assuma a prestação dos cuidados (PIMENTEL, 2008; SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006). Em relação ao dever moral, alguns prestadores de cuidados assumem que, mais tarde, não se querem sentir culpados por não terem cuidado dos seus idosos dependentes (IDs); outros defendem que cuidar do seu familiar significa cumprir o seu dever, ou seja, retribuir por terem cuidado deles, enquanto eram crianças, pelo que lhe devem dedicação e amor profundo (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003; PIMENTEL, 2008). Sentimentos como o amor, afecto e carinho, ou então comiseração ou pena, são, também, motivações que interferem na adoção do papel de principal

cuidador. Outra motivação, mas que raramente é assumida pelos prestadores de cuidados informais, é a recompensa material, ou seja, prestam cuidados com o objetivo de virem a receber a herança, funcionando a prestação de cuidados como uma espécie de garantia, em que o CI tem a esperança de receber a recompensa (MARQUES, 2007; SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006). Como forma de evitar a institucionalização é outra das motivações, apontada pelos autores anteriores, visto existir, na nossa sociedade, uma imagem negativa da institucionalização dos idosos, surgindo assim como última opção. Sobre este aspecto Pimentel (2008) acrescenta que aqueles que colocam essa opção deparam-se com os elevados custos, insustentáveis em grande parte das situações, pelo que têm que continuar a cuidar do ID no domicílio.

O papel do prestador de CI é complexo, devido ao elevado número de atividades com que se vê confrontado e tem necessidade de realizar. De acordo com vários autores, Collière (2003); Girão (2005) e Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a investigação sobre a prestação de cuidados informais tem, muitas vezes, operacionalizado as tarefas desempenhadas pelo CI apenas ao nível do apoio das atividades básicas da vida diária (ABVD) do ID. No entanto, os mesmos autores afirmam que, ser o cuidador principal de alguém é muito mais do que ajudá-lo na satisfação e realização das suas ABVD. Sequeira (2010) debruçou-se sobre esta temática e apoiando-se em Stephens (1990) agrupou a necessidade de cuidados em quatro domínios: apoio nas ABVD (inclui atividades como: alimentar, usar a casa de banho, tomar banho, vestir e despir, deambular, etc.), apoio nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (inclui atividades como: cozinhar, utilizar transportes, usar o telefone, usar dinheiro e gerir medicação, etc.), necessidade de suporte emocional (fazer companhia, conversar, manter laços afectivos, etc.) e o lidar com as pressões psicológicas associadas ao papel e responsabilidade do cuidar. Desta forma, o autor enumera as principais funções do CI conforme estão expressas no quadro 1.

Quadro 1 – Principais funções do Cuidador Informal

“Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efectuar a ligação entre o idoso e os serviços de saúde;

- Promover a autonomia e a independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/ envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade do idoso, promovendo a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projecto pessoal, história de vida, religião, etc.;
- Estimular a manutenção de uma atividade/ ocupação;
- Supervisionar/ incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais (no interior e no exterior da casa);
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das ABVD e AIVD;”
- Entre outras.

Fonte: SEQUEIRA (2010, p.179-180)

Desta forma, podemos afirmar que o processo de cuidar não se restringe à ajuda na satisfação das necessidades físicas e instrumentais do ID, tais como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a administração de medicação. Trata-se de tudo isto, mais todas as funções enumeradas por Sequeira, entre outras. É, acima de tudo, um processo complexo, que exige apoio e intervenção em vários domínios, pelo que altera fortemente a vida dos CIs. Mesmo assim, muitos deles consideram-no como algo emocionalmente gratificante, com repercussões positivas a nível pessoal e social. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.83) apontam como fontes de satisfação:

“(...) a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, sentido de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.”

Desempenhar com sucesso o papel de prestador de cuidados pode melhorar a auto-estima, a realização pessoal e o reconhecimento social. No entanto, é incontestável que também apresenta consequências negativas e pesadas, podendo desencadear alterações na saúde e no bem-estar dos CIs. Martins, Ribeiro e Garrett (2003) referem que as repercussões negativas associadas ao cuidar são habitualmente designadas por “peso”, “sobrecarga” e/ou “stresse” tais como: conflitos familiares, problemas físicos, fadiga, ansiedade, irritabilidade, frustração, sentimento de culpa, isolamento e depressão e outros.

O termo sobrecarga deriva do inglês “burden” e refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que ocorrem devido às exigências de cuidar de alguém. Estes problemas podem influenciar negativamente a vida do CI de diversas formas: prejudicar as rotinas domésticas, as relações familiares e sociais, a produtividade no trabalho, as atividades de lazer, a vida afectiva e a sexualidade. Também é verdade, que a sobrecarga está associada a uma deterioração da qualidade de vida e a uma maior morbilidade do prestador de cuidados (IMAGINÁRIO 2008; SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006).

A sobrecarga pode ser perspectivada em duas dimensões: objectiva e subjectiva. A objectiva representa as consequências no CI, como resultado da interacção com os sintomas e comportamentos do ID, que se concretizam em alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer e na saúde física do cuidador, tais como: a restrição do tempo, maior esforço físico e gastos económicos. A sobrecarga subjectiva resulta das atitudes e respostas emocionais às exigências do cuidar, ou seja, consiste na perceção individual sobre as consequências do cuidar e repercute-se em alterações da saúde mental e bem-estar dos CIs (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003; SEQUEIRA, 2007 e 2010). Também Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que os cuidadores informais apresentam sinais objetivos e subjectivos de sobrecarga, que estão associados a uma deterioração da qualidade de vida, e a uma maior morbilidade do prestador

de cuidados, tais como: uma maior incidência de doenças psiquiátricas, cansaço físico, sensação de deterioração gradual do estado de saúde, sintomas depressivos (sentimentos de tristeza, desespero, inquietação, frustração e outros), ansiedade e constante preocupação pelo estado de saúde do ID. A prestação de cuidados exige tempo e dedicação pelo que o CI, quando não é apoiado, fica com menos tempo para si e para as suas tarefas, estabelece menos relações sociais e priva-se de atividades de lazer. Aqueles que estão empregados, e têm pouco apoio na prestação de cuidados, apresentam inevitavelmente alterações, nomeadamente: necessidade de mudança do horário de trabalho para poder apoiar o ID, faltam mais vezes ou chegam atrasos com necessidade de interrupções durante a jornada, diminuem ou têm a sensação da diminuição do desempenho o que leva, muitas vezes, a ponderar a desistência da profissão, podendo agravar os problemas financeiros já existentes pelo aumento das despesas (LAGE, 2005).

Para atenuar estes efeitos, e garantir o bom desempenho e satisfação do CI, é necessário diagnosticar e conhecer as dificuldades dos cuidadores, que podem ser de ordem material, emocional ou informativa, e apoiá-los adequadamente. As necessidades dos CIs dependem da presença ou ausência de um determinado conjunto de fatores, entre os quais: grau de dependência do idoso, informação e conhecimento sobre a patologia em causa, estado da saúde física e psicológica do CI, presença de outras pessoas que ajudem nos cuidados, recursos financeiros suficientes, facilidade de acesso aos serviços de apoio, atividade laboral compatível com a prestação de cuidados, disponibilidade do cuidador, proximidade física e/ou situação de co-residência, entre outros (SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006).

Segundo vários autores consultados, Martins, Ribeiro e Garrett (2003 e 2004) Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006); Sequeira (2007 e 2010); o CI tende a valorizar em primeiro lugar as necessidades da pessoa de quem cuida, deixando para segundo plano as suas próprias necessidades. Esta prática gera frustração, e leva muitas vezes os CIs a uma situação de sobrecarga intensa e ruptura, colocando em risco a sua saúde e a saúde daqueles que dependem deles.

Da análise cuidada de vários estudos empíricos consultados, e realizados no nosso país, constatamos que existem grandes semelhanças relativamente aos fatores que geram sobrecarga e dificuldades no CI, decorrentes de uma mesma cultura e de uma sociedade que apresenta problemas e dificuldades semelhantes, pelo que interessa analisar o estado da arte neste domínio.

É consensual que os CIs são submetidos a stress psicológico, físico, emocional e financeiro gerando níveis de sobrecarga consideráveis. A população de IDs é predominantemente do sexo feminino, viúva, com baixa escolaridade, fracos rendimentos, com idade média superior a 70 anos e apresenta um elevado grau de dependência nas suas ABVD e AIVD (FERNANDES, 2009; FERREIRA, 2008; RICARTE, 2009; SEQUEIRA 2007). Os CIs, dos diferentes estudos, são

maioritariamente do sexo feminino, encontrando-se entre os 40-59 anos de idade, na sua maioria, embora o grau de amplitude seja bastante variável. São também, na sua maioria casados, com baixo nível de escolaridade, exercendo atividades domésticas. Quanto ao parentesco, são membros da família directa, mais concretamente esposas, filhas, noras e irmãs (FERNANDES, 2009; FERREIRA, 2008; RICARTE, 2009; SEQUEIRA 2007).

Quanto às características dos IDs, e a sua influência no aparecimento de sobrecarga e dificuldades é consensual que cuidar de idosos mais dependentes está associado a maiores níveis de sobrecarga (SEQUEIRA 2010).

Em relação às características sócio-demográficas dos CIs, e a sua associação com o aparecimento de Sobrecarga, vários autores referem que as mulheres, com baixa escolaridade e casadas apresentam maiores níveis de sobrecarga, no entanto, não existe correlação significativa pelo que não lhe atribuem valor preditivo (BRITO, 2002; LAGE, 2005; RICARTE, 2009; SEQUEIRA, 2010). Em contrapartida, outros autores, não verificaram efeito das características sócio-demográficas sobre o grau de sobrecarga dos CIs, até pelo contrário, analisando ao pormenor os seus resultados constatamos que CIs, cônjuges, com idade avançada e baixa escolaridade, revelam níveis de sobrecarga superiores. Porém, estes dados não podem ser generalizados devido ao reduzido número de CIs com estas características (FERNANDES, 2009; FERREIRA, 2008). Desta forma, de todas as características do CI, que analisamos, aquelas que apresentaram valor prognóstico nos trabalhos consultados, em termos de sobrecarga, foram: a idade; a situação laboral e a percepção que o cuidador tem do seu estado de saúde. CIs mais velhos revelam maior sobrecarga (RICARTE, 2009; SEQUEIRA, 2007; SANTOS, 2004) embora Sequeira (2010) relate que no contexto internacional existem estudos, nomeadamente o estudo EUROCARE, que demonstram o contrário, sugerindo que os CIs mais jovens se encontram mais vulneráveis às dificuldades associadas à prestação de cuidados. Quanto à atividade profissional, constata-se que os CIs reformados ou domésticos atingem níveis de sobrecarga superiores (BRITO, 2002; SEQUEIRA 2007), não se tendo analisado ou chegado a valores conclusivos nos restantes estudos consultados. A percepção que o cuidador tem do seu estado de saúde tem, na maioria dos estudos consultados, uma maior relevância, devido à menor capacidade para a prestação de cuidados, o que está de acordo com o modelo teórico subjacente, no qual a sobrecarga está dependente entre as exigências, denominadas de agentes “stressores”, e a capacidade de resposta do cuidador (MARTINS, RIBEIRO E GARRETT, 2003).

Relativamente ao contexto da prestação de cuidados, as variáveis que apresentaram valor preditivo, nos diferentes estudos consultados, foram: a duração do cuidar; a intensidade da prestação de cuidados; a inexistência de ajudas e as dificuldades sentidas pelos CIs. Em termos da duração e intensidade do cuidar, vários autores constataram uma relação directa com a sobrecarga apresentada (FERREIRA, 2008; LAGE, 2005; SEQUERIA, 2007), no entanto, no contexto internacional, os

dados são controversos, havendo autores que defendem que “(...) a sobrecarga diminui com a duração, no pressuposto de uma adaptação com o decorrer do tempo” (SEQUERIA 2010, p.307). A garantia da ajuda de alguém representa um efeito protector para o CI, podendo este desempenhar outras atividades; pelo contrário, aqueles que não têm ajuda de ninguém, têm uma maior exigência nos cuidados e menos tempo para si, pelo que desenvolvem mais facilmente níveis consideráveis de sobrecarga (BRITO, 2002; LAGE, 2005). As dificuldades sentidas pelos CIs são as principais responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga, pelo que “se verifica que o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador é um instrumento com elevada capacidade preditiva de sobrecarga” (SEQUEIRA, 2010, p. 310). Estes dados são confirmados pelos diversos estudos consultados pelo que acreditamos ser importante conhecer as dificuldades dos CIs, quer para confirmar o diagnóstico de sobrecarga dos CIs, quer para possibilitar a implementação de um conjunto de intervenções, capazes de prevenir a ruptura da díade idoso-cuidador.

Esta ruptura e a falta de apoios têm levado, e continuarão a levar, muitos idosos para um processo de institucionalização, que foi durante longos anos a única possibilidade de apoio formal, mesmo para aqueles que ainda apresentavam alguma autonomia e que teriam condições de permanecer no domicílio. A institucionalização é vista como o abandono e incapacidade da família em cuidar do seu idoso. Trata-se de uma decisão difícil e penosa e a maioria dos idosos também não a aceita de uma forma tranquila. A entrada de um idoso num lar implica uma ruptura com a sua vida quotidiana, representando para ele, em diversos casos, o abandono e a exclusão por parte da família, o sofrimento e por vezes a morte (PIMENTEL, 2005), mesmo que depois se consigam adaptar e sentir alguma tranquilidade.

Assim, a crescente consciencialização e a constatação de que a institucionalização não serve verdadeiramente os interesses dos idosos e seus familiares, tem levado, nos últimos anos, à proliferação de centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e acolhimento familiar, entre outros. Começaram a ser implementadas estratégias, de forma a facilitar o dia-a-dia dos idosos e dos seus cuidadores, evitando ou retardando a institucionalização. No entanto, apesar da diversidade dos serviços já existentes, e da consequente melhoria da assistência, estes continuarão a ser insuficientes para uma população que tenderá a duplicar-se nos próximos 40 anos.

No que respeita ao distrito de Santarém, área abrangida pelo presente estudo, o envelhecimento da população em 2010 foi superior à média nacional. A população com 65 ou mais anos conta com cerca de 32 mil idosos e representa 21% do total da população. O índice de envelhecimento situou-se nos 147 idosos para 100 jovens. Estes 21% absorveram 40% das consultas de centro de saúde e foram responsáveis por mais de metade dos gastos em saúde no distrito (LORENÇO, 2011). Assistimos assim, a uma enorme afluência das pessoas mais idosos às instituições de saúde, sendo notório nas salas de espera dos vários centros de saúde da região e do

serviço de urgência do principal hospital, o que contribui, em grande parte, para a elevadíssima taxa de ocupação dos serviços. O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas e degenerativas são apontados, pelo director do hospital, como os principais motivos de internamento e sobrelotação dos serviços. Este refere que cerca de 65% dos utentes internados são idosos, podendo servir como exemplo os dados de 21 de Fevereiro de 2011 em que, dos 384 utentes internados, 254 eram idosos (JOSUÉ, 2011). Face a este enquadramento, um dos mecanismos que se instalou para dar resposta à sobrelotação dos serviços, e ao elevado número de internamentos, foi torná-los mais curtos, numa lógica de optimização do espaço e redução de custos. O processo de alta, muitas vezes, não é devidamente planeamento, gerando um baixo nível de envolvimento da família e/ou daqueles que serão os principais cuidadores. A rede de cuidados continuados, embora tenha melhorado muito nos últimos anos, ainda não é suficiente face às necessidades, o que leva a uma elevada taxa de reinternamentos por não haver continuidade no domicílio.

De salientar, que muitos destes reinternamentos se devem ao simples facto dos familiares não saberem lidar com a situação/nova dependência do idoso ou mesmo por não reunirem condições para cuidar dele. Se existem alguns familiares pouco preocupados, que simplesmente “largam” os idosos nos serviços de urgência dos vários hospitais do país, com a convicção de que alguém terá de cuidar deles, a maioria, desenvolve evidentes sinais e sintomas de stress e sobrecarga por não conseguirem lidar com as exigências do cuidar e/ou por falta de uma resposta satisfatória à situação e às necessidades da pessoa idosa. Nesta situação não existe qualquer mecanismo de apoio aos CIs, não lhe é reconhecido o mérito do seu esforço, e não lhes é garantido o apoio em situação de exaustão. Não se pode negligenciar o cuidado daqueles que cuidam dos IDs.

A consciência desta realidade, aliada a uma motivação pessoal, e à existência de um elevado número de cuidadores de idosos em situação de dependência, que necessitam de apoio e ajuda a vários níveis, levou-nos à elaboração da seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo: **Quais as determinantes da sobrecarga e das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos em situação de dependência no distrito de Santarém?**

Como vimos anteriormente, algumas das dificuldades e os fatores determinantes de sobrecarga, estão descritos na literatura e são, por isso, comuns a todos os cuidadores, outras porém, são específicas de uma época, região, população e/ou família e indivíduo. Desta forma, torna-se particularmente importante conhecer as características dos IDs e dos CIs no sentido de se ajustar e adequar as respostas e os apoios. Desconhecemos qualquer estudo sobre a população que pretendemos analisar e a proximidade a Lisboa, não é, na nossa opinião, razão suficiente para a utilização dos resultados, aí produzidos, como forma de realizar o diagnóstico e delinear estratégias de apoio aos IDs e seus CIs da região de Santarém. O modelo de organização da população, a tipologia das habitações, a forma como as famílias se organizam e o tipo de apoios aos idosos, é

significativamente diferente nos dois meios, pelo que poderíamos chegar a conclusões e propor estratégias que não são as mais adequadas à população em estudo.

Em suma, acreditamos que se trata de uma temática bastante actual e pertinente não só para os vários profissionais da saúde mas também com hipotéticas influências para toda a cidadania. Com este trabalho não conseguiremos encontrar soluções nem dar resposta a todos os problemas que os IDs e CIs enfrentam na nossa região, no entanto, esperamos realizar um bom diagnóstico dos níveis de sobrecarga assim como das dificuldades sentidas pelos CIs e seus determinantes, porque acreditamos que só uma intervenção ajustada às necessidades de cada idoso, de cada cuidador e de cada contexto, poderá trazer bem-estar e verdadeira dignidade a todos eles. Como tal pretendemos atingir os seguintes objetivos:

1. analisar a influência dos níveis de dependência nas atividades básicas/instrumentais da vida diária dos idosos dependentes sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do cuidador informal;
2. determinar a influência das características dos cuidadores informais nos índices de sobrecarga e de dificuldades manifestadas pelo mesmo;
3. avaliar a influência das características circunstanciais da prestação de cuidados na sobrecarga e dificuldades apresentadas pelo cuidador informal;
4. avaliar a relação entre as dificuldades e a sobrecarga do cuidador informal;
5. determinar o perfil do cuidador informal mais susceptível de sobrecarga e de dificuldades;
6. o último grande objetivo, visa contribuir para a reflexão sobre os níveis de sobrecarga e as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde daqueles que cuidam.

2 – MATERIAIS E MÉTODO

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objetivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (LAKATOS e MARCONI, 1996; PEREIRA e POUPA, 2004; HILL e HILL, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (PEDHAZUR e SCHMELKIN, 1991, p.211), também designado por *estudo pós-facto* (KIESS; BLOOMQUIST, 1985), *estudo de observação passiva* (COOK; CAMPBELL, 1979) ou *estudo correlacional e de observação* (GIL, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Relativamente às variáveis, consideramos a sobrecarga do cuidador informal e as dificuldades apresentadas no desempenho desse papel como as nossas variáveis dependentes, e as variáveis sócio-demográficas dos CIs, bem como as características circunstanciais referentes ao contexto da prestação de cuidados como as nossas variáveis independentes. De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos fatores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes subcapítulos (2.2), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

2.1 – PARTICIPANTES

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem que segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a “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.”

A nossa amostra ficou constituída por 63 CIs de idosos dependentes do conselho de

Santarém, na sua maioria mulheres (74.6%) e com uma média de idades de 60.05 anos.

Apesar do esforço para que a amostra, que serve de base à nossa investigação, fosse o mais representativa possível do total da população, recorremos à amostragem não probabilística acidental. Fortin (2009, p.31) refere 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”. Por outras palavras a amostragem acidental permite escolher pessoas que estão no local certo à hora certa.

Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados em locais distintos, durante um período de tempo considerável, e estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: (1) o CI teria de ser o cuidador principal do ID, familiar ou não, e não podia ser remunerado por essa função; (2) se cuida de mais que uma pessoa, as suas respostas teriam de ser respeitantes à pessoa que necessita de mais cuidados individualmente; (3) o ID teria de apresentar, há pelo menos seis meses, uma situação de dependência, ou incapacidade funcional, com limitação em pelo menos uma ABVD ou em duas AIVD.

2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados (Apêndice 1), auto-aplicado o qual incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa. Em concreto, o instrumento de colheita de dados (ICD) inicia-se por uma breve introdução, onde são explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos cuidadores informais. Era constituído por perguntas abertas e fechadas (116 no total), estruturado em 4 secções.

A *primeira secção* incorpora a caracterização do idoso dependente (ID) subjacente a um conjunto de informações relativas às suas características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão) antecedentes pessoais; principais causas da dependência e duração da mesma e incorpora também informação sobre a suficiência/insuficiência do rendimento mensal do ID face às despesas que tem fixas. Avalia-se ainda o grau de dependência do idoso nas suas ABVD e AIVD utilizando-se para tal o Índice de Barthel e o Índice de Lawton, respectivamente.

O índice de Barthel, da autoria de Mahoney e Barthel (1965), é um instrumento amplamente utilizado a nível internacional e também a nível nacional para avaliação do grau de dependência nas atividades básicas de vida diária. Revela uma boa consistência interna com alfa cronbach ($\alpha=0,89$).

É composto por 10 ABVD, em que cada uma apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência: a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência pode assumir a pontuação 5, 10 ou 15 em função dos níveis de diferenciação. A sua pontuação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando inversamente ao grau de dependência. Neste sentido, quanto maior a pontuação menor o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte: 90 a 100 – independente; 60 a 89 – ligeiramente Dependente; 40 a 55 – moderadamente dependente; 20 a 35 – severamente dependente e menor que 20 – totalmente dependente.

O Índice de Lawton, da autoria de Lawton e Brody (1969), é um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que as pessoas desempenham no seu dia-a-dia e que lhes permite adaptarem-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Trata-se de um instrumento unidimensional que apresenta boa consistência interna ($\alpha=0,92$). É composto por oito AIVD e cada uma delas pode assumir três, quatro ou cinco níveis de dependência pelo que são pontuadas de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5. O total varia entre 8 e 30 pontos, sendo que a uma maior pontuação corresponde um maior grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 – independente; 9 a 20 – moderadamente dependente, necessitando de uma certa ajuda; maior que 20 – severamente dependente, pelo que necessita de muita ajuda.

A **segunda secção** diz respeito à caracterização do cuidador informal nas suas características sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, rendimentos e residência) e perceção do seu estado de saúde.

Na **terceira secção** procede-se à caracterização circunstancial da díade CI/ID e questiona-se o cuidador sobre determinados indicadores de relevo para a compreensão do domínio em estudo. Concretamente, sobre: o parentesco face ao ID; quais as razões que o levaram a ser cuidador; há quanto tempo presta cuidados e qual o tempo médio que passa, por dia, junto do ID; quais as ajudas que possui tanto a nível familiar como a nível institucional; com quem mora o ID e o tipo de habitação; como se desloca e qual o transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde assim como a distância ao serviço de saúde mais próximo.

Na **quarta secção** pretende-se avaliar a sobrecarga do CI e a caracterização das dificuldades no desempenho desse papel através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), respectivamente.

O QASCI é um índice de 32 itens, num formato de resposta tipo likert de cinco pontos, em que as possibilidades de resposta a cada item são: *Não/Nunca*; *Raramente*; *Às vezes*; *Quase sempre* e *Sempre*. A classificação *Não/Nunca* corresponde a nenhuma sobrecarga e *Sempre* é o nível máximo de sobrecarga contemplado por este instrumento. Saliente-se que a razão pela qual se optou pela escolha deste instrumento se ficou a dever ao facto do mesmo incorporar um número muito

significativo de dimensões, que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da sobrecarga do CI.

O QASCI foi aferido e validado para a população Portuguesa por Martins, Ribeiro e Garrett em 2003 e da análise fatorial surgiram sete fatores ou subescalas, conforme esquematizado no seguinte quadro.

Quadro 2 – Fatores do QASCI

Fator ou subescala	N.º de itens	Questões correspondentes
Sobrecarga emocional	4	1, 2, 3 e 4
Implicações na vida pessoal do CI	11	5 a 15
Sobrecarga financeira	2	16 e 17
Reações a exigências	5	18, 19, 20, 21, 22
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	3	23, 24 e 25
Suporte familiar	2	26 e 27
Satisfação com o papel e com o familiar	5	28, 29, 30, 31, 32

De acordo com Martins, Ribeiro e Garrett (2003) o fator *sobrecarga emocional* revela as emoções negativas evidenciadas no CI, capazes de desencadear conflitos internos e desejo de fuga à situação. A subescala *implicações na vida pessoal do cuidador* avalia repercussões negativas tais como a diminuição do tempo disponível, saúde afectada e restrições ao nível da vida social. A *sobrecarga financeira* refere-se às dificuldades económicas inerentes à situação de dependência do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. A subescala *reações a exigências* compreende sentimentos negativos como a perceção de ser manipulado, sentimento de ofensa e/ou stress devido a situações embaraçosas geradas pelo comportamento do ID. A *perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo* facilita ou capacita o CI a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. O *Suporte familiar* relaciona-se com o reconhecimento e apoio da família para com o CI principal. A *Satisfação com o papel e com o familiar* inclui um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afectiva estabelecida entre ambos.

Os três fatores ou subescalas: *perceção dos mecanismos de eficácia e controlo*, *suporte familiar* e *satisfação com o papel e com o familiar* constituem forças positivas na dinâmica em estudo. No entanto, o sentido de cotação dos itens destas subescalas deve ser invertido, de forma que os valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga tal como nos restantes itens. A escala total apresenta uma boa consistência interna, $\alpha=0,90$, pelo que, os autores afirmam ser um instrumento coerente, específico e fiável.

De acordo com Marques (2007), para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e possíveis de ser comparados, é imperioso somar os itens de cada dimensão, a cujo valor se deve subtrair o mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela

diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala e finalmente, multiplicar o resultado por cem para que a leitura seja efectuada em percentagem (conforme a fórmula abaixo apresentada).

$$\frac{\Sigma - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

O CADI é composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso e suas implicações na vida dos CI. É da autoria de Nolan (1996) tendo sido adaptada e aferida para a população portuguesa por vários investigadores (BRITO, 2002; SEQUEIRA, 2007). Sequeira (2007) considera que é um instrumento, válido e fiável, para avaliar as dificuldades sentidas pelo cuidador de pessoas dependentes, obedecendo a um formato de resposta tipo likert de quatro pontos: *Acontece no meu caso e perturba-me muito; Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; Acontece no meu caso mas não me perturba ou Não acontece no meu caso*. A análise fatorial permitiu identificar seis dimensões que explicam 63.6% da variância total.

Quadro 3 – Fatores do CADI

Fator	N.º de itens	Questões correspondentes
Problemas relacionais	8	5, 11, 12, 14, 17, 22, 25, 26
Restrições sociais	7	1, 3, 8, 9, 18, 20, 21
Exigências do cuidar	7	6, 10, 13, 15, 19, 23, 24
Reações ao Cuidar	4	4, 2, 29, 30
Apoio Familiar	2	16, 28
Apoio profissional	2	7, 27

De acordo com Sequeira (2010) os *problemas relacionais* revelam dificuldades do CI em lidar com o ID, gerando situações de desespero e irritação sendo o ID visto como causador de problemas. As *restrições sociais* dizem respeito à perturbação que os CI sentem devido à falta de tempo para si mesmo, família e amigos, revelando assim, uma diminuição da qualidade de vida do CI. As dificuldades que integram o fator *exigências do cuidar* denotam o cansaço físico e uma diminuição da saúde do CI. As *reações ao cuidar* revelam a preocupação constante, e o sentimento de impotência face ao ID, e também as dificuldades financeiras do CI. A dimensão *apoio familiar* revela dificuldades por carência de apoio da família. Já o *apoio profissional* revela a perturbação que os CI sentem devido à falta de apoio dos serviços de saúde e serviços sociais.

Trata-se de um instrumento com boa consistência interna ($\alpha=0,94$) em que os fatores que melhor explicam as dificuldades dos CIs no âmbito do cuidar de um ID estão relacionadas com os *problemas relacionais*, *restrições sociais* e com as *exigências do cuidar*, tendo por base as correlações encontradas com significado estatístico. A interpretação deste instrumento de medida vai no sentido de quanto maior for o score obtido maiores são as dificuldades percebidas.

O Instrumento de Colheita de Dados, utilizado no presente estudo, foi sujeito a um pré-teste junto de 12 CIs, em condições idênticas às da amostra, para além disso, pediu-se a colaboração de

alguns profissionais de referência que analisaram o ICD, e deram o seu contributo, de forma a clarificar algumas questões tornando-as mais adequadas à informação que se pretendia recolher.

A fidelidade dos dois questionários utilizados (QASCI e CADI) foi determinada com recurso ao valor do *coeficiente alpha de cronbach*, sendo, segundo Fortin (2009), o procedimento estatístico indicado para escalas do tipo likert. Assim, no nosso estudo, obtivemos um valor de $\alpha=0.91$ para o QASCI e um $\alpha=0.87$ para o CADI, indicativos de uma boa consistência interna de ambos os índices.

2.3 – PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com o intuito de escolher uma amostra representativa da população aplicou-se o ICD a CIs que se encontravam a prestar cuidados no seu meio habitual e a CIs que visitaram o ID durante um processo de doença/internamento no hospital de Santarém. Para a aplicação do ICD ao primeiro grupo seleccionou-se o Centro de Saúde de Santarém e a extensão de Saúde de Benfica do Ribatejo: o primeiro com área de influência mais citadina e o segundo mais rural, tendo-se pedido o devido consentimento às instituições em causa. Após resposta afirmativa, acompanhamos enfermeiros destas instituições nas visitas domiciliárias, que segundo os critérios pré-estabelecidos nos indicaram os casos que se poderiam enquadrar no estudo. Na presença do CI procedeu-se da seguinte forma: apresentação formal do entrevistador/investigador; pedido de consentimento informal e esclarecido ao CI e, sempre que possível, ao ID (dependendo do grau de dependência/diminuição das capacidades cognitivas por vezes não reuniu a autonomia necessária para consentir o estudo pelo que nos baseamos no consentimento presumido e do CI). Para aplicação do ICD no Hospital Distrital de Santarém, EPE, realizou-se o devido pedido para aplicação e, após resposta afirmativa (ver apêndice 2), seleccionaram-se os IDs, internados nos diversos serviços de medicina, com base nos critérios de inclusão já apresentados, e procedeu-se da mesma forma que no grupo anterior.

A avaliação do grau de dependência, nas ABVD e nas AIVD, do ID foi sempre realizada pelo entrevistador com base na observação e simultânea discussão com o CI. O restante ICD foi preenchido maioritariamente pelo investigador, através de entrevista estruturada e com algum distanciamento físico do ID (por forma a receber a informação mais sincera possível sem qualquer constrangimento). Por vezes, devido à falta de tempo durante a visita quer no domicílio quer no hospital, houve a necessidade de entregar o ICD ao CI, para que este terminasse de o preencher à posteriori. Para tal, foi assegurado que o CI reunia as capacidades cognitivas necessárias, foi-lhe explicado como se preenchia e foram dissipadas as dúvidas existentes.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efectuado informaticamente, através do programa *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 19.0.

A colheita de dados decorreu desde o dia 1 Março até dia 15 de Abril (2011) e o tempo médio de preenchimento, quando se utilizou o método de entrevista, foi de aproximadamente 45 minutos.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar, não apenas a amostra em estudo, como também analisar como é que as variáveis influenciam os índices de sobrecarga e dificuldades, tendo por referência os objetivos que orientaram a presente investigação.

Na análise dos resultados serão objecto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos paramétricos² utilizados: (1) teste *t* de *Student*, não emparelhado para amostras independentes, para avaliar se os sujeitos das nossas amostras, em função de algumas das suas características sócio-demográficas, se diferenciam na variável dependente em estudo; (2) *análise de variância* (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey, para avaliar a existência de diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com as amostras do estudo; (3) *correlação de Pearson*³ para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo, em que a proximidade a $(\pm) 1$ indica uma associação muito forte, $(\pm) 0.70$ indica uma forte correlação, entre $(\pm) 0.30$ a 0.7 indica correlação moderada e de 0 a $(\pm) 0.30$ indica fraca correlação (FORTIN, 2009).

Salientamos ainda que, em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003): $p \geq 0.05$ - não significativo; $p < 0.05$ - ligeiramente significativo; $p < 0.01$ - muito significativo e $p < 0.001$ - muitíssimo significativo. Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados pelos mesmos autores (2003): $CV \leq 5\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão moderada e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

² Para se poder verificar a igualdade da forma das distribuições, recorreu-se ao teste de igualdade da variância (teste de Levene), e ao estudo da simetria (Sk/Std_{erro}) e da curtose (K/Std_{erro}) (PESTANA e GAGEIRO, 2003).

³ O coeficiente de correlação de *R* de *Pearson* é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e $+1$. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear. Segundo Murteira (1993, cit. in Pestana e Gageiro, 2003, p.189) “A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”.

3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delimitação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (FORTIN, 2009). Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados:

- Caracterização do idoso dependente;
- Caracterização do cuidador informal;
- Caracterização circunstancial à prestação de cuidados;
- Caracterização da sobrecarga manifestada pelos cuidadores informais;
- Caracterização das dificuldades evidenciadas pelos cuidadores informais.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respectivas tabelas e quadros

▪ Caracterização do idoso dependente

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizaram todo um conjunto de características sócio-demográficas inerentes aos IDs, com referência para o sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, rendimento mensal e a suficiência/insuficiência deste face às despesas. Será também analisada a sua situação de saúde e social, os níveis de dependência nas ABVD e AIVD e a duração dessa mesma dependência.

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que a amostra é constituída por 63 IDs, 33 do sexo feminino (52.4%) e 30 do sexo masculino (47.6%) com idades que oscilam entre um mínimo de 65 anos e um máximo de 98 anos. A idade média é de 80.16 anos com um desvio padrão de 8.87 anos e um coeficiente de variação de 11.07%, que nos indica a existência de uma fraca dispersão ($CV \leq 15\%$) em torno da média. Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino (77.80) é inferior à do sexo feminino (82.30), apresentando ambos uma dispersão fraca ($0\% < CV \leq 15\%$). Com base nas medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos idosos dependentes segundo o género

Idade ID	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Masculino	30	65	98	77.80	8.29	0.328	-0.294	10.66
Feminino	33	65	98	82.30	8.96	-1.286	-0.850	10.89
Total	63	65	98	80.16	8.87	-0.540	-1.371	11.07

Pela análise detalhada dos dados apresentados no quadro 4, podemos observar que, no que diz respeito à distribuição dos IDs por estado civil, a maior parte (47.6%) dos IDs são casados e 39.7% são viúvos. De salientar que a maior representatividade destes dois estados civis é igualmente evidenciada em função do género, porém mais representativo o estado de casado no sexo masculino (60.0%) e a viuvez no sexo feminino (57.60%).

Relativamente às habilitações literárias podemos afirmar que os IDs registam graus muito baixos de escolaridade, já que 47.7% não concluiu o 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe) e 30.2% não foi além da conclusão deste ciclo do ensino. Dos restantes, apenas 3.2% concluíram o ensino secundário, sendo ambos do sexo masculino, e nenhum frequentou o ensino superior. Uma análise detalhada em função do género, permite constatar que o sexo masculino apresenta maior escolaridade em todos os escalões, sendo o 1.º ciclo do ensino básico o grau mais representativo com 33.3%. Já no sexo feminino a maior representatividade de indivíduos centra-se no grupo dos que não têm qualquer escolaridade, com uma percentagem de 36.4%.

Quanto às atividades profissionais que os IDs exerciam, podemos observar que eram, predominantemente, rurais e fabris. As maiores percentagens situam-se nos grupos de trabalhadores não qualificados (34.9%), seguida dos agricultores (27.0%) e dos trabalhadores do comércio com 11.1%. Da análise em função do género os homens desempenhavam principalmente atividades operárias (33.4%) e atividades ligadas à agricultura, com uma percentagem de 23.3%. Já a maioria das mulheres eram trabalhadoras não qualificadas, onde se englobam as atividades domésticas, com uma percentagem de 57.6%, e 30.3% trabalhavam também na agricultura. Em média, o sexo masculino apresentava maior diferenciação laboral e atingia “cargos mais altos”.

No que concerne ao rendimento mensal, a maioria (55.6%), tem rendimentos entre 250 e 500 euros, no entanto, existe uma percentagem muito significativa (27%) que apresenta rendimentos inferiores a 250 euros. Tendo por referência a diferenciação em termos de género, constatamos que, na generalidade, o sexo masculino tem maiores rendimentos, onde 30% apresenta rendimentos superiores a 500 euros. Já o sexo feminino não apresenta rendimentos superiores a 500 euros, sendo que 39.4% têm mesmo rendimentos inferiores a 250 euros e 6.2% não dispõem de rendimentos mensais. No seguimento destes resultados, os CIs afirmam que em 60% dos IDs do sexo masculino os rendimentos são suficientes, em contrapartida, em 69.7% dos IDs do sexo feminino, afirmam que os rendimentos não são suficientes face às suas despesas fixas.

Quadro 4 – Caracterização do idoso dependente por género: estado civil, habilitações literárias, grupo profissional e rendimento mensal

Variáveis \ Sexo	Masculino (N=30)		Feminino (N=33)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Casado	18	60.0	12	36.4	30	47.6
Solteiro	2	6.7	1	3.0	3	4.8
Viúvo	6	20.0	19	57.6	25	39.7
Divorciado	4	13.3	1	3.0	5	7.9
Habilitações literárias						
Sem escolaridade	7	23.3	12	36.4	19	30.2
Sabe ler e escrever	4	13.3	7	21.2	11	17.5
1.º ciclo ensino básico	10	33.3	9	27.3	19	30.2
2.º ciclo ensino básico	3	10.0	1	3.0	4	6.3
3.º ciclo ensino básico	4	13.3	4	12.1	8	12.7
Ensino Secundário	2	6.7	-	0.0	2	3.2
Grupo Profissional						
Quadros Superiores	1	3.3	-	0.0	1	1.6
Especialistas Intelectuais e científicos	2	6.7	-	0.0	2	3.2
Técnicos nível intermédio	1	3.3	-	0.0	1	1.6
Pessoal administrativo e similar	2	6.7	-	0.0	2	3.2
Comércio / Vendedores	4	13.3	3	9.1	7	11.1
Agricultores e trabalhadores rurais	7	23.3	10	30.3	17	27.0
Operários, artífices e similares	5	16.7	1	3.0	6	9.5
Operadores de instalações e máquinas	5	16.7	-	0.0	5	7.9
Trabalhadores não qualificados	3	10.0	19	57.6	22	34.9
Rendimento Mensal						
Sem rendimentos	-	0.0	2	6.2	2	3.2
Até 250 euros	4	13.3	13	39.4	17	27.0
De 250 a 500 euros	17	56.7	18	54.5	35	55.6
Superior a 500 euros	9	30.0	-	0.0	9	14.3
Rendimento Face Às despesas do ID						
Suficiente	18	60.0	10	30.3	28	44.4
Insuficiente	12	40.0	23	69.7	35	55.6

Pela análise detalhada dos dados apresentados no quadro 5, podemos observar que a causa de dependência mais comum, nos idosos da nossa amostra, é a patologia cardiovascular com uma percentagem de 36.5% seguida das patologias do foro mental/demências, com 15.9%. Na análise em relação ao género mantém-se a principal causa da dependência, no entanto, a segunda maior causa de dependência, no sexo masculino, corresponde às diversas neoplasias (20.0%) seguida das patologias do foro respiratório com 13.3%. Já no sexo feminino, a segunda maior causa de dependência são as patologias do foro mental, onde incluímos as demências, com uma percentagem de 21.2%, e os problemas osteoarticulares com o mesmo valor (21.2%).

Relativamente aos antecedentes pessoais, em ambos os sexos, os três mais frequentes são, respectivamente: HTA com 54 % da amostra; AVC com 34.9% e diabetes com 30.2%. Na generalidade, o sexo masculino apresentou mais antecedentes pessoais tendo contribuído, em grande parte, o tabagismo, que aparece como o quarto antecedente mais frequente entre os homens (26.7%),

e o alcoolismo que é superior no sexo masculino com 23.3 % (n=7) contra os 6,1% (n=2) do sexo feminino.

Quanto à situação social, que retrata a capacidade do ID se relacionar com a família, amigos e/ou participar e dinamizar atividades sociais, os resultados são semelhantes em ambos os sexos. Uma grande parte da amostra, 42.9%, convive apenas com familiares, 36.5% convive com familiares e amigos e apenas 14.3% realiza outro tipo de atividades sociais.

Quadro 5 – Caracterização do idoso dependente por género: causa da dependência, antecedentes pessoais e situação social

Variáveis	Sexo	Masculino (N=30)		Feminino (N=33)		Total (N=63)	
		n	%	n	%	n	%
Causa da dependência							
Patologia cardiovascular		12	40.0	11	33.3	23	36.5
Patologia mental/demências		3	10.0	7	21.2	10	15.9
Osteoarticular		2	6.7	7	21.2	9	14.3
Neoplasia		6	20.0	3	9.1	9	14.3
Patologia Respiratória		4	13.3	3	9.1	7	11.1
Patologia endócrina		3	10.0	2	6.1	5	7.9
Antecedentes Pessoais							
HTA		17	56.7	17	51.5	34	54.0
AVC		11	36.7	11	33.3	22	34.9
Diabetes		10	33.3	9	27.3	19	30.2
Patologia osteoarticular		7	23.3	6	18.2	13	20.6
Alcoolismo		7	23.3	2	6.1	9	14.3
Obesidade		6	20.0	3	9.1	9	14.3
Neoplasia		7	23.3	2	6.1	9	14.3
ICC		5	16.7	4	12.1	9	14.3
Tabagismo		8	26.7	-	0.0	8	12.7
Doença mental		2	6.7	4	12.1	6	9.5
Problemas Visuais		2	6.7	2	6.1	4	6.3
Situação Social							
Não reconhece ninguém		1	3.3	3	9.1	4	6.3
Convive apenas com familiares		12	40.0	15	45.5	27	42.9
Convive com familiares e amigos		12	40.0	11	33.3	23	36.5
Participa em atividades Sociais		3	10.0	3	9.1	6	9.5
Dinamiza atividades Sociais		2	6.7	1	3.0	3	4.8

Pela análise detalhada dos dados apresentados no quadro 6, constatamos que a duração da dependência, dos 63 elementos da amostra total, oscila entre um mínimo de 6 meses e um máximo de 20 anos, com uma duração média actual de 4.1 anos, um desvio padrão de 3.56 anos e um coeficiente de variação de 86.83%, que nos indica a existência de uma dispersão bastante elevada em torno da média (CV>30%). Analisando as estatísticas relativas em função do género, verificamos que a duração média da dependência para o sexo masculino é de 3.47, sendo inferior à do sexo feminino com 4.67 anos, apresentando ambos os sexos uma dispersão elevada. Em relação às medidas de enviesamento e de achatamento, no sexo masculino a distribuição é simétrica e mesocúrtica, já no sexo feminino a distribuição é assimétrica, com enviesamento à esquerda, e

leptocúrtica assim como no total da amostra.

Quanto à análise da dependência dos idosos nas suas ABVD pelo índice de Barthel, a amostra varia entre os limites, mínimo e máximo, permitidos pela escala (0 e 100, respectivamente). Por sua vez, a média do índice Barthel é de 50.71 com um desvio padrão de 32.77 e uma dispersão elevada. Quanto às medidas de enviesamento e achatamento podemos afirmar que, no género masculino, estamos em presença de uma amostra simétrica e mesocúrtica, já no género feminino temos uma distribuição assimétrica, ligeiramente enviesada à direita, e mesocúrtica. No total da amostra a distribuição é simétrica e ligeiramente platicúrtica.

Relativamente à análise da dependência dos idosos nas suas AIVD pelo índice de Lawton, constatamos que a amostra oscila entre o valor mínimo de 11 e o máximo de 30 (sendo este o valor mais alto permitido pela escala). Por sua vez, a média é de 24.29, com um desvio padrão de 5.86 e um coeficiente de variação de 24.13%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada. Se tivermos em conta as medidas de enviesamento e achatamento podemos afirmar que, em ambos os géneros, a distribuição da amostra é simétrica e mesocúrtica. No entanto, no total da amostra verifica-se um ligeiro enviesamento à direita.

Quadro 6 – Estatísticas relativas à duração da dependência (em anos), total do índice de Barthel e total do índice de Lawton em função do género

	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Duração da dependência								
Masculino	30	0.50	10.0	3.47	2.30	1.571	-1.149	66.28
Feminino	33	0.50	20.0	4.67	3.99	4.846	7.110	85.44
Total	63	0.50	20.0	4.10	3.56	5.616	8.213	86.83
Total do índice Barthel								
Masculino	30	0	100	52.17	32.18	-0.431	-1.552	62.87
Feminino	33	0	100	49.39	33.74	-2.200	-1.595	68.31
Total	63	0	100	50.71	32.77	-0.443	-2.141	64.62
Total do índice Lawton								
Masculino	30	11	30	23.60	6.23	-1.635	-0.717	26.40
Feminino	33	13	30	24.91	5.53	-1.949	0.609	22.20
Total	63	11	30	24.29	5.86	-2.490	-0.871	24.13

No quadro 7 podemos verificar os níveis de dependência apresentados pelos idosos nas ABVD e nas AIVD. De acordo com o Índice de Barthel, 34.9% dos indivíduos apresenta dependência total ou severa nas suas ABVD, dos quais 23.8% são totalmente dependentes. De salientar que 47.6% dos indivíduos apresentam dependência ligeira a moderada e apenas 17.5% são independentes. Os resultados são semelhantes em ambos os géneros.

Quanto ao Índice de Lawton podemos observar que 74.6% são severamente dependentes e que nenhum idoso é independente nas AIVD. De salientar, também, que 25.4% dos indivíduos apresentam dependência moderada pelo que podemos inferir que todos necessitam de ajuda de alguém para a realização das atividades afetadas.

Quadro 7 – Caracterização do idosos dependente por género: dependência nas ABVD (Índice de Barthel) e nas AIVD (Índice de Lawton)

Variáveis \ Sexo	Masculino (N=30)		Feminino (N=33)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%
Níveis de Dependência nas ABVD						
Totalmente dependente	6	20.0	9	27.3	15	23.8
Severamente dependente	4	13.3	3	9.1	7	11.1
Moderadamente dependente	6	20.0	7	21.2	13	20.6
Ligeiramente dependente	8	26.7	9	27.3	17	27.0
Independente	6	20.0	5	15.2	11	17.5
Níveis de Dependência nas AIVD						
Severamente dependente	21	70.0	26	78.8	47	74.6
Moderadamente dependente	9	30.0	7	21.2	16	25.4
Independente	-	0.0	-	0.0	-	0.0

▪ **Caracterização do cuidador informal**

Com esta análise pretendemos efectuar a caracterização dos CIs, no que respeita ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação laboral, rendimento mensal, contexto residencial e perceção do seu estado de saúde.

A tabela 2 caracteriza a amostra de cuidadores no que diz respeito à idade em função do sexo. Assim, do total dos 63 sujeitos, 16 são do sexo masculino e 47 do sexo feminino. Apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 85 anos, com uma média de 60.05 anos, desvio padrão de 12.35 e coeficiente de variação de 20.56%, apontando para a existência de uma dispersão moderada à volta da média. Analisando a idade em função do género, constatamos que os cuidadores do sexo feminino possuem um mínimo mais alto (38 anos) e um máximo mais baixo (78 anos). Contudo, a dispersão dos dados é moderada nos dois sexos. De salientar ainda que os cuidadores do sexo masculino possuem uma média de idade mais elevada, 66.44 anos contra os 57.87 anos do sexo feminino. Através da análise das medidas de assimetria e de achatamento verificamos que, tanto na amostra total como em ambos os sexos, a distribuição é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade dos cuidadores informais segundo o género

Idade CI	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Masculino	16	31	85	66.44	14.53	-1.500	0.764	21.87
Feminino	47	38	78	57.87	10.84	0.262	-1.520	18.74
Total	63	31	85	60.05	12.35	0.003	1.072	20.56

O quadro 8 é referente à caracterização do CI. Pela análise da primeira variável, referente à distribuição da amostra em função do estado civil, verificamos que a grande maioria dos CIs são casados (71.4%), seguindo-se os divorciados com 12.7%. Os dados estatísticos do género evidenciam que existem 4 cuidadoras viúvas (8.5%), não se verificando nenhum indivíduo do sexo

masculino nessas condições.

Relativamente à escolaridade dos CIs, constatamos que a maioria (42 indivíduos) apresenta um grau de escolaridade entre o 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico, correspondendo a 66.7% do total da amostra. Destes, a maior frequência possui o 1.º ciclo do ensino básico (28.6%). Observamos também, que 11.1 % não concluiu o 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe), dos quais 6.3% não sabem ler nem escrever. Apenas 11.1% concluiu o ensino secundário e a mesma percentagem detém um curso superior. Na diferenciação quanto ao género, verificamos que o sexo feminino apresenta maior escolaridade em todos os escalões, exceto no ensino secundário.

Os CIs apresentam atividades profissionais bastante variadas, de nível intermédio e baixo, com predomínio das profissões não qualificadas (31.7%), seguidas das profissões ligadas à atividade do comércio (19%). Na análise mais detalhada verificamos que, no sexo masculino, predominam as profissões operárias juntamente com as profissões ligadas à agricultura. Já no sexo feminino os grupos mais significativos são as trabalhadoras não qualificadas (40%), onde se englobam as atividades domésticas, e as profissões ligadas ao comércio (21.3%).

No total da amostra, 49.2% dos CIs encontram-se reformados e 30.2% encontram-se empregados. Quanto ao género, verificamos que 75% dos CIs masculinos encontram-se reformados face aos 40.4% do sexo feminino. Já estas, por sua vez, 7 são domésticas e 6 encontram-se desempregadas, com uma percentagem total de 37.7%, não se verificando nenhum CI do sexo masculino nestas situações.

Quanto ao rendimento mensal auferido pelos CIs, 31.7% tem rendimentos entre 250 e 500 euros e 19% apresenta rendimentos entre os 500 e 750 euros. Existe ainda, uma percentagem significativa (14.3%) com rendimentos inferiores a 250 euros. Na análise relativa ao género verifica-se que 43.8% dos cuidadores masculinos apresentam, rendimentos entre os 250 e os 500 euros, no entanto, não existe nenhum CI do sexo masculino com rendimentos inferiores a 250 euros. Já no sexo feminino, 16 indivíduos (34%) apresenta rendimentos inferiores a 250 euros das quais, 7 (14.9%) não apresentam rendimentos mensais. Relativamente à residência, 42,9% dos CIs vive na cidade, uma percentagem semelhante (38.1%) vive em ambiente rural, em aldeia ou no campo, e 19 % vive inserido numa vila.

Analisando a avaliação que os CIs fazem do seu estado de saúde, podemos concluir que 60.3% referiu apresentar um nível de saúde “bom ou muito bom”, e 39.7% perceciona um nível de saúde “mau ou muito mau”. Face ao género, o sexo masculino perceciona, com pouca diferença, melhor estado de saúde que o sexo feminino.

Quadro 8 – Caracterização do cuidador por género: estado civil, habilitações literárias, grupo profissional, situação laboral, rendimento mensal, contexto residencial e perceção do seu estado de saúde

Variáveis (CI)	Sexo		Masculino (N=16)		Feminino (N=47)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado Civil								
Casado	12	75.0	33	70.2	45	71.4		
Solteiro	1	6.3	5	10.6	6	9.5		
Viúvo	-	0.0	4	8.5	4	6.3		
Divorciado	3	18.8	5	10.6	8	12.7		
Habilitações literárias								
Sem escolaridade	2	12.5	2	4.3	4	6.3		
Sabe ler e escrever	1	6.3	2	4.3	3	4.8		
1.º Ciclo ensino básico	4	25.0	14	29.8	18	28.6		
2.º Ciclo ensino básico	1	6.3	10	21.3	11	17.5		
3.º Ciclo ensino básico	3	18.8	10	21.3	13	20.6		
Ensino Secundário	4	25.0	3	6.4	7	11.1		
Ensino Superior	1	6.3	6	12.8	7	11.1		
Grupo Profissional								
Quadros Superiores	1	6.3	-	0.0	1	1.6		
Especialistas Intelectuais e científicos	1	6.3	3	6.4	4	6.3		
Técnicos nível intermédio	1	6.3	3	6.4	4	6.3		
Pessoal administrativo e similar	2	12.5	5	10.6	7	11.1		
Comércio / Vendedores	2	12.5	10	21.3	12	19.0		
Trabalhadores da agricultura	3	18.8	2	4.3	5	7.9		
Operários, artífices e similares	3	18.8	2	4.3	5	7.9		
Operadores de instalações e máquinas	2	12.5	3	6.4	5	7.9		
Trabalhadores não qualificados	1	6.3	19	40.4	20	31.7		
Situação laboral								
Empregado	4	25.0	15	31.9	19	30.2		
Desempregado	-	0.0	6	12.8	6	9.5		
Doméstico	-	0.0	7	14.9	7	11.1		
Reformado	12	75.0	19	40.4	31	49.2		
Rendimento Mensal (euros)								
Sem rendimentos	-	0.0	7	14.9	7	11.1		
Até 250	-	0.0	9	19.1	9	14.3		
De 250 a 500	7	43.8	13	27.7	20	31.7		
De 500 a 750	3	18.8	9	19.1	12	19.0		
De 750 a 1000	3	18.8	2	4.3	5	7.9		
De 1000 a 1500	3	18.8	2	4.3	5	7.9		
Mais de 1500	-	0.0	5	10.6	5	7.9		
Contexto residencial								
Aldeia	6	37.5	18	38.3	24	38.1		
Vila	1	6.3	11	23.4	12	19.0		
Cidade	9	56.3	18	38.3	27	42.9		
Perceção do estado de saúde								
Muito boa	2	12.5	6	12.8	8	12.7		
Boa	9	56.3	21	44.7	30	47.6		
Fraca	4	25.0	15	31.9	19	30.2		
Muito fraca	1	6.3	5	10.6	6	9.5		

▪ **Caracterização circunstancial à prestação de cuidados**

Na caracterização circunstancial inerente à prestação de cuidados, considerámos os seguintes indicadores: relação de parentesco com o ID, razão pelo qual é o principal cuidador, se tem outras pessoas dependentes, há quanto tempo cuida do ID, quantas horas passa junto dele, se tem ajuda de

alguém e quem são essas pessoas, se tem ajuda de alguma instituição e se tem a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira e expressamos os resultados no quadro 9.

Quanto à distribuição da amostra em função do parentesco, a grande maioria dos CIs são filhos ou cônjuges do ID (79.4%). Os restantes possuem outros graus de parentesco. Sendo certo que os CIs do sexo feminino são, na maioria, filhas (57.4%), e no sexo masculino são os cônjuges que apresentam maior percentagem (43.8%).

Relativamente às razões mais apontadas para ser o principal cuidador verificamos que 46.0% são CIs por iniciativa própria e 39.7% assumiram esse papel por ser a única pessoa que poderia fazê-lo. Do total da amostra, 82.5% não prestam apoio e/ou cuidados a outros sujeitos dependentes e 17.5% referem que sim, sendo as mulheres que apresentam maior percentagem nesta matéria com 21.3% (não foram tidos em conta os cuidadores que têm que prestar apoio a crianças, sejam elas filhos, netos ou outros).

No que concerne à distribuição da amostra em função do tempo de prestação de cuidados, constatamos que a maioria dos CIs (52.4%) assumiram esse papel há mais de quatro anos e 25.4% prestam cuidados num intervalo de tempo entre seis meses a um ano. Dos restantes, 15.9% prestam cuidados há mais de um ano e menos de dois, e 6.3% há mais de 2 e menos de 4 anos. Quanto ao tempo que o CI passa junto do ID, por necessidade deste, verifica-se que a maioria (75.6%) passa diariamente mais de 6 horas, sendo que, 34.9% corresponde àqueles que passam de 18 a 24 horas diárias. São os CIs do sexo feminino que passam mais horas junto do ID, principalmente na categoria das 18 a 24 horas, com uma percentagem de 38.3% indivíduos face aos 25.0% do sexo masculino. Na análise desta distribuição, parece-nos importante referir que a entrevista foi conduzida no sentido de saber o tempo destinado “ao cuidar” e também “na supervisão do idoso”, o que explica valores de prestação de cuidados de 18 a 24 horas por dia. Esta necessidade foi, várias vezes, justificada pelos cuidadores que relataram um estado de vigilância, mesmo durante o sono.

Quanto ao facto do cuidador ter, ou não, ajuda de alguém, na prestação de cuidados, a maioria (66.7%) dos CIs tem ajuda de alguém para cuidar do ID já 33.3% refere não dispor dessa ajuda, sendo este resultado mais expressivo no sexo feminino. Quem mais ajuda os CIs do sexo feminino é o marido (27.3%), seguido dos filhos (19%), empregada (19%) e irmãos (15.2%), respectivamente. Já os CIs do sexo masculino, com menos ajudas, referem, em primeiro lugar a empregada (33%) seguida dos filhos (22.2%) e só depois os restantes familiares. A maioria dos CIs, 57.1%, não tem ajuda ou apoio de qualquer instituição e 50.8% refere não ter a quem recorrer se precisar de ajuda financeira, sendo estes dois aspectos ligeiramente mais acentuados no sexo feminino.

Quadro 9 – Caracterização circunstancial, por género: parentesco com o idoso dependente, razão do cuidar, se cuida de outras pessoas dependentes, duração e intensidade do cuidar, tipo de ajuda

Variáveis	Sexo		Total			
	Masculino (N=16)		Feminino (N=47)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%
Parentesco com o ID						
Cônjuge	7	43.8	10	21.3	17	27.0
Filho (a)	6	37.5	27	57.4	33	52.4
Nora/genro	1	6.3	1	2.1	2	3.2
Vizinho(a)/amigo(a)	1	6.3	1	2.1	2	3.2
Outro familiar	1	6.3	8	17.0	9	14.2
Razão do cuidar						
Iniciativa própria	7	43.8	22	46.8	29	46.0
Por ser a única pessoa que podia assumir este papel	6	37.5	19	40.4	25	39.7
Por decisão familiar	1	6.3	5	10.6	6	9.5
Por solicitação da pessoa dependente	2	12.5	1	2.1	3	4.8
Cuida de outras pessoas dependentes						
Sim	1	6.3	10	21.3	11	17.5
Não	15	93.8	37	78.7	52	82.5
Duração dos cuidados						
6 meses a 1 ano	3	18.8	13	27.7	16	25.4
1 a 2 anos	3	18.8	7	14.9	10	15.9
2 a 4 anos	2	12.5	2	4.3	4	6.3
Mais de 4 anos	8	50.0	25	53.2	33	52.4
Intensidade do cuidar						
Contactos pontuais	-	0.0	5	10.6	5	7.9
Até 6 horas	5	31.3	6	12.8	11	17.5
6 a 12 horas	4	25.0	12	25.5	16	25.4
12 a 18 horas	3	18.8	6	12.8	9	14.3
18 a 24 horas	4	25.0	18	38.3	22	34.9
TIPO DE AJUDA						
Tem ajuda de alguém						
Sim	9	56.3	33	70.2	42	66.7
Não	7	43.8	14	29.8	21	33.3
Quem ajuda						
Pai/ mãe	1	11.1	4	12.1	5	11.9
Irmão(ã)	1	11.1	5	15.2	6	14.3
Marido/esposa	1	11.1	9	27.3	10	23.8
Vizinho	1	11.1	1	3.0	2	4.8
Filho(s)	2	22.2	6	18.2	8	19.0
Empregada	3	33.3	5	15.2	8	19.0
Outro familiar	-	0.0	3	9.1	3	7.1
Apoio de instituições						
Sim	8	50	19	40.4	27	42.9
Não	8	50	28	59.6	36	57.1
Ajuda financeira						
Sim	9	56.3	22	46.8	31	49.2
Não	7	43.8	25	53.2	32	50.8

O quadro 10 continua a ser respeitante à caracterização circunstancial da prestação de cuidados. D análise da variável “com quem mora o ID”, podemos observar que a maioria mora com o CI (52.4%), 30.2% moram com a esposa e 12.7% moram sozinhos. Na análise em função do género, o valor mais expressivo refere-se aos IDs que moram com o CI do sexo masculino (62.5%),

resultado que se encontra em consonância com o facto de serem maioritariamente cônjuges. Quanto ao local onde o ID mora, 61.9% mora na sua habitação enquanto que 31.7% mora na habitação do CI. Do total da amostra, 44.4% dos IDs deslocam-se pelo seu pé, 34.9% deslocam-se apenas de maca e 20.6% necessitam de uma cadeira de rodas. Relativamente ao transporte mais utilizado no acesso aos serviços de saúde surge em primeiro lugar o transporte de familiares e vizinhos, com 42.9%, e de seguida a ambulância com 41.3%.

Quadro 10 – Caracterização circunstancial por género: com quem mora o idoso dependente e onde, como se desloca e qual o transporte utilizado para aceder aos serviços de saúde

Variáveis	Sexo		Total			
	Masculino (N=16)		Feminino (N=47)		Total (N=63)	
	n	%	n	%	n	%
Com quem mora o ID						
Sozinho	2	12.5	6	12.8	8	12.7
Com a esposa	4	25.0	15	31.9	19	30.2
Com o cuidador informal	10	62.5	23	48.9	33	52.4
Com filhos	-	0.0	3	6.4	3	4.8
O ID mora onde						
Habitação própria	11	68.8	28	59.6	39	61.9
Habitação do cuidador Informal	5	31.3	15	31.9	20	31.7
Habitação arrendada	-	0.0	4	8.5	4	6.3
Como se desloca o ID						
Pelo próprio pé	8	50.0	20	42.6	28	44.4
Cadeira rodas	3	18.8	10	21.3	13	20.6
Maca	5	31.3	17	36.2	22	34.9
Transporte utilizado						
Transporte próprio	2	12.5	5	10.6	7	11.1
Transporte de familiares/vizinhos	8	50.0	19	40.4	27	42.9
Transporte público	1	6.3	2	4.3	3	4.8
Ambulância	5	31.3	21	44.7	26	41.3

▪ **Caracterização da sobrecarga apresentada pelos cuidadores informais**

A caracterização da sobrecarga do cuidador informal baseia-se na análise dos scores do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal cujos resultados passamos a apresentar.

Da análise da tabela 3, alusiva à sobrecarga do cuidador informal segundo o sexo, podemos verificar que os níveis de sobrecarga variam entre um mínimo de 40 e um máximo de 120. De salientar que os limites permitidos pelo índice se situam no intervalo 32 – 160. O valor da média de sobrecarga é de 83.1 com um desvio padrão de 20.25 e com uma dispersão moderada. A distribuição estatística quanto ao género é muito idêntica em todos os valores. No que concerne às medidas de assimetria e achatamento a amostra apresenta-se simétrica e mesocúrtica. Esta classificação é válida quer falemos do total dos sujeitos cuidadores, quer os agrupemos em função do sexo.

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao total do QASCI segundo o género

QASCI	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Masculino	16	40	120	83.06	21.19	-0.576	-0.163	25.51
Feminino	47	41	119	83.11	20.16	-1.242	-0.438	24.26
Total	63	40	120	83.10	20.25	-1.301	-0.587	24.37

De forma a poder analisar e comparar os vários fatores do QASCI entre si, transformámos os seus valores em percentagens. Assim, o mínimo possível é 0 e o máximo é 100 (que equivale a 100%).

Analisando o quadro 11 verificamos que existem, em todas as dimensões, CIs que apresentam sobrecarga mínima de 0 (nenhuma sobrecarga) e sobrecarga próxima de 100 (sobrecarga máxima possível), o que é sustentado pelos coeficientes de variação que revelam, em todos os fatores, uma dispersão elevada. Apenas nas *reações a exigências* o máximo registado é inferior a 90% (valor máximo de 65), atingindo também uma média relativamente baixa (27.14) e desvio padrão de 17.95. Os fatores onde, em média, os CIs apresentam maior sobrecarga são: *Implicação na vida pessoal*, com valor médio de 50.25 e desvio padrão de 21.12; *perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo*, com valor médio de 45.37 e desvio padrão 22.59 e na *sobrecarga emocional*, com um valor médio de 43.65 e desvio padrão de 22.94.

Na análise em função do género encontramos maior discrepância no fator *suporte familiar*, este relaciona-se com o reconhecimento e apoio da família para com o CI, onde é perceptível a maior falta de apoio ao sexo feminino. As cuidadoras apresentam, neste fator, um valor médio de sobrecarga de 38.30 e desvio padrão de 33.01, comparativamente com os CIs masculinos, com o valor médio de 28.13 e desvio padrão de 32.11. As medidas de assimetria e achatamento revelam que estamos perante uma amostra simétrica e mesocúrtica, exceto no fator *satisfação com o papel e com o familiar* onde a amostra se apresenta assimétrica, com enviesamento à esquerda, e mesocúrtica.

Quadro 11 – Estatísticas relativas aos fatores do QASCI segundo o género

Fatores QASCI	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Sobrecarga emocional								
Masculino	16	0.0	93.75	40.63	25.62	0.730	-0.333	63.06
Feminino	47	0.0	87.50	44.68	22.15	-0.703	-0.761	49.57
Total	63	0.0	93.75	43.65	22.94	-0.212	-1.012	52.55
Implicações na vida do CI								
Masculino	16	0.0	79.55	48.15	20.33	-1.468	0.796	42.22
Feminino	47	4.55	93.18	50.97	21.55	-0.530	-0.733	42.28
Total	63	0.0	93.18	50.25	21.12	-0.970	-0.466	42.03
Sobrecarga financeira								
Masculino	16	0.0	87.50	39.06	31.25	0.284	-1.079	80.00
Feminino	47	0.0	100.0	37.77	33.63	1.282	-1.543	89.04
Total	63	0.0	100.0	38.10	32.80	1.252	-1.813	86.09

(continua)

(continuação)

Fatores QASCI	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Reações a exigências								
Masculino	16	5.0	65.00	31.56	19.21	0.603	-1.069	60.86
Feminino	47	0.0	60.0	25.64	17.46	0.565	-1.562	68.10
Total	63	0.0	65.0	27.14	17.95	0.848	-1.661	66.14
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo								
Masculino	16	0.0	91.67	50.53	29.26	-0.855	-0.568	57.92
Feminino	47	0.0	100.0	43.62	19.90	0.519	1.373	45.62
Total	63	0.0	100.0	45.37	22.59	0.043	0.171	49.79
Suporte familiar								
Masculino	16	0.0	100.0	28.13	32.11	1.828	0.075	114.17
Feminino	47	0.0	100.0	38.30	33.01	0.795	-1.852	86.19
Total	63	0.0	100.0	35.71	32.83	1.427	-1.903	91.94
Satisfação com o papel e com o familiar								
Masculino	16	0.0	75.0	28.13	23.30	1.436	0.280	82.84
Feminino	47	0.0	100.0	25.43	25.64	3.349	0.858	100.83
Total	63	0.0	100.0	26.11	24.91	3.513	0.677	95.40

▪ **Caracterização das dificuldades sentida pelos cuidadores informais**

A caracterização das dificuldades percebidas pelo cuidador informal assenta na análise dos valores estatísticos do total do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador cujos dados apresentamos de seguida.

De acordo com a tabela 4, o score relativo às dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados varia entre um mínimo de 31 e um máximo de 117, sendo que os valores limite admitidos pela escala utilizada se situam no intervalo entre 30 e 120. O valor da média é de 67.38 com um desvio padrão de 18.07. Os resultados do coeficiente de variação apontam para uma dispersão média. Os valores encontrados são idênticos em função do género. As medidas de assimetria e achatamento dizem que estamos em presença de uma amostra simétrica e mesocúrtica.

Tabela 4 – Estatísticas relativas ao total da CADI segundo o género

CADI	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Masculino	16	31	112	68.37	19.30	0.170	0.951	28.23
Feminino	47	34	117	67.04	17.80	1.375	1.451	26.61
Total	63	31	117	67.38	18.07	1.215	1.334	26.82

De forma a poder analisar e comparar os vários fatores do CADI, entre si, calculamos as percentagens ponderadas de cada dimensão. Como podemos verificar no quadro 12 existem, em praticamente todas as dimensões, CIs que apresentam o valor mínimo de 0 (nenhuma dificuldade) e valor máximo de 100 (que equivale a 100%), o que é demonstrado pelos coeficientes de variação que revelam uma dispersão muito elevada. Os fatores onde, em média, os CIs apresentam maiores

dificuldades são: *exigências do cuidar*, com valor médio de 52.76 e desvio padrão de 26.37; *reações ao cuidar*, com valor médio de 45.63 e desvio padrão 21.79 e *restrições sociais*, com valor médio de 43.54 e desvio padrão de 23.96, que demonstra a perturbação que os CI sentem devido à falta de tempo para si mesmo, família e amigos, revelando assim, uma diminuição da sua qualidade de vida. Na análise do género, o sexo feminino apresenta um valor médio de dificuldades superior ao sexo masculino, 44.58 e 40.48, respectivamente.

O valor médio de dificuldades mais baixo corresponde ao fator *problemas relacionais*, com 30.22 e desvio padrão de 24.8. Neste fator o sexo masculino apresenta maiores dificuldades, com valor médio de 35.42 e desvio padrão de 24.34, face ao valor médio de 28.46 e desvio padrão de 24.96 no sexo feminino. Na análise do género também encontramos outra diferença considerável no *apoio familiar* para com o CI, onde é perceptível a falta de apoio ao sexo feminino, com valor médio de dificuldades de 37.79 e desvio padrão de 38.46, já no sexo masculino, o valor médio é de 30.20 com um desvio padrão de 31.75. Estes dados são consistentes com os encontrados na análise do QASCI em função do género. As medidas de assimetria e achatamento revelam uma amostra simétrica e mesocúrtica, exceto: no fator *problemas relacionais*, onde a amostra se apresenta assimétrica, com enviesamento à esquerda, e mesocúrtica, tanto na amostra total como no sexo feminino; e no fator *apoio familiar* onde se verifica uma distribuição simétrica e platicúrtica, tanto na amostra total como no sexo feminino.

Quadro 12 – Estatísticas relativas aos fatores do CADI segundo o género

VARIÁVEIS	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Problemas relacionais								
Masculino	16	0	75	35.42	24.34	-0.078	-1.151	68.73
Feminino	47	0	100	28.46	24.96	3.216	0.996	87.70
Total	63	0	100	30.22	24.80	2.692	-0.089	82.06
Restrições sociais								
Masculino	16	0	100	40.48	27.66	0.287	-0.165	68.32
Feminino	47	0	100	44.58	22.80	0.689	0.122	51.15
Total	63	0	100	43.54	23.96	0.556	-0.094	55.03
Exigências do cuidar								
Masculino	16	5	100	54.46	30.81	-0.606	-0.817	56.57
Feminino	47	5	100	52.18	25.02	-0.190	-1.233	47.95
Total	63	5	100	52.76	26.37	-0.464	-1.437	49.97
Reações ao Cuidar								
Masculino	16	0	92	47.40	21.88	-0.564	0.744	46.17
Feminino	47	0	100	45.04	21.96	-0.104	0.184	48.75
Total	63	0	100	45.63	21.79	-0.334	0.217	47.74
Apoio Familiar								
Masculino	16	0	100	30.21	31.75	1.362	-0.323	105.10
Feminino	47	0	100	37.59	38.46	1.202	-2.115	102.31
Total	63	0	100	35.71	36.77	1.662	-2.106	102.95
Apoio profissional								
Masculino	16	0	100	40.62	34.41	0.089	-1.313	84.71
Feminino	47	0	100	37.23	32.83	1.124	-1.489	88.17
Total	63	0	100	38.10	32.99	0.983	-1.919	86.57

3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (PESTANA e GAGEIRO, 2003). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e os dois índices, QASCI e CADI, por nós utilizados, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Influência das características do idoso (grau de dependência ABVD e grau de dependência nas AIVD) na sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador informal

Das várias características do ID, estudamos apenas a influência das variáveis “grau de dependência nas ABVD” e “grau de dependência nas AIVD” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades, visto existir uma consonância de resultados, nos vários estudos consultados, de não verificação de diferenças significativas entre os grupos passíveis de se formar dentro das variáveis em estudo sobre os dois índices.

▪ **Dependência do idoso nas ABVD versus Sobrecarga e dificuldades**

De forma a encontrar resultados mais consistentes reestruturámos os dados colhidos, relativos à dependência dos idosos nas ABVD, ficando com três níveis de dependência (cf. Quadro 13) com os seguintes elementos: 22 CIs de idosos com dependência severa ou total (grupo A), 13 CIs de idosos com dependência moderada (grupo B) e 28 CIs de idosos independentes ou com ligeira dependência (grupo C).

Quanto ao efeito da variável “dependência do idoso nas ABVD” sobre o índice de sobrecarga, pelas análises de variância encontramos diferenças muito significativas nos fatores: *implicações na vida do CI* ($F=5.069$, $p=0.009$), *suporte familiar* ($F=6.623$, $p=0.003$) e *QASCI total* ($F=5.610$, $p=0.005$). Após aplicação do teste Post-Hoc de Tukey verificamos que: no fator *implicações na vida do CI* existe uma diferença muito significativa entre o grupo A ($M=61.05$) e o grupo C ($M=43.66$, Tukey=0.009), sugerindo maiores repercussões negativas, tais como diminuição do tempo disponível e afetação da saúde, nos CIs de idosos com dependência severa ou total comparativamente com os CIs dos idosos independentes ou com dependência ligeira; no fator

suporte familiar existe uma diferença muito significativa entre A (M=54.54) e C (M=24.55, Tukey=0.003) e uma diferença ligeiramente significativa entre A (M=54.54) e B (M=27.88, Tukey=0.038), demonstrando uma maior percepção da falta de suporte familiar por parte dos CIs de idosos com dependência severa ou total comparativamente com os restantes CIs. No *QASCI total* existe uma diferença muito significativa verificando-se uma maior sobrecarga do grupo A (M=48.29) em relação ao grupo C (M=34.51, Tukey=0.005), sugerindo que as diferenças encontradas nos outros fatores são suficientes para influenciar, de forma estatisticamente significativa, o total do índice de sobrecarga.

Relativamente à influência da variável nas dificuldades do cuidador pelas análises de variância verificamos a existência de um efeito significativo sobre os fatores: *restrições sociais* (F=6.259, p=0.003), *exigências do cuidar* (F=12.774, p=0.000), *reações ao cuidar* (F=5.918, p=0.005), *apoio familiar* (F=3.586, p=0.034) e *CADI total* (F=7.922, p=0.001). Após aplicação do teste Post-Hoc de Tukey verificamos que estas diferenças se situam todas entre os grupos A e C com ligeira significância no fator *apoio familiar* e muita significância nos restantes.

Desta forma, a generalidade dos resultados obtidos é de confirmação de efeitos significativos da variável “dependência do idoso nas ABVD” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador. Verificamos, com valores estatisticamente muito significativos (P<0.01), que o grupo de CIs de idosos com dependência severa ou total, apresentam, no total, maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os CIs de idosos com dependência ligeira ou independentes.

Quadro 13 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável dependência do idoso nas ABVD sobre os fatores e total do *QASCI* e do *CADI*

FATORES QASCI		Sobrecarga emocional	Implicações na vida do CI	Sobrecarga financeira	Reações q exigências do cuidar	Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	Suporte familiar	Satisfação com o papel e com o familiar	QASCI total
VARIÁVEIS	n								
Dependência nas ABVD		Valores Médios							
A – Severa ou Total	22	50.28	61.05	38.63	32.04	51.13	54.54	34.54	48.29
B – Moderada	13	43.26	46.15	54.80	24.61	42.30	27.88	20.00	37.37
C – Independente ou ligeira dependência	28	38.61	43.66	29.91	24.46	42.26	24.55	22.32	34.51
		Análise de Variância							
F		1.629	5.069	2.703	1.272	1.105	6.623	2.043	5.610
P		0.205	0.009	0.075	0.288	0.338	0.003	0.139	0.006
		Post-Hoc (Tukey)							
P			0.009 (A>C)				0.038 (A>B)		0.005 (A-C)
P							0.003 (A>C)		

(continua)

FATORES CADI		Problemas relacionais	Restrições Sociais	Exigências do cuidar	Reações ao cuidar	Apoio familiar	Apoio profissional	CADI total
VARIÁVEIS	n							
Dependência nas ABVD		Valores Médios						
A – Severa ou Total	22	36.93	56.71	70.56	57.20	50.76	42.42	53.38
B – Moderada	13	25.64	40.29	53.85	43.59	35.90	47.44	40.17
C – Independente ou ligeira dependência	28	27.08	34.69	38.27	37.50	23.81	(continuação)	
		Análise de Variância						
F		1.262	6.259	12.774	5.918	3.586	1.505	7.922
P		0.290	0.003	0.000	0.005	0.034	0.230	0.001
		Post-Hoc (Tukey)						
P			0.003 (A>C)	0.000 (A>C)	0.003 (A>C)	0.025 (A>C)		0.001 (A>C)

▪ *Dependência do idoso nas AIVD versus Sobrecarga e dificuldades*

Quanto à influência da variável “dependência do idoso nas AIVD” sobre a sobrecarga do cuidador, pelos resultados dos testes *t* de Student (cf. quadro 14), constatamos a existência de diferenças muito significativas nos fatores *implicações na vida do CI* ($t=2.854$, $p=0.006$), *suporte familiar* ($t=3.373$, $p=0.002$) e no *QASCI total* ($t=2.965$, $p=0.004$).

Relativamente às dificuldades manifestadas pelo CI, os cuidadores de idosos com dependência severa diferenciam-se, de forma ligeiramente significativa, dos cuidadores de idosos com dependência moderada nas AIVD, nos fatores *restrições sociais CI* ($t=2.405$, $p=0.019$), *reações ao cuidar* ($t=2.620$, $p=0.011$) e *apoio familiar* ($t=2.273$, $p=0.030$), e de forma muito significativa nos fatores *exigências do cuidar* ($t=3.546$, $p=0.001$), e no *CADI total* ($t=2.900$, $p=0.005$).

Face a estes resultados, constatamos que os CIs de idosos com dependência severa nas AIVD se diferenciam significativamente dos CIs de idosos com dependência moderada, sendo os primeiros a apresentar maiores índices de sobrecarga e de dificuldades na maioria dos fatores e no total dos dois índices.

Quadro 14 – Resultados do teste *t* de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função do nível de dependência do idoso nas AIVD

Fatores QASCI	Dependência nas AIVD	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Severa	47	46.14	23.07	0.293	0.590	1.493	0.141
	Moderada	16	36.32	21.55				
Implicações na vida do CI	Severa	47	54.44	20.73	0.899	0.347	2.854	0.006
	Moderada	16	37.92	17.55				
Sobrecarga financeira	Severa	47	41.22	34.56	2.943	0.091	1.305	0.197
	Moderada	16	28.90	25.70				
Reações a exigências do cuidar	Severa	47	28.93	18.67	4.444	0.039	1.528	0.136
	Moderada	16	21.87	14.93				

(continua)

(continuação)

Fatores QASCI	Dependência nas AIVD	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	Severa	47	48.04	21.08	1.230	0.272	1.635	0.107
	Moderada	16	37.50	25.63				
Suporte familiar	Severa	47	41.75	34.30	9.466	0.003	3.373	0.002
	Moderada	16	17.96	19.87				
Satisfação com o papel e com o familiar	Severa	47	28.61	26.55	2.338	0.131	1.378	0.173
	Moderada	16	18.75	18.02				
QASCI total	Severa	47	43.16	15.48	0.619	0.435	2.965	0.004
	Moderada	16	30.37	13.01				
Fatores CADI								
Problemas relacionais	Severa	47	32.27	25.12	0.206	0.652	1.124	0.265
	Moderada	16	24.22	23.53				
Restrições Sociais	Severa	47	47.62	23.53	0.018	0.892	2.405	0.019
	Moderada	16	31.55	21.63				
Exigências do cuidar	Severa	47	59.07	24.21	0.205	0.652	3.546	0.001
	Moderada	16	34.23	24.17				
Reações ao cuidar	Severa	47	49.65	20.55	0.147	0.702	2.620	0.011
	Moderada	16	33.85	21.61				
Apoio familiar	Severa	47	41.13	37.40	4.071	0.048	2.273	0.030
	Moderada	16	19.79	30.56				
Apoio profissional	Severa	47	40.78	32.93	0.023	0.879	1.109	0.272
	Moderada	16	30.21	32.89				
CADI total	Severa	47	45.57	19.60	0.007	0.933	2.900	0.005
	Moderada	16	29.65	16.89				

Influência das características do cuidador informal (género, idade, grau de parentesco, estado civil, situação laboral, rendimento mensal e percepção do estado de saúde) sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades

▪ **Género versus Sobrecarga e Dificuldades**

Em relação à influência da variável “género”, os resultados dos testes *t* de Student, tendo por referência os índices de sobrecarga e dificuldades sentidas pelos CI (cf. quadro 15), sugerem que os sujeitos do sexo masculino não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino relativamente aos diferentes fatores do QASCI e do CADI. Esta constatação permite inferir que, em função do género, existe uma homogeneidade nos scores médios obtidos nas sete dimensões do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, bem como nas seis dimensões do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.

Todavia, uma análise cuidadosa dos dados evidencia que são os homens a apresentar maior percepção de sobrecarga, nos fatores: *sobrecarga financeira; reações a exigências do cuidar; percepção de mecanismos de eficácia e de controlo; e satisfação com o papel e com o familiar*. Já as mulheres evidenciam maiores níveis de sobrecarga nos fatores associados à componente *emocional, implicações na vida do CI e suporte familiar*. No que diz respeito à percepção de dificuldades, são os homens que, genericamente, evidenciam mais dificuldades comparativamente às mulheres, exceção

feita nas dimensões *restrições sociais e apoio familiar*.

Quadro 15 – Resultados do teste t de Student: sobrecarga e dificuldades em função do gênero do cuidador

Fatores QASCI	Sexo	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Masculino	16	40.62	25.61	0.688	0.410	-0.608	0.546
	Feminino	47	44.68	22.15				
Implicações na vida do CI	Masculino	16	48.15	20.33	0.499	0.483	-0.457	0.649
	Feminino	47	50.96	21.55				
Sobrecarga financeira	Masculino	16	39.06	31.25	0.436	0.511	0.135	0.893
	Feminino	47	37.76	33.63				
Reações a exigências do cuidar	Masculino	16	31.56	19.21	0.146	0.704	1.143	0.258
	Feminino	47	25.63	17.46				
Percepção de mecanismos de eficácia e de controle	Masculino	16	50.52	29.26	4.569	0.037	0.877	0.391
	Feminino	47	43.61	19.90				
Suporte familiar	Masculino	16	28.12	32.11	0.333	0.566	-1.072	0.288
	Feminino	47	38.29	33.01				
Satisfação com o papel e com o familiar	Masculino	16	28.12	23.30	0.293	0.590	0.372	0.711
	Feminino	47	25.42	25.64				
QASCI total	Masculino	16	39.89	16.55	0.024	0.879	-0.007	0.994
	Feminino	47	39.92	15.75				
Fatores CADI								
Problemas relacionais	Masculino	16	35.42	24.34	0.045	0.833	0.969	0.336
	Feminino	47	28.46	24.95				
Restrições Sociais	Masculino	16	40.48	27.65	1.106	0.297	-0.589	0.558
	Feminino	47	44.58	22.80				
Exigências do cuidar	Masculino	16	54.46	30.81	0.708	0.404	0.297	0.767
	Feminino	47	52.18	25.02				
Reações ao cuidar	Masculino	16	47.40	21.88	0.028	0.868	0.372	0.711
	Feminino	47	45.04	21.95				
Apoio familiar	Masculino	16	30.21	31.75	3.437	0.069	-0.691	0.492
	Feminino	47	37.59	38.45				
Apoio profissional	Masculino	16	40.62	34.41	0.215	0.644	0.353	0.726
	Feminino	47	37.23	32.82				
CADI total	Masculino	16	42.63	21.44	0.006	0.939	0.253	0.801
	Feminino	47	41.15	19.81				

▪ **Idade versus Sobrecarga e Dificuldades**

Para se quantificar a associação entre a “idade” e as variáveis dependentes em estudo (sobrecarga e dificuldades do CI) recorreremos à *Correlação de Pearson* que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo por referência o nível de sobrecarga avaliado pelo QASCI (cf. Tabela 5), expressam apenas a existência de uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a idade e o fator *percepção de mecanismos de eficácia e de controle*, o que nos leva a inferir que quanto mais velhos são os cuidadores maior é a sobrecarga subjacente a este fator. Porém é salientar que a força da correlação é fraca ($r < \pm 0.3$).

Tabela 5 – Resultados da Correlação de Pearson: sobrecarga do cuidador em função da idade

Fatores QASCI	r	p
Sobrecarga emocional	0.162	0.205
Implicações na vida do CI	0.245	0.053
Sobrecarga financeira	0.224	0.078
Reações a exigências do cuidar	0.017	0.897
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	0.295	0.019
Suporte familiar	0.013	0.922
Satisfação com o papel e com o familiar	0.035	0.782
QASCI total	0.224	0.078

Centrando-nos agora na análise dos resultados das correlações, tendo por referência as dificuldades do cuidador informal avaliadas pelo CADI (cf. Tabela 6), constatamos que os mesmos expressam a existência de: associações muitíssimo significativas ($p < 0.001$) entre a idade e o fator *Exigências do cuidar* ($r = 0.459$); associações muito significativas ($p < 0.01$) entre a idade e o *CADI Total* ($r = 0.342$); e associações ligeiramente significativas ($p < 0.05$) entre a idade e o fator *reações ao cuidar* ($r = 0.317$). O facto de as associações serem positivas indicia que a intensidade da associação entre essas variáveis se faz no mesmo sentido, ou seja quanto maior a idade maiores as dificuldades.

Tabela 6 – Resultados da Correlação de Pearson: dificuldades do cuidador em função da idade

Fatores CADI	r	p
Problemas relacionais	0.230	0.069
Restrições Sociais	0.165	0.197
Exigências do cuidar	0.459	0.000
Reações ao cuidar	0.317	0.011
Apoio familiar	0.123	0.337
Apoio profissional	0.169	0.185
CADI total	0.342	0.006

Para se verificar, empiricamente, a influência das variáveis (*grau de parentesco, estado civil, situação laboral e rendimento mensal actual*) sobre a sobrecarga e dificuldades do CI recorreremos à análise de variância pelo procedimento ANOVA, e, sempre que necessário, aplicamos o teste Post-Hoc de Tukey, de forma a localizar e identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo. Os resultados desta análise estatística estão expressos em dois quadros: o quadro 16 que retrata os efeitos das variáveis no total do QASCI e nas suas sete dimensões; e o quadro 17 que contextualiza os efeitos das mesmas variáveis no total CADI e nas suas seis dimensões.

▪ **Grau de parentesco versus Sobrecarga e dificuldades**

Considerando o efeito da variável “grau de parentesco” entre o CI e o ID, a generalidade dos resultados obtidos é de não verificação de efeitos significativos desta variável sobre os vários fatores do QASCI e do CADI.

▪ **Estado civil versus Sobrecarga e dificuldades**

Em relação ao efeito da variável “estado civil” na sobrecarga do CI verificamos que os

Comentário [c1]: Vim aqui alterar ... pois o sentido correcto é este que agora aqui está.

Comentário [c2]: Vim aqui também alterar um pouco.

valores médios de sobrecarga são, na generalidade, muito semelhantes entre os vários grupos. Porém, as análises de variância assinalam um efeito ligeiramente significativo ($p < 0.05$) em dois fatores: na *perceção de mecanismos de eficácia e de controlo* ($F=3.445$, $p=0.038$) e no *suporte familiar* ($F=3.310$, $p=0.043$). Pela aplicação dos testes Post-Hoc de Tukey verificamos que: no fator *perceção de mecanismos de eficácia e de controlo* existe uma diferença ligeiramente significativa, entre os CIs - casados ($M=48.70$) e os CIs - solteiros/divorciados ($M=32.14$, $Tukey=0.041$), sugerindo que os CIs - casados apresentam mais sobrecarga relativa à manutenção da relação de prestação de cuidados com menor capacidade de adaptação a esse papel; no fator *suporte familiar* existe, também entre estes mesmos grupos, uma diferença ligeiramente significância, sendo que, neste caso, os CIs - solteiros/divorciados ($M=54.46$) apresentam maior sobrecarga face aos casados ($M=31.11$, $Tukey=0.046$), sugerindo que CIs - solteiros/divorciados apresentam maior sobrecarga devido à falta de apoio por parte de outros familiares.

Relativamente ao efeito do estado civil nas dificuldades do CI, a análise dos valores médios mostra-nos que os CIs viúvos apresentam tendencialmente maiores dificuldades a todos os níveis exceto no fator *apoio familiar*, quando comparados com os grupos dos casados e solteiros/divorciados. No entanto, pelos resultados das análises de variância, estas diferenças não são estatisticamente significativas nos diversos fatores e total do CADI.

▪ **Situação laboral versus Sobrecarga e dificuldades**

Considerando o efeito da variável “situação laboral” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do CI, a análise dos valores médios indica que os empregados apresentam menor sobrecarga que os restantes grupos na maioria dos fatores e no total dos dois índices.

Quanto à influência da variável sobre a sobrecarga do cuidador, as análises de variância destacam a existência de efeito significativo da variável nos fatores *implicações na vida do CI* ($F=2.811$, $p=0.047$), e *sobrecarga financeira* ($F=5.759$, $p=0.002$). Os testes Pós-Hoc de Tukey indicam que a diferença no fator *implicações na vida do CI* situa-se entre os CIs - reformados ($M=56.23$) e os CIs - empregados ($M=39.23$, $Tukey 39.23$), sendo os reformados que apresentam maior sobrecarga. O efeito da variável sobre o fator *implicações na vida do cuidador informal*, que é o fator com mais peso na determinação do índice total de sobrecarga, com 11 itens, levou-nos a pensar que a variável “emprego” poderá ter alguma influência sobre os níveis de sobrecarga do cuidador. Desta forma, restructurámos a categorização dos dados colhidos, ficando assim com as categorias: CIs - ativos (empregados) e CIs - inativos (desempregados + domésticos + reformados). Para testarmos esta influência recorreremos ao teste *t* de *Student*, visto termos ficado apenas com duas categorias. Dos resultados desta análise (cf. quadro 18), e após comparação com os dados colhidos pelo procedimento ANOVA, podemos concluir que existem diferenças significativas entre os dois grupos. Esta afirmação é sustentada pelos valores encontrados pela aplicação do teste *t* de *Student*

nos fatores *implicações na vida do CI* ($t=-2.876$, $p=0.006$), *sobrecarga financeira* ($t=-3.249$, $p=0.006$), ($p<0.01$) e *QASCI total* ($t=-2.070$, $p=0.043$).

Relativamente à influência da “situação laboral” sobre o índice de dificuldades do CI, as análises de variância assinalam um efeito muito significativo da variável no fator *exigências do cuidar* ($F=4.233$, $p=0.009$). Com base nos teste Pós-Hoc de Tukey podemos inferir que os CIs reformados ($M=62.52$), por isso mais velhos, apresentam mais dificuldades, evidenciando o maior cansaço físico, que os empregados ($M=37.09$, $Tukey=0.004$). De forma a encontrar diferenças com base na variável “emprego” restructurámos os dados colhidos como descrito no parágrafo anterior. Os resultados do teste *t* de Student (cf. Quadro 18) mostram que os CIs - inactivos se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos CIs - activos nos fatores *exigências do cuidar* ($t=-3.344$, $p=0.006$), *reações ao cuidar* ($t=-2.523$, $p=0.014$), e *CADI total* ($t=-2.178$, $p=0.033$).

Desta forma, como existem diferenças em fatores com grande peso e diferenças ligeiramente significativas com os totais dos dois índices, a generalidade dos resultados indica que os CIs - inativos (sem atividade profissional) atingem níveis de sobrecarga e de dificuldades superiores, comparativamente com os CIs - activos (que desempenham uma atividade profissional).

▪ **Rendimento mensal versus Sobrecarga e dificuldades**

Quanto ao efeito do “rendimento mensal” do CI no índice de sobrecarga verifica-se um efeito significativo desta variável sobre o fator *sobrecarga financeira* ($F=12.223$, $p=0.000$). Pela aplicação do teste Post-Hoc de Tukey, verificamos que a diferença se encontra entre os CIs com rendimentos inferiores a 500 euros ($M=52.77$), apresentando estes, sobrecarga muito superior aos CIs com rendimentos entre 500 a 1000 euros ($M=15.34$, $Tukey=0.000$).

Relativamente ao efeito do “rendimento mensal” nas dificuldades do CI verifica-se um efeito significativo sobre os fatores *exigências do cuidar* ($F=5.514$, $p=0.006$), *reações ao cuidar* ($F= 5.424$, $p=0.006$), e *apoio profissional* ($F=4.993$, $p=0.010$). Os testes Post-Hoc de Tukey mostram que no fator *exigências do cuidar* os CIs que recebem menos que 500 euros ($M=61.51$) apresentam mais dificuldades relacionadas com essas exigências que os CIs que recebem entre 500 a 1000 euros ($M=39.61$, $Tukey=0.005$); no fator *reações ao cuidar* os CIs que recebem menos que 500 euros ($M=51.85$) apresentam mais dificuldades que os CIs que recebem entre 500 a 1000 euros ($M=34.09$, $Tukey=0.006$) e no fator *apoio profissional* os CIs que recebem menos que 500 euros ($M=48.61$) apresentam mais dificuldades que os CIs que recebem entre 500 a 1000 euros ($M=25.76$, $Tukey=0.023$).

Constatamos assim que os CIs com rendimentos inferiores a 500 euros apresentam maior *sobrecarga financeira* e mais dificuldades em 13 dos 30 itens possíveis com base em resultados significativos, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas com a totalidade

dos fatores e com os totais dos dois índices (QASCI e CADI).

Quadro 16 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis do cuidador (parentesco com o idoso, estado civil, situação laboral e rendimento mensal) sobre os fatores e total do QASCI

FATORES QASCI		Sobrecarga emocional	Implicações na vida do CI	Sobrecarga financeira	Reações a exigências do cuidar	Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	Suporte familiar	Satisfação com o papel e com o familiar	QASCI total
VARIÁVEIS	n								
Grau de Parentesco		Valores Médios							
A – Cônjuge	17	48.16	54.54	52.94	24.11	48.52	29.41	22.35	41.72
B – Filha(o)	33	39.96	49.51	30.68	26.66	42.42	37.50	29.39	39.01
C – Outros familiares e amigos	13	47.11	46.50	37.50	32.30	48.71	39.42	22.69	39.84
		Análise de Variância							
F		0.901	0.568	2.731	0.785	0.582	0.437	0.595	0.161
p		0.412	0.570	0.073	0.461	0.562	0.648	0.555	0.852
Estado civil		Valores Médios							
A – Casado	45	45.69	51.52	41.67	28.11	48.70	31.11	25.56	40.92
B – Solteiro/Divorciado	14	39.29	46.27	24.11	26.07	32.14	54.46	28.57	37.28
C – Viúvo	4	43.65	50.25	38.09	27.14	45.37	35.71	26.11	39.92
		Análise de Variância							
F		0.651	0.323	1.723	0.399	3.445	3.310	0.095	0.311
p		0.525	0.725	0.187	0.673	0.038	0.043	0.910	0.734
		Post-Hoc (Tukey)							
p						0.041 (A>B)	0.046 (B>A)		
Situação Laboral		Valores Médios							
A – Empregado	19	35.19	39.23	19.07	26.84	40.78	33.55	29.47	33.79
B – Desempregado	6	44.79	51.89	72.91	19.16	29.16	50.00	24.16	40.62
C – Doméstico	7	50.00	52.27	35.71	31.42	51.19	37.50	25.71	42.52
D – Reformado	31	47.17	56.23	43.54	27.90	50.00	33.87	24.51	42.94
		Análise de Variância							
F		1.308	2.811	5.759	0.536	1.966	0.433	0.164	1.420
p		0.280	0.047	0.002	0.660	0.129	0.730	0.920	0.246
		Post-Hoc (Tukey)							
p			0.028 (D>A)	0.001 (B>A)					
p				0.031 (D>A)					
Rendimento Mensal		Valores Médios							
A - Até 500 euros	36	47.39	54.79	52.77	27.08	47.68	35.76	24.86	42.88
B - De 500 a 1000	22	37.78	42.56	15.34	25.45	40.15	34.09	28.40	34.62
C - Mais de 1000 euros	5	42.50	51.36	32.50	35.00	51.66	42.50	25.00	41.87
		Análise de Variância							
F		1.214	2.402	12.223	0.568	0.969	0.130	0.140	1.960
p		0.304	0.099	0.000	0.570	0.385	0.878	0.870	0.150
		Post-Hoc (Tukey)							
p				0.000 (A>B)					

Quadro 17 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis do cuidador (parentesco com o idoso; estado civil, situação laboral e rendimento mensal) sobre os fatores e total do CADI

FATORES CADI		Problemas relacionais	Restrições Sociais	Exigências do cuidar	Reações ao cuidar	Apoio familiar	Apoio profissional	CADI total
VARIÁVEIS	n							
Parentesco com o ID		Valores Médios						
A – Cônjuge	17	36.03	40.62	64.71	53.92	36.27	42.16	46.60
B – filha(o)	33	27.65	45.89	48.34	44.70	34.85	34.85	39.97
C – Outros familiares e amigos	13	29.17	41.39	48.35	37.18	37.18	41.03	38.88
		Análise de Variância						
F		0.648	0.330	2.506	2.336	0.021	0.333	0.749
p		0.527	0.720	0.090	0.105	0.979	0.718	0.477
Estado civil		Valores Médios						
A – Casado	45	30.19	41.80	53.12	45.56	32.59	38.15	40.98
B – Solteiro/Divorciado	14	29.46	46.60	49.32	42.86	48.81	36.90	41.67
C – Viúvo	4	33.33	52.38	60.71	56.25	25.00	41.67	47.22
		Análise de Variância						
F		0.037	0.497	0.299	0.581	1.229	0.032	0.173
p		0.964	0.611	0.743	0.562	0.300	0.969	0.842
Situação laboral		Valores Médios						
A – Empregado	19	26.97	36.34	37.09	35.53	32.46	32.46	33.39
B – Desempregado	6	20.83	38.89	52.38	47.22	33.33	58.33	39.25
C – Doméstico	7	31.55	49.66	52.38	46.43	38.10	30.95	43.01
D – Reformado	31	33.74	47.47	62.52	51.34	37.63	39.25	46.63
		Análise de Variância						
F		0.598	1.081	4.223	2.209	0.092	1.063	1.815
p		0.619	0.364	0.009	0.096	0.964	0.372	0.154
		Post-Hoc (Tukey)						
p				0.004 (D>A)				
Rendimento mensal		Valores Médios						
A - Até 500 euros	36	32.87	45.63	61.51	51.85	36.57	48.61	46.36
B - De 500 a 1000	22	26.14	39.61	39.61	34.09	31.06	25.76	33.78
C - Mais de 1000 euros	5	29.17	45.71	47.62	51.67	50.00	16.67	40.88
		Análise de Variância						
F		0.500	0.446	5.514	5.424	0.555	4.993	2.838
p		0.609	0.642	0.006	0.007	0.577	0.010	0.066
		Post-Hoc (Tukey)						
p				0.005 (A>B)	0.006 (A>B)		0.023 (A>B)	

Quadro 18 – Resultados teste t de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função da situação laboral

Fatores QASCI	Situação laboral	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Ativos	19	35.19	20.85	0.527	0.471	-1.966	0.054
	Inativos	44	47.30	23.04				
Implicações na vida do CI	Ativos	19	39.23	22.03	0.053	0.819	-2.876	0.006
	Inativos	44	55.01	19.06				
Sobrecarga financeira	Ativos	19	19.07	28.06	1.254	0.267	-3.249	0.002
	Inativos	44	46.30	31.50				
Reações e exigências do cuidar	Ativos	19	26.84	18.72	0.214	0.645	-0.087	0.931
	Inativos	44	27.27	17.83				
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	Ativos	19	40.78	25.44	0.743	0.392	-1.059	0.294
	Inativos	44	47.34	21.24				
Suporte familiar	Ativos	19	33.55	28.27	1.322	0.255	-0.341	0.734
	Inativos	44	36.64	34.87				
Satisfação com o papel e com o familiar	Ativos	19	29.47	23.62	0.121	0.729	0.701	0.486
	Inativos	44	24.65	25.57				
QASCI total	Ativos	19	33.79	16.63	0.777	0.381	-2.070	0.043
	Inativos	44	42.56	14.88				
Fatores CADI								
Problemas relacionais	Ativos	19	26.97	25.32	0.001	0.970	-0.681	0.499
	Inativos	44	31.63	24.72				
Restrições Sociais	Ativos	19	36.34	27.18	1.794	0.185	-1.586	0.118
	Inativos	44	46.65	22.04				
Exigências do cuidar	Ativos	19	37.09	29.59	3.374	0.071	-3.344	0.001
	Inativos	44	59.52	21.91				
Reações ao cuidar	Ativos	19	35.53	26.03	2.850	0.096	-2.523	0.014
	Inativos	44	50.00	18.32				
Apoio familiar	Ativos	19	32.46	37.46	0.256	0.615	-0.459	0.648
	Inativos	44	37.12	36.80				
Apoio profissional	Ativos	19	32.46	34.00	0.025	0.875	-0.890	0.377
	Inativos	44	40.53	32.62				
CADI total	Ativos	19	33.39	24.49	4.298	0.042	-2.178	0.033
	Inativos	44	45.05	16.97				

▪ **Percepção do estado de saúde versus Sobrecarga e dificuldades**

Em relação à influência da variável “percepção do estado de saúde” do CI sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades (cf. Quadro 19), podemos constatar que os CIs que têm melhor percepção do seu estado de saúde (nível de saúde boa ou muito boa) se diferenciam na maioria dos fatores e nos totais dos dois índices, de forma estatisticamente significativa, dos CIs que têm uma percepção de um menor nível de saúde (saúde fraca ou muito fraca), sugerindo que os sujeitos que apresentam menor percepção do estado de saúde apresentam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades. Quanto à sobrecarga, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores: *sobrecarga familiar* ($t=-3.187$, $p=0.002$), *implicações na vida do CI* ($t=-2.583$, $p=0.012$), *sobrecarga financeira* ($t=-3.629$, $p=0.001$), *reações e exigências do cuidar* ($t=2.033$; $p=0.046$) e no total do QASCI ($t=-2.630$, $p=0.011$). Relativamente às dificuldades, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores: *restrições sociais* ($t=-2.298$, $p=0.025$), *exigências do cuidar* ($t=-4.903$, $p=0.000$), *reações ao cuidar* ($t=-3.553$,

p=0.001), *apoio profissional* (t=-4.237, p=0.000) e no total do CADI (t=-3.254, p=0.002).

Quadro 19 – Resultados do teste t de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função da percepção do seu estado de saúde

Fatores QASCI	Percepção do estado de saúde	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Bom / muito bom	38	36.67	21.80	0.109	0.743	-3.187	0.002
	Fraco / muito fraco	25	54.25	20.78				
Implicações na vida do CI	Bom / muito bom	38	44.91	20.93	0.005	0.946	-2.583	0.012
	Fraco / muito fraco	25	58.36	19.06				
Sobrecarga financeira	Bom / muito bom	38	26.97	30.55	0.185	0.669	-3.629	0.001
	Fraco / muito fraco	25	55.00	29.09				
Reações a exigências do cuidar	Bom / muito bom	38	30.78	16.78	0.023	0.879	2.037	0.046
	Fraco / muito fraco	25	21.60	18.58				
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	Bom / muito bom	38	41.44	23.68	0.378	0.541	-1.726	0.089
	Fraco / muito fraco	25	51.33	19.79				
Suporte familiar	Bom / muito bom	38	29.93	29.42	2.331	0.132	-1.751	0.085
	Fraco / muito fraco	25	44.50	36.27				
Satisfação com o papel e com o familiar	Bom / muito bom	38	22.89	18.36	15.404	0.000	-1.270	0.209
	Fraco / muito fraco	25	31.00	32.27				
QASCI total	Bom / muito bom	38	35.85	15.25	0.082	0.775	-2.630	0.011
	Fraco / muito fraco	25	46.09	14.89				
Fatores CADI								
Problemas relacionais	Bom / muito bom	38	29.28	22.66	1.442	0.234	-0.372	0.711
	Fraco / muito fraco	25	31.67	28.15				
Restrições Sociais	Bom / muito bom	38	38.10	21.80	0.004	0.949	-2.298	0.025
	Fraco / muito fraco	25	51.81	25.13				
Exigências do cuidar	Bom / muito bom	38	41.48	24.05	2.040	0.158	-4.903	0.000
	Fraco / muito fraco	25	69.90	19.90				
Reações ao cuidar	Bom / muito bom	38	38.38	19.71	0.039	0.843	-3.553	0.001
	Fraco / muito fraco	25	56.67	20.41				
Apoio familiar	Bom / muito bom	38	32.02	34.74	1.684	0.199	-0.984	0.329
	Fraco / muito fraco	25	41.33	39.71				
Apoio profissional	Bom / muito bom	38	25.44	28.40	0.003	0.959	-4.237	0.000
	Fraco / muito fraco	25	57.33	30.45				
CADI total	Bom / muito bom	38	35.32	17.17	0.273	0.604	-3.254	0.002
	Fraco / muito fraco	25	50.97	20.79				

Influência das características circunstanciais (razão do cuidar, duração e intensidade dos cuidados e a co-residência) na sobrecarga e nas dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

No quadro 19 verificamos empiricamente a influência das variáveis (razão pela qual é o principal cuidador, duração da prestação de cuidados e intensidade do cuidar) sobre a sobrecarga do cuidador (QASCI total e os seus sete fatores), já o quadro 20 contextualiza os efeitos das mesmas variáveis no total do CADI e nas suas seis dimensões.

▪ **Razão do cuidar versus Sobrecarga e dificuldades**

Considerando o efeito da variável “razão do cuida” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do CI, pela análise dos valores médios verificamos que os CIs que apontaram a razão -

por iniciativa própria (grupo A) apresentam menor sobrecarga que aqueles que apontaram a razão - por ser a única pessoa que poderia desempenhar esse papel (grupo B), e estes, apresentaram, em média, sobrecarga e dificuldades idênticas àqueles que desempenham o papel - por decisão familiar (grupo C).

Quanto à influência da variável sobre o índice de sobrecarga, pelas análises de variância, verificamos a existência de um efeito significativo nos fatores do QASCI: *implicações na vida do CI, sobrecarga financeira, reações a exigência do cuidar, percepção de mecanismos de eficácia e de controlo e suporte familiar*. A realização dos testes Post-Hoc de Tukey revelou: no fator *implicações na vida do CI* a diferença localiza-se entre o grupo B (M=58.45), com maior índice de sobrecarga, e o grupo A (M=44.90, Tukey=0.046), significando que os CIs - que não tiveram opção de escolha, quando assumiram o papel de cuidadores principais, apresentam mais implicações negativas na sua vida, tais como diminuição do tempo disponível, restrições sociais e diminuição do seu estado de saúde entre outras, que os CIs - que assumiram o papel por iniciativa própria; no fator *sobrecarga financeira* existe uma diferença ligeiramente significativa entre o grupo B (M=52.50), com maior índice de sobrecarga, e o grupo A (M=29.74, Tukey=0.025); no fator *reações a exigências do cuidar* existe uma diferença muito significativa entre o grupo C (M=42.77) e o grupo A (M=21.89, Tukey=0.005), sugerindo que aqueles que assumiram o papel de cuidador por decisão familiar apresentam maior sobrecarga neste fator.

Face aos resultados encontrados, não podemos ignorar o efeito da variável sobre os níveis de sobrecarga apresentada pelos CI. Embora não existam diferenças significativas entre os três grupos no total do QASCI, verificamos a existência dessas diferenças em cinco fatores, num total de 22 itens dos 32 possíveis, demonstrando que os cuidadores que assumiram o papel de cuidador principal - por iniciativa própria, apresentam menores índices de sobrecarga que os outros dois grupos.

Relativamente ao efeito da variável “razão do cuidar” sobre as dificuldades, não encontramos resultados estatisticamente significativos.

▪ **Duração dos cuidados versus Sobrecarga e dificuldades**

Quanto ao efeito da variável sobre o índice de sobrecarga as análises de variância assinalam um efeito significativo da “duração dos cuidados” no fator *suporte familiar* (F=6.414, p=0.003). Através dos testes Pós-Hoc de Tukey verificamos que aqueles que cuidam há mais de 4 anos (M=47.62) apresentam menor suporte familiar, sendo este um fator de sobrecarga, comparativamente com aqueles que cuidam há mais de 1 e menos de 4 anos (M=14.28, Tukey=0.003). Relativamente ao efeito da variável “duração dos cuidados” sobre as dificuldades do cuidador, as análises de variância assinalam um efeito significativo no fator *apoio familiar* (F=4.497, p=0.015), demonstrando, através

do teste Pós-Hoc de Tukey, que aqueles que cuidam há mais de 4 anos ($M=47.98$) apresentam mais dificuldades nesta matéria, comparativamente com aqueles que cuidam há mais de 1 e menos de 4 anos ($M=17.86$, $Tukey=0.023$).

Face a estes resultados, tal como aconteceu com a variável “situação laboral”, reformulamos as categorias de forma a ficarem apenas dois grupos: CIs - que cuidam há menos de 4 anos (com $n=30$) e CIs - que cuidam há mais de 4 anos ($n=33$). No entanto, da análise dos resultados do teste *t* de *Student*, não encontramos outras diferenças significativas entre os dois grupos sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades. Podemos assim afirmar que, embora a análise dos valores médios assinala, no total, uma maior sobrecarga e mais dificuldades dos CIs que cuidam há mais de 4 anos, na generalidade dos resultados obtidos não se verifica um efeito significativo da variável “duração dos cuidados” sobre os dois índices em estudo.

▪ **Intensidade dos cuidados versus Sobrecarga e dificuldades**

Da análise dos valores médios verificamos que os CIs que passam mais de 12 horas junto do ID (grupo C) apresentam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades comparativamente com aqueles que passam entre 6 a 12 horas (grupo B) e com aqueles que estão menos de 6 horas com o ID (Grupo A).

Quanto ao efeito da variável “intensidade dos cuidados” sobre a sobrecarga do CI as análises de variância assinalam um efeito ligeiramente significativo nos fatores *implicações na vida do CI* ($F=4.188$; $p=0.020$) e *QASCI total* ($F=3.567$, $p=0.034$). Pelos testes Post-Hoc de Tukey verificamos que as diferenças nos dois fatores se encontram entre os grupos A e C. No fator *implicações na vida do CI* o grupo C ($M=55.62$) apresenta maior sobrecarga que o grupo A ($M=37.92$, $Tukey=0.016$), assim como no *QASCI total*, também o grupo C ($M=43.90$) apresenta maior sobrecarga que o grupo A ($M=31.44$, $Tukey=0.027$). Relativamente ao efeito da variável sobre as dificuldades apresentadas pelo CI, as análises de variância revelam um efeito significativo da variável nos fatores *exigências do cuidar* ($F=7.612$, $p=0.001$), *reações ao cuidar* ($F=3.779$, $p=0.028$) e no *CADI total* ($F=3.972$, $p=0.024$). O teste Post-Hoc de Tukey demonstra, tal como no QASCI, que as diferenças se localizam entre os grupos A e C. No fator *exigências do cuidar* o grupo C ($M=62.67$) apresenta mais dificuldades que o grupo A ($M=33.93$, $Tukey=0.001$); no fator *reações ao cuidar* o grupo C ($M=50.54$) apresenta mais dificuldades que o grupo A ($M=33.33$, $Tukey=0.025$) assim como no *CADI total*, o grupo C ($M=45.51$) apresenta maior índice de dificuldades que o grupo A ($M=29.86$, $Tukey=0.027$), sugerindo que os CIs que passam mais de 12 horas junto do ID apresentam mais dificuldades nestas áreas.

Assim, considerando a influência da variável “Tempo que o CI passa junto do ID”, tal como na análise dos valores médios, a generalidade dos resultados é de verificação de diferenças significativas

entre os CIs que passam mais de 12 horas junto do ID e aqueles que estão menos de 6 horas com o ID. Embora, não se verifiquem resultados estatisticamente significativos sobre todos os fatores, as diferenças acima descritas são suficientes para influenciar significativamente o total de ambos os índices.

Quadro 20 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis (razão do cuidar, duração e intensidade dos cuidados) sobre os fatores e total do QASCI

FATORES QASCI		Sobrecarga emocional	Implicações na vida do CI	Sobrecarga financeira	Reações a exigências do cuidar	Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	Suporte familiar	Satisfação com o papel e com o familiar	QASCI total
VARIÁVEIS	n								
Razão do cuidar		Valores Médios							
A – Por iniciativa própria	29	40.08	44.90	29.74	21.89	37.64	25.43	26.03	34.91
B – Por ser a única pessoa que poderia desempenhar esse papel	25	50.25	58.45	52.50	27.60	51.66	41.50	21.80	44.81
C – Por decisão familiar	9	36.80	44.69	25.00	42.77	52.77	52.77	38.33	42.44
		Análise de Variância							
F		1.834	3.363	4.533	5.306	3.395	3.245	1.480	2.934
p		0.169	0.041	0.015	0.008	0.040	0.046	0.236	0.061
		Post-Hoc (Tukey)							
p			0.046 (B>A)	0.025 (B>A)	0.005 (C>A)	0.055 (B>A)	0.069 (C>A)		
Duração dos cuidados		Valores Médios							
A – 6 meses a um ano	16	39.06	44.88	41.40	23.12	40.62	29.68	22.81	35.74
B – 1 a 4 anos	14	42.85	48.53	40.17	27.85	40.47	14.28	23.21	37.22
C – Mais de 4 anos	33	46.21	53.58	35.60	28.78	49.74	47.72	28.93	43.08
		Análise de Variância							
F		0.526	0.971	0.200	0.542	1.314	6.414	0.440	1.443
p		0.594	0.385	0.820	0.584	0.276	0.003	0.646	0.244
		Post-Hoc (Tukey)							
p							0.003 (C>B)		
Intensidade dos cuidados		Valores Médios							
A – Até 6 horas	16	36.71	37.92	28.90	24.06	39.06	23.43	20.00	31.44
B – 6 a 12 horas	16	41.01	52.13	30.46	33.75	42.18	35.15	27.50	40.67
C – 12 a 24 horas	31	48.58	55.64	46.77	25.32	50.26	42.33	28.54	43.90
		Análise de Variância							
F		1.584	4.188	2.231	1.502	1.538	1.797	0.647	3.567
p		0.214	0.020	0.116	0.231	0.223	0.175	0.527	0.034
		Post-Hoc (Tukey)							
p			0.016 (C>A)						0.027 (C>A)

Quadro 21 – Resultados dos valores médios, análise de variância e testes de Tukey das variáveis (razão do cuidar, duração e intensidade dos cuidados) sobre os fatores e total do CADI

FATORES CADI		Problemas relacionais	Restrições Sociais	Exigências do cuidar	Reações ao cuidar	Apoio familiar	Apoio profissional	CADI total
VARIÁVEIS	n							
Razão do cuidar		Valores Médios						
A – Por iniciativa própria	29	29.31	39.74	45.81	43.97	35.63	28.74	37.93
B – Por ser a única pessoa que poderia desempenhar esse papel	25	26.17	47.81	62.10	50.67	34.00	49.33	44.93
C – Por decisão familiar	9	44.44	43.92	49.21	37.04	40.74	37.04	43.70
		Análise de Variância						
F		1.887	0.757	2.811	1.475	0.108	2.773	0.874
P		0.160	0.473	0.068	0.237	0.898	0.070	0.422
Duração dos cuidados		Valores Médios						
A – 6 meses a um ano	16	25.26	34.82	50.30	46.35	26.04	33.33	36.73
B – 1 a 4 anos	14	32.74	38.44	51.02	44.64	17.86	28.57	38.65
C – Mais de 4 anos	33	31.57	49.93	54.69	45.71	47.98	44.44	45.08
		Análise de Variância						
F		0.433	2.689	0.184	0.023	4.497	1.378	1.121
P		0.651	0.076	0.833	0.978	0.015	0.260	0.333
		Post-Hoc (Tukey)						
P						0.023 (C>B)		
Intensidade dos cuidados		Valores Médios						
A – Até 6 horas	16	24.22	32.44	33.93	33.33	20.83	31.25	29.86
B – 6 a 12 horas	16	37.24	50.00	52.38	48.44	46.87	31.25	45.48
C – 12 a 24 horas	31	29.70	45.93	62.67	50.54	37.63	45.16	45.51
		Análise de Variância						
F		1.121	2.577	7.612	3.779	2.169	1.419	3.972
P		0.333	0.084	0.001	0.028	0.123	0.250	0.024
		Post-Hoc (Tukey)						
P				0.001 (C>A)	0.025 (C>A)			0.027 (C>A)

▪ **Co-residência versus Sobrecarga e dificuldades**

Em relação à influência da variável “co-residência”, os resultados dos testes *t* de Student, tendo por referência os índices de sobrecarga ou dificuldades sentidas pelos CI (cf. quadro 22) sugerem que os CI que não co-residem com o ID se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos CIs que residem com o ID. Quanto à sobrecarga, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados no fator *percepção de mecanismos de eficácia e de controlo* ($t=-2.172$, $p=0.034$), no fator *satisfação com o papel e com o familiar* ($t=-2.229$, $p=0.030$) e no *QASCI total* ($t=-2.166$, $p=0.034$). Relativamente às dificuldades, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores *restrições sociais* ($t=-2.358$, $p=0.022$),

Comentário [c3]: Coirdeiro só vim aqui dar uma saltada .. para ver se a suas análises (já autonomas) estavam correctas. E fiquei satisfeito .. pois não existem falhas.

Apenas chamo à atenção ... que aqui (contrariamente ao que aconteceu logo na análise das primeiras tabelas do teste t lá atrás)... existem diferenças significativas. Neste sentido terá que contextualizar em que sentido é que vão. Isto é a favor de quem.

Para o ajudar neste raciocínio deixo um texto que retirei na minha tese (o tal capítulo 8 que já lhe tinha enviado). ok?

Comentário [c4]: Aqui neste texto apenas vim tirar os espaços que tinha entre os parágrafos e colocar em texto corrido .. numa lógica de encurtar ... Depois veja este aspecto e siga o mesmo ...ok? ... pois penso que não é correto estarmos contentemente a abrir parágrafos... quando o conteúdo do que estamos a escrever é o mesmo.

exigências do cuidar ($t=-2.387$, $p=0.020$) e no CADI total ($t=-2.036$, $p=0.046$).

Em síntese, face a estes resultados somos a inferir que os CIs que residem com o ID apresentam maiores níveis de sobrecarga relacionada com uma menor capacidade de adaptação mostrando menor capacidade para continuar a desempenhar o papel e uma deterioração da relação afetiva entre os dois sujeitos. Quanto às dificuldades os CIs que residem com o ID também revelam maiores dificuldades, relacionadas com a afetação da sua vida social, denotando um maior cansaço físico e uma diminuição da qualidade de vida, comparativamente com os CIs que não residem com o ID.

Quadro 22 – Resultados do teste *t* de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função da co-residência

Fatores QASCI	Co-residência	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Sim	29	39.65	25.18	1.946	0.168	-1.352	0.182
	Não	33	47.53	20.72				
Implicações na vida do CI	Sim	29	45.76	23.60	1.141	0.290	-1.744	0.086
	Não	33	54.95	17.77				
Sobrecarga financeira	Sim	29	42.24	31.58	0.164	0.687	0.795	0.430
	Não	33	35.60	33.81				
Reações a exigências do cuidar	Sim	29	23.27	16.75	0.404	0.527	-1.486	0.143
	Não	33	30.00	18.62				
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	Sim	29	38.79	23.80	0.394	0.533	-2.172	0.034
	Não	33	51.01	20.49				
Suporte familiar	Sim	29	30.60	32.66	0.014	0.906	-0.973	0.334
	Não	33	38.63	32.22				
Satisfação com o papel e com o familiar	Sim	29	18.79	19.21	4.990	0.029	-2.227	0.030
	Não	33	32.27	28.09				
QASCI total	Sim	29	35.45	16.88	1.590	0.212	-2.166	0.034
	Não	33	43.98	14.13				
Fatores CADI								
Problemas relacionais	Sim	29	25.86	22.83	0.683	0.412	-1.366	0.177
	Não	33	34.47	26.33				
Restrições Sociais	Sim	29	36.45	21.34	0.060	0.808	-2.358	0.022
	Não	33	50.36	24.65				
Exigências do cuidar	Sim	29	44.83	26.71	1.254	0.267	-2.387	0.020
	Não	33	60.32	24.38				
Reações ao cuidar	Sim	29	42.24	23.24	0.449	0.505	-1.268	0.210
	Não	33	49.24	20.23				
Apoio familiar	Sim	29	36.78	37.10	0.002	0.967	0.257	0.798
	Não	33	34.34	37.48				
Apoio profissional	Sim	29	36.78	34.32	0.123	0.727	-0.430	0.669
	Não	33	40.40	32.01				
CADI total	Sim	29	36.39	18.96	0.176	0.677	-2.036	0.046
	Não	33	46.56	20.18				

Influência da presença de ajudas sobre a sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

▪ **Ajuda de outras pessoas versus Sobrecarga e dificuldades**

Da análise dos resultados dos testes *t* de Student, sobre a influência da variável “presença de ajuda no cuidar”, sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades manifestados pelos CI (cf.

quadro 23) podemos verificar que existe uma homogeneidade dos valores médios de sobrecarga e dificuldades em todos os fatores do QASCI e do CADI, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em ambos os índices relativamente ao facto do CI ter ajuda de alguém, ou não, na prestação de cuidados ao ID.

Quadro 23 – Resultados do teste *t* de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função de ter ajuda no cuidar

Fatores do QASCI	Ajuda no cuidar	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Sim	42	43.00	22.09	0.401	0.529	-0.313	0.755
	Não	21	44.94	25.04				
Implicações na vida do CI	Sim	42	50.86	20.81	0.010	0.921	0.324	0.747
	Não	21	49.02	22.20				
Sobrecarga financeira	Sim	42	32.73	31.22	0.048	0.827	-1.870	0.066
	Não	21	48.80	33.98				
Reações q exigências do cuidar	Sim	42	28.57	17.54	0.000	1.000	0.892	0.376
	Não	21	24.28	18.86				
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	Sim	42	41.66	22.23	0.060	0.807	-1.878	0.065
	Não	21	52.77	21.94				
Suporte familiar	Sim	42	33.33	32.85	0.083	0.774	-0.812	0.420
	Não	21	40.47	33.04				
Satisfação com o papel e com o familiar	Sim	42	26.07	25.50	0.036	0.850	-0.018	0.986
	Não	21	26.19	24.28				
QASCI total	Sim	42	39.43	15.26	0.999	0.322	-0.341	0.735
	Não	21	40.88	17.22				
Fatores do CADI								
Problemas relacionais	Sim	42	31.75	24.74	0.000	0.986	0.686	0.496
	Não	21	27.18	25.22				
Restrições Sociais	Sim	42	43.99	23.03	0.207	0.651	0.211	0.834
	Não	21	42.63	26.27				
Exigências do cuidar	Sim	42	51.59	24.95	1.326	0.254	-0.496	0.622
	Não	21	55.10	29.49				
Reações ao cuidar	Sim	42	45.63	21.00	0.193	0.662	0.000	1.000
	Não	21	45.63	23.80				
Apoio familiar	Sim	42	34.52	37.79	0.926	0.340	-0.361	0.719
	Não	21	38.10	35.41				
Apoio profissional	Sim	42	34.13	32.70	0.000	1.000	-1.360	0.179
	Não	21	46.03	32.87				
CADI total	Sim	42	41.42	19.11	2.009	0.161	-0.059	0.953
	Não	21	41.74	22.37				

▪ **Ajuda de instituições versus Sobrecarga e dificuldades**

Em relação à influência da variável “ajuda de instituições” sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades (cf. quadro 24), pela análise dos valores médios podemos constatar que os CIs que têm ajuda de alguma instituição (entre as quais visitas domiciliárias de instituições de saúde e apoio social) possuem maiores níveis de sobrecarga e de dificuldades em todos os fatores dos dois índices, à exceção do fator *reação a exigências do cuidar* do QASCI. Quanto à sobrecarga, a diferença entre os dois grupos é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores: *suporte familiar* ($t=3.207$, $p=0.002$), *satisfação com o papel e com o familiar* ($t=2.703$, $p=0.01$) e no total do

QASCI ($t=2.139$, $p=0.036$). Relativamente às dificuldades, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores: *restrições sociais* ($t=2.898$, $p=0.005$), *exigências do cuidar* ($t=2.970$, $p=0.004$), *reações ao cuidar* ($t=2.555$, $p=0.013$), *apoio familiar* ($t=4.171$, $p=0.000$) e no total do CADI ($t=2.869$, $p=0.006$).

Deste modo, constatamos a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em vários fatores dos dois índices, suficientes para influenciar o total do QASCI e CADI, sugerindo que os sujeitos que têm apoio de alguma instituição se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos que não possuem esse apoio. Sendo os primeiros que apresentam maior sobrecarga, relacionada com uma percepção de menor apoio da família e uma menor satisfação com o papel de cuidador, e mais dificuldades devidas sobretudo ao menor apoio da família (pelo menos é assim percebido), maior desgaste físico e preocupação constante com a situação do ID.

Quadro 24 – Resultados do teste *t* de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função de ter apoio institucional

Fatores do QASCI	Apoio instituições	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Sim	27	44.44	21.46	0.568	0.454	0.236	0.814
	Não	36	43.05	24.26				
Implicações na vida do CI	Sim	27	55.63	21.03	0.046	0.830	1.784	0.079
	Não	36	46.21	20.55				
Sobrecarga financeira	Sim	27	45.37	33.09	0.071	0.791	1.542	0.128
	Não	36	32.63	31.94				
Reações q exigências do cuidar	Sim	27	25.92	16.70	0.192	0.663	-0.463	0.645
	Não	36	28.05	19.02				
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	Sim	27	46.60	23.59	0.219	0.641	0.373	0.710
	Não	36	44.44	22.09				
Suporte familiar	Sim	27	50.00	33.79	2.541	0.116	3.207	0.002
	Não	36	25.00	28.03				
Satisfação com o papel e com o familiar	Sim	27	36.11	30.36	14.175	0.000	2.703	0.010
	Não	36	18.61	16.71				
QASCI total	Sim	27	44.70	14.52	0.005	0.946	2.139	0.036
	Não	36	36.32	15.99				
Fatores do CADI								
Problemas relacionais	Sim	27	31.48	25.97	0.002	0.962	0.346	0.731
	Não	36	29.28	24.20				
Restrições Sociais	Sim	27	53.09	25.63	0.307	0.582	2.898	0.005
	Não	36	36.38	20.14				
Exigências do cuidar	Sim	27	63.49	26.93	0.525	0.472	2.970	0.004
	Não	36	44.71	23.16				
Reações ao cuidar	Sim	27	53.40	20.83	0.003	0.959	2.555	0.013
	Não	36	39.81	20.90				
Apoio familiar	Sim	27	55.56	34.89	0.958	0.332	4.171	0.000
	Não	36	20.83	30.95				
Apoio profissional	Sim	27	45.68	34.15	1.797	0.185	1.600	0.115
	Não	36	32.41	31.35				
CADI total	Sim	27	49.46	20.99	0.052	0.820	2.869	0.006
	Não	36	35.58	17.36				

▪ *Apoio na ausência versus Sobrecarga e dificuldades*

Quanto à influência da variável “percepção de apoio em situação de ausência”, os resultados dos testes *t* de Student, tendo por referência os índices de sobrecarga e de dificuldades manifestadas pelo CI (cf. Quadro 25), evidenciam unicamente: a existência de um efeito ligeiramente significativo sobre o fator *sobrecarga financeira* ($t=-2.240$; $p=0.029$), apresentando os CI, que afirmam ter apoio quando necessitam de se ausentar, menor sobrecarga financeira; e um efeito ligeiramente significativo sobre o fator *exigências do cuidar* ($t=-2.240$, $p=0.029$), que vai no sentido de serem os CIs que não têm apoio se precisarem de se ausentar a evidenciar maior cansaço físico e desgaste face aqueles que têm apoio se precisarem de se ausentar.

Quadro 25 – Resultados do teste *t* de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função de ter apoio de alguém se precisar de se ausentar

Fatores do QASCI	Apoio na ausência	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Sim	43	39.97	23.23	0.226	0.636	-1.906	0.061
	Não	20	51.56	20.66				
Implicações na vida do CI	Sim	43	47.67	21.97	0.507	0.479	-1.432	0.157
	Não	20	55.79	18.47				
Sobrecarga financeira	Sim	43	31.97	32.65	0.718	0.400	-2.240	0.029
	Não	20	51.25	29.77				
Reações q exigências do cuidar	Sim	43	29.41	19.61	11.216	0.001	1.730	0.089
	Não	20	22.25	12.82				
Percepção de mecanismos de eficácia e de controle	Sim	43	41.66	23.42	0.309	0.581	-1.951	0.056
	Não	20	53.33	18.80				
Suporte familiar	Sim	43	34.88	34.02	0.532	0.468	-0.292	0.771
	Não	20	37.50	30.88				
Satisfação com o papel e com o familiar	Sim	43	24.30	23.05	0.820	0.369	-0.843	0.402
	Não	20	30.00	28.74				
QASCI total	Sim	43	37.86	17.12	1.953	0.167	-1.528	0.132
	Não	20	44.33	11.77				
Fatores do CADI								
Problemas relacionais	Sim	43	30.91	25.57	0.677	0.414	0.320	0.750
	Não	20	28.75	23.60				
Restrições Sociais	Sim	43	41.97	23.92	0.116	0.735	-0.758	0.451
	Não	20	46.90	24.29				
Exigências do cuidar	Sim	43	47.84	24.91	0.046	0.831	-2.240	0.029
	Não	20	63.33	26.89				
Reações ao cuidar	Sim	43	43.02	21.27	0.247	0.621	-1.406	0.165
	Não	20	51.25	22.34				
Apoio familiar	Sim	43	36.05	36.17	0.192	0.663	0.104	0.917
	Não	20	35.00	38.95				
Apoio profissional	Sim	43	32.95	31.17	0.758	0.387	-1.852	0.069
	Não	20	49.17	34.82				
CADI total	Sim	43	39.53	19.95	0.133	0.716	-1.162	0.250
	Não	20	45.83	20.15				

▪ **Ajuda financeira versus Sobrecarga e dificuldades**

Em relação à influência da variável “ajuda financeira”, verificamos, pela análise dos valores médios, que os CIs que têm essa garantia apresentam menores níveis de sobrecarga e de dificuldades, (cf. Quadro 26) em praticamente todos os fatores dos dois índices, embora os dados sejam mais expressivos relativamente ao QASCI. Quanto ao efeito da variável sobre o QASCI, existem diferenças significativas entre os dois grupos nos fatores *implicações na vida do CI* ($p < 0.05$), *percepção de mecanismos de eficácia e de controlo* ($p < 0.05$), *sobrecarga emocional* ($P < 0.01$) *sobrecarga financeira* ($P < 0.001$) e *QASCI total* ($P < 0.01$). Relativamente ao efeito da variável sobre o CADI, existem diferenças ligeiramente significativas entre os dois grupos nos fatores: *exigências do cuidar* ($t = -2.643$, $p = 0.010$), *reações do cuidar* ($t = -2.375$, $p = 0.021$) e *apoio profissional* ($t = -2.364$, $p = 0.021$).

Embora não se verifiquem diferenças significativas que influenciem o total do CADI, os cuidadores que não têm com quem contar se precisarem de ajuda financeira apresentam mais dificuldades em 13 itens dos 30 possíveis. Assim, na generalidade dos resultados encontramos diferenças significativas em vários fatores dos dois índices sugerindo que os cuidadores que têm com quem contar se precisarem de ajuda financeira apresentam menores índices de sobrecarga e dificuldades que aqueles que não têm essa garantia. Todavia, os resultados são mais expressivos relativamente à influência da variável sobre a sobrecarga do cuidador.

Quadro 26 – Resultados do teste t de Student: sobrecarga e dificuldades do cuidador em função de ter apoio de alguém se precisar de ajuda financeira

Fatores do QASCI	Ajuda financeira	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Sobrecarga emocional	Sim	31	35.08	21.93	0.034	0.855	-3.118	0.003
	Não	32	51.95	21.02				
Implicações na vida do CI	Sim	31	43.91	21.42	0.309	0.580	-2.435	0.018
	Não	32	56.39	19.21				
Sobrecarga financeira	Sim	31	22.58	25.90	1.778	0.187	-4.151	0.000
	Não	32	53.12	32.06				
Reações q exigências do cuidar	Sim	31	28.22	19.38	1.112	0.296	0.468	0.641
	Não	32	26.09	16.69				
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	Sim	31	38.17	24.22	1.565	0.216	-2.603	0.012
	Não	32	52.34	18.72				
Suporte familiar	Sim	31	27.01	27.59	4.248	0.044	-2.136	0.037
	Não	32	44.14	35.63				
Satisfação com o papel e com o familiar	Sim	31	22.90	21.82	1.966	0.166	-1.006	0.318
	Não	32	29.21	27.56				
QASCI total	Sim	31	34.14	16.58	2.065	0.156	-3.031	0.004
	Não	32	45.50	13.00				

(continua)

(continuação)

Fatores do CADI	Ajuda financeira	n	\bar{x}	Dp	Levene	p	t	p
Problemas relacionais	Sim	31	32.39	26.86	0.834	0.365	0.680	0.499
	Não	32	28.12	22.84				
Restrições Sociais	Sim	31	39.02	25.36	0.851	0.360	-1.488	0.142
	Não	32	47.92	22.03				
Exigências do cuidar	Sim	31	44.24	26.63	0.471	0.495	-2.643	0.010
	Não	32	61.01	23.68				
Reações ao cuidar	Sim	31	39.25	23.68	1.887	0.175	-2.375	0.021
	Não	32	51.82	18.05				
Apoio familiar	Sim	31	34.95	38.81	0.665	0.418	-0.162	0.872
	Não	32	36.46	35.27				
Apoio profissional	Sim	31	28.49	27.95	4.100	0.047	-2.364	0.021
	Não	32	47.40	35.19				
CADI total	Sim	31	37.52	21.96	0.493	0.485	-1.578	0.120
	Não	32	45.41	17.53				

▪ **Sobrecarga versus Dificuldades**

Da análise da *correlação de Pearson* entre os totais dos dois instrumentos podemos verificar que os resultados são, do ponto de vista estatístico, muitíssimo significativos ($p < 0.001$). Quanto à força verificamos que a associação é muito forte ($r \geq \pm 0.7$) e o facto de r ser positivo indica-nos que quanto maior são as dificuldades do cuidador maior é a sobrecarga apresentada.

Tabela 7 – Resultados da correlação de Pearson entre o QASCI total e CADI total

Correlação Pearson		CADI total
QASCI total	r	0.790
	p	0.000

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior analisamos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado.

Desta forma, iremos agora definir os perfis do idoso dependente, cuidador informal e do contexto do cuidar, seguidas das análises das variáveis preditivas de sobrecarga e/ou dificuldades nessas áreas, com valores estatisticamente significativos, que surgiram da aplicação dos testes estatísticos realizada na secção 3.2, e fazer a análise desses resultados face a outros estudos realizados mas também àquelas que são as nossas convicções nesta matéria.

PERFIL IDOSO DEPENDENTE

A amostra de idosos dependentes é equitativa em termos do sexo, com uma idade média de 80.16 anos, que oscila entre um mínimo de 65 e um máximo de 98 anos. Quanto ao estado civil, 47.6 % estão casados e 39.7% encontram-se viúvos. O nível de escolaridade é baixo, 30.2% não têm escolaridade, 17.5% sabem ler e escrever e 30.2% concluíram o 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe). Devido às profissões que desempenhavam os rendimentos mensais actuais são baixos, a maioria (55.6%) tem um rendimento mensal entre os 250 e os 500 euros e 30.2% tem menos de 250 euros de rendimento mensal. O sexo feminino auferia rendimentos mais baixos, pelo que os CIs referem que, em cerca de 70% das mulheres, os seus rendimentos são insuficientes face às despesas mensais, já no sexo masculino a percentagem é menor (40%).

As causas da sua dependência são bastante variadas mas devem-se maioritariamente às patologias cardiovasculares (36.5%) e às patologias mentais/demências (15.9%). Os antecedentes pessoais mais presentes são a HTA (54%), AVC (34.9%), diabetes (30.2%) e as patologias osteoarticulares (20.6%). Quanto ao grau de dependência nas ABVD, 34.9% apresenta dependência severa ou total, 47.6% apresenta dependência moderada ou ligeira e 17.5% são independentes. Já a dependência nas AIVD é superior, no total da amostra, 74.6% são severamente dependentes e 25.4% apresentam dependência moderada. Sendo assim o total da amostra precisa sempre da ajuda do CI. Face ao grau de dependência dos idosos a sua atividade social encontra-se bastante limitada, 49.2% praticamente não sai do leito, dos quais 42.9% convive apenas com familiares e 6.3 não reconhece ninguém, 36.5% convive com familiares e amigos que se deslocam a sua casa e apenas 14.3% realizam outro tipo de atividades sociais convivendo com outras pessoas.

- **Análise do perfil do idoso dependente**

Quanto à análise das características sócio-demográficas do ID os resultados encontrados são similares aos de outros estudos que têm por alvo idosos dependentes. Prevaecem os *idosos com idade avançada* (habitualmente com médias superiores aos 70 anos), do *sexo feminino* e com *baixa escolaridade* (BRITO, 2002; LAGE, 2005; SEQUEIRA, 2007; FERREIRA, 2008; FERNANDES, 2009; RICARTE, 2009), e estão intimamente ligados ao fator do envelhecimento da população, e em concreto, com uma maior prevalência do sexo feminino (INE, 2011). No entanto, temos que salientar que na nossa amostra a percentagem de idosos de sexo masculino é superior à percentagem apresentada por todos os estudos consultados. Isto deve-se ao facto de uma grande parcela dos ICD ter sido recolhida em ambiente hospitalar, onde os serviços de medicina estão organizados por sexo. Como a lotação dos serviços estava na sua máxima capacidade, a probabilidade de encontrar IDs do sexo masculino era idêntica à probabilidade de encontrar IDs do sexo feminino, daí não podermos generalizar este resultado.

Relativamente às causas de dependência e antecedentes pessoais dos idosos são muito semelhantes em todos os estudos consultados, indo de encontro às maiores causas de morbilidade em Portugal (INE, 2011) Em termos de dependência nas ABVD e nas AIVD, a maioria da nossa amostra apresenta dependência ligeira a moderada nas ABVD e dependência severa nas AIVD, em consonância com outros estudos (SEQUEIRA, 2007; MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2004). No entanto, a maioria dos estudos apresentaram uma amostra de idosos ainda mais dependentes (BRITO, 2002; FERNANDES, 2009; RICARTE, 2009; FERREIRA, 2008). Esta diferença deve-se ao facto de termos considerado, tal como os primeiros autores, fator de inclusão “o idoso com dependência numa ABVD e/ou em duas AIVD”. Os outros estudos debruçaram-se sobre a sobrecarga em CIs numa fase mais avançada da dependência dos idosos.

- **Caraterísticas do idoso dependente preditivas de sobrecarga e dificuldades**

Das várias características do ID, como descrito no subcapítulo 3.2, estudamos apenas a influência das variáveis “grau de dependência nas ABVD” e “grau de dependência nas AIVD” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades, visto existir uma consonância de resultados, nos vários estudos consultados, de não significância de efeito das restantes variáveis sobre os dois índices.

Assim sendo os resultados encontrados vão no sentido de um efeito muito significativo do grau de dependência dos idosos, nas suas ABVD e AIVD, sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do CI. O grau de dependência que o idoso apresenta é determinante nos níveis de sobrecarga e dificuldades apresentados pelo cuidador, em virtude de estarem associados a uma maior necessidade de cuidados. Estes dados são consensuais com os descritos na maioria dos estudos (GARRIDO e MENEZES, 2004; LAGE, 2005; SEQUEIRA, 2010)

PERFIL CUIDADOR INFORMAL

A amostra de CI é maioritariamente feminina (74.6%), com idade média de 60.05 anos, e oscila entre um mínimo de 31 e um máximo de 85 anos. Quanto ao estado civil, 71.4 % estão casados e 12.7% encontram-se divorciados. O parentesco com o ID varia com o sexo: as mulheres são maioritariamente filhas (57.4%) e de seguida cônjuges (21.3%); já a maior frequência dos homens são cônjuges (43.8%) e de seguida filhos (37.5%).

O nível de escolaridade é superior no sexo feminino, no entanto, no total da amostra é “médio-baixo”, 66.7% apresentam um grau de escolaridade inserido no ensino básico. As atividades profissionais que desempenham, ou desempenhavam, são muito variadas e de nível também “medio-baixo”. No sexo masculino 75% dos CIs estão reformados, já no sexo feminino, 40.4% estão reformadas e 37.7% encontram-se desempregadas ou desempenham atividades domésticas. Face a estes resultados os rendimentos mensais são relativamente baixos, 31.7% dos CIs tem um rendimento mensal entre os 250 e os 500 euros e 19% apresenta um rendimento mensal entre 500 a 750 euros. O sexo masculino apresenta maiores rendimentos mensais. Já no sexo feminino, é de salientar que 14.9% das cuidadoras não tem rendimento mensal. Quanto ao estado de saúde, 60.3% dos CIs perceciona um nível de saúde “bom ou muito bom” e 39.7% perceciona um nível de saúde “mau ou muito mau”.

▪ **Análise do perfil do cuidador informal**

Em suma podemos referir que estamos perante uma amostra de CIs com idade avançada, na maioria mulheres (filhas e cônjuges), casadas, com baixa escolaridade, que actualmente se encontram sem atividade profissional (reformadas + desempregadas + domésticas), apresentando por isso baixos rendimentos e referindo algumas queixas de saúde. Este perfil pouco se alterou comparativamente com o estudo de Stone, Cafferata e Sangl (1987) que incidiu em mais de 2000 CIs de IDs e enquadra-se perfeitamente no perfil apresentado na parte introdutória do nosso trabalho, pelo que, somos levados a reafirmar que tal se deve sobretudo à cultura e tradição instituída em vários países (onde se inclui Portugal): a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital é função da mulher a quem cabe a responsabilidade de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. Este facto traduz um processo de divisão sexual dos papéis, observado ao longo dos tempos, que está enraizado na cultura, e que é transmitido de geração em geração (COLLIÉRE, 2003; SQUIRE, 2005). Paralelamente à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários geralmente mais baixos ainda continua a ser uma realidade, o que faz com que as mulheres permaneçam em casa ou abandonem a atividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença/dependência. Já os CIs do sexo masculino são maioritariamente cônjuges, assumindo que esse apoio faz parte do seu papel marital (SEQUEIRA, 2010).

De um modo geral, estas características assemelham-se às encontradas na maioria dos

estudos que têm por alvo os CIs (ROIG e COL, 1998; BRITO, 2002; MACDONALD e CARPENTER, 2003; MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2004; LAGE, 2005; PAIXÃO, 2007; SEQUEIRA, 2007; FERREIRA, 2008; FERNANDES, 2009; RICARTE, 2009). A única diferença significativa encontrada, comparativamente com outros estudos, relaciona-se com o *parentesco* com o ID em que identificam os cônjuges como grupo com maior representação (SANTOS, 2004; CARRETERO GÓMEZ et al., 2006, MARQUES, 2007). Nós assumimos que os cônjuges são aqueles que mais apoio prestam, um ao outro, durante toda a sua vida, no entanto, após o incidente/acidente que levou a uma maior dependência, os nossos dados são inequívocos quanto a serem maioritariamente os filhos (principalmente do sexo feminino) a assumirem a prestação de cuidados. Aliás não poderia ser de outra forma, já que cerca de 44% dos IDs são viúvos.

▪ **Caraterísticas do cuidador informal preditivas de sobrecarga e dificuldades**

Das características do CI as variáveis: “idade”, “situação profissional”, “rendimento mensal” e a “perceção do seu estado de saúde”, são sugestivas de ter valor prognóstico nos níveis de sobrecarga e dificuldades, visto termos encontrado significância estatística nos nossos resultados. Outros autores encontraram resultados idênticos (BRITO, 2002; Santos, 2004; SEQUEIRA, 2007; RICARTE, 2009).

Em relação à correlação da “idade” verificamos que a sobrecarga e as dificuldades variam no mesmo sentido, sugerindo que ambos os índices aumentam com a idade, no entanto só se verificou uma associação significativa com o CADI total. Estes dados levam-nos a concluir que as dificuldades são diretamente proporcionais à idade do CI, no entanto, a sobrecarga, embora aumente com a idade, não atinge um efeito estatisticamente significativo. Desta forma entendemos que juntamente com a idade existem outras variáveis que vão influenciar a sobrecarga como é o caso do género e a relação de parentesco, tendo e conta estas duas variáveis constituem-se grupos com idades muito diferentes pelo que não poderemos afirmar que a idade por si só determina os níveis de sobrecarga.

Quanto à variável “atividade profissional” os CIs que não estão empregados atingem scores de sobrecarga e dificuldades significativamente superiores. Este efeito está relacionado com o facto de muitos cuidadores serem cônjuges e terem por isso uma idade mais avançada. Por outro lado, pela literatura consultada verificamos que os CIs sem atividade profissional estão mais sensíveis à sobrecarga, isto porque o emprego parece funcionar como um escape para a libertação do stress (BRITO 2002). O rendimento mensal está intimamente ligado à situação laboral e daí os resultados encontrados. No entanto, apenas podemos afirmar que os CIs com rendimentos mais baixos apresentam maior sobrecarga financeira, aliás, como seria de esperar pela proximidade de conceitos entre variável dependente e independente.

Relativamente à variável “percepção do estado de saúde”, tal como foi defendido na parte introdutória, com referência aos autores Martins, Ribeiro e Garrett (2003), tem um efeito significativo sobre os índices de sobrecarga e dificuldades, verificando-se maiores índices (ambos) nos CIs que percebem níveis de saúde mais baixos. Este efeito deve-se à menor capacidade para a prestação de cuidados, por parte daqueles que percebem pior estado de saúde, o que está de acordo com o modelo teórico subjacente que a sobrecarga e as dificuldades estão dependentes entre as exigências dos cuidados, denominadas de agentes stressores, e a capacidade de resposta do cuidador.

CONTEXTO DO CUIDAR

A razão mais apontada pela qual os CIs assumiram a responsabilidade de cuidar do ID foi por iniciativa própria (46.0%) e de seguida – por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel (39.7%). Do total da amostra 52.4% prestam cuidados há mais de 4 anos, 59.2% passa mais de 12 horas junto do ID e 66.7% tem ajuda de alguém na prestação de cuidados. Os familiares próximos são quem mais ajuda na prestação de cuidados: em primeiro os maridos (23.8%) e os filhos (19.0%), seguidos dos outros irmãos com 14.3%. Uma percentagem significativa (19.0%) de CI contam com uma empregada (o) que ajuda a cuidar do ID. Cerca de 32% dos CIs refere não ter a quem recorrer se precisar de se ausentar e 50% não têm a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira. A co-residência entre o CI e o ID verifica-se em 52.4% dos casos.

▪ **Análise do contexto do cuidar**

Na razão mais apontada pela qual os CIs assumiram a responsabilidade revê-se muitas das motivações que foram explanadas na parte introdutória do trabalho: a obrigação familiar/pessoal e a solidariedade familiar/conjugal foram as motivações mais relatadas, seguida da necessidade de evitar a institucionalização (SOUSA, FIGUEIREDO e CERQUEIRA, 2006; MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003; SEQUEIRA 2007; IMAGINÁRIO, 2008).

A duração média da prestação de cuidados em diversos estudos é de aproximadamente 5 anos (MENDONÇA, MARTINEZ e RODRIGUES, 2000; LAGE, 2005; RICARTE, 2009), valor próximo ao da nossa amostra. Estes resultados estão intimamente relacionados com as patologias que geraram a dependência, onde a maior causa de dependência encontrada são as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, sendo este um grande fator de mortalidade mas também de morbilidade que se poderá instalar por muitos anos, assim como as doenças psiquiátricas e demências. Já outros estudos apresentam duração menor (SEQUEIRA 2007; PAIXÃO, 2007) porque excluíram da sua investigação as relações de cuidados informais superiores a 1 ou a 2 anos, acreditando que a sobrecarga diminui com a duração no pressuposto de uma adaptação no decorrer do tempo (ABENGÓZAR, 1995).

Quanto ao número de horas utilizado na prestação e cuidados (intensidade dos cuidados) é habitualmente elevado. A maioria dos estudos apresenta uma percentagem superior a 50% de cuidadores que passam mais de 12 horas junto dos IDs, isso deve-se à grande necessidade de cuidados, ajuda nas ABVD e AIVD e supervisão do ID por parte do CI.

Relativamente às “fontes de ajuda” dos cuidadores são oriundas do sistema informal, sobretudo de familiares próximos (cônjuges e filhos), e que recebem apoio de outros familiares, amigos e vizinhos, o que, também, foi verificado em diversos estudos (ESCUREDO RODRÍGUEZ, DÍAZ ÁLVAREZ e PASCUAL CORTÉS, 2001; MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2004; LAGE, 2005; CARRETERO GÓMEZ et al., 2006; PAIXÃO, 2007; SEQUEIRA, 2007; FERREIRA, 2008; IMAGINÁRIO, 2008; FERNANDES, 2009; RICARTE, 2009). Quanto à existência de ajuda institucional, entendemos que não iríamos discutir e comparar as frequências encontradas. Muitos dos CIs foram selecionados através das visitas domiciliárias do centro de saúde, como tal, é obvio que estes apresentam ajuda institucional, o que veio “falsear” o resultado. Só assim se explica os cerca de 43% que têm apoio de alguma instituição. Uma percentagem considerável de sujeitos não contam com ajuda se precisarem de se ausentar e não têm a quem recorrer se necessitarem de apoio financeiro. Na base desta realidade pode estar a pouca cobertura do sistema formal, as alterações estruturais da família com núcleos familiares cada vez mais restritos, a distância social com os filhos a procurarem melhores condições de vida, principalmente nos grandes centros urbanos, as mudanças da vida em sociedade e a fragilidade dos laços de solidariedade. A inexistência de ajuda para cuidar foi também referida por vários autores onde destacamos Imaginário (2004) e Marques (2007), devido à grande semelhança de resultados. Quanto à ajuda de uma empregada, apontada por muitos cuidadores, não a podemos enquadrar no sistema informal porque ela é remunerada por essa atividade. No entanto, não podemos ficar indiferentes à percentagem de cuidadores que recorrem a esse tipo de ajuda (19%). Na base desta realidade revemos a vontade de adiar ao máximo e /ou evitar a institucionalização do ID. Por outro lado, revemos o critério da “confiança”, é mais fácil de confiar em alguém que se encontra dentro de nossa casa e é escolhido por nós, do que numa instituição em que não conhecemos os colaboradores e não temos qualquer controlo sobre a sua atividade. O fator económico também nos parece fazer sentido, sendo uma opção mais económica, segura e satisfatória para todas as partes.

No que concerne à “co-residência” verificamos que a maioria dos CIs reside com o ID, isto porque ela é necessária para assegurar a prestação de cuidados informais, de carácter instrumental, a idosos com dependência nas atividades moderada, severa ou total. Estes dados foram encontrados pela totalidade dos estudos consultados. Martin (2005) refere mesmo que a co-residência é um fator importante na definição do principal cuidador.

▪ **Caraterísticas circunstanciais do cuidar preditivas de Sobrecarga e Dificuldades**

No contexto da prestação dos cuidados, as variáveis “duração e intensidade dos cuidados”, a “existência de ajuda” e a “co-residência”, são sugestivas de ter valor prognóstico nos níveis de sobrecarga e dificuldades, outros autores encontraram resultados idênticos (GARRIDO E MENEZES, 2004; FERREIRA, 2008; LAGE, 2005; SEQUEIRA, 2007).

A sobrecarga e as dificuldades do CI são, segundo os autores, diretamente proporcionais à duração e intensidade do cuidar depreendendo-se que a exposição prolongada a um conjunto de agentes “stressores” ou à intensidade destes agentes pode potenciar o aparecimento de sobrecarga e de dificuldades. Nós entendemos que, independentemente de haver uma adaptação, ou não, com a qual concordamos, esse não pode ser um fator de exclusão, porque, como é demonstrado pelo nosso estudo: se por um lado pode haver uma adaptação em termos financeiros, reações do CI às exigências do cuidar e satisfação com o papel e com o familiar, onde os CIs que cuidam há mais de 4 anos apresentam scores de sobrecarga semelhantes aos CIs que cuidam há menos tempo, por outro lado, existe uma diferença significativa em termos do apoio familiar, demonstrando que os CIs que cuidam há mais de 4 anos percebem significativamente menor apoio familiar que aqueles que cuidam há menos tempo. Estes dados são consistentes com os resultados do efeito da variável sobre as dificuldades do cuidador o que vem dar mais força à nossa teoria. Contudo como descrito na apresentação dos resultados, no nosso estudo, não encontramos efeito significativo da variável “duração dos cuidados” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do cuidador.

Em relação ao efeito da “intensidade dos cuidados” (número de horas que o CI passa junto do ID), já encontramos efeito significativo da variável sobre as variáveis dependentes, mostrando que quem passa mais de 12 horas junto do ID apresenta maiores níveis de sobrecarga e dificuldades. Consideramos que este efeito está intimamente relacionado com o que descrevemos na variável atividade profissional, já que quem tem emprego passa menos horas junto do ID e tem o tal “escape” que diminui o índice de sobrecarga, e com o facto de serem os cônjuges, CIs com mais idade, que passam mais horas junto do ID, sendo estes aqueles que apresentam maior sobrecarga e mais dificuldades.

Quanto à “existência de ajudas” na prestação de cuidados encontramos significância estatística entre a variável “apoio de alguma instituição” e os índices de sobrecarga e de dificuldades demonstrando que os CIs que têm apoio formal para cuidar do ID têm, em simultâneo, maiores níveis de sobrecarga que os CIs que não dispõem desse apoio. Este resultado deve-se ao facto desta ajuda ser canalizada, em grande parte, e bem no nosso entender, para idosos mais dependentes que é um fator que influencia muito significativamente a sobrecarga e as dificuldades do cuidador. No entanto estamos convictos, que estes índices seriam ainda maiores se não existisse este apoio formal. Quanto a nós, existência de ajudas na prestação de cuidados representa um efeito protetor face ao

aparecimento de sobrecarga e ajuda o cuidador a ultrapassar as dificuldades. Isto deve-se essencialmente à diminuição da intensidade do cuidar, podendo o CI desempenhar outras atividades, com menores limitações sociais e com a possibilidade de partilha de problemas. Segundo Brito (2002) e Lage (2005) o facto de os cuidadores poderem contar com ajuda na prestação de cuidados está associado a uma diminuição das exigências de cuidados, a uma melhor percepção da sua saúde e a uma melhoria da qualidade de vida. Encontramos também resultados com valor estatístico na influência da variável *ajuda financeira* sobre cinco fatores e o total do QASCI e três fatores do CADI. Da influência da totalidade das variáveis podemos verificar que existe uma significância bastante grande com a sobrecarga e dificuldades financeiras dos CIs. A maioria dos cuidadores apresenta rendimentos baixos (31.7% apresenta rendimentos entre 250 e 500 euros), assim como a maioria dos idosos também apresenta baixos rendimentos (55.6% tem um rendimento mensal entre os 250 e os 500 euros e 30.2% tem rendimentos inferiores a 250), se tivermos em conta os enormes gastos inerentes à prestação de cuidados de idosos dependentes (medicação, produtos de higiene, deslocações, alimentação, materiais de apoio nomeadamente ajudas técnicas e tantos outros) verificamos que a falta de apoio financeiro, perante qualquer acréscimo em termos de gastos, tem repercussões na saúde física, mental em geral. Já a falta de apoio na ausência, por si só, não gera tão significativamente, elevados níveis de sobrecarga e dificuldades, porque os CIs que não têm ajuda por norma não se ausentam, devido à sua dedicação, sendo exemplo disso a expressão que tantas vezes referiram, aquando da colheita de dados: “enquanto eu tiver saúde”. Estamos convictos que a sobrecarga e os níveis de stress aumentarão se algum dia este cuidador adoecer e não tiver ninguém de confiança com quem possa contar para cuidar do ID.

Relativamente à “co-residência” verificamos que existe um efeito ligeiramente significativo entre a variável sobre os dois índices em estudo, demonstrando que os CIs que não residem com os IDs apresentam maior sobrecarga e mais dificuldades. O facto de o CI co-residir com o ID coloca-o numa posição privilegiada para o desempenho do seu papel. Na base destes resultados, está o perfil do ID, já definido por nós, e que coincide com uma grande parte dos autores, onde a maioria dos idosos apresenta um nível de dependência bastante considerável, pelo que necessita de cuidados de forma continuada e ao longo de todo o dia (verifica-se a grande intensidade dos cuidados), pelo que a não co-residência torna muito difícil, ou quase impossível o desempenho do papel do CI.

PRINCIPAIS DIFICULDADES E FONTES DE SOBRECARGA

Apesar de termos atribuído valores e percentagens ao CADI e QASCI, estes têm para nós um mero valor indicativo que serve para relacionar os vários fatores com as diversas variáveis em estudo. O CADI e o QASCI não são um índice como a escala de Barthel, em que o score final define uma situação clínica, porque é difícil determinar a partir de que pontuação a sobrecarga e as

dificuldades são de tal forma elevadas que leva o CI à ruptura. Segundo os autores, Martins, Ribeiro e Garrett (2003) e Sequeira (2010) esta leitura teria utilidade clínica, no entanto necessita de mais trabalho e investimento na procura dessa relação. Desta forma podemos apenas indicar que as áreas onde, em média, os CIs apresentam maior sobrecarga são, respectivamente:

- *implicação na vida pessoal*, onde a sobrecarga se deve às repercussões negativas, tais como a diminuição do tempo disponível, alterações na saúde e restrições ao nível da vida social do CI;
- *perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo*, demonstrando que os CIs atingem níveis consideráveis de sobrecarga e têm dificuldade em desenvolver mecanismos para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel;
- *sobrecarga emocional*, capaz de desencadear conflitos internos e desejo de fuga à situação;
- *sobrecarga financeira*, associada aos gastos devido à situação de dependência do idoso, associada à situação laboral e/ou baixos rendimentos do CI e à incerteza relativamente ao futuro.

Os valores médios de sobrecarga mais baixos correspondem às dimensões *Satisfação com o papel e com o familiar e reações a exigências*. Estes dados revelam que, por um lado, existe um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador, e da relação afectiva estabelecida entre ambos, que surgem como atenuantes nos níveis de sobrecarga e, por outro lado, existem poucos comportamentos disruptivos, de manipulação, agressividade e outros, por parte dos IDs, que geram sobrecarga nos CIs.

Relativamente às dificuldades manifestadas pelo cuidador através do CADI, também calculamos as médias ponderadas de cada fator, o que nos leva a inferir que os fatores onde os CI apresentam maiores dificuldades são:

- *exigências do cuidar*, que denotam o cansaço físico e uma afectação do estado de saúde do CI;
- *reações ao cuidar*, demonstrando, que os CIs, apresentam preocupação constante e sentimentos de impotência face ao ID, assim como, dificuldades financeiras consideráveis;
- *restrições sociais*, que demonstra a perturbação que os CI sentem devido à falta de tempo para si mesmo, família e amigos, revelando assim, uma diminuição da sua qualidade de vida.

O valor médio de dificuldades mais baixo corresponde ao fator *problemas relacionais*, mostrando que o CI apresenta poucas dificuldades em lidar com o ID, este não é visto como causador de problemas e o seu comportamento gera poucas dificuldades e não é visto pelo CI como irritativo ou desajustado. Na análise detalhada em função do género encontramos resultados

semelhantes para ambos os índices (QASCI e CADI), onde a diferença mais evidente se relaciona com a falta de apoio dos familiares aos cuidadores do sexo feminino.

Como foi descrito anteriormente, existem em praticamente todas as dimensões de ambos os índices, CIs que apresentam o valor mínimo de 0 (nenhuma sobrecarga ou dificuldade) e valor máximo próximo de 100 (sobrecarga ou dificuldades máximas) o que é demonstrado pelos coeficientes de variação que revelam uma dispersão muito elevada.

- **Sobrecarga versus Dificuldades**

Pela correlação dos totais dos índices de sobrecarga e do índice das dificuldades do cuidador encontramos uma associação muito forte e muitíssimo significativa do ponto de vista estatístico. Isto significa que quanto maiores são as dificuldades maiores serão os níveis e sobrecarga do CI. Existe pela análise dos fatores de sobrecarga e de dificuldades, acima descritos, uma concordância com uma maior afectação da componente física, emocional, derivada da constante preocupação e incapacidade de abstração e financeira. Por outro lado verificamos que os níveis mais baixos de dificuldades e sobrecarga estão associados aos sentimentos do CI para com o ID e à sua satisfação com o desempenho do papel e, ajuda e apoio que presta ao idoso. Estes dados vêm confirmar aquilo que Sequeira (2010) conseguiu demonstrar que níveis consideráveis de sobrecarga e dificuldades podem co-existir com bons níveis de satisfação com o papel desempenhado. Os nossos resultados são sugestivos desta afirmação, no entanto, não podemos chegar a essa conclusão porque não utilizamos instrumentos de medida para avaliar a satisfação do cuidador.

Desta forma, adiantando uma das maiores conclusões do nosso estudo, poderemos afirmar, com grande certeza, que as dificuldades que o cuidador apresenta são as principais responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga, pelo que, de um modo geral, se verifica que o CADI é um instrumento com elevada capacidade preditiva de sobrecarga. Estes dados são corroborados pela maioria dos estudos, que avaliam a sobrecarga e as dificuldades do cuidador, independentemente dos instrumentos de avaliação utilizados (BRITO, 2002; SANTOS, 2004; LAGE, 2005; SEQUEIRA, 2010).

5 – CONCLUSÕES

Chegados ao fim desta “viagem”, procuramos agora refletir sobre as limitações do nosso estudo, fazemos de seguida uma breve abordagem ao percurso efectuado e a forma como organizamos o nosso trabalho, onde focamos as principais conclusões deste estudo. No final deste capítulo realizamos uma reflexão sobre as implicações práticas onde sugerimos algumas medidas que, segundo os nossos achados, pensamos ser oportunas e benéficas visando um apoio mais adequado ao CI.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como em todos os estudos científicos, existem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação, pelo que importa reflectir sobre esses aspectos e se de alguma forma podem ter interferido nos resultados.

Apesar do esforço desenvolvido, na análise das principais variáveis que melhor ajudam a compreender os fenómenos da sobrecarga e das dificuldades dos cuidadores, para a elaboração do instrumento de colheita de dados, certamente muitos outros aspectos desempenham um papel determinante em todo o processo. Variáveis relacionadas com a personalidade dos idosos e dos cuidadores assim como uma análise mais pormenorizada de todo o contexto do cuidar, parecem ser importantes para a compreensão mais aprofundada desta problemática. Por outro lado, seria importante analisar e quantificar, o estado de saúde dos CIs nomeadamente, na medicação que tomam, alterações do sono, hábitos alimentares, afectação da vida social, entre outros.

No entanto consideramos que não nos era possível incorporar mais variáveis no nosso estudo. Mesmo assim, perante a sua dimensão (116 questões no total) sentimos algumas vezes, da parte do CI, algum cansaço para terminar o seu preenchimento.

Em relação à amostra houve o esforço de reunir o maior número de elementos possível, e que estes fossem representativos de toda a população, pelo que construímos um ICD, que pudesse ser auto preenchido, e foi entregue a vários CIs, quer no hospital de Santarém quer em alguns centros de saúde do distrito. No entanto houve algumas condicionantes que nos levaram a desistir dessa forma de colheita dos dados:

- desde logo a especificidade da linguagem utilizada pelos vários instrumentos associada à baixa escolaridade dos CIs que poderia levar a dificuldades no preenchimento;

- a grande maioria dos ICD que foram distribuídos, após a explanação dos objetivos do estudo e conseqüente pedido de consentimento, não foram preenchidos e/ou devolvidos;
- aqueles que chegaram a ser devolvidos vinham incompletos ou apresentavam erros de preenchimentos pelo que foram eliminá-los de forma a não prejudicar os resultados.

Consideramos por isso, que a nossa amostra deveria ser constituída por mais elementos, devido ao seu carácter não probabilístico, o que implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações, se os resultados não forem muito significativos estatisticamente. No entanto, face ao enquadramento do tempo disponível e ao facto de todos os dados terem sido recolhidos através de entrevista, o que nos levou a deslocar ao domicílio de vários CIs, estamos cientes que uma amostra de 63 CIs só foi possível devido a um grande empenho e trabalho da nossa parte. De salientar que, embora consideremos a nossa amostra reduzida, é maior que aquelas que foram utilizadas na maioria dos estudos consultados sobre esta matéria.

A utilização de um ICD deste tipo é uma forma eficiente de colectar informação de um grande número de respondentes, recolhendo também uma grande variedade de informação para além de ser fácil de ministrar. Todavia, são dependentes da motivação dos sujeitos, sua honestidade, memória e capacidade de resposta, para além do que, as respostas fechadas podem ter baixa validade.

Perante esta opção de recolha de dados, o viés do investigador constitui uma possibilidade, que não se pode afastar completamente, de influenciar alguns resultados. Não obstante que uma das maiores preocupações tida em conta, desde o início da conceptualização da investigação, foi desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico com a maior isenção possível.

Julgamos que as limitações são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra pelo que não retiramos qualquer valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que procurássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRICIPAIS CONCLUSÕES

Na parte introdutória abordamos o paradigma do envelhecimento da população no nosso país, sendo um fenómeno que continuará a intensificar-se nas próximas décadas, acompanhado pelo envelhecimento individual que se traduz no aumento da esperança média de vida. A população torna-se mais envelhecida e arrasta consigo uma enorme diversidade de problemas e patologias que ao longo dos anos, de uma forma abrupta ou mais arrastada, lhe vai roubando a independência. Neste contexto as pessoas idosas vão necessitando cada vez de mais ajuda cabendo à família, como célula base da sociedade, dar o apoio necessário, ajudar na satisfação das ABVD e AIVD e em todas

as áreas afetadas. Dentro da rede familiar, existe um elemento que irá assumir a prestação de cuidados, de forma mais ou menos voluntária, denominando-se de cuidador informal. De seguida debruçamo-nos sobre a problemática da prestação de cuidados informais, referindo-nos às determinantes na adoção do papel de CI, caracterização desse mesmo papel e das necessidades/dificuldades do cuidador. Neste contexto surgiu o conceito de sobrecarga referente ao conjunto de problemas que surgem na vida do CI devido às exigências de cuidar de alguém. Estes problemas podem influenciar negativamente a vida do CI, aspeto que despertou em nós um especial interesse levando-nos a querer conhecer melhor a problemática da sobrecarga e das dificuldades do CI. Após a delimitação do nosso problema terminamos a parte introdutória com a delineação dos objetivos para este estudo.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a metodologia adoptada para dar resposta aos nossos objetivos, fizemos a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação.

No terceiro capítulo apresentámos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização: do idoso dependente, do cuidador informal, das circunstâncias da prestação de cuidados; da sobrecarga e das dificuldades manifestadas pelos cuidadores informais. Na segunda parte deste capítulo realizamos o tratamento estatístico referente às variáveis em estudo e à sua correlação e/ou influência sobre as nossas variáveis dependentes – índice de Sobrecarga do cuidador (QASCI) e índice de dificuldades do cuidador (CADI)

No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, que visam dar resposta aos objetivos traçados no início do nosso estudo. Assim, tomando em consideração a ordem dos objetivos gerais da presente investigação, expressos no início do sexto capítulo, chegamos às seguintes conclusões, com significado estatístico.

1. Os CIs de idosos com maior grau de dependência nas ABVD e AIVD apresentam, na globalidade, mais dificuldades e maiores níveis de sobrecarga ($p < 0.01$);
2. Em relação às características dos cuidadores informais, encontramos algumas influências significativas sobre fatores isolados dos dois índices, no entanto reportamos para as principais conclusões apenas aquelas que influenciam a totalidade dos índices de sobrecarga e dificuldades dos cuidadores. Desta forma podemos afirmar que:
 - CIs com mais idade apresentam mais dificuldades ($p < 0.05$);
 - CIs inativos (sem atividade profissional) atingem níveis de sobrecarga significativamente superiores comparativamente com os activos (que desempenham uma atividade profissional) ($p < 0.05$).
3. Quanto às características circunstanciais do cuidar verificamos a existência de significância das seguintes variáveis com a globalidade dos índices:

- cuidadores com uma intensidade de cuidados superior a 12 horas apresentam maiores índices de sobrecarga e dificuldades que aqueles que passam menos de 6 horas junto dos IDs ($p < 0.05$);
 - os CIs que têm ajuda de alguma instituição são aqueles que apresentam maiores índices de sobrecarga ($p < 0.05$) e mais dificuldades ($p < 0.01$).
 - cuidadores que apresentam a garantia que terão ajuda financeira caso necessitem apresentam menores níveis de sobrecarga ($p < 0.05$). Embora se verifique uma influência significativa sobre três dimensões do CADI não se verifica influência significativa sobre o total do índice;
 - a sobrecarga e as dificuldades são superior nos CIs que não residem com o CI ($p < 0.05$).
4. Relativamente á relação entre as dificuldades e a sobrecarga dos CIs podemos afirmar que as dificuldades são um dos principais fatores de sobrecarga, verificando-se que os cuidadores que apresentam mais dificuldades também apresentam maior sobrecarga ($p < 0.001$).
 5. Relativamente ao perfil do cuidador mais susceptível de desenvolver sobrecarga, face aos resultados encontrados, reunimos as condições necessárias para afirmar que o cuidador mais vulnerável ao aparecimento de sobrecarga: **é aquele que cuida de idosos com dependência severa ou total nas atividade de vida diárias** (contexto do idoso); **cônjuges ou filhos (a) sem atividade laboral, e por isso com rendimentos mais baixos, e com uma fraca perceção do seu estado de saúde** (contexto do cuidador). **Coincide com os CIs que têm ajudas do sistema formal mas sem outras ajudas do sistema informal; com uma intensidade de cuidados superior a 12 horas diárias e com elevadas dificuldades na prestação de cuidados** (contexto da prestação de cuidados).

A identificação destas variáveis tem interesse significativo para a prática clínica, uma vez que possibilita a adopção de estratégias preventivas capazes de minimizar as dificuldades com o cuidar e, conseqüentemente, a diminuição dos níveis de sobrecarga. Assim para alcançar o último objectivo, desenvolvemos uma reflexão com base na literatura consultada, mas também, nos conhecimentos adquiridos pelo que apresentamos de seguida algumas implicações práticas no nosso trabalho.

5.1 – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A saúde e a atividade profissional dos cuidadores constituem fatores promotores de uma menor sobrecarga, o que reforça a importância do apoio formal, de forma a transformar as intervenções pontuais em intervenções sistemáticas e articuladas entre os diferentes agentes formais e informais. Para tal é essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para o contexto estudado, assim como a divulgação do perfil do cuidador mais suscetível de desencadear sobrecarga para que ao mesmo tempo que os profissionais de saúde cuidam dos idosos com maior dependência, quer em ambiente hospitalar quer no domicílio, mantenham um olhar atento sobre o cuidador informal e sobretudo sobre as suas dificuldades. No entanto, não será suficiente uma maior sensibilização, senão se

encontrar um sistema simples e desburocratizado que possa ser accionado quando se identifica que os cuidadores precisam de ajuda.

Durante a fase de colheita de dados, verificamos que, em alguns casos, o nível de sobrecarga era de tal relevância que os CIs, em forma de desabafo, referiram que, ou já tinham tentado, ou pensaram em se suicidar. O nosso estudo não demonstra a particularidade destes casos, no entanto, não poderia deixar de lhe fazer referência pela gravidade da situação. Perante esta situação reinou a nossa impotência face a este desabafo. O profissional de saúde terá de ter ao seu dispor meios concretos para diagnosticar e dar o devido encaminhamento às situações. Se verificamos que o CADI é um instrumento de avaliação das dificuldades do cuidador, que apresenta uma elevada correlação com a sobrecarga do cuidador, o que faz sentido em termos de relevância conceptual, as virtualidades deste instrumento devem ser potenciadas na prática clínica, assim como outros com o intuito de realizar um diagnóstico que culminará em medidas concreto que poderá ser:

- apoio financeiro, não é aceitável que existam idosos e cuidadores que não tenham recursos financeiros suficientes para as despesas fixas nomeadamente no que se relaciona com ajudas técnicas, com aquisição das fraldas e medicamentos, alimentação e deslocações até às instituições de saúde quando concluímos que a sobrecarga financeira atinge valores consideráveis no nosso estudo e na generalidade dos estudos consultados;
- apoio em termos de residência, podendo passar pela realização de algumas alterações que visem uma menor dependência ou uma maior dignidade, ou mesmo encontrando uma habitação de acção social. Durante as visitas domiciliárias encontramos idosos a viver sem o mínimo de condições onde co-reside muitas vezes o cuidador informal, a maioria cônjuge, ficando o sentimento de impotência dos profissionais face a esta realidade;
- acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a diminuição dos níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Este gabinete deveria ter grande divulgação e facilidade de acesso, quer por contacto telefónico quer por deslocação desses profissionais ao domicílio, já que muitos dos cuidadores não se podem ausentar devido à ausência de ajudas no cuidar;
- providenciar um maior alívio do cuidador através de um incremento do apoio informal, apelando à rede de familiares, vizinhos e amigos, e formal no domicílio e se necessário acionar o “programa de descanso ao cuidador”. Este é um programa de extrema importância, implementado em 2008, que visa dar descanso ao cuidador até 90 dias por ano, possibilitando que fique “liberto” para cuidar de si, em termos de saúde e outros, faça uma viagem por necessidade ou mesmo para relaxar com o intuito de restabelecer forças entre outros motivos. Durante a colheita de dados estivemos atentos a esta situação e questionámos os CIs que nos pareceram apresentar mais sobrecarga se já tinham beneficiado deste programa. As respostas foram unânimes: nenhum havia

beneficiado e apenas um conhecia o programa pelo que estava a tentar obter essa ajuda mas “não estava a ser muito fácil”. Pois perante situações desta natureza não poderemos continuar a criar entraves que podem ter um elevado preço tanto para o ID como para o CI.

- A promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, incluindo o CI, representa um contributo incomensurável quer para a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento o mais activo possível, pois é o cuidador que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso, dando assim continuidade ao seu ciclo vital. Assim, ao mesmo tempo que se espera que o envelhecimento do idoso não seja o início do “fim” mas, antes, se torne numa oportunidade de gozar um fim de vida digno, num envelhecimento activo, junto dos que lhe são mais queridos, devemos promover e defender a estrutura da família, com programas de apoio adequados.
- A promoção da atividade de voluntariado local, de proximidade e muitas vezes com conhecimento de causa da situação, poderá contribuir, também, para um suavizar da sobrecarga e a integração dos próprios idosos na comunidade.

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objectivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do cuidador informal, ficando a vontade de melhor cuidar